

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

LA ESQUIZOFRENIA

Sus orígenes y su tratamiento adaptado
a las necesidades del paciente

YRJÖ ALANEN

2003

**LA INTERVENCIÓN PRECOZ
EN LA PSICOSIS**

Guía para la creación de servicios de
intervención precoz en la psicosis

JANE EDWARDS Y PATRICK D. MCGORRY

2004

**DANDO SENTIDO
A LAS VOCES**

Guía para los profesionales de la salud
mental que trabajan con personas que escuchan voces

MARIUS ROMME Y SANDRA ESCHER

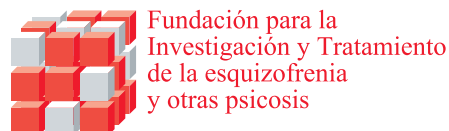
2005

**FIFTY YEARS OF HUMANISTIC
TREATMENT OF PSYCHOSES**

In Honour of the History of the International Society for the Psychological
Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses, 1956-2006

YRJÖ O. ALANEN, ANN-LOUISE S. SILVER Y MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

2006



ISBN-13: 978-84-611-9992-1



JOHAN
CULLBERG

PSICOSIS - UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

PSICOSIS

Una perspectiva integradora

JOHAN CULLBERG

Prólogo de
Patrick McGorry

Introducción a la edición española
Ignacio García Cabeza

PSICOSIS

Una perspectiva integradora

Johan Cullberg

Prólogo

Patrick McGorry

Introducción a la edición española

Ignacio García Cabeza

Traducción española

María Eugenia Sanz

Primera Edición actualizada en español, (2007)

© FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRANSTORNOS para el XII Curso Anual de Esquizofrenia.

“Psicosis y Relaciones Terapéuticas”, que se celebró en Madrid los días 22 a 24 de Noviembre de 2007.

www.cursoesquizofreniamadrid.com

Primera edición inglesa (2006).

Routledge.

27 Church Road, Hove, East Sussex BN3 2FA.

Versión original en sueco: Psykoser: Ett integrerat perspektiv.

Natur och Kultur, 2000, 2004 © Johan Cullberg y Borkförlaget Natur och Kultur, Suecia.

© 2006 Johan Cullberg.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede reimprimirse, reproducirse o utilizarse en forma alguna a través de medios electrónicos, mecánicos o cualquier otro disponible en la actualidad o creado en lo sucesivo, incluyendo fotocopiado y grabación o a través de cualquier sistema de recuperación o almacenamiento de información, sin la autorización escrita de los editores.

Depósito legal: M-45345-2007

ISBN: 978-84-611-9992-1

El libro "Psicosis" aporta una perspectiva única sobre el desafío inherente a la comprensión y el tratamiento de las psicosis, integrando los avances en el conocimiento provenientes tanto de la medicina como de la psicología, con el fin de aportar una visión completa y equilibrada sobre la materia.

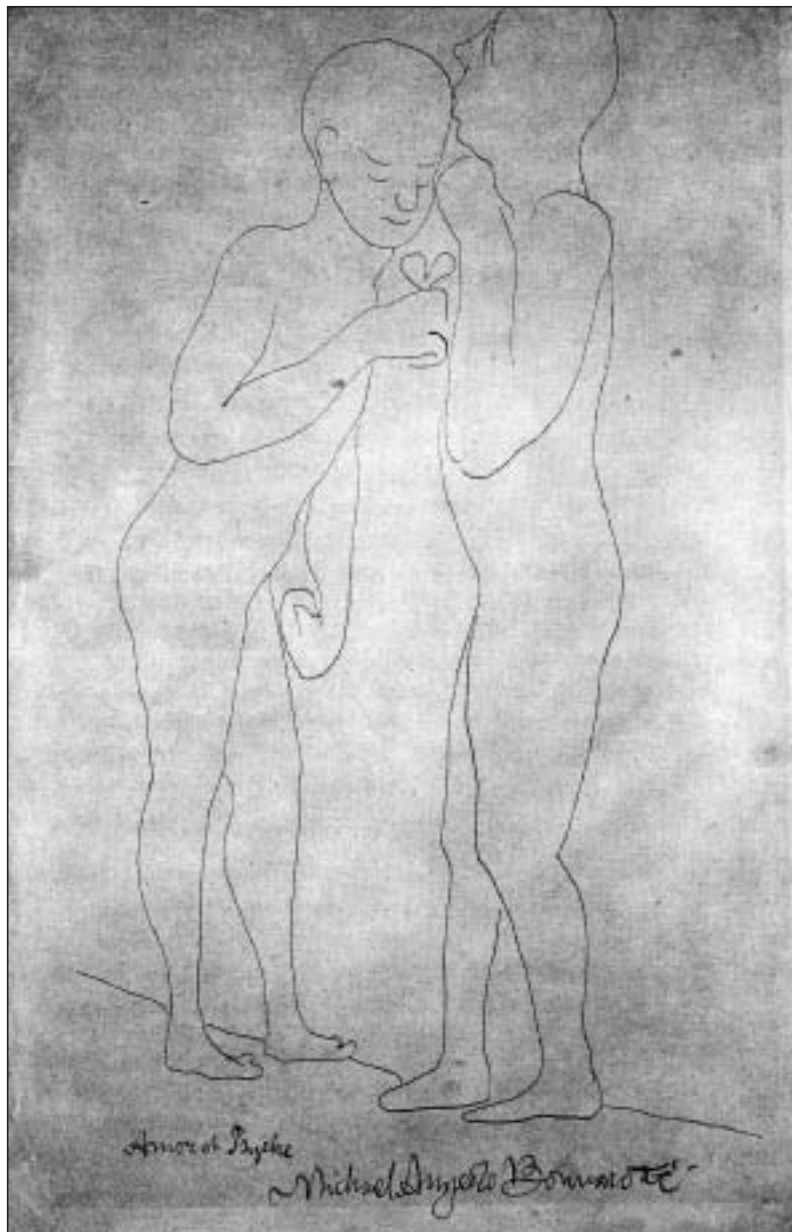
Johan Cullberg se basa en su dilatada experiencia profesional con personas que han padecido un primer episodio psicótico para explorar aspectos tales como los factores de vulnerabilidad, las fases de la psicosis, la prevención, el potencial de recuperación y las actitudes actuales hacia la psicosis. Concede especial atención a la forma en que las intervenciones terapéuticas pueden tanto facilitar como obstaculizar las posibilidades de "auto-curación" de muchas psicosis.

Esta perspectiva sensible y humana sobre la naturaleza y el tratamiento de la psicosis será de utilidad a todos los profesionales de la salud mental interesados en aumentar su comprensión y conciencia sobre el tema.

Psicosis
Una perspectiva integradora

JOHAN CULLBERG

*Fue Catedrático de Psiquiatría y actualmente
se dedica a la investigación sobre primeros episodios psicóticos
y a la supervisión clínica en varios hospitales de Estocolmo.
Ha sido presidente de la ISPS y cuenta con numerosas publicaciones
en el área de la psicosis*



Copyright © Museo Nacional, Estocolmo, reproducción autorizada.

Ernst Josephson (1851-1906) es uno de los pintores más prominentes de Suecia. Desarrolló un trastorno esquizofrénico crónico en 1888, durante una temporada que vivió en Francia. Su pintura cambió radicalmente de un estilo romántico naturalista a un estilo directo naïve, con gran fuerza visual y expresivas deformaciones. El cambio hacia el expresionismo se observa con frecuencia en pintores establecidos que desarrollan un trastorno psicótico crónico. Josephson se mantuvo activo como artista, fundamentalmente con dibujos a pluma y también algunos óleos.

Este dibujo a pluma está firmado por "Michel Angelo Bonnaroti" ya que Josephson creía estar en contacto espiritual con Miguel Ángel.

Cortesía del Museo Nacional de Suecia.

ÍNDICE

<i>LISTA DE FIGURAS Y TABLAS</i>	xiii
<i>PRÓLOGO DE PATRICK MCGORRY</i>	xv
<i>PREFACIO</i>	xvii
<i>PREFACIO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA</i>	xix
<i>PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA</i>	xxi
PARTE I	
La crisis psicótica y la discapacidad esquizofrénica	1
CAPITULO UNO	
La razón – un fino velo sobre el caos	3
La regresión al servicio del yo	4
Pensamiento normal vs. anormal	11
Resumen	12
CAPITULO DOS	
La pérdida de contacto con la realidad	15
Seis experiencias y seis diagnósticos	15
¿Podemos comprender el desarrollo de la psicosis?	24
Resumen	29
CAPITULO TRES	
El concepto de psicosis, delirios y alucinaciones	31
El concepto de psicosis	31
Interpretaciones erróneas	33
Delirios	35
Alucinaciones	43
Resumen	49

CAPITULO CUATRO

El yo, el self y la psicosis	51
El yo y el self	51
La psicosis aguda como suspensión de la relación con el “tú”	58
Resumen	58

CAPITULO CINCO

Fases de la psicosis aguda: un modelo de crisis	59
Fase prodrómica	61
Pre-psicosis	62
Psicosis – fase inicial	63
Psicosis – fase tardía	66
Fase post-psicótica – nueva orientación	67
Resumen	68

CAPITULO SEIS

Factores de vulnerabilidad neurobiológica	69
Desde el modelo de enfermedad al modelo de vulnerabilidad al estrés	69
Factores de vulnerabilidad genética	72
Trastornos neuroevolutivos	79
Resumen	87

CAPITULO SIETE

Factores psicodinámicos de vulnerabilidad	89
Traumas tempranos y problemas en el crecimiento	89
Teorías neuropsicodinámicas de la vulnerabilidad y el desarrollo de la personalidad	92
Trastornos de la personalidad	94
Estructura familiar y esquizofrenia	101
Un modelo integrador neurodinámico de la vulnerabilidad psicótica	104

CAPITULO OCHO

Factores desencadenantes de la psicosis	107
Estrés y vulnerabilidad psicológica	108
Factores estresantes no-específicos desencadenantes de la psicosis	111
Situaciones específicas desencadenantes de crisis y conflicto	113
Resumen	121

CAPITULO NUEVE

Factores de protección	123
Factores de protección psicosocial	124
Resumen	130

CAPITULO DIEZ

Trastornos psicóticos I	131
Primer episodio psicótico – Tres formas clínicas de psicosis	131
Diagnóstico de los síndromes psicóticos	134
Psicosis breve	134
Psicosis afectiva	140
El trastorno delirante	144
Trastorno psicótico no especificado	149
“Psicosis” disociativas (histéricas)	150

CAPITULO ONCE

Trastornos Psicóticos II. Esquizofrenia - la enfermedad del <i>self</i>	155
Evolución histórica del concepto de esquizofrenia	155
Síndromes esquizofrénicos	162
Trastorno esquizofreniforme	175
Trastorno esquizoafectivo – psicosis cicloide	176
Conclusión	177

CAPITULO DOCE

Trastornos del espectro del autismo y psicosis infantiles	179
Rasgos clave del síndrome autista	180
Síndrome de Asperger	181
Esquizofrenia y otras psicosis infantiles	183

CAPITULO TRECE

Delirium, confusión y psicosis orgánica	185
Síntomas característicos del delirium de acuerdo con el DSM-IV y la ICD-10	185
Estados confusionales frecuentes en la hospitalización	188
La frontera entre la confusión y la psicosis	190

CAPITULO CATORCE

Los dos periodos críticos de la psicosis y el potencial para la recuperación	193
El primer periodo crítico: síntomas prodrómicos y psicosis no tratada	195
El segundo periodo crítico: el proceso de recuperación – reconstruyendo la esperanza	196

CAPITULO QUINCE

Los trastornos cognitivos y el proceso psicótico del pensamiento	205
¿Qué es un trastorno del pensamiento?	206
Neurocognición y esquizofrenia	208
Trastornos esquizofrénicos del pensamiento	211
Resumen	221

CAPITULO DIECISEIS

La construcción de la identidad de un “esquizofrénico crónico”	225
Los factores que dificultan la recuperación	225
¿Una estrategia contra el dolor mental?	229
Resumen	236

CAPITULO DIECISIETE

Hacia un modelo biopsicosocial de la psicosis	237
Un modelo para la función integradora de la realidad del yo	237
La construcción psicótica de la realidad del self	241
¿Es posible influir psicológicamente en el desarrollo psicótico?	243
Resumen	246

PARTE II

Apoyo a la recuperación	247
-------------------------	-----

CAPITULO DIECIOCHO

Tradiciones de pensamiento en la historia de las ideas psiquiátricas	249
Una forma mágica-demoníaca de pensar y la necesidad de la esperanza	250
Las enseñanzas sobre los cuatro humores y el tratamiento psicofarmacológico	251
La teoría de Platón sobre las pasiones y la teoría psicoanalítica del inconsciente	252
El cuestionamiento de la Ilustración y la crítica radical a la psiquiatría	253

CAPITULO DIECINUEVE

Actitudes hacia el tratamiento de la psicosis durante el siglo XX	255
Las primeras décadas: vigilancia y confinamiento	257
La era de “los tratamientos heroicos”: 1930-1960	258
Los últimos 50 años: neurolépticos, psiquiatría social y psicoterapia	264
Democratización y control público	270

CAPITULO VEINTE

Requisitos, exigencias y organización del tratamiento de la psicosis	273
Sobre el ingreso de urgencia en una unidad psiquiátrica, desde la óptica del paciente	274
Aspectos contraproducentes de la atención hospitalaria actual	275
Una organización de atención óptima	277
La naturaleza y el tratamiento de la psicosis aguda	278

CAPITULO VEINTIUNO

Evaluación y tratamiento de pacientes con un episodio psicótico agudo	283
El tratamiento de la psicosis adaptado a las necesidades	284
Formulación y exploraciones diagnósticas	292
Un equipo subespecializado para primeros episodios	293
La última fase de la psicosis: apoyo a la parte sana de la personalidad	297
La fase de recuperación: fortalecer el yo y reducir la vulnerabilidad	298

CAPITULO VEINTIDOS

Psicosis y suicidio	301
Incidencia	301
La tendencia al suicidio durante el desarrollo de la psicosis	303
Actos suicidas en pacientes que sufren esquizofrenia	306
Trabajar con pacientes con alto riesgo suicida, problemas éticos	308
Las necesidades emocionales del personal. La importancia de evitar “quemarse”	311

CAPITULO VEINTITRES

Personas con psicosis crónica en la comunidad	313
El proyecto Wisconsin	314
Desde el principio de asistencia al enfermo al principio de normalización	316
Alojamiento protegido	317
El problema del abuso de sustancias. Diagnóstico dual	320

CAPITULO VEINTICUATRO

Tratamiento farmacológico de la psicosis	321
Farmacología de los receptores	321
Medicación antipsicótica	323
El efecto antipsicótico: ¿la inhibición de los receptores proporciona un “respiro” psicológico?	332
Tratamiento de los síntomas extrapiramidales (SEP)	334
Fármacos sedantes e hipnóticos	334
Medicación antidepresiva y tratamiento con litio	335
Resumen de directrices para el tratamiento farmacológico de la psicosis	337

CAPITULO VEINTICINCO

Tratamientos psicológicos de la psicosis	339
La tradición psicoanalítica	340
La tradición terapéutica cognitivo-conductual (TCC)	345
Hacia una síntesis de la psicología dinámica y los métodos cognitivos	348
Centros residenciales que ofrecen atención psicoterapéutica	352
Arte-terapia	352
Conocimiento del cuerpo y fisioterapia	353
Reuniones familiares, terapia familiar y psicoeducación	353

CAPITULO VEINTISEIS

Prevención de la psicosis	357
Prevención primaria	357
Prevención secundaria	358
Prevención terciaria	362

CAPITULO VEINTISIETE

Ser un familiar	363
El familiar adulto o hermano	363
El hijo de un padre con trastorno mental	366

EPÍLOGO	369
---------	-----

APÉNDICE: CLASIFICACIÓN	371
-------------------------	-----

NOTAS	381
-------	-----

REFERENCIAS	391
-------------	-----

ÍNDICE ANALÍTICO	403
------------------	-----

FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

- 6.1 El modelo de vulnerabilidad al estrés.
- 6.2 Una imagen esquemática de las conexiones y centros cerebrales en la esquizofrenia.
- 6.3 Mes de nacimiento y riesgo relativo para el desarrollo posterior de esquizofrenia en el niño.
- 7.1 Índices de recaídas a los nueve meses en pacientes con esquizofrenia, de acuerdo con el nivel de emoción expresada y el uso de medicación antipsicótica.
- 7.2 Dimensiones hipotéticas de la vulnerabilidad que aumentan en función de la cantidad de factores que confluyen.
- 8.1 Factores desencadenantes, factores de vulnerabilidad y factores de protección.
- 9.1 Número de intentos de suicidio en zonas suburbanas por cada 10.000 habitantes según tipo de vivienda.
- 9.2 Número de pacientes con procesos psicóticos en zonas suburbanas por cada 10.000 habitantes según tipo de vivienda.
- 11.1 Índice de mejoría durante tres (cuatro) décadas para individuos diagnosticados retrospectivamente de esquizofrenia en un seguimiento de 10 años.
- 11.2 La prevalencia de los individuos psicóticos crónicos estratificada por edad durante un año en diferentes áreas.
- 11.3 Evolución típica durante los primeros 5 años después del primer episodio psicótico.
- 11.4 Cinco seguimientos, relativamente contemporáneos, a largo plazo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.
- 13.1 Modelo de causas que interactúan en el delirium de base orgánica.
- 14.1 Un modelo de psicosis – los periodos críticos de la psicosis.
- 14.2 Tres tipos de progresión.
- 15.1 Test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST).
- 15.2 El florero de Rubin.
- 15.3 “Verse Manuscript” de Carl Fredrik Hill.
- 15.4 Dibujo realizado hace cien años por un paciente psiquiátrico.
- 15.5 “Fractal” similar a un cristal de hielo que contiene un patrón sin significado repetido “eternamente” de forma rítmica.
- 16.1 Diferentes dimensiones que contribuyen a la adopción de una identidad crónica y que varían significativamente entre las diferentes personas.
- 16.2 “Árbol frutal floreciendo” de Carl Fredrick Hill.
- 16.3 “Árbol frutal floreciendo en la montaña” de Carl Fredrick Hill.

- 16.4 El diagrama de Chris describiendo la relación con sus voces después de la terapia.
- 17.1 El campo de acción del yo.
- 17.2 "La 'membrana' del yo".
- 19.1 Largos períodos en una bañera: Museo del Hospital de Marieberg, Suecia.
- 19.2 La incisión practicada en la lobotomía.
- 19.3 "La señora de la bolsa" en la década de 1990.
- 20.1 La relación entre competencia, tareas y organización.
- 21.1 Un ejemplo de "mapa familiar" (genograma).
- 24.1 Dibujo esquemático de una red neural.
- 24.2 Dibujo esquemático de la sinapsis de un receptor dopaminérgico.
- 24.3 Ocupación del receptor dopaminérgico D-2 en una sección horizontal a través del núcleo estriado del cerebro humano.
- 24.4 Dosis de tratamiento antipsicótico contra los síntomas extrapiramidales con medicación antipsicótica clásica.
- 26.1 Duración de la psicosis no tratada (DUP) en 208 casos de psicosis de primer episodio en el proyecto Paracaídas.
- A.1 Grupos diagnósticos psiquiátricos según la CIE-10.

TABLAS

- 8.1 Primer episodio psicótico y desencadenantes estresantes identificables.
- 10.1 Indicadores pronósticos en la psicosis aguda.
- 19.1 Frecuencia de pacientes con "psicosis funcionales" hospitalizados en Noruega, que tras el alta no requirieron ser reingresados.
- 24.1 Relación entre efectos y dosis de los neurolépticos más comunes
- 25.1 Estudios sistemáticos de tratamientos psicodinámicos de la psicosis/esquizofrenia.
- 25.2 Estudios controlados de terapia cognitivo-conductual vs. otras intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia.
- 25.3 Efectos de la intervención familiar.
- A.1 Criterios de psicosis según el DSM-IV y la CIE-10.

PRÓLOGO A LA EDICIÓN INGLESA

La comprensión y el tratamiento de los trastornos psicóticos, particularmente la esquizofrenia, plantea desafíos importantes. A pesar de los avances significativos en el tratamiento y las reformas liberales en la estructura de los servicios de salud mental, en la mayor parte del mundo, incluyendo los países ricos desarrollados, la experiencia personal y la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias no ha mejorado mucho. De hecho, la negligencia es evidente en Estados Unidos y otros países de habla inglesa y también en los países en vías de desarrollo donde se tiende a idealizar el destino de las personas con esquizofrenia. En sentido general, esto se debe al fracaso de las sociedades, de los sistemas de salud y de los individuos para mantener y extender una perspectiva humanista de las personas con trastornos mentales severos. La Psiquiatría misma ha contribuido a este problema al ir dando tumbos de un extremo reduccionista al otro. Durante décadas todos los trastornos psiquiátricos se explicaban completamente desde una limitada base psicológica. Más recientemente, la disfunción cerebral y el modelo reduccionista de enfermedad han sustituido tales explicaciones. La Psiquiatría, como disciplina médica, aspira verdaderamente a un enfoque biopsicosocial integrador, si bien éste suele eludirse en los centros de investigación, resulta inaprensible en el mundo real y está cada vez más ausente en la formación de los profesionales de la salud mental y de los psiquiatras.

Es por esta razón que el libro de Johan Cullberg es tan importante. Se trata de un trabajo académico inspirado en la filosofía humanista, el psicoanálisis, las lecciones derivadas de la historia de la Psiquiatría, buenas o malas, las experiencias de los enfermos, entre los que se incluye su hermano, sus propias experiencias como familiar de una persona con un trastorno psicótico, la investigación en el área de las neurociencias, la epidemiología y los estudios de intervención. El resultado es una excepcional y valiosa síntesis de conocimiento y experiencia que deberían leer todos los responsables de la atención a personas con trastornos psicóticos. La fuerza del libro reside no sólo en su ardua tarea de integrar las perspectivas biológica y humanista (¡un empeño harto difícil!), sino también en la aceptación definitiva de la base biológica del trastorno y la necesidad de un uso cuidadoso de la terapia farmacológica, mientras que al mismo tiempo muestra la necesidad crítica de una comprensión humanística y psicológica sofisticada del paciente y sus dificultades, sus crisis y su lucha por la recuperación. El libro está enri-

quecido por guías extraordinariamente prácticas e innumerables perlas de sabiduría clínica destiladas a partir de una experiencia clínica y personal extensa y en constante evolución. No conozco ningún otro libro sobre psicosis, escrito en inglés, que transmita este tipo de mensaje. Por esta razón, es una satisfacción ver que la perspectiva de Johan Cullberg, lograda con tanto esfuerzo, finalmente se hace accesible a la psiquiatría anglófona. Es un integrador, humanitario y gran embajador de los valores que defienden la comprensión y la atención clínica de los pacientes y sus familias.

Su epílogo, en el que refiere a la enfermedad de su hermano Erland, concluye con el siguiente párrafo, que quisiera destacar nuevamente en el prólogo porque pienso que recoge una gran verdad y un problema básico que debe ser superado si realmente queremos mejorar la atención a las personas con enfermedades mentales severas en nuestra sociedad:

El trabajo en el campo de la medicina tiene una tendencia casi irresistible a desensibilizar a los médicos ante la comprensión de que están tratando y atendiendo a personas que son como ellos. Muchos afirman que tienen que disociarse de sus propios sentimientos para poder funcionar en las plantas, lo que (claramente) no es precisamente el caso. La buena atención requiere algo más que principios éticos y una sólida formación. Supone también una organización que dé prioridad y, por lo tanto, encuentre lugar para la empatía y la humanidad sin por ello perder los estándares profesionales. He visto muchos lugares en los que esto se ha logrado. Es más una cuestión de querer y de tener el valor suficiente para romper con actitudes profundamente arraigadas. Una organización en la cual no es posible una genuina atención humana es una mala organización. En otras palabras, esto tiene que ver con las políticas de atención en el sentido más amplio.

Este es el núcleo de la materia en torno al cual pueden articularse el resto de perspectivas, experiencia, conocimiento y sabiduría, contenidas en este libro. Es un mensaje esencial para quienes proveen los servicios de salud mental. Confío sinceramente en que el trabajo de este hombre tan sabio, apasionado, dedicado y con todo, realmente modesto, Johan Cullberg, sea leído de forma extensa en el mundo, de habla inglesa, el cual necesita urgentemente absorber sus mensajes.

Melbourne, Australia.

Febrero de 2005

Patrick D. McGorry

PREFACIO

En mis tiempos de joven estudiante de medicina durante la segunda mitad de la década de los 50 leí un libro que describe la psicoterapia de una chica esquizofrénica, llamada Rennée (Sechehaye, 1947). El libro me produjo un fuerte impacto tanto por su autenticidad como por el hecho de que Renée pudo recuperarse por completo. Al mismo tiempo me encontré con un artículo estadounidense relativo a una investigación sobre la ceruloplasmina plasmática de pacientes esquizofrénicos, que al ser inyectada a monos rhesus, desencadenó en éstos una reacción en la que estaban presentes todos los signos de la esquizofrenia catatónica. Actualmente podríamos preguntarnos qué fue lo que realmente curó a Renée. Como se ha sabido después, la ceruloplasmina no es la respuesta al misterio de la esquizofrenia. Pero para mí, las experiencias de leer ambos estudios aún representan el vasto alcance del campo de investigación en la psicosis.

Resulta fácil olvidar que la psicosis, al igual que la esquizofrenia, es un concepto fenomenológico. Puede ser definido exclusivamente, como de hecho aún lo es, en términos conductuales y como cambios subjetivos en la esfera experiencial. No ha sido posible caracterizar la esquizofrenia desde el punto de vista biológico, aunque tales factores probablemente juegan un rol primordial. En este libro quiero mostrar la utilidad y la necesidad de mantener vivas de forma simultánea las perspectivas humanista y biológica en la comprensión y el trabajo con el trastorno psicótico.

Pero cuando es necesario actuar sobre las propias palabras y tratar de mantener una perspectiva científica interdisciplinar, se tropieza inmediatamente con un gran problema de naturaleza teórica y práctica. No se trata tan solo de una cuestión de separar tradiciones científicas sino también de formas diferentes y, aún así, indispensables de concebir la naturaleza humana. De manera que tenemos que trabajar hacia la integración de ambas áreas de conocimiento. Las dos deben ser analizadas de manera crítica y desde sus condiciones específicas. ¿Cómo se plantea la conexión entre el sistema biomédico y el psicológico? ¿Cuál es la causa y cuál el efecto? Al mismo tiempo, ¿A partir de qué momento el deseo de ser estrictamente científico podría considerarse un reduccionismo cuestionable? Si las ciencias basadas en la investigación controlada experimentalmente son las únicas aceptadas, ciertas experiencias humanas pueden

fácilmente ser devaluadas y escurrirse entre los dedos. Por otra parte, existe el peligro de que los prejuicios personales de los profesionales sean aceptados sin crítica.

Formular estas preguntas en las cuales he trabajado durante muchos años es un gran desafío. Ambas áreas del conocimiento están experimentando un rápido crecimiento y algunas veces me ha resultado “demasiado” sostener ambas a la vez. Hay un gran riesgo de que la laguna se haga inaceptablemente grande cuando es sólo una persona la que escribe un libro de esta naturaleza y no, como generalmente sucede, que un grupo de autores escriba sobre su propia área de interés. No obstante, considero que merece la pena intentar ofrecer una visión integral del individuo psicótico como ser humano, pero tomando también en consideración sus aspectos biológicos. Es precisamente dónde y cómo las dos disciplinas se unen lo que plantea el problema.

El libro se dirige principalmente a profesionales que trabajan con personas con problemas psicóticos. Pero espero que también lo puedan leer no profesionales interesados sin conocimientos previos.

Las personas que describo en los casos han leído y aceptan la publicación con las modificaciones necesarias para proteger, entre otras cosas, su identidad. Les agradezco su generosidad por compartir sus experiencias.

Estocolmo
Diciembre de 1999
Johan Cullberg

PREFACIO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

Es para mi un honor que la traducción española de mi libro "Psicosis" haya sido publicada. También me complace enormemente que el mensaje de este libro tenga una mayor difusión. El desarrollo de la atención a pacientes psicóticos es rápido, aunque desgraciadamente, todavía es un desarrollo en una única dirección, en la que predominan los limitados aspectos técnicos y médicos por encima de los intereses humanos. Aunque ambos son igualmente válidos, por lo general, esos intereses médicos dominan y dejan en segundo plano la importancia de la comprensión psicológica de los pacientes.

Aunque todos los años aparecen nuevos fármacos antipsicóticos, no se ha producido un verdadero avance en los tratamientos médicos desde el descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina en 1952. En lo que se refiere a la atención de los pacientes y los tratamientos psicológicos, se han producido desarrollos importantes en las últimas décadas, especialmente con el modelo finlandés de "atención adaptada a las necesidades". También se han probado y desarrollado muchas ramas del árbol psicoterapéutico. Las teorías psicodinámicas nos han aportado el conocimiento de cómo puede desarrollarse la relación terapéutica y, en combinación con los modelos cognitivos, ocupan una posición importante en los tratamientos psicológicos de las fases agudas. La investigación cognitiva y conductual ha mostrado que el pensamiento y la reflexión psicóticas del paciente pueden ser eficazmente restablecidas a través del tratamiento psicológico.

La investigación farmacológica ha mostrado la importancia de trabajar con dosis más reducidas y que la "ventana terapéutica" es más bien estrecha. Si trabajamos con estos principios en mente, los efectos secundarios serán un problema menos devastador que en el pasado.

Los intentos de integración del conocimiento en formas novedosas demuestran ser muy valiosos. Ver que ninguna escuela tiene el monopolio de decir: ¡Tenemos las respuestas correctas!. Creo que las próximas décadas mostrarán que nuestra labor de hoy es controlar nuestros impulsos reduccionistas y combinar nuestros conocimientos psicológicos y biológicos. Una de las ideas fundamentales de este libro es estimular este tipo de pensamiento y la curiosidad para comprender mejor la vida mental del paciente que, con independencia de denominarla normal o anormal, siempre es humana.

Mi intención más profunda al escribir este libro es que pueda ser utilizado en cursos de formación para estudiantes en diferentes áreas del conocimiento. También ha sido empleado por familiares y otras personas que desean obtener información sobre las psicosis.

Quiero expresar mi agradecimiento al Consejo de la ISPS por su apoyo en la traducción inglesa de este libro y hacer posible su paso al castellano. Los Dres. Brian Martindale y Manuel González de Chávez han sido especialmente importantes en estos procesos.

Estocolmo
Junio de 2007
Johan Cullberg

PROLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

El libro de Cullberg *“Psicosis, una perspectiva integradora”*, es un texto de extraordinario interés para los profesionales dedicados al tratamiento de enfermos psicóticos, que nos permite la actualización y reflexión sobre distintos conceptos; pero además, es un libro básico para profesionales en formación, cuyas posibilidades de acceso a aproximaciones humanistas, psicológicas, comprensivas y globales son cada vez más restringidas. Es más, por su claridad, sencillez e incluso amenidad, el libro está salpicado por casos clínicos ilustrativos y representativos que facilitan enormemente el entendimiento teórico, puede convertirse en un libro útil para cuidadores y algunos enfermos, desmitificando muchas teorías erróneas y facilitando el acceso a la comprensión del enfermo, sus experiencias y su mundo.

Johan Cullberg es quizás un autor poco conocido en nuestro país, éste es su primer libro traducido al castellano, procedente del único de sus textos editado en inglés. Sin duda las limitaciones idiomáticas determinan el acercamiento a la literatura médica actual y nos vemos demasiado influidos por textos, abordajes, directrices y sistemas sanitarios de origen anglosajón, deficitarios en muchos aspectos y sesgados cada vez más hacia enfoques biológicos, reduccionistas, orientados hacia un tipo de investigación interesadamente objetiva, que olvida lo que al fin y a la postre es importante, el interés de la persona a la que creo que no se debería identificar sólo con un cerebro, neurotransmisores o cadenas de ADN. Pero no es negativo, de hecho es imprescindible para el avance de nuestro conocimiento sobre la psicosis, el desarrollo de hipótesis biológicas cada vez más evolucionadas, el problema surge cuando sobre estas teorías basadas en la “evidencia científica” se planifica toda nuestra actividad terapéutica y asistencial, olvidando que para ello hemos convertido a la persona en cobaya, despojándole de su mundo psíquico y social.

Desconozco si Zubin y Spring, a mediados de los 70, se plantearon la repercusión que, su hipótesis sobre un modelo bio-psico-social de la esquizofrenia, iba a tener en décadas posteriores. No creo que ningún profesional sea capaz, hoy por hoy, de negar su validez y vigencia, con diferentes matices o apreciaciones. Pero ¿está en nuestra mente a la hora de aplicarlo a nuestros pacientes o es sólo un constructo teórico aprendido sin una aplicación en el día a día de nuestra actividad?. Tampoco creo que haya mucha controversia si afirmo que el paradigma biopsicosocial

quizás sólo abrió las puertas a prototipos biológicos que han sustituido progresivamente a las teorías psicológicas imperantes durante la primera mitad del siglo pasado, pasando de un tipo de reduccionismo a otro.

Johan Cullberg ha dedicado gran parte de su trayectoria profesional a estudiar la influencia del entorno más cercano en los pacientes y cómo las modificaciones favorables del mismo intervienen en la mejor evolución de la enfermedad y viceversa. Es desde esta perspectiva que escribe su libro *Psicosis*, cuyo valor intrínseco es precisamente ser capaz de integrar aspectos biológicos, psicológicos y sociales tanto en la formulación de hipótesis etiológicas como en la aplicación clínica y práctica de las mismas. Cullberg con profunda formación psicoanalítica, es capaz de reconocer el origen biológico de muchas formas de psicosis y, la falta de eficacia de estas intervenciones clásicas en la mayor parte de enfermos, pero a la vez en su libro también destaca la importancia de la comprensión dinámica del paciente así como, de otros múltiples factores psicológicos y sociales que influyen en el debut, desarrollo y recuperación de la psicosis.

Muchos son los puntos oscuros y las dificultades que entraña comprender el origen de la psicosis, quien lea este libro no puede esperar encontrar respuestas a muchos de ellos, aunque aporta una magnífica actualización de conocimientos a distintos niveles, desde vigentes hallazgos genéticos o cerebrales hasta las aportaciones psicodinámicas más valiosas, sino la capacidad del autor para encontrar los puntos de unión entre las distintas fuentes de conocimiento, reconociendo las limitaciones con las que aún nos encontramos, aunque quizás cada vez sean menos.

Por su propia biografía, el autor tiene un hermano esquizofrénico al que dedica el epílogo de su libro, Johan Cullberg ha defendido siempre que el tratamiento del paciente psicótico debe estar enfocado desde un punto de vista humano, centrado en entender a la persona, en aproximarse a ella y ser capaz de establecer una relación terapéutica. Su capacidad para entender al paciente, sus dificultades, su crisis y su relación con el entorno desde un punto de vista humanista y psicológico, le llevan a proponer un tratamiento integrador, adaptado a las necesidades del enfermo (similar en muchos puntos al propuesto por Y. Alanen en su libro *Esquizofrenia –sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente-* editado también en castellano por la Fundación), centrándose en dos momentos clave del desarrollo del trastorno psicótico: la intervención precoz y la recuperación.

La mayor parte de su trabajo en este sentido queda reflejado en la puesta en marcha del “Proyecto Paracaídas” donde se intenta comprender qué factores importan en la crisis psicótica y su evolución; así como

poner de manifiesto que es posible una atención más humana teniendo en cuenta los requisitos individuales del enfermo. Como afirma el autor en varios momentos a lo largo del libro, mucho hemos aprendido en las últimas décadas y sobre todo en los últimos años de la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales en los trastornos psicóticos, gracias sobre todo a estudios de primeros episodios y, probablemente en numerosos países se haya avanzado mucho en la implementación de este tipo de programas. A otros quizás aún nos queda esperar que llegue el momento donde los responsables de políticas asistenciales entiendan la obligación de intentar cambiar el pronóstico y con ello el sufrimiento de pacientes y familiares, con instrumentos que se han demostrado eficaces y de los que este libro es un compendio esencial.

En la figura de Johan Cullberg concurren una serie de características, médico y familiar de paciente, psicoanalista e investigador, humanista, clínico tenaz, ... difícilmente repetibles que le permiten albergar junto a su sabiduría un bagaje de experiencias y conocimientos que con fortuna nos transmite en este libro, que es en sí mismo un mensaje de esperanza para enfermos y cuidadores, ya que la recuperación de la psicosis es posible y, también para los profesionales a los que nos muestra muchas herramientas para favorecer esa recuperación, aunque quede todavía camino por recorrer.

Ignacio García Cabeza

Madrid, 2007

PARTE I

La crisis psicótica y la discapacidad esquizofrénica

Oculto tras su vida psicótica, en cada esquizofrénico transcurre una vida psíquica normal. Podríamos añadir que, oculto tras la conducta cotidiana, en cada persona normal transcurre una vida esquizofrénica.

Manfred Bleuler, 1979

La razón – un fino velo sobre el caos

Sin ti no hay yo. (E. G. Geijer, 1856)

Un vistazo a nuestra posición existencial no resulta nada alentador. Como partículas de polvo en el universo infinito no presentamos mayor interés que un simple grano de arena en la orilla del mar. Nacemos y morimos en un estrecho istmo de tiempo en un océano insondable. Luchamos, anhelamos, nos esforzamos y sufrimos, adquirimos conocimiento y experiencia, hasta que todo termina y, tras unas generaciones, queda completamente relegado al olvido.

Al mismo tiempo, hay otra parte de nosotros en la que se centra todo, un punto en el que sentimos nuestro peso específico y defendemos nuestra identidad, nuestra nacionalidad y nuestra visión del mundo, evidentes por sí mismas, en relación a las diferentes identidades, nacionalidades y visiones del mundo de los otros. Defendemos nuestra existencia y las formas en las que consideramos que debería mantenerse y mejorarse el orden social. Desde nuestra perspectiva consciente hacemos poca o ninguna consideración de nuestra propia mortalidad. Los riesgos que perci-

bimos se relacionan con la pérdida del amor o con la pobreza y con la posibilidad de ser agraviados o avergonzados. Como medio para evitarlo desarrollamos estrategias conscientes e inconscientes que, en el mejor de los casos, no serán muy diferentes de las estrategias de los otros. Aspiramos a construirlas sobre lo que consideramos una base razonable.

La idea de que la razón, la normalidad y la autoestima son cosas que podemos dar por sentadas, desempeña un papel muy importante en nuestra adaptación y en nuestro sentido de seguridad. Pero también somos conscientes de que nuestra racionalidad es más bien frágil. Cada noche, en nuestros sueños, el tiempo, el espacio y la lógica quedan suspendidos. También soñamos despiertos en grado variable, si bien para muchas personas recordar lo que sueñan despiertos es más embarazoso que el contenido de lo que sueñan mientras duermen. En nuestras fantasías diurnas buscamos el placer, somos vengativos y nos dedicamos a elaborar vagas fantasías de poder. Aunque se trata de nuestras propias fantasías y sueños, nos resulta difícil aceptar que expresan los rincones más profundos de nuestra personalidad. Pero al volver la mirada hacia nuestros primeros días, reconocemos que nuestra personalidad tiene sus raíces en el terreno fértil de la infancia que, en cierto modo, se ve recreado en nuestras fantasías.

Inevitablemente vivimos en una división existencial imposible, entre ser tan sólo una partícula de polvo en el universo y, a la vez, un eje de importancia inconmensurable. Además, vivimos en una división psicológica entre la razón (nuestro código moral) por una parte y, la asertividad asocial y la búsqueda de placer, por la otra. Nuestras vidas conllevan una alternancia dialéctica constante entre estas dos posiciones y realidades. Aparte del impulso ocasional de hacer cosas que pueden parecer incomprensibles, esta alternancia deja poca huella. Más aún, la existencia de estados de reposo y nuestra capacidad para establecer puentes con nuestra vida interior la hacen menos azarosa. Pero si estos puentes están ausentes o se rompen, se hace más difícil encontrar nuestro lugar en el mundo y nuestra salud mental se pone en peligro. En algunos casos, nuestra reacción puede conducir a una pérdida del contacto con la realidad: una psicosis.

La regresión al servicio del yo

Sigmund Freud (1856-1939) estableció la distinción entre *procesos primario y secundario del pensamiento*. Este último es el modo lógico y racional de pensamiento que hemos aprendido a desarrollar como instrumento esencial de supervivencia, en tanto que seres biológicos y sociales.

El proceso secundario del pensamiento está gobernado por el principio de realidad.

Por su parte, el proceso primario de pensamiento está relacionado con el mundo de los sueños, incluyendo la ensoñación diurna. Está regido por el principio del placer, es decir, la realización del deseo más o menos ilimitado por espacio, tiempo y personas. Los principios morales y éticos tienen poca influencia en esta forma omnipotente de funcionamiento mental.

La posibilidad de escapar por un tiempo de las estrictas categorías del pensamiento racional y “entretenerse” en su oposición dialéctica es muy importante para nuestra salud mental. El término regresión implica que el pensamiento y la conducta están gobernados en mayor grado por etapas más tempranas del desarrollo. La descripción psicoanalítica sería “la regresión al servicio del yo”, en contraste con formas más destructivas y patológicas de regresión, entre las que se encuentra la psicosis. A continuación se enumeran algunos puentes regresivos que cruzan la división entre el pensamiento racional e irracional:

- fantasía y juego
- creatividad
- relaciones íntimas y sexualidad
- religión
- rituales mágicos y predicciones (p. ej., horóscopos y astrología)
- intoxicación

Fantasía y juego

Lo que estas funciones vitales tienen en común es el hecho de que integran o nos permiten encontrar un “punto intermedio” entre nuestro mundo interno y el mundo real. No podríamos sobrevivir en un mundo de orden estrictamente racional ni podríamos sostener por mucho tiempo un mundo de fantasía. El niño pequeño, en sus juegos de fantasía da vida a su “manta” transformándola en algo que permite que tenga lugar una transición entre juego y realidad. Según el psicoanalista y pediatra inglés D. W. Winnicott (1971), los niños crean un “espacio transicional” entre la madre real y la representación interna fantaseada de la madre mediante un “objeto transicional”, sea la manta, una prenda de ropa o cualquier cosa que pueda ser útil para tal propósito. El niño despliega un acto creativo en virtud del cual se enfrenta con las decepciones ocasiona-

das por sus padres y por la realidad. Según Winnicott, la manta (o el objeto transicional elegido por el niño) representa y es, para el niño de entre dos y tres años, un aspecto de la madre que le permite lograr un control total sobre ella. La capacidad de usar la fantasía en el juego, el cual es completamente serio, para transformar la realidad, constituye el trabajo de base que hace posible el establecimiento del contacto con el espacio transicional en la vida posterior. El niño también es capaz de poner a prueba sus ilusiones en la realidad con el uso de su objeto transicional.

Winnicott quiere que entendamos que es a través de este espacio transicional original, entre realidad e ilusión, donde nace la libertad creativa del adulto. Esta perspectiva ha resultado de gran utilidad en el estudio de la psicología de la creatividad. El límite entre fantasía o juego y realidad se pierde en la psicosis.

La relación íntima

En una conversación íntima al igual que sucede en la intimidad física, nos atrevemos a salir de nuestros propios límites y establecemos un contacto "simbiótico" con otra persona.¹ Esto es algo que el filósofo existencialista Martin Buber denomina "la experiencia con el tú". Se produce con intensidad, aunque al mismo tiempo existe fuera de toda racionalidad, dentro del espacio simbiótico.

Una experiencia activa con el "tú" tiene una importancia decisiva en la evolución de nuestra capacidad para mantener y funcionar con nuestra experiencia de un *self* continuo. Esta es la razón por la cual el aislamiento indeseado y excesivo constituye un riesgo para la salud psíquica. Uno de los fenómenos más importantes en la psicosis aguda es que la capacidad para funcionar con la categoría "tú" del otro, se ha interrumpido temporalmente (para mayor información, véase Cap. 4).

La sexualidad

En el mundo occidental actual, la sexualidad es quizás el factor que proporciona el método más aceptado de reafirmación. En su comercialización ha adquirido algo así como la función de una droga. En los diferentes tipos de sexualidad, la "normal" y la "perversa", en la realidad o la fantasía, los seres humanos recuperan el contacto con una forma más temprana de búsqueda del placer. En virtud de su conexión con la procreación, la sexualidad se convierte en el puente más potente con nuestro pro-

pio animal biológico. Hasta la década de los 60 la sexualidad era considerada como la necesidad humana más peligrosa y se mantenía bajo estricto control social y psicológico. El hombre ha desarrollado poderosos mecanismos de defensa con respecto a su sexualidad, la represión de la conciencia, la proyección sobre otros o la escisión entre una parte sexual asocial y otra parte socialmente aceptable.

Este tipo de mecanismo de escisión puede observarse fácilmente en ciertas alteraciones de la personalidad. Si bien externamente, y posiblemente en su actitud hacia sí mismas, las personas con este tipo de alteraciones se perciben a sí mismas como enteramente “normales” puede suceder que, de forma secreta, tengan una conducta sexual que, desde un punto de vista cultural, se considere inaceptable. Podría ser el caso del sacerdote que incurre en abusos a niños; el político que de forma regular se relaciona con prostitutas y que tiene un fetiche para rituales sadomasoquistas; el psicoterapeuta que mantiene relaciones sexuales con sus pacientes; o el trabajador de una granja que practica la zoofilia. En estos casos, la relación entre los aspectos morales de estas partes dispares de la personalidad es laxa. No se produce una lucha intensa por evitar el *acting out*, aunque una parte de la personalidad se presente como aceptable. Muchas personas aprenden a vivir con defensas infalibles contra el malestar y la culpa. La regresión no funciona “al servicio del yo”; por el contrario actúa como una obsesión. Aunque se experimenta el contacto con el *self* irracional, dicho contacto se mantiene mediante una destructiva y peligrosa escisión de la personalidad. Los que logran tener conciencia de su conducta escindida o que son dependientes de esta parte de la personalidad pueden comportarse con el mismo grado de irracionalidad que un psicótico. La diferencia estriba en que la psicosis restablece por medio del delirio la continuidad interna amenazada, mientras que el mecanismo de la escisión permite el mantenimiento del *self* a pesar de los contenidos contradictorios.

Religión

Una relación con el “tú” puede experimentarse en un contexto diferente al de las relaciones humanas a través de la religión o de una unión mística con la naturaleza. Para quienes encuentran en Dios a una persona, un “tú”, el sentido de unión puede ser similar al que se produce con otros seres humanos y frecuentemente lo supera. La mayoría de las personas aceptan que la religión tenga un lugar dentro de la comunidad racional y en la actualidad puede practicarse tanto en privado como de forma pública.

La religión es expresión de una visión del mundo arraigada y de una ética inquebrantable. Dentro de esta visión se entabla una relación con algo sagrado que demanda una total devoción. En las historias y tradiciones transmitidas a través de muchas generaciones se representan símbolos sólidos del bien y del mal a los que se puede adorar y rendir culto a través de cuadros e iconos. Por ejemplo, la Sagrada Comunión Cristiana ofrece un alimento fortalecedor sublimado que, a la vez que expresa una comunión interna con la humanidad, tiene un trasfondo simbólico inequívoco de contenido canibalístico. Este acto abarca los extremos entre espíritu y naturaleza. La incorporación del bien, que aparece ya sea en forma metafórica como sucede en el Protestantismo o bien en la forma de cuerpo y sangre transustancial como en el Catolicismo, en términos psicológicos, tiene las mismas raíces que la actividad correspondiente en las culturas primitivas, donde el consumo de una parte valorada del cuerpo de un animal o de una deidad transmite un poder equivalente.

Sin entrar en debates de tipo religioso, a través de este razonamiento quiero mostrar en qué consiste el puente esencial hacia nuestro inconsciente y nuestra vida personal más profunda. Fenómenos tales como la experiencia de fuerzas espirituales concretas, el escuchar la voz de Dios, la creencia de Cristo levantándose de forma milagrosa entre los muertos, en un contexto no religioso serían considerados como criterio suficiente para el diagnóstico de psicosis con prescripción de tratamiento médico.

El escritor y dramaturgo sueco August Strindberg (1849-1912) atravesó una profunda crisis personal ("la crisis de Infierno") que culminó con un estado delirante transitorio con ideas psicóticas de persecución y amenazas de muerte. A través de los estudios sobre literatura religiosa, principalmente los últimos escritos de Emmanuel Swedenborg, Strindberg llegó a la comprensión de que realmente era Dios quien quería castigarle y, por medio de experiencias terroríficas, llevarle por el camino correcto. De este modo, fue conducido de vuelta a la visión cristiana de la vida. Estas experiencias psicóticas fueron así transformadas a un contexto religioso que las presenta como culturalmente aceptables.

En el Antiguo Testamento (Génesis, 22) se cuenta la historia de cómo Abraham, por mandato divino, es preparado para sacrificar a su hijo Isaac.

Dios puso a prueba a Abraham

Y después de estos acontecimientos, Dios tentó a Abraham y le dijo: "Abraham". Y él respondió: "Heme aquí".

Entonces Dios le siguió diciendo: "Toma a tu hijo único, al que tanto amas, a Isaac; ve a la región de Moria y ofrécelo en holocausto sobre la montaña que yo te indicaré".

A la madrugada del día siguiente, ensilló su asno, tomó consigo a dos de sus servidores y a su hijo Isaac, y después de cortar la leña para el holocausto se dirigió hacia el lugar que Dios le había indicado.

Al tercer día, alzando los ojos, divisó el lugar desde lejos y dijo a sus servidores: "Quedaros aquí con el asno mientras yo y el muchacho seguimos adelante. Daremos culto a Dios y después volveremos a reunirnos con vosotros".

Recogió la leña para el holocausto y la cargó sobre su hijo Isaac; él, por su parte, tomó en sus manos el fuego y el cuchillo, y siguieron caminando los dos juntos.

Isaac rompió el silencio y dijo a su padre: "¡Padre!". Él respondió: "Sí, hijo mío". "Tenemos el fuego y la leña", continuó Isaac, "pero ¿dónde está el cordero para el holocausto?".

"Dios proveerá el cordero para el holocausto", respondió. Y siguieron caminando los dos juntos.

Cuando llegaron al lugar que Dios le había indicado, erigió un altar, dispuso la leña, ató a su hijo Isaac y lo puso sobre el altar encima de la leña.

Luego extendió su mano y tomó el cuchillo para inmolar a su hijo.

Pero el Ángel del Señor lo llamó desde el cielo: "Abraham, Abraham". "Aquí estoy", respondió él.

Y el Ángel le dijo: "No pongas tu mano sobre el muchacho ni le hagas ningún daño. Ahora sé que temes a Dios, porque no me has negado ni siquiera a tu único hijo".

Al levantar la vista, vio un carnero que tenía los cuernos enredados en una zarza. Entonces fue a tomar el carnero y lo ofreció en holocausto en lugar de su hijo.

Llamó a ese lugar: "El Señor proveerá", y de allí se origina el siguiente dicho: "En la montaña del Señor se proveerá".

(Génesis 22, 1-14)

Esta historia sería considerada en la actualidad como una expresión de enfermedad mental, pero dentro del contexto religioso, tiene un significado muy diferente. El hombre tiene la necesidad dialéctica, a través de una

especie de doble contabilidad, de vivir bajo las exigencias de la realidad, que consigue a través de la Iglesia, como ha venido sucediendo durante siglos. Con esto se pueden cometer excesos, como sucede con tantas otras instituciones creadas por el hombre. Los individuos con psicosis aguda han perdido esta dialéctica. En su experiencia subjetiva, se han convertido en el mundo y buena parte de lo que ocurre en él se centra en ellos o es controlado por ellos.

El pensamiento mágico

La creencia según la cual es posible controlar el destino y el futuro a través de medios mágicos está estrechamente relacionada con la religión y, con frecuencia, se mezcla con la práctica religiosa. La magia se ha presentado siempre como un método para transformar la impotencia en poder y la desesperación en esperanza. Sin embargo, existe una diferencia fundamental aunque difusa entre religión y magia. En la religión, la sensación de conexión con una dimensión espiritual y trascendental le da un sentido y una función a la existencia cotidiana. En la magia hay un deseo de cambiar las leyes de la naturaleza y hacer que el hombre sea el dueño de su destino. En tiempos de crisis, los horóscopos y la astrología, las cartas del tarot y los adivinos adquieren más influencia y personas que de otra manera podrían considerarse razonables, permiten conscientemente que el pensamiento mágico juegue un papel cada vez mayor en sus decisiones y elecciones más importantes.

Todos somos propensos al pensamiento mágico, especialmente durante períodos de crisis. Por este motivo, resulta difícil estar seguros de si la experiencia del paciente, que nos parece irracional, incluso tomando en cuenta su punto de vista personal, apunta a una forma regresiva de pensamiento transitoria o si realmente podría tratarse de una experiencia psicótica.

La intoxicación

El alcohol y las drogas siempre han formado parte de la existencia humana. La intoxicación como medio para establecer contactos y tender un puente hacia el mundo, birlando parcialmente la severa racionalidad es algo que está sancionado en nuestra cultura. Al igual que sucede con la religión, la intoxicación está rodeada por un sistema de control social que puede violarse ocasionalmente. El alcohol suprime nuestras inhibiciones

y nos hace más amigables y animados, despierta nuestra sexualidad, haciendo que entremos en un estado dionisiaco. Utilizado de esta forma, se experimenta por muchos como parte razonablemente indispensable de nuestra cultura. No obstante, el abuso del alcohol altera gradualmente nuestra relación con la realidad. A la larga, la negación se convierte en el mecanismo de defensa más inmediato seguido de un rechazo por parte de la sociedad. Con no poca frecuencia sucede que el consumo de alcohol o drogas y su capacidad para mitigar las duras verdades de la realidad puede también desencadenar una psicosis que, de otro modo, habría permanecido latente.

Pensamiento normal vs anormal

Existe un área oscura que proteger.

No hay reglas definitorias claras para lo que denominamos “normal” y además no puede haberlas. Lo que una persona considera normal difiere del concepto que otra tiene de la normalidad. Las diferencias de percepción entre países y culturas pueden ser aún mayores. Cuando analizamos el concepto de lo que se considera normal, se trata esencialmente de responder a la pregunta sobre si estamos hablando en términos estadísticos o normativos.

Una *norma estadística* tiene que ver con una forma de ser, una cualidad o representación que está expresada o entendida en muchos individuos. En otras palabras, es lo que llamamos *promedio*. Un nivel intelectual alto es tan anormal como un nivel intelectual bajo.

En términos de *comprensión normativa*, por otra parte, la normalidad está expresada por aquello que se considera una conducta aceptable dentro de un grupo determinado. Lo no-normal, lo anormal o enfermo es aquello que se considera que interfiere con la capacidad del grupo para mantener las condiciones que más valora: por ejemplo, la salud, el trabajo y el potencial social. Las visiones de naturaleza religiosa se consideran valiosas en ciertos cultos religiosos pero se les concede poco valor en los círculos académicos e incluso recibirían un diagnóstico psiquiátrico. En el primer caso, la persona puede convertirse en un líder, mientras que en el segundo corre el riesgo de ser etiquetada como extraña y no ser tomada en serio. Nuestra manera de ver al sexo opuesto, a otras clases sociales o las peculiaridades de otras razas está muy influenciada por nuestra consideración de lo que es “normal”.

La consideración de una conducta como enferma en términos psiquiátricos no debería consistir simplemente en aquello que difiere de la norma estadística. Debería incluir el sufrimiento o el riesgo para el paciente o para la sociedad. No debería tener una característica temporal, tal como una sensatez plausible y aceptable ante las circunstancias externas. El concepto de *crisis*, que oscila entre lo psíquicamente normal y lo psiquiátrico, podría ser utilizado en este caso. En situaciones concretas, está implícito un proceso con un potencial prometedor en el cual el trabajo de cada uno de los participantes es necesario para asegurar el mejor resultado posible. Incluso en una situación cuya gravedad se va intensificando, con cambios marcados en la conducta que no son normales desde un punto de vista estadístico, a veces es preferible adoptar una perspectiva de crisis que considerar la situación como patológica.

El concepto de *patológico* se entrelaza con factores ajenos a la comprensión de la persona concreta y es donde se necesita la pericia psiquiátrica. Aquí, un significado definido puede a veces resultar insuficiente para etiquetar a las personas en estas condiciones. Al mismo tiempo, el punto de vista médico siempre es valorado como parte de una dialéctica para afrontar la crisis. (Con dialéctica quiero decir, en parte, una relación de diálogo pero también la relación entre dos actitudes conceptualmente opuestas que integradas podrían formar una comprensión sintética).

El concepto de crisis no excluye los diagnósticos psiquiátricos. Un *diagnóstico* es una clasificación de ciertos tipos de conducta y no es automáticamente lo mismo que una declaración de patología aunque, por lo general, es considerado así. La conducta perturbada, con frecuencia, puede ser clasificada como psicótica, depresiva o suicida. Las consideraciones en términos de crisis no excluyen tampoco el tratamiento médico. En este trabajo se solapan con frecuencia los conceptos de crisis y de patología.

Resumen

Vivimos en un mundo en el que es esencial ser capaces de orientarnos y garantizar nuestra supervivencia y, por esta razón, debemos trabajar juntos. Para mantener dicho estado, es necesario hacer uso de una forma de pensamiento lógico-empírica. Al mismo tiempo, todos tenemos de modo más o menos sublimado (p. ej., expresado en mayor o menor medida instintivamente) en nuestras vidas, durante la vigilia y más aún mientras dormimos, un proceso primario de pensamiento que está estrechamente conectado con experiencias similares a las que encontramos en las psico-

sis agudas. No obstante, hay un área dentro de nuestro mundo representacional que actúa como un puente imaginario entre el mundo externo e interno. Esta área intermedia, que también está representada en las instituciones sociales, es la que buscamos con el fin de lograr la necesaria "regresión al servicio del yo". Aún así, algunas veces la fuerza del puente no es suficiente y se colapsa cuando la carga estresante se hace demasiado pesada. Lo que controla la línea entre nuestro mundo interno y externo se pierde en una forma más o menos pronunciada de conducta psicótica.

Existe un límite incierto, una importante área oscura entre las ideas inusuales y lo que llamamos delirios. El hecho de que yo conceptualice como delirio una idea determinada, no significa necesariamente que otro debería percibirla de este modo. En mayor o menor grado, muchos avances de nuestra cultura tienen lugar a través del trabajo de pensadores solitarios, donde tanto ellos como otros pueden preguntarse ocasionalmente si están participando en un proyecto disparatado o si su trabajo tiene un valor genuino.

La pérdida de contacto con la realidad

Seis experiencias y seis diagnósticos

A continuación analizaré algunos casos clínicos en los que los pacientes experimentaron una pérdida de contacto con la realidad, en algunos casos total, en otros de forma parcial. Para algunos de ellos, la pérdida fue de corta duración mientras que otros nunca pudieron recuperar por completo su estado de salud previo. Primero relataré el contexto de los hechos y posteriormente realizaré el análisis y diagnóstico psiquiátrico.

Una violación mental

Durante seis meses, Angela, una mujer soltera de 33 años, fue la encargada de una tienda que pertenecía a una cadena internacional. Había elaborado un plan de ventas intensivo para la temporada con el personal a su cargo. Con tan solo un día de antelación, su gerente

de área se presentó allí y sin darle razón alguna se quejó de su falta de habilidades sociales, algo claramente injusto en opinión tanto de Angela como de sus compañeros, máxime cuando antes de esta visita nunca le manifestó crítica alguna.

Dos días más tarde, convocaron a Angela en las oficinas centrales. Una vez allí le notificaron su despido, sin darle ninguna explicación. El jefe, un hombre más joven que ella, fue inflexible. Angela no estaba dispuesta a perder su dignidad y trató de mantener sus sentimientos bajo control. Haciendo un esfuerzo por controlarse, aceptó firmar un acuerdo en virtud del cual recibiría una compensación de seis meses de salario. Le contó lo sucedido a sus amigos, quienes la persuadieron a que no presentara una demanda contra la empresa para evitar que su reputación se viera perjudicada dentro de la industria, ya que esto podría hacer más difícil que encontrara un nuevo empleo.

Le dieron unos días para que formara a la persona que la sustituiría en su cargo, tal y como había sido acordado y aunque se sintió "anestesiada", lo hizo con un gran esfuerzo. Lloró mucho durante toda la noche y habló por teléfono con sus amigos. Unos días después, tras una reunión con un abogado, comenzó a experimentar vagas amenazas de muerte provenientes de las personas que pasaban a su lado por la calle. Sentía que la estaban siguiendo y veía personas que la espiaban desde los coches. De repente todo se hizo claro para ella, sintió que su vida estaba siendo amenazada por una conspiración internacional. Huyó a casa de sus padres, donde su sentido de seguridad se vio aún más socavado cuando escuchó a unas personas que hablaban en clave sobre ella, durante la previsión meteorológica. Sus padres trataron de hacerle ver lo absurdo de tal fantasía aunque sin éxito. Unos días más tarde, a medida que su pánico iba aumentando lentamente, acudió a un servicio de urgencias de Psiquiatría. Se le diagnosticó psicosis aguda, fue ingresada en una planta para pacientes agudos y tratada con medicación antipsicótica.

Sin embargo, el psiquiatra que la vio al día siguiente consideró que estaba en condiciones de desenvolverse fuera del hospital, a pesar de su psicosis, con la condición de regresar para seguimiento regular. La medicación antipsicótica fue sustituida por somníferos. Las ideas persecutorias de Angela disminuyeron transcurridas algunas semanas y ahora podía ver que sus relaciones y amistades la habían animado a separar su enfermedad real del "perseguidor" que realmente había ido tras ella. Durante la elaboración de la crisis afloró una sensibilidad más pronunciada, sentimientos de dolor y preocu-

pación por el futuro. Angela continuó en psicoterapia durante varios años y finalmente encontró un nuevo empleo en el que se sintió bien.

Se refirió a su experiencia de ser despedida en términos de una violación mental.

Sobre la pérdida de una buena infancia

Beth presentó un cuadro agudo con alucinaciones auditivas, fantasías de salvar al mundo y una marcada agitación. Tenía 30 años, vivía con su pareja y trabajaba en una fábrica estatal. Un año y medio antes, murió su abuela y su hermanastro desarrolló una esquizofrenia. Estos hechos hicieron que Beth se deprimiera y que buscara psicoterapia. En varias ocasiones consideró el suicidio pero reprimió este impulso, principalmente porque sentía que su hermano enfermo la necesitaba. Unos meses antes de su ingreso acudió a un servicio de urgencias de psiquiatría por presentar ataques de ansiedad y pánico y un par de semanas más tarde tuvo fantasías de haber sido enviada al mundo por Naciones Unidas (ONU) para redimirlo. Escuchaba la voz de Dios y la de una famosa estrella de rock que gritaba: “¡Persevera Beth!” y que la apoyaba en su misión. La situación se acentuó con un viaje al extranjero. Las casas en la ciudad que visitó se le parecían en cierto modo a las casas de un estudio de cine, con señales para engañarla. Se separó de sus compañeros de viaje y huyó de la ciudad. Como consecuencia de su conducta, la policía intervino y la envió a casa en un avión medicalizado.

Beth fue “ingresada contra su voluntad” (retenida bajo la ley de salud mental) y recibió medicación antipsicótica aunque, sin éxito. En una ocasión prendió fuego a su colchón en la planta. Un par de semanas después se la animó a incorporarse a un proyecto para pacientes con un primer episodio psicótico, pero aún sentía que había una conspiración en su contra y se negó a tomar la medicación. No obstante, mostró signos de estar en capacidad de hacer cierto trabajo mental sin la medicación y fue trasladada a un centro especial de crisis. Aún así, Beth se defendió con furia ante cualquier intento de hacer un análisis crítico de sus sentimientos.

Beth explicó que su abuela fallecida, que había estado en el Ejército de Salvación, representó algo bueno y positivo en su infancia. Vivió con su abuela entre los cinco y ocho años de edad, siguiendo la recomendación de los servicios sociales con el fin de protegerla del trato negli-

gente que recibía en su hogar. Había estado viviendo con su madre que debido a su trabajo y su intensa vida amorosa fue incapaz de arreglárselas sola con su hija. Beth describió que “frecuentemente, por la mañana había un hombre diferente al que saludar” y que desaparecía de la escena rápidamente. También expresó que “amaba a su madre desesperadamente” y los esfuerzos infructuosos que realizó durante esos años para que ese amor fuera recíproco. Con su abuela, sintió que era escuchada y tomada en cuenta por primera vez en su vida.

Sin embargo, la madre de Beth volvió a casarse, se llevó a su hija y le dio varios hermanastros. Le fue bien en el colegio y en el trabajo pero “nada parecía interesarle”. Cuando su abuela murió fue como si “el mundo hubiera perdido su sentido” y se sintió más deprimida aún, con un profundo sentimiento de que su vida carecía de sentido. “Sencillamente, la vida estaba vacía”.

Seis meses después de su ingreso, las experiencias psicóticas de Beth disminuyeron. En las conversaciones mantenidas con ella, se la animó a explorar qué dio realidad a sus fantasías. El terapeuta tuvo cuidado de no parecer omnisciente. Poco a poco Beth exploró y comenzó a comprender las experiencias más tempranas con su madre y comprendió la pena que experimentó por la pérdida de su abuela. Entonces se produjo un nuevo e importante cambio. Durante una visita a un convento conoció a una religiosa católica que le recordaba a su abuela. Después de esto, Beth fue capaz de abandonar sus delirios definitivamente.

Durante una visita de seguimiento que tuvo lugar cuatro años más tarde, Beth se sentía bien y estaba muy implicada en su trabajo. Tuvo un hijo con su pareja y experimentó una gran alegría con su maternidad. Beth comentó su período de psicosis como la época más difícil de su vida pero no lamentaba haber pasado por ello. En muchos aspectos, experimentaba una mayor sensibilidad hacia la vida que antes y explicó que ahora sus sentimientos eran más intensos y tenían una mayor profundidad: “Es extraño que haya tenido que experimentar un episodio psicótico para poder romper la coraza emocional que había construido a lo largo de los años”.

Telepatía, control del pensamiento y voces en el viento

Carina tenía 22 años y asistía a una escuela de arte privada cuando fue hospitalizada por primera vez. Desde hacía algún tiempo creía que las personas en la calle hablaban de ella e incluso pensaba que

desde la ventana de sus vecinos grababan en secreto películas de televisión sobre ella. Al ver la televisión se apercebó que si pensaba en algo concreto podía controlar al presentador con sus pensamientos, y éste cambiaría de canal. Los que hacían las películas comenzaron a enviarle mensajes por vía telepática. Estos mensajes la atormentaban y afirmaban que era una persona sucia con pensamientos perversos. Con el tiempo, llegaron lo suficientemente lejos como para enviarle pensamientos obsesivos relativos a sus supuestas relaciones sexuales con perros. Estas fantasías resultaban totalmente ajenas a su carácter y, por tanto, se sentía violentamente insultada por ellas. Se preguntaba cuántas personas de su entorno tenían conocimiento de estas calumnias. Carina se fue apartando cada vez más de sus amigos. No participaba en las fiestas de la escuela sino que trabajaba en su estudio tanto en días laborables como festivos. Por lo general, cuando sus amigos y su madre trataban de animarla a salir respondía con rabia. Nadie se había dado cuenta de la gravedad de sus problemas hasta que llamó a casa desde el hospital.

Una noche cuando Carina escuchó a unas personas que estaban en el ático hablando de ella y criticando sus pinturas, fue a pedir ayuda a la policía. Quería identificar a aquellos que la importunaban y a aquellos que la dejaron sola. En lugar de interesarse por su problema, la policía la derivó a una clínica psiquiátrica en la que aceptó ingresar.

Se supo que Carina era hija única. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía cinco años y durante su infancia vivió con su madre. Su padre, que era un profesor universitario, se casó nuevamente y el contacto con él disminuyó tras el nacimiento de su nuevo hijo, lo que significó que no había espacio en casa para Carina. Varios miembros de la familia del padre habían estado en tratamiento por enfermedades psiquiátricas. Hubo una época, cuando ella tenía 16 años, en la que se sintió abatida y pasó un tiempo reflexionando sobre la existencia de Dios. Dejó de asistir a clase pero, con el apoyo de un psiquiatra infantil, estuvo en condiciones de regresar trascurrido un tiempo. Carina siempre tuvo facilidad para entablar amistades, quienes admiraban su talento. Los profesores también le dieron su apoyo y, en términos generales, le fue bien en el colegio. Aparte de una breve aventura amorosa, nunca tuvo novio formal, aunque los demás la consideraban atractiva.

En la clínica, Carina pudo llegar a sentir cierta simpatía por sus perseguidores. Este sentimiento desapareció rápidamente tras escuchar unas voces que se burlaban de ella y que la forzaron a llevar a

cabo ciertos rituales y movimientos con su cuerpo carentes de sentido. No se atrevió a tomar la medicación y fue trasladada a una sala en la que le administraron inyecciones intramusculares y medicación antipsicótica. Experimentó efectos secundarios desagradables en forma de dolorosos movimientos oculares y un sentimiento interno de desasosiego e inquietud. Aunque estos síntomas habrían podido atenuarse con la medicación, ella rehusó tomarla. Se le administraron inyecciones de acción prolongada. Le dieron el alta un par de meses después. Sus movimientos y su pensamiento estaban enlentecidos pero las voces habían desaparecido. No tenía energía para pintar, así que participó en la terapia del hospital. La atención post-hospitalaria tuvo lugar en una clínica psiquiátrica. Se negó rotundamente a continuar con la medicación y poco a poco pudo retomar la pintura.

Algunos años después, durante los preparativos para una exposición de alumnos, volvió a presentar delirios y alucinaciones. Esta vez su ingreso fue más largo. Carina probó una nueva medicación antipsicótica administrada en forma de tabletas y durante un tiempo más prolongado que en el episodio previo. En esta ocasión, experimentó notables beneficios con la medicación y pudo, una vez más, volver a su arte.

Sobre la regresión en el desarrollo

David siempre había sido un tanto excéntrico en el colegio. Tenía dificultades con los deportes y le consideraban torpe. Sus padres trabajaban en una comunidad religiosa y eran abiertos y sociables. Sus hermanos menores no tenían mayores dificultades con sus vidas y David era considerado como el “niño problema” de la casa. Durante su adolescencia, estuvo relacionado por un tiempo con una banda criminal de poca importancia, en la que fumaban hachís. Esto se descubrió rápidamente y David fue detenido por asaltar comercios por las noches. Sus padres reaccionaron rápidamente y comenzaron a dedicarle más tiempo, tratando de fomentar otros intereses. Era un chico simpático y de aspecto agradable y su rendimiento en la escuela era normal. A los 17 años comenzó a quejarse de que no podía dormir y, en diferentes ocasiones, sus padres lo encontraron sentado por la noche, sudando y en estado de ansiedad. Sin saber por qué, empezó a preguntarse si era homosexual. Había escuchado que algunas personas en las colas y en los autobuses de la ciudad decían que lo era, pero no podía recordar exactamente quién lo dijo. Fue derivado a su médico de cabecera quien le hizo una exploración completa sin ha-

llazgos positivos y le prescribió algo para dormir. Los síntomas se atribuyeron a las presiones del trabajo escolar y a una pubertad tardía y se dio por sentado que lo superaría.

Al terminar la escuela tuvo la oportunidad de empezar a trabajar en una imprenta como chico de los recados. En primer lugar, su estado mental mejoró. David parecía feliz, aunque su jefe se quejaba cada vez con más frecuencia con respecto a su lentitud. Realizaba su trabajo de recadero puntualmente pero a veces se le encontraba en el lado de la carretera “sin pensar en nada en particular”. En su casa se preocuparon cuando David comenzó a descuidar su apariencia, teniendo en cuenta que antes solía ser muy escrupuloso con su aseo personal y con la forma de vestir. Olía a sudor y sus padres y hermanos tenían que regañarle para que se lavara la cabeza y se cambiara de ropa. La conducta de David fue cambiando gradualmente. Alargaba sus horas de comida y algunas veces podía permanecer hasta media hora con comida en la boca sin tragársela. A su padre le resultaba particularmente difícil tolerar su comportamiento y el hecho de que la vida familiar se fuera centrando cada vez más en torno a éste. No sabían si se trataba de una actitud desafiante o si era un signo de enfermedad. No había indicadores claros de la presencia de un “pensamiento perturbado”. Sin embargo, podía suceder que se riese solo. Al preguntársele de qué se trataba, respondía con una sonrisa reservada o decía que no era nada en particular.

A los 19 años sus padres buscaron ayuda nuevamente y esta vez fue derivado a una clínica psiquiátrica, aunque no fue necesaria su hospitalización. La familia tuvo sesiones de orientación domiciliarias y David respondió favorablemente con la ayuda de sus padres. La valoración médica y psicológica fue exhaustiva y no arrojó hallazgos concluyentes. David aceptó tomar medicación antipsicótica con la esperanza de que pudiera ayudarlo. A la larga, fue posible ofrecerle alojamiento junto a otros jóvenes con dificultades de tipo psicológico en una vivienda comunitaria. Mantenía el contacto con dos de sus viejos amigos y comenzó a asistir a un programa especial de formación adaptado. Poco a poco la familia se fue tranquilizando al ver que David tenía una vida cargada de sentido y que saldría adelante.

Arterioesclerosis y confusión nocturna

Elizabeth era una viuda de 69 años. Su marido había muerto hacía cuatro años y sus dos hijos vivían a cierta distancia. Siempre había si-

do muy activa en la iglesia y estaba dedicada al trabajo en la comunidad y a un club de costura. En los últimos años, tuvo varios infartos menores que tuvieron escasas secuelas, salvo pérdida de fuerza en la pierna derecha y cierta pérdida de memoria.

En las duras condiciones del invierno, Elizabeth se resbaló en la calzada y se rompió una pierna. Aunque no hubo complicaciones, para mayor seguridad, fue ingresada en la planta de cirugía. La primera noche estaba asustada y quería irse a casa. El personal del turno de noche logró persuadirla para que se quedara. Alrededor de las dos de la madrugada, llegó hasta la papelera y trató de orinar en ella. Cuando otro paciente llamó a la enfermera encontraron a Elizabeth en un estado confusional. Creía que estaba en su casa y que su marido acababa de salir. Cuando trataron de hacerla regresar a su cama se puso furiosa y comenzó a blasfemar. Elizabeth se calmó cuando la enfermera encendió la luz de su habitación y le trajo una taza de café con azúcar, y lentamente fue dándose cuenta de que estaba en el hospital. Un poco después pudo acostarse y quedarse dormida.

Al día siguiente Elizabeth tenía solo un vago recuerdo de la noche anterior. Estaba bastante lúcida y era ella misma otra vez. Poco después fue trasladada a una residencia geriátrica y en su habitación tenía una lamparita y una mesilla de noche sobre la que puso fotografías de su esposo y de sus hijos. De este modo, podía orientarse cuando se sintiera confundida durante la noche. Además, a veces le apetecía participar en alguna conversación y tomar café con otros pacientes. Unos años más tarde tuvo un infarto mortal.

Al otro lado de “las puertas de la percepción”

El autor de este libro era un joven estudiante de medicina en la década de los 50. Durante mi curso de farmacología leí un libro de Aldous Huxley (1954) titulado “Las puertas de la percepción”. Trataba sobre la mescalina, droga utilizada por los indios mejicanos, que era descrita por Huxley como capaz de producir, de forma placentera, una profundización de la experiencia y que, por cierto, era segura y no tenía propiedades adictivas.

Tras un satisfactorio examen en farmacología le pregunté a mi profesor si le gustaría acompañarme en una investigación, administrándome mescalina. Aceptó y un domingo, un par de semanas después y, junto con un compañero que vino conmigo a la casa de campo del

profesor, ingerí 0.4 gramos de cristales de mescalina rosada diluida en un poco de agua. Se grabó todo lo sucedido. Durante las tres primeras horas no sucedió nada y empezamos a preguntarnos si la dosis habría sido muy baja. Sirvieron café. Cuando miré los posos de café en el fondo de la taza, de repente vi como cambiaban de color. Al mismo tiempo, la taza de café se transformó en un profundo pozo. Cuando mi compañero cerró la puerta, el ruido liberó un nido de pequeñas serpientes rojas que se deslizaron rápidamente hacia el borde de la taza y hacia el fondo del pozo donde se mezclaron con los posos de café y se convirtieron en una confusión de esferas de color, rojas y azules, que reventaron y estallaron en pedazos, siendo reemplazadas por bolas de fuego. Cada sonido subsiguiente producía nuevas explosiones de color fascinantes y con formas variables.

Era evidente que se había producido el efecto. No obstante, yo apenas podía comunicar mis experiencias. Estaba convencido de que los otros dos querían experimentar conmigo y aprovecharse de mi situación vulnerable. Les pedí que me dejaran solo por un rato. Cuando regresaron, estaba sentado, acurrucado y paralizado. Experimenté, por primera vez en mi vida adulta, una poderosa ansiedad que sólo se atenuaba al sentarme rígido e inmóvil y que volvía cada vez que trataba de relajarme. A medida que esto iba sucediendo, perdí la noción del tiempo. Me invadió un sentimiento abrumador de atemporalidad. Sin embargo, si una delgada columna de humo de cigarrillo comenzaba a ondear en una corriente de aire, entonces el tiempo podía comenzar a “transcurrir” nuevamente, durante un rato.

Experimenté una ansiedad creciente que llegó a resultar insoportable. Sentí como si tuviera que sucumbir ante ella y pelear con el profesor. Comencé a gastarle bromas pesadas e insistí en que había flirteado con las chicas más guapas del curso y que se había valido de su posición para seducirlas. Traté de humillarle más aún y terminé diciéndole que era un emigrante y un viejo sucio. La ansiedad, que me impulsó a lanzar vulgaridades de forma agresiva hacia una persona a la que realmente apreciaba mucho, disminuyó pero volvió con renovada fuerza.

Los comentarios del profesor, que me parecieron muy significativos, fueron que quizás más tarde podría sentirme mal por mi conducta, pero que no debía preocuparme ya que él había estado en psicoanálisis y había podido arreglárselas con cosas peores.

Finalmente los efectos desaparecieron y después de aproximadamente ocho horas todo volvió a la normalidad, pero me prometí a mí

mismo que no volvería a probar la mescalina nunca más. Recuerdo mis experiencias con mucha claridad. Unos meses más tarde leí otro libro de Aldous Huxley. Esta vez se trataba de “Cielo e Infierno” publicado en 1956. Huxley había continuado con sus experimentos y ahora podía afirmar que la mescalina no era de manera alguna un “paseo” inocente. Podía ser también un potente desencadenante de ansiedad.

Posteriormente comencé psicoanálisis y logré una comprensión más profunda de mis repentinos ataques hacia mi admirado profesor. La mescalina había “relajado” a mi censor interno y durante algunas horas hizo aflorar temas con los que me encontraría más tarde y que elaboraría en el curso del análisis.

¿Podemos comprender el desarrollo de la psicosis?

Angela

Angela sufrió una depresión a los veinte años de edad. En términos generales, se las arregló bien desde entonces. Era una persona competente y disfrutaba de su trabajo. Su despido le llegó como una bomba. (Más tarde comprendió que debido a una reorganización administrativa tuvo que aceptar). El hecho de que su jefe fuera un hombre más joven, con la misma carrera, sólo complicó las cosas y aumentó la humillación. Más tarde pensó que la propia inseguridad de su jefe hizo que éste adoptara una actitud tan brutal. Su psicosis, que se manifestó en forma de delirios de persecución y ansiedad, se puede entender a la luz de la naturaleza completamente imprevista de su despido. Más aún, éste se produjo de manera ofensiva e insensible y, como resultado, Angela experimentó una impotencia extrema. Durmió poco durante la noche y durante el día tuvo que ejercer un estricto control de sus emociones.

Durante su psicosis, que posteriormente describió como una pesadilla con fuertes matices de *thriller*, la sensación se suavizó gracias a la percepción de que su vida estaba amenazada externamente. Con todo, es más fácil luchar contra una amenaza externa contra la cual es posible encontrar protección y ayuda, que afrontar una pérdida total de la capacidad para entender lo que está sucediendo internamente. De este modo, es posible considerar que la psicosis supone una función adaptativa. La in-

capacidad para dormir también fue un factor crucial en la pérdida del contacto con la realidad.

El diagnóstico es, de acuerdo con el DSM-IV (véase Apéndice), *psicosis breve con características reactivas* (p. ej., desencadenada por el estrés). El pronóstico de Angela era muy bueno pero necesitaba apoyo psicoterapéutico para mejorar su deteriorado sentido de la identidad.

Beth

La primera infancia de Beth estuvo llena de experiencias frustrantes en la relación con su madre hacia la que sentía un gran apego. No tenía un recuerdo claro de su padre. Aparentemente, había negado de forma eficaz la necesidad de él y había desarrollado estrategias tempranas para compensar su ausencia. Su abuela representó el “objeto interno bueno”, lo que significa que la proximidad internalizada de la abuela había sido esencial para su sentido de equilibrio en la percepción de sí misma. Ciertamente había encubierto un profundo sentimiento de abandono.

A la vez que tuvo que dejar a su abuela (que vivía en otra parte del país) para regresar a casa con su madre y su nueva familia, Beth desarrolló una “piel” interna protectora que la ayudó a encontrar un buen ajuste, aunque superficial. Ésta se construyó en la presencia psicológica de la abuela, que se diluye cuando muere. Para Beth, lo que podría haber sido el período normal de duelo, se transformó en una depresión creciente con sentimientos de carencia de sentido. Posteriormente experimentó ataques de ansiedad y presentimientos relativos a estar al borde de la psicosis. En condiciones normales, habría superado la pena pero, por alguna razón, esto no sucedió. Con frecuencia encontramos que quienes se psicotizan tienen poca capacidad para elaborar y superar la depresión y sus causas.

Sin embargo, durante un período de varios meses, Beth comenzó a sentirse cada vez más perturbada (aunque nunca de forma que no pudiera mantener el control de sí misma). Comenzó a experimentar situaciones extrañas y alusiones en el trabajo. Beth se sintió muy feliz cuando, a pesar de no haber estado nunca interesada por la religión, escuchó la voz de Dios que le reveló que había sido elegida para unirse a las Naciones Unidas en un movimiento para redimir al mundo. Podría suponerse que la experiencia de haber sido atendida por su abuela durante la infancia, tras un insoportable sentimiento de abandono, se transformaba ahora en ser atendida por el Dios a quien su abuela había servido.

Se observa con frecuencia que este tipo de desarrollo psicótico representa una alternativa al suicidio: es un suicidio en el sentido literal del tér-

mino, un asesinato de sí mismo. Desde este punto de vista, la psicosis adquiere un valor de desarrollo potencial. Pero, naturalmente, no todas las psicosis pueden interpretarse de este modo. La enfermedad del hermanastro de Beth apunta hacia un rasgo genético que podría haberse agregado a su vulnerabilidad para desarrollar la psicosis.

El diagnóstico es de *psicosis esquizoafectiva*, que significa que los síntomas corresponden a los criterios tanto de los trastornos afectivos como de la psicosis. Los primeros se manifiestan en forma de una profunda depresión y la psicosis en forma de alucinaciones y delirios prolongados, en parte de naturaleza grandiosa. A pesar de una tendencia a la recaída, la evolución, como sucede en este caso, es favorable en ciertos casos y puede beneficiarse mucho de la psicoterapia. Con frecuencia es necesario prescribir medicación antipsicótica y litio para reducir el riesgo de recaída.

Carina

La psicosis de Carina sugiere, en cierto modo, una impresión diferente. Ella siempre había sido una persona sensible y cuidadosa de preservar su integridad en su relación con los chicos. No obstante, siempre había mantenido una relación estrecha con sus amigas. Su enfermedad comenzó con un aislamiento que duró varios meses, lo que no era necesariamente un síntoma inmediato de depresión sino más bien un estado de rumiación. La psicosis en sí misma tenía un aspecto más bizarro que los casos anteriores. Sus fantasías eran bastante incompatibles con su mundo de fantasía anterior y con su entorno cultural. Esto indica que las experiencias y fantasías primitivas irrumpieron en su pensamiento por algún motivo. Carina las percibía como provenientes del exterior, era incapaz de verlo de otra manera. Sus experiencias le asustaban y le resultaba imposible compartirlas con los demás. No podemos encontrar una razón clara de su enfermedad más que, por un lado, la presión que debía sentir ante las exigencias de su educación artística y, por otro, su necesidad de distanciarse de una sexualidad más adulta, practicada por sus amigas. Al reaccionar de una forma tan desesperada durante una fase de desarrollo que la mayor parte de las personas de su edad superan sin demasiada dificultad, cabe asumir que Carina tenía una naturaleza vulnerable. (El concepto de vulnerabilidad se trata en los Capítulos 6 y 7).

Un año después Carina tuvo una recaída. Esta vez sus síntomas duraron más de seis meses. El diagnóstico era esquizofrenia, conclusión a la que se llegó tanto por sus alucinaciones y delirios prolongados como por su naturaleza bizarra. La segunda vez se le administró una medicación antipsicótica más apropiada a la que respondió favorablemente.

Retrospectivamente, habría sido preferible administrar dosis más bajas. Sus síntomas habrían mejorado sin las alteraciones producidas por los efectos secundarios, provocando en ella el rechazo a continuar con la medicación.

David

David siempre había sido algo excéntrico pero no había mostrado ningún síntoma evidente antes de los 17 años. Era fácilmente influenciable y no demostraba demasiado interés por los estudios, lo que podría haberle llevado por derroteros más antisociales. Esto pudo evitarse gracias al buen trabajo de sus padres. Los primeros síntomas aparecieron en forma de ansiedad, debido a problemas relacionados con su sentido de identidad. David pensaba que estaba convirtiéndose en homosexual, a lo que siguieron alucinaciones auditivas en las que la gente hablaba de él. No existían indicadores concretos de homosexualidad y sus experiencias se caracterizaban por los delirios. Algo más tarde el descuido de su apariencia y la tendencia a reírse sin motivo aparente, se convirtieron en síntomas adicionales.

Se consideró que su estado era refractario y la medicación tuvo un efecto incierto. El diagnóstico fue *esquizofrenia simple o asintomática*. El pronóstico no es bueno en lo que se refiere a una completa recuperación pero hay posibilidades de que mejore, dentro de sus circunstancias, hacia una aceptable calidad de vida.

Elizabeth

En el caso de Elizabeth, la pérdida del contacto con la realidad es diferente. En el momento de su hospitalización perdió durante la noche la orientación en tiempo, persona y espacio. Esto es un estado confusional y sólo se asemeja a la psicosis en apariencia. En los otros casos, no se evidenciaron problemas de orientación con percepciones equívocas de tiempo, espacio y persona. Estas personas experimentaron percepciones internas equívocas de hechos externos; escuchar voces procedentes del mundo exterior que realmente no existían. Un estado confusional aparece como resultado de la pérdida orgánica de la capacidad para funcionar. En el caso de Elizabeth, gracias a sus síntomas, asociados a la presencia de pequeños trombos cerebrales, fue posible ver que había sufrido alteraciones cerebrovasculares debidas a la edad, que daban como resultado un deterioro en el flujo sanguíneo. Ésta se caracteriza por un umbral disminuido

durante la noche cuando el metabolismo desciende y el nivel de luz es bajo, dando como resultado una baja estimulación, desorientación y un colapso o desintegración cognitiva. La mejor forma de tratamiento es mejorar la función del cerebro de maneras sencillas: ayudándola a redescubrir su identidad, encendiendo la luz y hablándole. La medicación antipsicótica o tranquilizante con frecuencia agrava la confusión.

Este es un delirium en el cual, en contraste con las psicosis, hay una causa orgánica directa. Podría denominarse también *confusión arterioesclerótica*.

El autor

La *psicosis tóxico-orgánica* desencadenada en el autor de este libro por la mescalina contiene tantas diferencias como similitudes en relación con formas diversas de pérdida de la realidad. Es, por encima de todo, una alucinación visual colorida que (como en este caso) no representaba nada en concreto. Estas percepciones visuales se denominan sinestesias: es decir, que un tipo de percepción (p. ej., la audición) estimula otras modalidades perceptivas (en este caso, la visión). En la literatura sobre la mescalina y otra droga estrechamente relacionada con ésta, LSD-25, las experiencias alucinatorias atemorizantes se asemejan a las descripciones de pacientes en situación de delirium, en la abstinencia del alcohol.

Las alucinaciones visuales de este tipo no se producen normalmente en las "psicosis funcionales", entendiendo por éstas, las que no pueden ser comprendidas como resultado de una causa orgánica claramente definida. En las psicosis funcionales se observan imágenes vagas de fantasías internas visualizadas o experiencias nocturnas de despertar, semejantes a los sueños. Las alucinaciones visuales claras, por otro lado, son debidas a la intoxicación, las drogas o el daño cerebral, especialmente en el lóbulo temporal. También hay crisis epilépticas, asociadas al lóbulo temporal, que se presentan como una secuencia de imágenes alucinatorias. Estas visiones tienden a ser repetitivas y estereotipadas.

La pérdida del sentido interno de temporalidad es característica de la psicosis inducida por la mescalina y ciertamente constituye una de las razones por las que la mescalina fue utilizada por los incas para desarrollar estados religiosos de tipo místico. Las similitudes con las psicosis funcionales consisten en la tendencia a experimentar delirios y, en el estado catatónico, una rigidez que se mantiene con gran tensión muscular, para reducir la ansiedad. La tendencia a la impulsividad, la conducta perturbada y el pensamiento primitivo se encuentran tanto en las psicosis funciona-

les como en las inducidas por drogas. Esta experiencia fortaleció mi punto de vista, según el cual es fundamental trabajar con varias teorías de forma simultánea cuando intentamos comprender una psicosis en concreto: el conocimiento biológico de los efectos de la mescalina no puede explicar por sí solo la naturaleza dolorosa y personal de mis pensamientos durante mi psicosis. Al principio, los pensamientos desagradables resultaban ajenos a mi personalidad y creí que habían aparecido sencillamente como consecuencia de la mescalina. Más adelante, me di cuenta de que eran comprensibles, vistos a partir de lo que surgió de mi inconsciente durante mi psicoanálisis personal.

Resumen

Estos seis casos ilustran diferentes aspectos de pérdida de la realidad psíquica. Algunos son más fáciles de comprender que otros. Mientras que las experiencias de Angela y Beth podrían haber formado parte de una trama detectivesca, Carina describió delirios más bizarros. David tenía alteraciones de conducta prolongadas e incluso bizarras. La combinación de síntomas psicóticos bizarros y de larga duración es característica de las psicosis conocidas como *esquizofrenia*.

El estado mental de Elizabeth era un *delirium* debido a causas arterioescleróticas que la condujeron a alteraciones de la orientación en tiempo, espacio y persona. Los síntomas son mucho más dependientes de causas orgánicas cerebrales. El estado del autor inducido por la mescalina describe un *delirio tóxico* que tiene, sin embargo, un significativo contenido psíquico.

En todos estos casos se detecta una combinación compleja entre las circunstancias psicológicas, sociales y la condición fisiológica del cerebro. Es precisamente esta combinación de perspectivas lo que este libro pretende analizar más en detalle, con el fin de ofrecer un mapa para que el investigador pueda orientarse en la mente del individuo psicótico. No podemos trabajar con seriedad sobre estos problemas si no aceptamos la necesidad de ampliar el ámbito de investigación a la mente humana. Este libro se diferencia de otros trabajos sobre psiquiatría al asumir este amplio objetivo.

Los mapas tienen que ser actualizados. Muchos lectores harán sus propios descubrimientos que o bien complementen o se desvíen de lo que yo relato en los siguientes capítulos. Esa es la esencia de los mapas.

El concepto de psicosis, delirios y alucinaciones

El concepto de psicosis

La psicosis es un concepto psicológico y fenomenológico. No existe ni una definición biológica del término ni tampoco un “marcador” biológico específico para la psicosis. Cualquier intento de encontrar una correlación neurofisiológica ha fracasado. En este capítulo intentaremos, a través de la fenomenología de la psicosis, acercarnos a la psicología de la misma. (Las aproximaciones fenomenológicas son intentos de describir un fenómeno y las experiencias subjetivas sin emplear conceptualizaciones teóricas).

Si no existen *delirios* no se puede ni se debe hablar de psicosis. La percepción puede estar conservada en la psicosis, pero lo erróneo es la interpretación de las percepciones. Esto le distingue del delirium, en este último es principalmente la percepción lo que está alterada. La psicosis puede estar más o menos influida por los fenómenos siguientes que no pueden en si mismos, sin embargo, ser identificados como psicóticos:

- alucinaciones
- alteración de la conducta
- confusión o delirium

Alucinaciones

Las alucinaciones de naturaleza visual o auditiva se pueden producir sin que se altere la percepción realista del mundo. En este caso, la persona tiene una comprensión plena de estas experiencias, como representación de algún tipo de enfermedad o irracionalidad. En otras palabras, una alucinación no puede considerarse psicótica si no se manifiesta como un delirio.

Alteración de la conducta

Además de en la psicosis, las alteraciones de conducta se producen en otras muchas situaciones. Incluso hay personas psicóticas (por ejemplo con trastornos delirantes) que no muestran trastornos de conducta significativos.

Espíritus en reuniones del consejo

Un hombre soltero de 48 años, que trabajaba en una empresa cotizada en bolsa, sufrió durante años el acoso de espíritus que querían pelear con él y derrotarle. Este hecho era cada vez más frecuente durante las reuniones del consejo. Se veía obligado a pedir disculpas, ausentarse y dirigirse precipitadamente a su despacho, que se encontraba al lado de la sala de juntas, donde podía afrontar la pelea. Al terminar, se recomponía y regresaba a la reunión sin que nadie percibiera lo que había sucedido. No obstante, su ansiedad fue en aumento y terminó por solicitar ayuda psiquiátrica. Se observó que los espíritus pertenecían a un sistema delirante más amplio. Tres años después se suicidó.

Confusión o delirium

La confusión o delirium suponen la falta de capacidad de la persona para poder orientarse en tiempo, espacio e identidad. Apunta a un origen en el funcionamiento del cerebro y con frecuencia tiene que ver con alte-

raciones orgánicas potencialmente reversibles (insuficiente riego sanguíneo, cambios hormonales o tóxicos, fiebre, etc.). El individuo psicótico normalmente no se encuentra desorientado, aunque puede aparecer cierto estado de confusión, consecuencia de la psicosis.

El concepto de psicosis que utilizo en este libro, consecuentemente, incluye el concepto de delirio y una visión de la realidad que deriva de él y no es compartida por los demás. La infrecuente *folie a deux* (trastorno psicótico compartido) constituye una excepción, véase p. 37. Las alucinaciones, confusión y alteraciones de la conducta pueden también ser síntomas de la psicosis, aunque no sean esenciales para este concepto.

Tal y como hemos visto, la frontera entre los estados “racional” e “irracional” es poco clara: va cambiando y está determinada culturalmente, en todas sus formas. Esta es una zona bastante oscura. Muchas personas viven durante gran parte de su vida en esas zonas oscuras y aún así se desenvuelven adecuadamente en su vida cotidiana.

Interpretaciones erróneas

La combinación de alteraciones en la percepción y experiencias amenazadoras dan lugar con frecuencia a falsas interpretaciones. Inicialmente están influenciadas por la capacidad de crítica del pensamiento pero, tarde o temprano, derivan en interpretaciones erróneas. Esto se demostró científicamente en las décadas de los 50-60 a través de un experimento de privación sensorial en universitarios estadounidenses (Slade, 1984: 256-260). Se acomodó a un grupo de estudiantes voluntarios en camas acolchadas o tanques de agua a temperatura corporal, alcanzando un estado tan confortable que sus cuerpos se hicieron imperceptibles. Se les facilitaron gafas opacas y tapones para los oídos. Todos tuvieron la opción de abandonar el experimento, que estaba proyectado durante ocho horas, cuando quisiesen. Al menos la mitad de ellos experimentaron alteraciones de la percepción, especialmente visuales y auditivas. La mayor parte de ellos informó sobre fantasías de sentirse engañados y sintieron que se encontraban en grave peligro. Por este motivo muchos se retiraron del experimento antes de que el tiempo estipulado se agotase.

Pasear en solitario por el bosque durante la noche, sólo es una experiencia positiva si la persona tiene pleno control sobre sus fantasías. Otro ejemplo de lo fácil que resulta transformar la realidad en una situación atemorizante, combinando la sensación de amenaza con una disminución de la capacidad visual, se muestra en el siguiente recuadro.

Se buscaba a un hombre armado en estado de desesperación. Se recibieron informes donde se le había visto merodeando por ciertas zonas costeras. Un grupo de cinco militares, liderados por un sargento experimentado, formaron el equipo de búsqueda. La playa era pedregosa y el sol fuerte. El grupo avanzaba en línea, cuando de repente, se escuchó un ruido detrás de unas grandes rocas de 30 metros de altura que se encontraban frente a ellos. En ese momento, el sargento vislumbró la punta de un cañón de pistola. Inmediatamente ordenó a sus hombres que se pusieran a cubierto mientras que él, acompañado de la mitad de ellos, rodeó las rocas de forma que la zona quedara cubierta. Lo que descubrieron fue una botella de cerveza vacía y la boca de la botella reluciendo bajo el sol.¹

También pueden darse interpretaciones erróneas de la realidad en el contexto de deficiencias *auditivas*. Las personas mayores que sufren sordera piensan con frecuencia que los demás están haciendo cosas a sus espaldas, burlándose o diciendo algo desagradable sobre ellos. La sordera se considera en conjunto un trauma psíquicamente más perturbador que la ceguera y con frecuencia fomenta más interpretaciones equivocadas.

Incluso el sentido del *tacto* puede verse perturbado en personas mayores que pueden sentir algo arrastrándose por su piel. Estas experiencias, junto con una visión disminuida, la soledad y la baja estimulación, pueden ocasionar la sensación de tener insectos corriendo sobre ellas. La persona mayor ve cosas como piel seca en su cuerpo que arranca y lleva al médico para que la examine con microscopio. Puesto que las molestias cutáneas no desaparecen y se mantiene la falta de estímulos, el problema perdura.

En personas mayores las interpretaciones erróneas pueden estar asociadas a un envejecimiento prematuro. Pueden perder la sensación de control sobre el entorno debido a un declive cognitivo incipiente (es decir, alteraciones en el razonamiento lógico y memoria). Se suceden los errores y accidentes. Se olvida donde se colocan las cosas y no se recuerdan las citas concertadas. La persona niega malhumoradamente estos problemas cognitivos y espera apoyo incondicional de los que le rodean. En casos de accidentes de tráfico pueden llegar a negar su participación en los mismos. Se defienden de sus olvidos pensando que los demás les han hurtado o movido un objeto sin avisarles. Las personas de su entorno pueden no percibir que este cambio de personalidad obedece a un proceso de envejecimiento.

En relación con las *ideas sobrevaloradas*, la alteración no es tanto por el contenido, sino más bien por la necesidad del individuo de aferrarse a esa idea. El problema se puede relacionar con creencias sobre un cierto tipo de alimento que pudiera ser peligroso para la salud, con la necesidad de mantener una alerta constante contra posibles radiaciones o incluso con el convencimiento de la enorme significación cultural de uno mismo. Hay muchas áreas en las que nuestro conocimiento es escaso y es importante no precipitarnos al buscar las respuestas. Tanto las alergias eléctricas como la telepatía pueden referirse a ideas catalogadas como "paranormales" o como delirios irracionales. ¿Quiénes somos para decidir lo que es correcto para otros?

Delirios

La *paranoia* (en griego locura) o los *delirios* incluyen un contenido de pensamiento o visión de la realidad que se diferencia claramente del punto de vista razonable que prevalece de acuerdo a datos observables, actitudes culturales, nivel de desarrollo psicológico y circunstancias varias. El delirio debe permanecer estable ante el intento de influir sobre él. En psiquiatría es necesario distinguir entre alcance, contenido y grado de extrañeza de los delirios.

Alcance

Una persona puede tener un delirio relacionado únicamente con una pequeña parte de la realidad. Sin embargo, para esa persona representa una parte importante de sus pensamientos. Se puede basar en la creencia de haber vivido sucesos extraños durante su primera infancia, como haber sido intercambiado cuando era un bebé y, en consecuencia, su vida de adulto se encuentra condicionada por aquellos acontecimientos. Estas historias adquieren tal grado de fantasía y tantas otras personas aparecen implicadas en ellas, que sus vidas terminan alejándose completamente de la realidad, sin ser capaces de darse cuenta de ello. Puede suponer un estado prematuro o cuando menos una variante leve de psicosis paranoide. Por otro lado, parece razonable pensar que acontecimientos tempranos difíciles expliquen problemas psicológicos posteriores. Dependiendo de la elaboración que la persona realice sobre el tema es importante, por su seguridad psicológica y su sensibilidad, no invadir las propias creencias.

Los delirios que conducen al diagnóstico psiquiátrico de psicosis son más extensos y si se incorporan a la vida cotidiana, es con bastante dificultad.

Los delirios que se convierten en permanentes imposibilitan la vida cotidiana habitual.

No obstante, hay personas que arrastran creencias delirantes durante años, paranoicos sin lugar a dudas, pero que como consecuencia de una red social protectora u otros recursos, no ven la necesidad de recurrir a la ayuda médica. Los delirios que pasan a primer plano durante un período de estrés o aislamiento, pueden remitir eventualmente sin que el paciente llegue a reconocer su estado como patológico. Puede suceder, por ejemplo, que la sensación de haber sido envenenado con alimentos pueda causar complicaciones con la alimentación y, como consecuencia, recurrir a una dieta inadecuada o poco sana. También se pueden poner de relieve creencias tenaces y sin fundamento como que todas las conversaciones telefónicas se graban o que los niños son objeto de abuso sexual. Normalmente estas ideas no son totalmente imposibles o bizarras.

Contenidos

Delirios sobre los demás

Un delirio común es la sensación de sentirse perseguido o espiado por *grupos de gente colérica*, involucrando a veces a organizaciones políticas como la CIA o la KGB. Muchas personas pensaban, y algunos todavía lo piensan, que después del asesinato del primer ministro sueco Olof Palme en 1986 eran sospechosos del asesinato y puestos bajo vigilancia. Para estas personas la interpretación equívoca de fenómenos cotidianos ofrecía la prueba de que eran observados: por ejemplo, la presencia de un avión en el cielo, el hecho de que los coches pudieran circular lentamente, gente en las esquinas de las calles en forma llamativa. En los periódicos, la radio o la televisión se hace referencia a ellos. El locutor tiene una forma particular de mirar que indica que el asesinato del que está hablando es aquel del que el oyente o telespectador es sospechoso. Se colocan dispositivos de escucha en lugares estratégicos, especialmente en la consulta del psiquiatra. Todos los intentos de discusión racional de estas creencias y de hacer ver lo que costaría ese tipo de vigilancia con preguntas sobre los recursos necesarios y la falta de evidencia, fracasan completamente. No obstante, en algunas ocasiones se puede establecer contacto con una parte no-psicótica y autocrítica del paciente, siempre y cuando se haya ganado su confianza.

La línea divisoria entre ilusiones y alucinaciones está poco definida. Algunos, tal y como he mencionado, hablan de cómo creen escuchar a gente susurrando de una forma desdeñosa, cuando pasan a su lado, palabras como “puta”, “mierda” e “idiota”. Rara vez se trata de verdaderas alucinaciones y más bien consiste en ilusiones sobre algo que se escucha y luego se interpreta de una determinada manera. Creen ver gente haciendo muecas o intentando asustar. Los números de matrícula de los coches o las pegatinas de las empresas contienen mensajes secretos, así como las etiquetas de los paquetes de cigarrillos que se encuentran en el suelo.

Estas situaciones se viven como parte de un experimento o una serie de experimentos de otra persona. Todo se hace para asustarle y hacerle ceder para que confiese y probar que deben proceder a matarle. Otros quieren “engañar” de diferentes formas. Los perseguidores pueden estar más o menos definidos. Pueden sobrevenir estados de pánico y, a veces, intentos de suicidio.

Aquellos que conviven o tienen cierta dependencia de alguien que tiene pensamientos paranoides pueden ser fácilmente arrastrados hacia ese mundo paranoico y de esta forma renunciar a su capacidad para pensar de forma crítica. La alternativa sería permitirse arranques violentos de ira para superar la petición de adherirse a esas ideas absurdas. Frecuentemente giran en torno a experiencias llenas de amenazas y odio que provienen de todo lo que le rodea. Los vecinos espían, se intenta envenenar a los niños en los comedores del colegio y la policía escucha el teléfono. A veces se observa, en la pareja o en el hijo, una cesión de la propia personalidad en forma de *trastorno psicótico compartido*, pero los delirios se abandonan relativamente pronto si se rompe la dependencia con la persona que lo padece de forma original.²

Un delirio puede centrarse alrededor de una *persona especial*, en torno a la cual giran la mayor parte de los pensamientos de la persona delirante. Un ejemplo típico es el de una mujer de mediana edad, de carácter sumiso quien, en el trabajo, cree estar inmersa desde hace años en una relación secreta con su jefe, aunque nunca ha existido elemento alguno que así lo indicara. Durante meses y años ha ido recopilando “pruebas” de que él comparte sus sentimientos y es capaz de detectar señales secretas en cualquiera de sus documentos y en su comportamiento en el trabajo. Un día decide que ha llegado el momento de la transparencia y va a ver a su jefe para declararle que es el momento de que su situación sea hecha pública, pero él, que probablemente nunca se apercebó de la existencia de su empleada, se queda perplejo. La mujer toma la negativa del jefe como una cobardía inconmensurable, cuando le aconseja acudir a un psiquiatra, como suele suceder con frecuencia. Este tipo de acontecimientos se

conocen en la psiquiatría alemana como "*Sensitiver Beziehungswahn*" (delirios sensitivos de referencia) (Kretschmer, 1966).

Delirios sobre uno mismo

Los delirios relacionados con la imagen corporal se sitúan con frecuencia en una línea divisoria incierta entre una idea sobrevalorada y un delirio. La sensación de ser feo o de tener rasgos peculiares, aún cuando nadie más lo perciba, puede a veces traspasar la frontera del delirio. Este tipo de preocupaciones (habitualmente no-psicóticas) se conoce como dismorfofobia (ver ejemplo en p. 303-304).

Los *delirios de grandeza* aluden a un elevado concepto de uno mismo. Tras haber vivido una vida apartada de la religión, de repente se recibe un mensaje directamente de Dios, con la misión de redimir al mundo de su destrucción.³ La ansiedad va en aumento si la misión encomendada sólo puede cumplirse de forma concreta, por ejemplo, caminando entre las líneas del pavimento o teniendo que recordar de forma ininterrumpida un determinado número. Si la persona se equivoca o se olvida, el mundo se acabará. Puede ser la creencia de que uno es Jesucristo y debe ser martirizado tirándose por una montaña o inmolándose. Otras formas comunes de delirio son la capacidad de controlar el mundo o tener contacto telepático con líderes mundiales o personalidades conocidas ya estén vivas o muertas.

Grado de pensamiento bizarro

En las fases iniciales de una psicosis aguda se pueden vivir fantasías de manera particularmente definida, las percepciones son claras y animadas. Significados ocultos pueden ser descifrados según la forma en que las cosas están colocadas y la persona puede ver cómo los demás han hecho todo lo necesario para confundirle. En fases posteriores, lugares bien conocidos, de repente se convierten en extraños, como si alguien estuviera colocando obstáculos secretamente, quizás a título de prueba.

Si las ideas traspasan la frontera de lo aceptable, incluso desde una óptica extravagante de la realidad, es importante tomar conciencia de cómo la cultura predominante todavía perfila las experiencias.

Una señora mayor interesada en el espiritismo y otras búsquedas similares, podría albergar durante años, la idea de haber sido hipnotizada por extraños sin que hubiera que considerarlo necesariamente como algo

profundamente patológico. Si la misma situación se da en un joven técnico significaría ciertamente una alteración psicótica de su personalidad.

Delirios esquizofrénicos

Las experiencias indicadoras de que la integridad física (y no únicamente psíquica) es vulnerada, como en el caso del robo de pensamiento, pensamientos o ideas que se introducen en la cabeza o bien, cuando el pensamiento está controlado directamente desde el exterior, se conocen frecuentemente como *delirios esquizofrénicos* (véase Capítulo 11). Con experiencias de manipulación física de la mente, el paciente intenta encontrar explicaciones “racionales” que son tan bizarras como las experiencias en sí mismas: por ejemplo, el convencimiento de que un pequeño “chip” metálico ha sido insertado en el cerebro en una operación mientras dormía. Actúa como una antena de radio a través de la que los demás pueden controlar y enviar mensajes. También que un altavoz se ha colocado en una muela durante una consulta con el dentista, lo que explica las alucinaciones auditivas. Más adelante el dentista puede ser perseguido por el delirante, incluso durante años, sufriendo acoso telefónico y otras formas de acoso.

Protección contra la radiación

Un paciente sufría la dolorosa creencia de que su cama estaba contaminada dentro un campo electromagnético controlado por criaturas extraterrestres. Ante tal sensación de incomodidad prefería dormir en el suelo en otra parte de la habitación. Trascurridas unas semanas empezó a sentir que la casa había sido “pinchada” con aparatos colocados tras el papel de la pared. Ante ese temor, rasgó sistemáticamente el papel y cortó la electricidad dejando el apartamento sin luz. Lo que se encontraba en el refrigerador se terminó pudriendo y estuvo viviendo con un olor inmundado, que los cuidadores que entraron en la casa con la ayuda de la policía y de un cerrajero encontraron insoportable.

La necesidad de encontrar cierta coherencia o, lo que es lo mismo, una explicación con sentido al extraño cambio que se experimenta internamente, sobrepasa las reglas normales de la lógica y el raciocinio. En la psicosis, la necesidad de coherencia ha triunfado y se reinstaura una continuidad interna. El precio de tal coherencia es la pérdida de una

comprensión realista y compartida con los demás. Esto no significa que la capacidad de lógica-racional se pierda en otras áreas de la vida que no están directamente relacionadas con la psicosis. Delirios muy bizarros vienen acompañados o potenciados frecuentemente, aunque no siempre, por alucinaciones auditivas.

¿Operación cerebral, hipnosis o “ haberse sentido algo mal”?

Un estudiante de 19 años fue confinado en un centro psiquiátrico por presentar un estado delirante-alucinatorio que le provocaba ansiedad. Pasado algún tiempo, se le administró una dosis baja de medicación antipsicótica y los síntomas comenzaron a desaparecer. Tres meses más tarde, le pregunté si podría describir sus problemas y me explicó que lo que más le había atormentado era que alguien le había operado secretamente, insertando un microchip en su cerebro de forma que sus pensamientos pudieran ser controlados electrónicamente. Me rasqué la cabeza y pregunté cómo era eso posible. El paciente pensó en ello e incluso empezó a albergar dudas, contestando “no, eso suena muy extraño, probablemente todo se debió a que alguien me hipnotizó a distancia”. Incluso con esta respuesta me mostré dubitativo. Mi experiencia me dice que no es posible hipnotizar a distancia a alguien sin el conocimiento del hipnotizado. El paciente siguió pensando en el tema y al rato respondió con una sonrisa de alivio y algo de rubor que quizás tan solo era que no se había sentido bien en los últimos meses.

Comentario

El ejemplo ilustra cómo una persona que puede dar explicaciones esquizofrénicas bizarras sobre su incapacidad para controlar sus pensamientos (debido a una operación secreta en su cerebro) también puede encontrar una explicación en términos de fantasía psicótica, pero no bizarra (por medio de la hipnosis). Al mismo tiempo puede ver cómo estos pensamientos aparecen en su mente como consecuencia de una enfermedad. Es capaz de hacerlo a medida que va recuperando la salud y porque la conversación se enfoca desde un lugar que estimula la reflexión seria sobre la psicosis.

Psicosis delirante en forma de pesadillas diurnas

Ciertas psicosis, tanto de corta duración como más prolongadas, se presentan de forma muy semejante a las pesadillas. La diferencia más notable radica en el hecho de que se producen cuando la persona está despierta. La susceptibilidad hacia el pensamiento bizarro y la disminución de la capacidad de crítica, el sentimiento de pánico al verse perseguido o bajo las influencias de las fuerzas del mal, la soledad como premonición de una gran catástrofe, son elementos que podemos asociar fácilmente a los sueños. Muchas novelas sobre agentes secretos e historias de ciencia-ficción tienen un contenido que es reminiscencia de un mundo paranoide y referencial.

Ciertos síndromes delirantes menos bizarros pueden ser interpretados del mismo modo que muchos sueños. Una interpretación correcta sólo puede exigirse en función de las respuestas del paciente, según se haya aumentado o no en el grado de comprensión del estado mental. La interpretación nunca debe hacerse de forma rutinaria y para que tenga valor es necesario que el intérprete de los sueños sea experto y exista cierto nivel de cooperación por parte del paciente. Del mismo modo que algunos sueños nocturnos parecen más vacíos que otros, hablando en términos dinámicos, algunos delirios son menos interesantes o más difíciles de interpretar y comprender. Aquellos que se presentan con gran riqueza simbólica parecen estar más vinculados a los sentimientos y el paciente tiene una relación más intensa con ellos.

Para muchos pacientes y sobre todo aquellos con una buena capacidad intelectual, señalar que experimentan su mundo como una pesadilla estando despierto, puede hacer que se sientan comprendidos. Así como el contenido de la pesadilla nunca puede ser insignificante, la psicosis delirante aguda describe una situación interna. La persona que tiene psicosis aguda es como el soñante, su propio dramaturgo que describe su predicamento interno con todos los requisitos disponibles. Todos los personajes en la psicosis representan diferentes aspectos del mundo representacional del sujeto y su historia personal.

Esperando para ser torturado

Eric, un hombre corpulento de 40 años fue trasladado al hospital con la ayuda de seis policías. Tenía una recaída violenta de una psicosis esquizoafectiva y era considerado peligroso. Me senté a su lado

mientras él esperaba tenso, mostrando una dolorosa ansiedad. Cuando le pregunté lo que le preocupaba, contestó que sabía que en breve sería trasladado a una celda para ser torturado y que el hospital era tan solo la tapadera de una organización controlada por la policía secreta. Cuando se le garantizó que esto no ocurriría le pregunté si recordaba alguna situación de su vida en la que hubiera sufrido torturas, a lo que enseguida me respondió que sí. Su padre le había torturado. Cuando Eric tenía 11 años esperaban en casa la visita de una persona que a su padre no le gustaba. Eric, que admiraba a su padre al tiempo que le temía, decidió, bajo un estado de gran agitación ayudarle escondiéndose detrás de la puerta del despacho de su padre, listo para asestar un golpe en la espalda al visitante con el assegai africano que colgaba de la pared. Al principio su padre estaba encantado con el plan pero cuando se dio cuenta de que Eric tenía realmente la intención de llevarlo a cabo, enfureció y le arrebató la lanza.

Cuando el paciente contó la historia pude confirmar que Eric se había sentido torturado por la humillación. En su desconcierto, durante el traslado al hospital, tuvo dificultades para distinguir entre su desamparo actual y aquel que sintió cuando niño. Su ansiedad desapareció durante el intercambio y fue capaz de empezar a comunicarse con normalidad. Se le liberó de la contención mecánica y continuamos la conversación.

Comentario

El delirio psicótico agudo desapareció al comprender que el recuerdo concreto obedecía a una situación de tortura. El paciente confió en mí y la historia que me contó era tan sólo una de las muchas experiencias en las que se había convertido en objeto de las bromas de su padre. Eric las sufría como períodos concretos de tortura. Más adelante, además de tratamiento médico, inició conmigo un prolongado proceso de psicoterapia durante el cual, entre otras cosas, se detectaron otros episodios desencadenantes de psicosis.

Con el fin de evitar conclusiones simplistas debemos señalar que la psicosis no depende de este tipo de experiencias, sino que tiene sus raíces tanto en la biología como en la personalidad.

Alucinaciones

Alucinaciones auditivas

Las *alucinaciones* son experiencias sensoriales (percepciones) que no se corresponden con estímulos externos. Todos los sentidos, por ejemplo, la audición, la visión, el olfato, el gusto y el tacto pueden experimentarse en forma de alucinaciones. Una regla no escrita de la psiquiatría dice que las alucinaciones auditivas son, con diferencia, las más frecuentes, dentro de las psicosis funcionales: es decir, psicosis en las que no ha sido posible identificar una causa orgánica subyacente. Tras las alucinaciones olfativas vienen las gustativas y táctiles. Las alucinaciones visuales son indicativas con mayor frecuencia de daño orgánico cerebral o bien inducidas por drogas.

Las *ilusiones* están más próximas a la experiencia normal por el hecho de que conllevan una interpretación errónea de una impresión sensorial externa real. Por ejemplo, una mujer en una ruidosa fiesta tiene la impresión de oír la palabra “puta” pronunciada a su alrededor una y otra vez, pensando que se refieren a ella. Los coches emitiendo señales en la carretera pueden percibirse como tapadera de quienes les puedan estar observando o enviando mensajes amenazantes.

Alucinaciones en personas sanas

Muchas personas escuchan voces o sonidos que no proceden de un estímulo real del entorno. Más de la mitad de las personas que han perdido a alguien cercano o incluso a un animal doméstico con el que se han pasado gran parte de la vida, reaccionan con ilusiones o alucinaciones. Una viuda que se encuentra sola tras la muerte de su marido puede de repente oír que la llama. Se escucha el quejido de un perro ya muerto y enterrado, así como el llanto de un niño muerto. Estas experiencias se presentan en respuesta al recuerdo de ciertas personas; otros experimentan el aterrador presentimiento de estar volviéndose locos. Las alucinaciones y los presagios son aspectos característicos del duelo. En las primeras, se recrea al fallecido, mientras que en los últimos se anticipa la pérdida en el futuro. En estos casos, existe una frontera deslizante entre ilusión y alucinación. La tendencia a reaccionar de este modo se incrementa si la persona que ha sobrevivido a la pérdida está aislada o no ha cuidado de su salud, algo que ocurre con frecuencia durante el duelo.

También algunos *místicos religiosos* y personas con el don de la profecía pueden en toda una vida de búsqueda, unida a una fuerte tensión interna, escuchar voces muy concretas que atribuyen a Dios. Estos casos suelen ocurrir tras un largo periodo de aislamiento social y se descargan en forma de una intensa actividad dirigida hacia el exterior.

La tendencia a “escuchar voces” y el riesgo de psicosis

A finales de la década de los 80, se reunieron en Holanda alrededor de 400 personas que “escuchaban voces” (Romme y Escher, 1989). La mayoría no precisaban atención psiquiátrica y eran personas “normales” con experiencias alucinatorias. Se trataba del comienzo de un movimiento que unió a personas con experiencias similares a fin de apoyarles y profundizar en el conocimiento de la escucha de voces.

El hecho de escuchar voces repetidamente, sin ningún estímulo externo del medio, es algo que ciertas personas experimentan sin necesariamente ser o haber sido psicóticas: la percepción de la realidad no es ni siquiera cuestionada y la persona sabe que las voces no provienen de nadie más. En un estudio reciente, se observó que alrededor del 5 por ciento de la población no-psiquiátrica que acude a consultas médicas, admitió haber escuchado voces alucinatorias. Por supuesto que hay una transición gradual entre lo que puede considerarse un pensamiento y una voz. Es frecuente, sin duda, que estas personas no pidan tratamiento médico y no consideren sus experiencias como un handicap, sino más bien como parte de su personalidad. Existen muchos estudios en relación con el carácter de esas voces, ya sean de apoyo o de amenaza, y de cómo influyen en la vida de las personas (véase Romme y Escher, 2000). La línea divisoria entre escuchar los pensamientos propios en voz alta y tener alucinaciones auditivas claras es vaga. Algunos nunca tienen la sensación de una “voz interior” mientras que otros tienen experiencias recurrentes del tipo de pensamientos que se pueden escuchar en forma de voces, pero que sólo se ven como parte de su pensamiento o fantasía. Hay personas que dicen escuchar a alguien hablarles o murmurarles y no siempre estar seguros de si procede del interior o del exterior. Pocas personas cuentan estas experiencias a los demás, ya sea porque ni siquiera se les ocurre que sea algo fuera de lo normal o porque los demás les puedan considerar raros.

Muchas personas previamente psicóticas cuyos síntomas psicóticos han remitido clínicamente hablando, cuentan que escuchan voces casi constantemente. Normalmente las voces son débiles, pero a veces, y especialmente bajo condiciones de estrés pueden ser más fuertes y moles-

tas. Las voces pueden experimentarse de forma tranquila, como provenientes del interior y generando poco malestar. Algunos, cuando se les pregunta, pueden relatar acontecimientos de su niñez o de su adolescencia en los que oían voces que se asemejan más a las que se dan en las alucinaciones psicóticas. La diferencia radica en el hecho de que esas voces tempranas no constituían parte de un delirio en el que la persona pudiera pensar si eran sus propios pensamientos o por el contrario, si dependían de la telepatía u otro tipo de influencia externa a su pensamiento.

Una mujer contó que cuando tenía siete años y su hermana pequeña contaba historias sobre ella a sus espaldas, se echaba en su cama y le asaltaban "pensamientos que hablaban". Más tarde, pudo ocasionalmente tranquilizarse de este modo. Las primeras señales de esquizofrenia aparecieron cuando tenía 25 años, tras un largo período de conducta antisocial. (Levander y Cullberg, 1993)

A veces personas que no son psicóticas buscan ayuda pensando que escuchar voces es una señal de enfermedad mental. Naturalmente, es importante calmar sus temores y no precipitarse demasiado en el tratamiento, especialmente teniendo en cuenta que frecuentemente la medicación antipsicótica no produce efectos sobre las voces y, sin embargo, sedan la personalidad.

No obstante, la tendencia a escuchar voces en circunstancias no psicóticas puede constituir un factor de vulnerabilidad y por tanto aumentar el riesgo de desarrollar una psicosis (véanse Capítulos 6 y 7). En una situación estresante las voces pueden aumentar su intensidad y, unidas al aislamiento o introversión severa, favorecer la interpretación errónea de mensajes procedentes del exterior, como si se tratasen de la evidencia de influencias místicas o persecutorias. Pueden ser la base de un desarrollo psicótico, y en ese caso, si no desaparecen completamente, una vez superada la fase aguda podrían interpretarse de forma errónea como signos de una enfermedad crónica que aconsejaría una dosis más alta de medicación antipsicótica. He encontrado gran cantidad de pacientes que han tenido la tendencia previa hacia este tipo de alucinación auditiva y que no se han visto liberados de su "cárcel neuroléptica" después de la fase aguda de enfermedad, aunque tanto ellos como sus familiares lo reclamaron.

Alucinaciones auditivas psicóticas

Hay razones para pensar que las alucinaciones auditivas de corta duración en la crisis aguda tienen un origen distinto a las de larga duración,

donde una o más voces conversan o interfieren de forma molesta. El carácter de las alucinaciones es muy diferente. El estado alucinatorio agudo es frecuentemente el que está más ligado a la situación vital del paciente, por lo que los contenidos son más fáciles de comprender. En estados alucinatorios de larga duración, las alucinaciones aparecen de forma más individual y no representan comportamientos claros relacionados con la vida actual del paciente.

Las alucinaciones resultantes de una psicosis aguda tienen con frecuencia un carácter “afectivo”. Las voces reproducen críticas directas o a veces son de naturaleza agradecida y amable. Tienden a proferir vulgaridades lamentables como “¡cállate idiota!”. Otras alucinaciones están menos cargadas de afecto y pueden darse independientemente del estado mental del paciente y también en la fase de remisión de episodios esquizofrénicos.

A veces muchas voces se comunican entre sí: situación a la que nos referimos con frecuencia como alucinaciones esquizofrénicas. Un joven de 20 años escuchó como una mujer de 30 hablaba a otro muchacho quejoso de 20 años que bien podría haber sido él. Un niño de 9 años también participaba en la conversación y él estaba convencido de que ese niño era una representación de sí mismo como “médium” en contacto con su niñez.

Las voces pueden ser fuertes o débiles, claras o confusas y pueden interferir con lo que está pasando. A veces se describen como si procedieran de una radio que está constantemente encendida y sintonizada en una emisora. Las voces pueden escucharse de forma más o menos constante, como una charla continua, o como “banalidades” donde ciertas voces específicas pueden identificarse si se escucha con atención. A veces sólo se escucha como un mascullar, un chillido o una llamada.

Muchos pacientes que sufren alucinaciones por largos períodos, desarrollan sus propias estrategias para minimizar las voces de forma que no interfieran demasiado cuando están intentando concentrarse en algo. La estrategia más frecuente es la de intentar acallar las voces con la amenaza de gritarles si no paran. A veces la gente canta, pone la música muy alta o hace ruido, molestando a los vecinos. Un batería profesional se ponía a tocar la batería cada vez que escuchaba las voces. Otros intentan leer un libro o se ponen a rezar. No es infrecuente taparse los oídos o utilizar tapones. Muchos continúan escuchando voces durante décadas. No se conoce la frecuencia con la que las voces se disipan espontáneamente o desaparecen por completo, pero lo más probable es que para la mayoría los aspectos más negativos y molestos de las voces disminuyan en intensidad. Es algo semejante al zumbido en los oídos, que puede ser muy molesto en los primeros años, antes que el paciente aprenda a vivir con él.

Cuando se escucha con atención, se pueden oír pero terminan por no interferir demasiado con la vida diaria. No obstante, pueden acentuarse en condiciones de sensibilidad o dificultades físicas (por ejemplo, consumo prolongado de alcohol o drogas).

Un estudio de Cullberg y Nybäck (1992) revela que este tipo de alucinaciones refractarias, que se encuentran fuera de episodios psicóticos propiamente dichos, pueden ir acompañadas de alteraciones cerebrales. También es sorprendente ver cómo las alucinaciones de larga duración recuerdan alucinaciones auditivas y musicales temporales que a veces se producen tras un abuso prolongado de consumo de alcohol.

La tendencia a escuchar voces viene acompañada, en ciertos casos, de una activación en la corteza cerebral del área motora del lenguaje (área de Broca). Esto se ha observado en casos de alucinaciones esquizofrénicas crónicas (McGuire *et al.*, 1994). Un estudio con personas sanas también muestra que la misma zona se activa cuando se les incita a hablar consigo mismos (Paulesu *et al.*, 1993).

Cada vez son más frecuentes los informes de resultados satisfactorios en el tratamiento de alucinaciones auditivas molestas con psicoterapia sistemática (cognitiva). Se invita a los pacientes a ejercer control sobre las voces y a ser menos dependientes de ellas (véase el caso de Chris en el Capítulo 16).

Alucinaciones visuales

Algunos pacientes psicóticos describen experiencias visuales similares a las alucinaciones. En su mayoría, son experiencias bastante vagas de carácter visual y representan graves interpretaciones erróneas de impresiones normales, es decir, ilusiones. Pueden tener un aspecto místico o de temor. Un interruptor rojo en la pared comienza a relucir y parece como si fuera un ojo rojo aterrador. El sol puede agrandarse y convertirse en gigantesco y poderoso, algo que se puede transformar en una experiencia mística, religiosa. Si se intenta comprender mejor la experiencia de, por ejemplo, ver una cruz en el cielo, con frecuencia resulta difícil distinguir si se trata de una alucinación visual o una fuerte experiencia interna de matiz existencial. Algunas personas con esquizofrenia pueden tener sueños intensos por la noche y describir al despertar que ven personas que dan miedo o caras grotescas.

Puede suceder que personas en estado de confusión aguda, generalmente mujeres jóvenes, relaten alucinaciones concretas y fuertes en las que el carácter simbólico es claramente evidente. Puede ser una historia

dramática que afecta a muchos personajes, algo parecido a un sueño que vuelve a ser contado, pero quien lo escucha no está totalmente seguro de si se trata de una alucinación real o de un sueño. También pueden ser personas muy extravagantes quienes, en una profunda regresión, hacen una visualización creativa de sus problemas internos. Esto se puede considerar como una *psicosis histérica o disociativa*.

Daño orgánico cerebral o estímulos irritativos

Las alucinaciones visuales claras que tienen lugar en un estado de vigilia son causadas frecuentemente por alteraciones directas del cerebro (intoxicación, tumor cerebral, etc.). También pueden presentarse tras largos períodos de abuso de alcohol y se conocen como *alucinosis alcohólicas*. Los cuadros parecen moverse en las paredes o un grupo de bailarines aparecen por la puerta y desaparecen tras una corta actuación. Algunas veces estas alucinaciones, tal y como hemos visto, se combinan con alucinaciones auditivas.

Estados agudos de intoxicación por benzodiazepinas (o barbitúricos) también pueden producir alucinaciones visuales. Suelen ser desagradables o terroríficas: aparecen arañas que saltan a la cama o animales repugnantes que se cuelan por una grieta de la pared (véase Capítulo 13).

También aparecen similares alucinaciones visuales terroríficas en el *delirium tremens*, un estado mental de pavor que surge tras un largo y profundo período de abuso de alcohol (o tranquilizantes). En este caso la diferencia radica en que estas alucinaciones aparecen durante un estado de confusión y pueden dar lugar a reacciones de pánico. En este estado puede suceder que un paciente se tire por la ventana o se arroje a un coche con el fin de deshacerse de sus perseguidores.

En el caso de una persona confusa la presencia de alucinaciones visuales claramente perfiladas y constantes sugiere como alternativa, la posibilidad de una *epilepsia del lóbulo temporal*, que tiende a producir alucinaciones visuales de naturaleza repetitiva.

Alucinaciones táctiles

Ciertas personas con esquizofrenia crónica o descompensación aguda, sienten a veces que manipulan su cuerpo, que sus órganos son desplazados o que se les han inyectado sustancias peligrosas (no medicación). No siempre tienen por qué ser alucinaciones táctiles reales sino que pueden

aparecer como un delirio. Las descripciones de estas experiencias difieren notablemente entre sí.

Las personas mayores pueden tener con frecuencia la sensación de que un insecto o algo semejante les sube por la piel (véase p. 34). A veces este tipo de creencia se potencia y la experiencia se convierte en alucinación, a medida que la persona se aferra y no cede al razonamiento.

Alucinaciones olfativas y alucinaciones gustativas

La interpretación del sentido del olfato depende en gran medida de la situación psicológica. Esto es aún más claro si se piensa en las similitudes, por ejemplo, entre olores altamente valorados culturalmente, como el queso y otros igualmente fuertes pero desagradables, como los pies sucios y los excrementos. Muchas personas en estado psicótico agudo creen percibir olores a gas o putrefactos: alucinaciones a las que raramente se refieren por su propia voluntad. Del mismo modo pueden percibir el sabor de los alimentos como si estuvieran envenenados, ácidos o podridos. Distinguir si estamos tratando con delirios o verdaderas alucinaciones puede ser una cuestión de grado y varía de una persona a otra. La aparición de alucinaciones olfativas o gustativas no es necesariamente indicativa de un mal pronóstico. Las alucinaciones olfativas desagradables, repugnantes, pueden también indicar que existe un aspecto depresivo en la psicosis (véase Capítulo 10).

Resumen

Existe una línea divisoria tan incierta entre interpretaciones erróneas y delirios como la hay entre las ilusiones y las alucinaciones. Una alucinación sin delirio (por ejemplo, cuando se escuchan voces que la persona sabe que son debidas a sus propios pensamientos) no puede etiquetarse como psicótica, sino que indica una alteración de la percepción. Estas alteraciones de la percepción pueden experimentarse a través de diferentes sentidos. Apuntan hacia factores que sugieren el desarrollo de una psicosis si la persona ha estado sometida a estrés. Las alucinaciones visuales claras no suelen darse, salvo en casos de daño cerebral e intoxicación. Pueden confundirse con fantasías visuales psicóticas coloridas y animadas en pacientes creativos y que se conocen como estados disociativos.

El yo, el self y la psicosis

En este capítulo analizaré varios modelos teóricos que describen el desarrollo del *self* y su contexto dinámico. Un modelo es una herramienta de trabajo y su única utilidad reside en su capacidad para aumentar nuestra comprensión. Cuando deja de cumplir esta función, debe ser revisado o modificado. Para poder comprender lo que sucede con la personalidad antes, durante y después de una psicosis, es necesario disponer de teorías y modelos de la mente suficientemente satisfactorios. En este libro expondré las teorías psicodinámicas y cognitivas del yo y del desarrollo del *self*. No conozco otra teoría de la personalidad con el mismo grado de complejidad que tenga una relevancia clínica similar.

El yo y el self

El yo es el principio organizador del aparato mental que integra las experiencias y los recuerdos de la persona ante las demandas del ambiente y de los impulsos somáticos. Una de las funciones más importantes del yo es asegurar la continuidad y la consistencia de la experiencia del *self*. Da-

do que la noción del yo es un constructo teórico, un modelo, el yo no se puede experimentar (véase Capítulo 17).

El *self* representa la experiencia consciente e inconsciente de la persona. Podemos entender la conciencia como un continuo en el que un proceso claro de pensamiento puede coexistir con ideas y sentimientos difusos y, con frecuencia, contradictorios. La idea de que el *self* y el yo no son intercambiables constituye una parte esencial de la teoría psicoanalítica.

En su mayor parte, el *self* se compone de *representaciones de objeto* y de *relaciones de objeto*.¹ Contiene un sistema interno de referencia que se constituye a partir de las experiencias vitales y de las representaciones de los vínculos afectivos más significativos, las cuales se activan a través de las experiencias del propio *self* de la persona. Este *sistema interno de referencia* que de forma superficial puede compararse con la programación de un ordenador, vinculará la constitución biológica genética y sentará las bases de la manera en que el individuo conduce su vida en combinación con los procesos conscientes e inconscientes que éste desarrolla. Hay varios sistemas teóricos importantes que describen el aspecto psicodinámico del *self*. Me ceñiré a la síntesis de la psicología del yo y las relaciones de objeto elaborada por Otto Kernberg (1980) y a las teorías de Daniel Stern (1985) concernientes al desarrollo del *self*.

La instalación temprana de las representaciones de los objetos significativos del entorno inmediato se denomina *proceso de internalización*. Las representaciones conscientes e inconscientes del objeto permanecen dentro del *self*. Las representaciones de las propias cualidades de la persona también son preservadas dentro del *self* como *representaciones del self*. Estas concepciones del *self* conforman una gran parte del mundo interno.

En la *psicosis aguda* la capacidad del yo para mantener la experiencia de continuidad y consistencia del *self* ha fracasado. La persona reacciona a esta interrupción (discontinuidad) en su experiencia de sí misma con un estado de pánico agudo y trata de arreglárselas con la nueva situación, por lo demás incomprensible, reinterpretando el mundo externo para crear una nueva coherencia. El intento de restablecimiento y reparación tendrá lugar con la ayuda de ideas regresivas inconscientes que, por tanto, tienen características delirantes y, por lo general, amenazantes. Sin embargo, crea una continuidad intermedia del *self*. El coste de esta nueva consistencia es una interrupción de la capacidad para mantener una relación realista con el medio.

En la *psicosis crónica*, las concepciones fantaseadas han logrado una mayor organización. La persona se ha adaptado a la amenaza que podría

estar presente en el contenido delirante y vive en un estado de emergencia prolongado. La función integradora del yo se ve trastocada a favor del mundo interno, desde el cual se filtra la percepción del mundo circundante. El proceso primario de pensamiento está menos en contradicción con el principio de realidad y esto se pone de manifiesto en los trastornos psiquiátricos crónicos (Véase Capítulo 16).

La diferenciación self-objeto

El niño desarrolla un sentido del *self* muy poco tiempo después del nacimiento. Este *self* se irá diferenciando y estabilizando a lo largo de los años siguientes. El aumento en la estabilidad alcanzada gracias a la capacidad para distinguir el *self* del mundo externo constituye la base para una sana orientación dentro del mundo real. Diferentes hechos de naturaleza interna, biológica, social y psicológica (interacción con el ambiente) influirán sobre la capacidad real para distinguir el *self* del mundo circundante. Desde el punto de vista dinámico, la psicosis se define en términos de un trastorno en la diferenciación entre el *self* y el objeto. Esto no significa que la psicosis sea “causada” por alteraciones tempranas del desarrollo.

Constancia del objeto

El niño pequeño tiene diferentes experiencias, o “representaciones internas”, del mismo objeto (la madre/el padre, por ejemplo) de forma simultánea, y si ésta/éste lo gratifica o lo frustra, será un objeto tranquilizador o amenazante. Esto se relaciona con una “escisión” o concepción dual en las representaciones de objeto (parental) infantil. Una dualidad similar aparece en las representaciones del *self*: el niño tiene un grupo de representaciones positivas y amorosas de sí mismo. Éstas están separadas de las representaciones negativas del *self* (en las que está el hambre, la rabia, la envidia o un sentimiento de indignidad). Lentamente, el niño aprende que los dos grupos inconsistentes de representaciones de objeto bueno y malo pertenecen a un mismo y único objeto, del mismo modo que las representaciones buena y mala del *self* describen aspectos diferentes de la misma persona. Por lo general, este trabajo de “conciliación” entre las representaciones buenas y malas culmina a la edad de tres años. Entonces el niño ha alcanzado una *constancia del objeto*. Ha comenzado a experimentar una visión “realista” ambivalente de sí mismo como poseedor de ambas, las buenas y las malas intenciones y es capaz de ver, en relación a las otras personas, la posibilidad de que tengan actitudes tanto buenas como malas o contrarias.

Estas perspectivas ambivalentes son muy dominantes y, en casos extremos, pueden comenzar a controlar nuestro mundo de fantasía: podemos juzgar a otros (o a nosotros mismos) de forma positiva o negativa sin prestar demasiada atención a los detalles o a cuán realistas son nuestros juicios. No obstante, en principio, esta inclinación a proyectar nuestras ideas y necesidades externas sobre el mundo es algo universal y es posible regularla siempre que se haya alcanzado una constancia del objeto bien consolidada.

Si las representaciones internas del individuo sobre el mundo externo son perturbadoras y abrumadoras, en cuyo caso no habrá un *self* estable que haga la función de evitar un desarrollo inseguro y frustrante, la posibilidad de aprender de la realidad resulta incierta. El yo desarrolla una dificultad para diferenciar claramente la realidad externa de las señales de advertencia enviadas por el mundo interno gobernado por las representaciones de objeto. Las representaciones del mundo externo pueden incrementar una desconfianza temprana y de amplio alcance. Persiste entonces una tendencia a confundir fantasía y realidad y esta tendencia se ve reforzada por la frustración y la amenaza. Este es el caso de ciertos trastornos de la personalidad.

Sobre "la posición esquizoide y la posición depresiva"

Según las teorías de Melanie Klein, el desarrollo de las relaciones de objeto tempranas tiene lugar por medio de una "*posición esquizo-paranoide*" a la edad de cinco a seis meses. Los objetos significativos no están integrados aún por una constancia del objeto sino que están divididos en aspectos buenos y malos. Entre los siete y los nueve meses, el bebé ha logrado una constancia del objeto preliminar que le permite establecer una relación mutua de naturaleza "tú" o, dicho de otro modo, en segunda persona. El niño ha entrado en una "*posición depresiva*" que hace que no pueda escindir fácilmente sus ideas negativas (Klein, 1988).

Esta terminología específica de la teoría kleiniana puede resultar extraña a un lector que la vea por primera vez y requeriría una explicación más profunda que la presentada en este libro. No obstante, dicha teoría ocupa una posición sólida dentro del pensamiento psicoanalítico y aclara muchas de las conexiones clínicas y estructurales entre la depresión y la psicosis (Jackson, 1994).

La constancia del objeto implica que las representaciones cognitivas conflictivas de la madre/padre y los diferentes afectos que las acompañan se integran con más facilidad en una concepción única. Durante el perío-

do en el cual la representación de, por ejemplo, la *gestalt* materna no es totalmente consistente sino que está dividida en diferentes representaciones, los sentimientos homicidas y de odio desenfrenados pueden dirigirse contra las representaciones internas de la “madre mala” frustrante. Afortunadamente, la “madre buena” no sucumbe sino que persiste y se reafirma. Durante la posición depresiva, los impulsos homicidas tienen tantas probabilidades de dirigirse hacia la madre buena como a la mala, ya que ahora se experimentan como dirigidos a una misma persona. Por tanto, en su necesidad de preservar la visión de la madre buena el niño se ve forzado a controlar sus ataques.

La posición depresiva, que no debe confundirse con la depresión en el sentido clínico, describe una “preocupación” temprana (en la terminología de Winnicott) que el niño experimenta cuando comienza a comprender el riesgo de que con sus sentimientos de odio pueda destruir la parte buena. La capacidad de pasar a la posición depresiva es necesaria para poder entablar relaciones afectivas en el futuro. Al mismo tiempo, constituye la base de la conciencia y requiere una cierta madurez del yo. Si falla esta capacidad, el niño retrocederá a un estadio de desarrollo anterior y más primitivo, la posición esquizo-paranoide. En esta posición, no es posible distinguir el contraste entre las representaciones interna y externa de la realidad, dada la “escisión” existente entre las representaciones buena y mala del mismo objeto.

Por analogía, durante una depresión producida tras la pérdida de un objeto de profunda importancia, ya sea de tipo simbólico o concreto, es posible observar que el adulto comienza a funcionar de forma regresiva y a desarrollar una escisión psicótica que, por lo general, se manifiesta en forma de una experiencia paranoide del mundo (véase en el Capítulo 10 lo referente a las psicosis afectivas). Según esta teoría se considera que, en términos evolutivos, la depresión es una forma de pensamiento “superior” a la psicosis, ya que supone la constancia del objeto, la cual está ausente en la psicosis.

La tendencia a la escisión en los trastornos de la personalidad durante la edad adulta

Como se ha afirmado, en ciertos trastornos de la personalidad se produce una alteración del desarrollo en la constancia del objeto estable. Esta tendencia es característica de las *personalidades borderline* (también denominadas *limítrofes* o *fronterizas*), que presentan una disminución en la capacidad para tolerar la ansiedad ante la idealización y denigración tanto de sí mismos como de los otros y una tendencia hacia la conducta autodestructiva. Por otra parte, usualmente el riesgo de psicosis no es

particularmente elevado en estas personas ya que, en la mayoría de los casos, la capacidad de diferenciación entre el *self* y el objeto está conservada.

La tendencia a la escisión tiene *tres causas principales*. En el primer caso, durante su primera infancia la persona en cuestión puede haber estado sometida a *traumas* reiterados y/o de larga duración, tales como un tratamiento médico prolongado, abuso sexual, cambio de cuidadores y una vida familiar caótica y exenta de seguridad. Esto dificulta el trabajo psicológico y evolutivo de "conciliación" entre las representaciones buenas y malas.

Una segunda posibilidad tiene que ver con una interrelación destructiva temprana entre *los padres o entre el cuidador y el niño*, en la que las necesidades del niño han sido malinterpretadas o descuidadas de forma sistemática. El resultado es un sentido contradictorio del *self* que lucha contra la dificultad de desarrollar la constancia del objeto y, por ende, la capacidad para establecer un juicio razonable acerca de las actitudes de otras personas se ve disminuida.

El tercer ámbito es de tipo *genético*. Sabemos que, con frecuencia, es posible observar en ciertas familias una tendencia hacia la sensibilidad personal al daño. Pero una sensibilidad genética puede estar relacionada tanto con el buen trato como con el maltrato. Las personas que se crían en un ambiente comprensivo y a las que se les dedica tiempo para que desarrollen su sensibilidad de forma positiva, ciertamente tienen menos posibilidades de desarrollar un trastorno de la personalidad. Cuando un niño con dificultades para separarse de sus padres no es forzado con demasiada rapidez a independizarse, dicha sensibilidad podría contribuir al desarrollo de creatividad. La situación contraria conduce a un riesgo más elevado de escisión, en aquellos que no reciben apoyo durante su desarrollo. Nuestro conocimiento sobre estos temas es aún insuficiente.

Las personas que desarrollan una psicosis muestran signos de una escisión notable en sus representaciones del objeto y del *self*. Por lo general, dicha escisión no permanece en la personalidad después del episodio psicótico. Por tanto, difiere del carácter permanente de la escisión presente en el trastorno borderline. En la psicosis aguda observamos una combinación de falta de diferenciación del objeto y la falta de constancia del mismo. Puede ser el caso de un joven que se queja de que su madre desea despojarle de sus valores ingresándolo en el hospital, o de una hija que se queja de que el padre ha cometido incesto (no es necesario que esto haya sucedido de forma concreta, más bien puede ser la expresión de una fantasía inconsciente de la hija que no está bajo la represión durante el episodio).

Esta función de la escisión de los aspectos buenos y malos de la madre/el padre, y que todo terapeuta que haya trabajado con personalidades psicóticas borderline conoce, ha contribuido a fortalecer una imagen de la “madre esquizofrenógena” como la causa de la esquizofrenia. No obstante, las investigaciones más recientes muestran lo incorrecto de esta teoría. En lugar de esto, revelan que el descuido y el abuso en la temprana infancia pueden ocasionar trastornos de personalidad predisponentes a la psicosis (véanse los Capítulos 6 y 7).

Proyección e identificación proyectiva

La *proyección* es un mecanismo psicológico de defensa del que hacen uso todas las personas en una situación estresante pero, es especialmente característico de las personas que se encuentran al borde de la psicosis. El término *proyección* significa que un pensamiento inconsciente cargado negativamente es colocado en el mundo externo en lugar de ser experimentado como parte del *self*. A través de este mecanismo, se hace innecesario asumir la responsabilidad por los sentimientos despertados por el pensamiento indeseado. El carácter inaceptable de los pensamientos proyectados hace que, por lo general, sean experimentados como amenazas o insinuaciones, tales como ser homosexual o pedófilo.

En la *identificación proyectiva* se producen dos secuencias entrelazadas. En primer lugar, la persona rechazará inconscientemente los deseos y las fantasías inaceptables y las proyectará en otra persona u objeto. Entonces, a continuación de la proyección, la persona se identifica inconscientemente con los aspectos proyectados de sí mismo que ahora están colocados en la otra persona que entonces podría ser experimentada (a través de la identificación) como tratando de controlarle, al creer que está proyectándole de vuelta los contenidos inaceptables. La situación descrita anteriormente puede complicarse aún más si la naturaleza negativa de los contenidos mentales es aceptada inconscientemente por el otro, lo que producirá en éste sentimientos de culpa. De este modo, el control fantaseado puede hacerse real. En las personalidades psicóticas, la identificación proyectiva se ve reforzada por su tendencia a emplear los mecanismos de escisión, haciendo que se experimente a la otra persona como totalmente malvada y perversa. Estas situaciones en las que opera la identificación proyectiva pueden ser difíciles de identificar por parte de los profesionales y existe entonces el riesgo de negación y de re-proyección en el paciente de los atributos dolorosos e indeseados en lugar de brindarle contención.

La psicosis aguda como interrupción de la relación con el "tú"

La psicosis aguda supone una relación lingüística con el mundo que puede caracterizarse por el hecho de que quien la sufre no esté en capacidad de relacionarse en segunda persona: es decir, en una relación que implique un "tú" (Buber, 1962). Esta relación "tú", basada en la capacidad para experimentarse a sí mismo en una relación de confianza con el otro, está ausente o es negada. En lugar de esto, la persona psicótica vive la relación en tercera persona. Está sola en su universo, se siente amenazada por la cercanía y le asusta el hecho de verse tentada a entablar una relación de confianza que considera una trampa. Con el fin de encontrar seguridad y sentido, debe ajustar su mundo a los criterios que ha desarrollado en su estado de confinamiento. Hay una lógica dentro de este mundo que puede ser pasada por alto fácilmente si no se presta atención a la forma en que la persona experimenta su condición.

La desconfianza en las intenciones de otras personas y el miedo a aceptar ayuda es similar a los sentimientos de alguien que va deambulando, disfrazado, en un territorio extraño. Comprender esto puede ser útil al analizar la falta de *insight* de la persona psicótica y su falta de voluntad para cooperar en el mundo. Es necesario dejar que nuevos hechos y experiencias lleven su tiempo antes de que pueda comenzar a desarrollarse la confianza. Cuando crece la confianza, la psicosis cede. Por esta razón, el entorno en el que se provee la atención junto con el conocimiento y las habilidades psicológicas del personal son de suma importancia en el tratamiento de la psicosis.

Resumen

Las psicosis agudas suponen una alteración de la experiencia de continuidad del *self*. El *self* trata de mantener bajo control una situación llena de ansiedad y de repararla, a través de la creación de un nuevo estado de consistencia y continuidad. Esto tiene lugar por medio de fantasías de tipo regresivo en las que las cosas se mantienen unidas de forma primitiva e irracional, conocidas como delirio.

Una psicosis aguda apunta a la pérdida de la capacidad del yo para diferenciar entre ciertos aspectos de su mundo interno y externo. El centro del *self* reside más cerca del mundo interno con sus mecanismos mágicos y proceso primario del pensamiento, en el que la causalidad, el tiempo y el espacio se han convertido en cantidades negociables. Al mismo tiempo, las relaciones en segunda persona son abolidas.

Fases de la psicosis aguda Un modelo de crisis

Por qué describir la psicosis aguda según sus diferentes fases? La respuesta más simple es que pensar en distintas fases nos ayuda a orientarnos cuando, como clínicos, debemos afrontar una situación difícil y desconcertante y necesitamos comprender lo que el paciente está experimentando. Existe una similitud entre un proceso psicótico y las fases de shock en una crisis traumática, a saber: reacción, adaptación y reorientación. Pensar en términos de fases también es importante para ayudar al paciente a reconocer signos precoces de una recaída. Por tanto, es posible ahondar en la comprensión de que cierto síntoma puede tener un significado diferente dependiendo de la fase en la que aparece. Por último, este enfoque permite que los profesionales que tratan al paciente y a sus familiares estén más capacitados para entender la psicosis aguda en principio, como una dificultad comprensible en la vida de una persona vulnerable. Aporta un sentido de esperanza más realista ante la tarea que comienza.

La comprensión de las fases dentro de este modelo de crisis es de gran utilidad en la integración de los hechos. En algunos casos excepcionales puede resultar difícil discernir cada fase por separado. En algunas psico-

sis la evolución está tan larvada que no parece relevante pensar en términos de crisis.

El modelo clásico de crisis se caracteriza por la exacerbación, el punto crítico y la recuperación. A través de este modelo, es posible identificar y comprender situaciones que de otro modo habríamos considerado esencialmente patológicas e inaccesibles. En lugar de esto, la psicosis se produce como una forma de estrategia adaptativa fallida de la personalidad ante un estado de cosas, de otro modo confuso y caótico. En general, la psicosis aguda constituye una reacción ante una fuerte tensión mental cuando existe un elevado grado de confusión entre el *self* y el mundo externo. Las dificultades resultantes interactúan con grados variables de vulnerabilidad genética/biológica conduciendo a la psicosis. La alteración que amenaza la continuidad del sentido del *self* se pone de manifiesto al intentar encontrar una consistencia significativa utilizando el pensamiento mágico, regresivo. La capacidad del yo para verificar la prueba de realidad y su función integradora se ven interrumpidas. En términos de "sentido común" es esencial que las presiones externas no sean de una intensidad abrumadora. Desde el punto de vista del individuo, resulta más fácil entender el desencadenante que ha provocado el primer brote psicótico. Esta alteración psicótica del *self*, por medio de diferentes procesos adaptativos, puede convertirse a la larga, en un proceso de curación donde el yo reanuda su función integradora.

Por lo general, es posible distinguir varias fases, tal y como sucede en las crisis traumáticas no psicóticas. A continuación describiré un *modelo* de crisis psicótica aguda. En la realidad, como ya se ha mencionado, dichas fases pueden sucederse una tras otra rápidamente, algunas parecen saltarse, o el proceso puede estancarse en una fase determinada, etc. A mi entender, Klaus Conrad (1958) ha sido el primero en identificar varias fases en la psicosis, en un estudio realizado en el ejército alemán con 117 individuos esquizofrénicos. La primera, que puede durar varios años, es la denominada *fase de trema* (trema se refiere al miedo escénico, el que suele tener el actor en el momento de salir a escena). Esta experiencia depresiva, cargada de ansiedad, puede según Conrad, compararse con la presión interna despertada en aquellos que "saben", pero no los demás, que han asesinado a alguien. La realidad y la visión del mundo de dicha persona se ha alterado por completo. Entre esa persona y los demás existe una distancia que genera una creciente disminución de la sinceridad y la capacidad para la cercanía. Esta "fase trema" está mejor definida con su término actual: *fase prodrómica*.

Fase prodrómica

Esta fase, específica de las psicosis esquizofrénicas, sólo se identifica con certeza si a continuación se produce un episodio psicótico. Puede durar semanas, meses y, a veces, años. Por lo general, el estado se torna agudo como consecuencia de la privación del sueño, el aislamiento o el agotamiento físico. Los problemas de la vida comienzan a experimentarse como alienantes y oscuros y los *acontecimientos cotidianos resultan difíciles de descifrar*: ¿Por qué el correo no llega a tiempo? ¿Por qué existo? ¿Por qué estoy caminando por esta calle en particular?

El sentido natural de seguridad logrado a partir de la convivencia en la comunidad comienza a desestabilizarse. La persona, absorta en sus pensamientos, puede experimentar dificultades cada vez mayores para distinguir entre lo que pertenece a su mundo interior y aquello que forma parte del mundo exterior; entre lo que podría ser fantasía y delirio y lo que constituyen los hechos y la realidad. El pensamiento está más próximo al *proceso primario de pensamiento*, que si bien se asemeja más a la naturaleza de los sueños, aún no ha sido reemplazado por los deseos o amenazas inconscientes. Al mismo tiempo, surge una *actitud defensiva* en virtud de la cual la persona opta por el aislamiento y rechaza la compañía de los demás. Esta combinación de intensidad interna y retirada del mundo exterior, al ser confrontada por las personas de su entorno, principalmente familiares y amigos, puede desencadenar *arranques de ira* intensos y desconcertantes para quienes le rodean.

Típicamente, en la fase prodrómica, disminuye la capacidad para funcionar en el trabajo o en el estudio. Muchas personas describen su pensamiento como vago y dificultoso, manifestando una pérdida completa de la capacidad de concentración. A veces, estas sensaciones se incrementan por un bloqueo completo de los procesos de pensamiento.

Muchas personas han experimentado una alteración similar en su funcionamiento durante períodos cortos o largos de tiempo sin psicotizarse. Esta situación puede mejorar como consecuencia de hechos y relaciones positivas, de psicoterapia o bien de forma espontánea. Sin embargo puede persistir debido, aparentemente, a un proceso psicótico más profundo del cual tenemos una comprensión limitada y sobre el cual, por tanto, nuestra capacidad de control también es limitada. En realidad, tampoco sabemos diferenciar los síntomas prodrómicos de otras crisis o trastornos psíquicos. Hasta el momento, nadie ha sido capaz de proporcionar una descripción diagnóstica válida de las diferencias. Experiencias perceptivas intensas, tales como la agudización en la percepción de los colores o los sonidos, pueden ser precursoras de un trastorno psicótico. Descrip-

ciones de estados similares al trance, tales como períodos cortos de interrupción del pensamiento, también son importantes en el diagnóstico (Chapman, 1966). Si una persona presenta este tipo de trastornos perceptivos, además de un deterioro en su funcionamiento psíquico y tiene antecedentes familiares de psicosis, el riesgo de trastorno psicótico es alto (Yung y McGorry, 1996).

Pre-psicosis

Aproximadamente en la mitad de los casos de psicosis, en lugar de una fase prodrómica, sólo se produce un estado pre-psicótico. Esto indica la cercanía con un mundo experiencial patológico e implica que el umbral para desarrollar una psicosis está a punto de ser cruzado. Con frecuencia, se produce un rápido deterioro hacia una psicosis franca, aunque este estado puede durar varias semanas. El mundo exterior se experimenta como *alterado* y más *amenazante*: en la escalera aparecen personas enfadadas de mirada penetrante y escrutadora; cuando está en grupo, cada vez encuentra menos coherencia en lo que las personas le dicen y detecta actitudes atemorizantes en los otros y en los acontecimientos. Puede llegar a plantearse interrogantes: ¿Será que estoy actuando en una obra de teatro dirigida por otros y sobre la cual no se me ha informado? Se imagina que los demás están *susurrando* y *burlándose*. De pronto siente que sus propios *pensamientos tienen voz* y que se pueden escuchar en alto, quizás los de los demás también, causando un terror aún mayor y se pregunta si está a punto de volverse loco. La sensación de una *catástrofe inminente* produce un *aumento de la ansiedad*. Lo que no está claro es si la catástrofe está ocurriendo en el mundo o dentro de sí mismo.

En algunos pacientes, comienza a disminuir la necesidad de dormir (lo que suele estar precedido por alteraciones del sueño), y en lugar de esto, puede deambular por la casa durante la noche y *escuchar música con el volumen muy alto* ya que esto parece disminuir la ansiedad. *No suele cumplir los horarios de las comidas* y los alimentos que le traen los cuidadores permanecen en el frigorífico sin que siquiera los toque. Un mundo totalmente tomado por la fantasía se alterna con momentos de gran frustración, desesperación y, quizás, impulsos suicidas. Se evidencia una aceleración del pensamiento, aunque no sea consecuencia de un trastorno maníaco. La persona puede pasarse el día dando vueltas, durmiendo muy poco, elaborando planes poco realistas o tomando decisiones irresponsables como, por ejemplo, buscar a sus superiores para castigarlos. El alto nivel de tensión interna puede conducir fácilmente a explosiones de

ira cuando otras personas están cerca. Los familiares que muestran una actitud servicial se convierten en el objeto de *críticas enardecidas e incluso agresiones físicas*, y pueden terminar siendo el objeto de fantasías maliciosas como si se tratara del enemigo, sin saber por qué. En ese momento toda la energía está destinada al deseo de sobrevivir en un universo alterado.

Psicosis - fase inicial

La pintoresca etiqueta de Conrad de la “Revolución Copernicana” ilustra el modo en que una persona, de forma repentina, puede experimentar un cambio tal que su percepción del mundo “se trastoca por completo”. De ser un personaje secundario e ignorado, sin ningún poder en el mundo, de repente, pasa a ser el centro de éste. Si los delirios y las alucinaciones presentes durante la fase pre-psicótica eran extraños y atemorizantes, ahora pasan a ser el centro del universo personal. Todo lo que sucede en el mundo está dirigido a alterar sus percepciones, a destruir su psique y a hacerle sentir impotente.

En esta fase puede considerarse que la psicosis ha tomado el control. La impresión es que el mundo ha adquirido mayor nitidez pero de forma totalmente subjetiva. De pronto, situaciones que hasta ahora habían permanecido ocultas, se revelan con total claridad. Ahora se hace evidente que la persona está relacionada con una banda que opera con la ayuda de rayos láser. Entran y roban material del ordenador o transmiten cargas eléctricas a su cama, a través de las cuales controlan sus pensamientos. Las voces que escucha se tornan más nítidas y fáciles de entender, al descubrir que las personas que están sentadas en la casa del vecino las envían por medio de técnicas hipnóticas.

Estas sensaciones extremas de no controlar el propio pensamiento pueden así adquirir un significado que de otro modo no se habría comprendido. De repente, logra acceder a un fundamento interno y el paciente cree que puede discernir con mayor claridad diferentes *mensajes*, como una amenaza o un peligro a través de la televisión que pareciera que se los enviaran a él directamente. Los periódicos también están llenos de señales que el paciente siente que ahora, por primera vez, puede reconocer y descifrar. Paradójicamente, si observamos la situación desde fuera, puede parecer a veces, que la ansiedad es menos intensa en esta fase en la que los acontecimientos oscuros y atemorizantes empiezan a tener un cierto orden y claridad. La *amenaza* no es menos atemorizante que la que podría experimentarse en una situación real, por ejemplo, al ser pre-

sionado o recibir amenazas de muerte de la Mafia. *Se identifica al enemigo* y se puede entonces luchar contra él o mantenerlo bajo control. Ahora puede poner una barricada en la puerta de entrada, arrancar los cables eléctricos de la pared y tapan la televisión con cinta adhesiva o tirarla por la ventana. No subir las persianas por la mañana, no tocar la comida envenenada y rechazar los mensajes que proceden de los radiadores, golpeándolos de forma amenazante.

Algunos pueden sentir con horror que alguien *roba sus pensamientos*, que éstos son *sustraídos de sus cabezas* o que *insertan en su cerebro* los pensamientos de otros, por medios telepáticos, operaciones cerebrales efectuadas mientras la persona duerme o simplemente a través de ondas de radio, todo ello en forma de imágenes obscenas, sugerencias groseras e insinuaciones desdeñosas o mediante una charla sin sentido o un murmullo. Sienten que están bajo el control hipnótico o telepático de sus vecinos o de poderosas bandas internacionales. Cuando se cruzan con vecinos o niños en la escalera creen que están apostados para espiar cada uno de sus pasos. Como resultado, son propensos a lanzar miradas de ira o críticas airadas.

Un *mundo primitivo arcaico* irrumpe ahora para su interpretación. Debe luchar contra las fuerzas del mal por todos los medios posibles. Se emiten directrices u órdenes inequívocas para que tenga *pensamientos específicos o lleve a cabo ciertas acciones* tales como quitarse la ropa y caminar desnudo por las calles aunque sea en invierno. Si se opone a estas directrices *el mundo entero será destruido* y será su responsabilidad. Si otros tratan de detenerle, es esencial emplear todos los medios posibles para luchar contra ellas y liberarse, con el fin de llevar a cabo la acción necesaria. Experimentan una profunda soledad y una total desconfianza hacia los demás, pero ésta se ve compensada por la experiencia de sentir que ellos son *los únicos que comprenden lo que está sucediendo y sentirse el centro de la existencia*, por lo que la frustración de los otros no alterará su mente. Para el paciente, se trata de una situación en la que tanto su vida como la de los demás, corren peligro.

Este nuevo orden de comprensión se confirma de forma reiterada por medio de señales especiales, por ejemplo, los números de las matrículas de los coches pueden tener combinaciones de letras y números particularmente significativos, que revelan un claro mensaje, gracias a su capacidad especial de comprensión. ACD significa Día del Juicio Final del Anti-Cristo (Anti-Christ Doomsday), un claro mensaje de que pronto ocurrirá una catástrofe mundial. TMP significa Policía Motorizada Transitoria (Temporary Motorised Police) que controlará sus actividades. Las interpretaciones se producen a la velocidad del rayo, con total claridad y son

completamente lógicas desde el punto de vista del paciente. La forma en que los coches circulan, se detienen o arrancan, justo en el preciso momento en que llega la persona, es interpretada y revela la forma en que la oposición está desplegando su estrategia. Las *alucinaciones auditivas* pueden llegar a ser aún más dominantes. Puede tratarse de la misma voz que aparece de forma reiterada, comentarios irritantes y despectivos que acompañan las actividades diarias, o varias voces diferentes e indescifrables, fáciles o difíciles de distinguir. Algunas personas sólo escuchan voces de forma ocasional durante su psicosis.

Si durante esta fase aumenta la confusión, la persona, presa del terror, puede repentinamente *tornarse violenta*. Desde el punto de vista de la persona psicótica, la conducta violenta es entendida como autodefensa. Por ejemplo, la persona ha podido lanzarse contra un conductor cuya forma de conducir se malinterpreta como parte de una conspiración que amenaza al paciente. Para entonces, las personas de su entorno habrán reaccionado e intentado que la persona busque ayuda. Si previamente la oferta de ayuda ya se había producido y aceptado podría evitar mucho sufrimiento, pero iniciar el proceso durante esta fase, por lo general, resulta infructuoso. En lugar de esto, se realiza una valoración médica y a menudo también se llama a la policía para trasladar al paciente de forma forzosa a una clínica psiquiátrica en la que recibirá tratamiento en contra de su voluntad.

Por lo general, hay un miedo masivo a abrirse o a “recibir” algo del mundo exterior, incluso si las personas en cuestión se interesan, son bien intencionadas y están deseosas de ayudar. Pero las personas del entorno no contribuyen a disminuir la desconfianza cuando, en su preocupación y temor, intentan ayudar dando un mensaje contradictorio o de doble vínculo o tienen dificultades para mantener la situación. Con frecuencia, el paciente protesta contra la medicación, que ¡no sin razón! se percibe como un intento de controlar su mente. La actitud de los cuidadores se percibe como amenazante y constituye una prueba de acoso y persecución. El hecho de aceptar la hospitalización podría interpretarse como que nunca saldrá de allí, quedándose confinado en una situación sin salida. Ese es el momento en el que sentirse como un “outsider” adquiere su peor dimensión.

La alternativa a este profundo conocimiento de las conspiraciones mundiales, es estar loco. Hay una parte sana, oculta tras el mundo psicótico, en la que el paciente teme la amenazante posibilidad de estar dentro de una burbuja horrible que los demás sienten la necesidad de hacer estallar. ¿Qué se puede hacer entonces con el violento caos interior? Se lucha enérgicamente contra ese posible resultado (liberando el violento caos

oculto tras el frente protector del delirio que los demás quieren eliminar), *una forma de negarse a aceptar las demandas de los familiares y los médicos*. Por lo general, en el lenguaje de la psiquiatría, este rechazo se denomina *“falta de conciencia de enfermedad”*.

Psicosis - fase tardía

Un problema frecuente en la fase tardía de la psicosis es la prescripción de la medicación antipsicótica en dosis demasiado altas que hacen que el paciente presente efectos secundarios. Ciertamente las alucinaciones desaparecen pero, la conducta del paciente es de aislamiento y retraimiento, lo que habitualmente se interpreta como una expresión de la continuidad del trastorno y por consiguiente, en lugar de reducir la medicación, ésta se aumenta. El resultado es un grado mayor de pasividad o “cumplimiento”, que justifica el aumento de la medicación. Esta situación de “callejón sin salida” todavía ocurre con demasiada frecuencia en la atención psiquiátrica y, como consecuencia, ralentiza el proceso de curación. Más aún, esto produce un sufrimiento indeseado e innecesario. El paciente y sus familiares se encuentran bajo la enorme presión de seguir las indicaciones médicas, aunque de forma intuitiva sientan que se debería disminuir o suprimir la medicación.

Por lo general, el proceso de remisión de la psicosis y el restablecimiento de un pensamiento más normal, sigue un curso fluctuante. Pueden pasar semanas e incluso meses antes de que remita la psicosis aguda. Es posible observar que van apareciendo las denominadas “islas de cordura”. El “giro copernicano” puede ir y venir. Al igual que las alucinaciones, la importancia de los delirios va disminuyendo y se empieza a cuestionar su significado y fundamento. Aún entonces, la mejora temporal parece desaparecer y da la impresión de que *la experiencia psicótica es más fuerte que nunca*. Sin embargo, el hecho de que haya sido posible controlarla del todo es signo de que progresivamente comenzará a ceder.

Cuando un episodio psicótico se ha desencadenado por una experiencia de pérdida, o deriva de un conflicto grave en la vida del paciente, que han conducido a la negación psicótica de la realidad, los contenidos depresivos de la crisis podrán retornar posteriormente. La experiencia de haber estado psicótico, dificulta la elaboración de la depresión. Una vez recuperadas, algunas personas manifiestan que era más fácil vivir con la psicosis que con la realidad posterior. Tienen que afrontar su conducta tachada de enferma y se dan cuenta de que sus allegados temen restablecer el contacto con ellos. Durante la psicosis era posible luchar contra los pe-

ligros que se creían provenientes del exterior. Después de la psicosis, es necesario asumir la responsabilidad de lo que ha sucedido como proveniente de uno mismo. Esto puede llevar a permanecer en un *estado de apatía, entre la psicosis y la depresión*.

De manera ocasional, una persona puede protestar por la pérdida de los delirios porque éstos han representado la experiencia más importante de su vida. En los casos de psicosis teñidos de aspectos afectivos, particularmente las experiencias místico-religiosas, persisten huellas inolvidables de éxtasis e inspiración, que no tendrán comparación con nada de lo que suceda después. La literatura religiosa ilustra la ténue línea divisoria que separa lo que podría entenderse como psicosis y lo que podrían considerarse revelaciones religiosas. Aquí el deseo de confrontar la verdad por parte del cuidador, requiere mucho tacto y humildad. ¿Puede la experiencia personal integrarse en la realidad post-psicótica sin negar por ello su significación espiritual?

Fase post-psicótica - nueva orientación

En ciertas psicosis la recuperación de la salud no se logra de forma completa. Uno de los grandes retos de la psiquiatría consiste en evitar o minimizar los déficits que son característicos de la esquizofrenia. Por lo general, el principio de realidad se ha reafirmado en su función de control del yo, pero con frecuencia persisten "sombras" de la psicosis. El sentido del *self* ha sido, por lo general, sacudido hasta el núcleo. Algunas veces, quizás al madrugar o en momentos específicos, irrumpe un pensamiento que sugiere que quizás los delirios representaban la verdad y que el presente es un falso estado. Pero tales pensamientos desaparecen con la misma rapidez. ¿Quizás aún permanecen encapsulados de algún modo listos para reaparecer años más tarde?

La experiencia de haber estado loco y que podemos perder el control sobre nuestro pensamiento lógico, es algo que se experimenta con dolor y malestar. Muchos pacientes, quizás incluso la mayoría, tienden a ocultar esta fase o a negar la psicosis y reaccionan con irritabilidad cuando se habla de ello. Esto representa un signo de pronóstico negativo y significa que el proceso de curación es sólo superficial. Podría indicar que tendrán que producirse una serie de recaídas antes de que el paciente admita que ha sufrido una psicosis, de modo que la intervención pueda conducir a la auto-comprensión y la disminución del riesgo de futuras recaídas.

Los recuerdos dolorosos de la época de la recaída y el ingreso en el hospital reaparecen durante un largo período de tiempo. Los sentimientos de *vergüenza* se entremezclan con el *alivio* porque la psicosis ha terminado, pero los problemas vitales persisten. La gran pregunta es si se han quemado los puentes hacia el mundo circundante.

Resumen

Pasado un tiempo, es posible observar en primera instancia en ciertas psicosis una *fase prodrómica*, que dura algunas semanas pero que a veces puede incluso durar varios años. Por lo general, se caracteriza por una depresión con ansiedad. Durante este período, se observa una notable desintegración del funcionamiento con respecto al estudio, al trabajo y/o a las relaciones sociales. Algunas personas también experimentan intensas ilusiones visuales y auditivas. La fase prodrómica se intensifica durante la *fase pre-psicótica*, que muestra rasgos característicos de experiencias delirantes y alucinatorias.

La fase pre-psicótica y la fase psicótica inicial suelen ser caóticas pero, a veces se controla relativamente en la superficie, aunque la tensión interna sea de gran intensidad. Ha ocurrido una “Revolución Copernicana” en la que todos los acontecimientos importantes del mundo exterior están conectados con la persona, que desarrolla un papel central nuevo y determinante. Con frecuencia, los últimos vestigios de autocontrol desaparecen en el momento del ingreso al hospital, con la consiguiente exacerbación de los síntomas.

En la *fase psicótica tardía*, se observan las denominadas “islas de cordura”. Al mismo tiempo, aumenta el componente depresivo, dado que los acontecimientos que rodearon el comienzo del episodio y la hospitalización retornan a la mente muy a su pesar.

La fase post-psicótica de reorientación ocurre cuando la persona se ve a sí misma funcionando plenamente, capaz de regresar a la vida en la comunidad, junto con la aceptación de la enfermedad. Si la persona aumenta la comprensión de su psicosis y elabora sus experiencias sin negarlas, aumenta la posibilidad de prevenir una recaída psicótica. Esto requiere capacidad de *insight* y un apoyo informado en el que sea posible desarrollar la esperanza de un futuro realista.

Factores de vulnerabilidad neurobiológica

“[...] La única ventana de la habitación se abre a otro lugar: La plaza del Mercado Salvaje, tierra que hierve, amplia superficie temblorosa, a veces atestada de gente y a veces desierta. Lo que llevo dentro de mí se materializa allí, todos los terrores, todas las esperanzas. Todo lo inconcebible que, sin embargo, sucederá. Soy de playas bajas, si la muerte se elevara seis pulgadas me inundaría”.
(T. Tranströmer, Carillon 1983)

Desde el modelo de enfermedad al modelo de vulnerabilidad-estrés.

Los intentos realizados por la psiquiatría para explicar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos han aportado conceptualizaciones que la definen fundamentalmente como una enfermedad médica en la que se identifica una causa definida: un daño cerebral, una alteración genética, una madre perjudicial.

El descubrimiento de la bacteria *treponema pallidum* en 1905 reveló que la locura en la parálisis general progresiva asociada a sífilis se debía a una enfermedad cerebral. Posteriormente se demostró la eficacia del tratamiento precoz con salvarsan y, más tarde, con penicilina. Dado que se había pensado que la causa de la parálisis general del loco era un trastorno mental, los profesionales comenzaron a preguntarse si también la esquizofrenia sería un trastorno de origen orgánico.

Es posible elaborar un modelo de enfermedad de acuerdo con teorías médicas, sociológicas, psicoanalíticas, explicaciones mágicas y otras teorías explicativas. La causa de la enfermedad y el método específico de tratamiento son congruentes con nuestro punto de vista teórico o nuestra visión del mundo. Los debates en torno a qué enfoque es el “correcto” han sido amargos y, en definitiva, los únicos perdedores han sido los pacientes.

A mediados de la década de los 70 el psiquiatra estadounidense Joseph Zubin formuló lo que se conoce como el “modelo de vulnerabilidad al estrés”, que integra diferentes escuelas científicas de conocimiento y demuestra tanto la posibilidad como la necesidad de fomentar el desarrollo de una forma combinada de tratamiento (Zubin y Spring, 1977). Según este modelo, las personas difieren en el grado de vulnerabilidad para el desarrollo de la psicosis. El trastorno puede desencadenarse por un conjunto de factores, principalmente de tipo psicosocial. Las personas con un grado bajo de vulnerabilidad requerirán un elevado nivel de estrés para que se declare la enfermedad, mientras que las personas con una alta vulnerabilidad sucumben a la enfermedad con tan solo un bajo nivel de frustración proveniente del medio externo. En la Figura 6.1 se presenta un esquema ilustrativo.

El modelo de vulnerabilidad al estrés es útil en relación a muchas enfermedades tanto de tipo psíquico como somático. Por ejemplo, la diabetes mellitus, por lo general se desencadena en una persona con vulnerabilidad específica tras un estrés físico o psíquico. En el caso de los trastornos psicóticos nuestro razonamiento es más complejo, pero el concepto de estrés y vulnerabilidad es similar. El debut de la psicosis, al igual que la rehabilitación y pronóstico, dependen en buena medida de interacciones con el ambiente y las circunstancias sociales.

Tanto en este Capítulo como en el 7, ilustro diferentes factores de vulnerabilidad de tipo biológico y psicológico, y la forma en que interactúan con factores de protección. Los factores desencadenantes del estrés se analizan en el Capítulo 8 y los aspectos relativos a la interacción se exponen en el Capítulo 16.

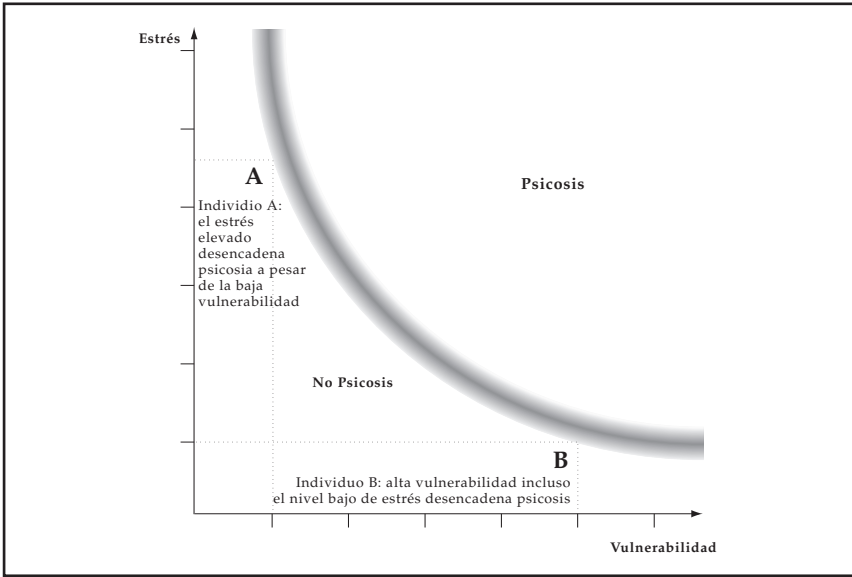


Figura 6.1
El modelo de vulnerabilidad al estrés.

El conocimiento proveniente de la investigación se refiere principalmente al grupo de trastornos definidos como psicosis esquizofrénicas. Las investigaciones neurobiológicas por lo general se realizan a partir de una definición estricta de esquizofrenia, que se empezó a utilizar en el DSM-III a comienzos de la década de 1980 y que constituía un intento de discernir el grupo de pacientes con peor pronóstico. La teoría de la vulnerabilidad también se aplica a las psicosis no esquizofrénicas, si bien la importancia y naturaleza de los factores subyacentes probablemente difieren.

Actualmente se describen dos grupos principales de factores biológicos subyacentes: las alteraciones genéticas y pre/perinatales en el desarrollo del cerebro. Ambas pueden influir en la vulnerabilidad, es decir, que puede haber formas de esquizofrenia tanto de tipo genético como neuroevolutivo, o posiblemente, una combinación de ambos factores. Las investigaciones que se llevan a cabo a nivel internacional analizan estos temas en profundidad. También quiero destacar que lo que hoy en día se acepta como verdadero, mañana puede no tener valor alguno. Los resultados de las investigaciones sobre el cerebro y sobre la esquizofrenia son contradictorias entre sí y en gran medida carecen de modelos teóricos

adecuados y diagnósticos significativos. En general, lo mismo sucede con el conocimiento psicodinámico sobre los trastornos psicóticos.

Factores de vulnerabilidad genética

El espectro de la esquizofrenia

En general, se considera que el riesgo de desarrollar una psicosis esquizofrénica es de aproximadamente el 1 por ciento, con independencia de la raza o el lugar de nacimiento. Esto es una simplificación de la realidad, ya que se ha demostrado que el riesgo es 2,4 veces mayor para quienes nacen en grandes ciudades, en este caso, Copenhague (Mortensen *et al.*, 1999).

El hermano de una persona esquizofrénica tiene un riesgo, según diferentes estudios, del 7 al 10 por ciento de desarrollar el trastorno, y la probabilidad de que un paciente con esquizofrenia tenga un hijo con la enfermedad es del 9 al 12 por ciento.

Por definición, los gemelos monocigóticos o univitelinos (provenientes de un único cigoto) heredan el mismo potencial genético. Diferentes estudios sugieren una concordancia del 15 al 60 por ciento, es decir, que si uno de ellos tiene la enfermedad, ese sería el porcentaje de riesgo de que el segundo gemelo la desarrolle. Los mellizos o gemelos dicigóticos o bivitelinos (provenientes de dos cigotos) comparten la misma carga genética que con cualquier otro hermano. En el caso de los gemelos dicigóticos, se ha establecido que el riesgo oscila entre el 4 y el 27 por ciento, dependiendo, entre otras cosas, de los criterios diagnósticos utilizados.

¿Se hereda el espectro de la esquizofrenia?

Los estudios de adopción se han utilizado para investigar la influencia de factores no genéticos. Se han realizado comparaciones entre la incidencia de trastornos en niños adoptados cuyo progenitor sufre esquizofrenia y en hijos de padres sanos desde el punto de vista psiquiátrico. En un extenso estudio de adopción realizado durante varias décadas en población danesa y estadounidense, se investigó la incidencia de trastornos psiquiátricos en la edad adulta de niños adoptados (Cannon y Mednick, 1993). Al utilizar criterios diagnósticos estrictos para la esquizofrenia, se redujo la influencia del factor hereditario. Con criterios diagnósticos más

amplios en los que se incluía la ocurrencia de las denominadas personalidades esquizotípicas dentro del “espectro de la esquizofrenia”, el componente hereditario sí resultó ser significativo.

Desde hace tiempo, se sabe que las personalidades esquizotípicas tienen un elevado riesgo de desarrollar esquizofrenia. El término esquizotípico implica la tendencia hacia la introversión y la presencia de un sistema particular y peculiar de pensamientos e ideas. En este grupo se observa también una inclinación al pensamiento mágico y la “superstición”. Cuando estos rasgos son predominantes, generalizados y limitan el funcionamiento psicosocial del individuo, se habla de trastorno esquizotípico de la personalidad (véase Capítulo 11 para un análisis más detallado).

Es posible que exista una relación de continuidad entre el pensamiento esquizotípico y, por tanto, el trastorno esquizotípico de la personalidad, y la esquizofrenia. Es decir, que lo que se hereda no es el trastorno esquizofrénico como tal, sino la tendencia hacia cierto tipo de pensamiento (“esquizofrenia latente”). Este tipo de pensamiento puede constituir un factor de riesgo para desarrollar la esquizofrenia (Kety *et al.*, 1994). Se ha encontrado también que este tipo de “trastorno de pensamiento esquizotípico” caracterizado por asociaciones laxas, pensamiento incoherente (distorsionado), neologismos (creación de palabras nuevas) y modos particulares de emplear las palabras, se produce con más frecuencia en las familias en las que uno de sus miembros es esquizofrénico que en el resto. Incluso entre los familiares biológicos de niños adoptivos esquizofrénicos este tipo de pensamiento ocurre con más frecuencia que entre los familiares biológicos de los niños adoptivos no esquizofrénicos. Esto demuestra que hay un componente genético y que las estructuras de pensamiento no están determinadas únicamente por la crianza y las experiencias tempranas (Kinney *et al.*, 1997).

No obstante, es necesario hacer una advertencia sobre la hipótesis relativa al pensamiento pre-esquizofrénico. El factor esquizotípico no está bien definido, ni sabemos con seguridad cuáles son los factores que aumentan el riesgo de desarrollar una psicosis en las personas con un trastorno esquizotípico de la personalidad. Es fácil emplear esta hipótesis para pensar que una sensibilidad para la simbolización, que podría igualmente constituir una fuente de creatividad, resulta patológica. Podemos incurrir en el error de emplear terminología psiquiátrica para hablar de una conducta que realmente no comprendemos y que difiere de los síntomas psiquiátricos. Por ejemplo, al analizar el lenguaje de los pacientes psicóticos, los instrumentos de que disponemos constituyen intentos toscos pero eficaces para detectar errores lógico-semánticos o usos

divergentes de palabras y gramática. Es de suponer que si se empleara el mismo instrumento para analizar poemas muy conocidos, nos indicaría signos importantes de patología en el poeta. Este razonamiento puede, no obstante, tener una aplicación clínica si se entiende que los hábitos del lenguaje pueden ser más relajados en algunas personas y más formales en otras y que esto puede ser positivo o no. El uso relajado del lenguaje puede constituir un factor de vulnerabilidad elevada para la psicosis y, al mismo tiempo, formar parte de la creatividad característica de un proceso de pensamiento lleno de fantasía. El psiquiatra danés Bent Rosenbaum (2000) ha sugerido el estudio de la semiótica (la ciencia de los signos en el lenguaje) específica de los trastornos del pensamiento esquizofrénico (véase Capítulo 15 para un análisis más detallado).

La familia como factor de protección contra los factores hereditarios negativos

El amplio estudio de adopción realizado por el psiquiatra finlandés Pekka Tienari (1991) ha identificado un mayor riesgo para desarrollar esquizofrenia y estados limítrofes con la misma¹ en niños adoptados cuya madre biológica es esquizofrénica en comparación con niños adoptados que tienen una madre biológica sana.² No obstante, en estos casos se ha encontrado también que, con frecuencia, los niños que desarrollan el trastorno se han criado en familias adoptivas que presentan trastornos en la comunicación dentro del medio familiar. Esto indica que un buen ambiente familiar puede constituir un factor protector frente a la influencia genética que predispone al trastorno.

Para que esta interpretación sea significativa desde el punto de vista teórico y práctico, es esencial demostrar la existencia de una alteración en la dinámica familiar previa a la manifestación del trastorno psíquico en el niño. De otro modo no podría negarse la interpretación más obvia, a saber, que el niño que muestra signos de trastorno psiquiátrico influye en la comunicación familiar con el consiguiente efecto negativo en su funcionamiento. Por esta razón, existe el riesgo de confundir la causa con el efecto. (Otra investigación ha demostrado que probablemente entre un tercio y la mitad de los niños que desarrollan esquizofrenia funcionaban a un bajo nivel durante algún tiempo antes de que comenzara la enfermedad lo que, a su vez, habría ocasionado problemas a los padres). La fase de seguimiento no ha finalizado aún, pero el estudio de Tienari apoya la hipótesis de que familias con un funcionamiento saludable constituyen un factor psicosocial protector que contrarresta la vulnerabilidad heredada. Esto no

significa que deban descartarse los efectos perturbadores que el trastorno mental del niño puede tener en la familia (Wahlberg *et al.*, 1997).

Esta investigación se ha llevado a cabo en una población con alta carga genética al centrarse en hijos de madres biológicas esquizofrénicas. Estos estudios no hacen referencia a niños en los que el daño cerebral temprano o los trastornos neuroevolutivos parecen predominar sobre los riesgos genéticos para un posterior desarrollo de la esquizofrenia.³

¿Uno o muchos genes?

¿Cuál es la alteración genética responsable de la esquizofrenia? Se han sugerido varias teorías que si bien difieren entre sí, no son mutuamente excluyentes:

1. La visión clásica en virtud de la cual, hay un gen anómalo responsable de una fase del metabolismo de un transmisor o receptor cerebral. Un producto metabólico que aumenta con el estrés y que podría entonces inducir la psicosis. Un modelo teórico (que en definitiva es poco realista) es el del adrenocromo, un alucinógeno producto del metabolismo de la epinefrina, el cual podría acumularse debido al estrés y, de este modo, producir la psicosis.
2. Los genes subyacentes a factores relacionados con el tipo de personalidad y que aumentan el riesgo de psicosis, por ejemplo, la personalidad esquizotípica.
3. Los polimorfismos (mutaciones menores) en genes responsables del neurodesarrollo del cerebro.
4. Los cambios genéticos (maternos, fetales, o ambos) que influyen negativamente en la función gestacional o placentaria, pueden aumentar la vulnerabilidad del niño a desarrollar esquizofrenia debido a que afectan el desarrollo neuronal del cerebro.

Se han destinado muchos recursos al mapeo del genoma humano (la secuencia genética completa). Los investigadores han comenzado a abandonar la idea de identificar un gen específico responsable de la esquizofrenia y de otras psicosis. Numerosos estudios de ligamiento ("*linkage*") han identificado regiones (loci) en varios cromosomas diferentes (el 5 y el 7 por mencionar sólo dos) que parecen estar relacionadas con la esquizofrenia. No obstante, estos estudios no se han replicado con poblaciones diferentes.

La creencia en una causa única de la esquizofrenia parece ingenua frente a la experiencia clínica que revela las notables diferencias existentes entre pacientes esquizofrénicos y ante la variedad de factores externos (tanto físicos como psíquicos) que influyen sobre ellos.⁴ Actualmente la mayoría de los investigadores consideran que muchos genes, quizás entre 15 y 20 ó más, pueden interactuar en combinaciones diferentes y, de manera compleja, y constituir la vulnerabilidad a los trastornos psicóticos.

Sigue planteada la interrogante de si determinados genes conllevan de forma individual el riesgo de desarrollar una psicosis o si deberíamos cambiar nuestra forma de pensar y centrarnos en las interacciones entre diferentes factores. Cabría entonces preguntarse si el riesgo está relacionado con una carencia (genética y no genética) de factores de personalidad relacionados con la fortaleza yoica que, ante la exposición a ciertos estresores, protegerían contra reacciones psicóticas. Cuando pensamos en el complejo trabajo que el yo debe llevar a cabo para mantener el equilibrio entre el mundo interno y externo, lo sorprendente no es que ciertas personas tengan una crisis psicótica en respuesta al estrés, sino que más bien surge la pregunta de cómo es que los seres humanos no responden de esta manera con más frecuencia. Para poder mantenerse intacta, la función integradora del yo debe tener un sólido apuntalamiento genético (Este tema se explora en profundidad en el Capítulo 17).

La hipótesis dopaminérgica

Lo que conocemos como hipótesis dopaminérgica ha dominado durante mucho tiempo la investigación biológica sobre la esquizofrenia. Se basa en el conocimiento de que la dopamina, una de las muchas sustancias que facilitan la transmisión neural en la sinapsis neuronal, es bloqueada por la medicación antipsicótica clásica, los fármacos neurolepticos. El efecto principal de este neurotransmisor se produce en los ganglios basales cerebrales, centros nerviosos situados en la parte central del cerebro y responsables de la regulación automática del pensamiento, emociones y funcionamiento motor.

Durante las últimas décadas se ha sugerido que la vulnerabilidad implica una tendencia heredada a producir mayor cantidad de dopamina, o bien, una diferencia en los receptores dopaminérgicos. Esto explicaría los avances derivados del tratamiento con fármacos neurolepticos, bloqueantes de la dopamina. También sabemos que el uso prolongado de anfetaminas puede desencadenar psicosis esquizofreniformes. La molécula

de amfetamina, cuya estructura es similar a la de la dopamina, estimula a los receptores dopaminérgicos haciendo que liberen dopamina. Podría considerarse que una persona con alta concentración de algunos tipos de receptores dopaminérgicos, en ciertas áreas del cerebro, tiene una mayor vulnerabilidad a la psicosis. Curiosamente se ha demostrado que, en casos de procesos esquizofrénicos no tratados no se produce un aumento de los receptores dopaminérgicos. Sin embargo, éstos aumentan como resultado del tratamiento con la medicación neuroléptica, lo que debería reorientar el uso de estas sustancias (Frade *et al.*, 1990) (Los grupos de autoayuda para usuarios han denominado a este efecto “trampa neuroléptica”).

En la actualidad también es sabido que otros muchos neurotransmisores están implicados en la comprensión de cualquier actividad cerebral, incluyendo los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Por tanto, debería cuestionarse la hipótesis dopaminérgica original por su excesiva simplicidad (Henly, 1990; Farde, 1997).

Tipos de personalidad y vulnerabilidad a la psicosis

Un estudio reciente ha demostrado que la concentración de receptores de dopamina D-2 en el cerebro de sujetos sanos es inferior si éstos tienen una personalidad “despegada” (Fade *et al.*, 1997). Esto significa que, a menor cantidad de receptores dopaminérgicos mayor probabilidad de que una persona en concreto eluda el contacto cercano o íntimo con los demás. Si la tendencia hacia el repliegue y el aislamiento en los esquizofrénicos es signo de este tipo de déficit, explicaría la razón por la que el tratamiento con neurolépticos agrava los síntomas negativos de la esquizofrenia: los neurolépticos inhiben la liberación de dopamina y, por tanto, reducen aún más sus niveles.

La investigación genética se ha focalizado más en la comprensión de la personalidad esquizotípica, que se destaca por la tendencia al trastorno del pensamiento y al pensamiento mágico o extraño. Sin embargo, no debería sorprendernos que se esté produciendo también un renovado interés en el trastorno esquizoide de la personalidad, caracterizado por la tendencia a la introversión y el bajo nivel de socialización. ¿La estructura de personalidad esquizoide tiene acaso otras causas que no sean las de tipo genético? ¿Cuál es la influencia del ambiente durante los primeros años del crecimiento? Experimentos realizados en animales ilustran cómo los más jóvenes dependen de actitudes cariñosas de la madre (*grooming*), durante un período específico del desarrollo, para desarrollar el funcionamiento del sistema dopaminérgico en el lóbulo frontal (Schwartz y

Goldman-Rakic, 1990). El sistema dopaminérgico parece contribuir de forma significativa al desarrollo de conductas motivacionales de diversos tipos. El Capítulo 7 relativo a los factores de vulnerabilidad psicodinámica, ilustra la influencia de los factores constitucionales en el desarrollo del *self* desde el punto de vista psicodinámico.

Manfred Bleuler (1984) describe las contradicciones que dentro de la personalidad de jóvenes o personas mayores, operan en ciertas circunstancias como desencadenante de la psicosis. Algunas veces, una sensibilidad excesiva para impresiones experienciales o para interrogantes existenciales y metafísicos, al combinarse con la introversión esquizoide puede crear dificultades en la elaboración de los problemas que provocaron la psicosis. En otros casos, la combinación de fuertes impulsos instintivos con una personalidad inhibida causa conflictos tan profundos que la posibilidad de encontrar una salida no psicótica es limitada. Podría considerarse que aquellas personas que se sienten atraídas a áreas limítrofes con la fantasía pero no encuentran una expresión creativa para estas inquietudes, tienen riesgo de desarrollar psicosis.

Vulnerabilidad afectiva

Aparte de la vulnerabilidad a la psicosis, puede hablarse de la vulnerabilidad afectiva, que tiene una raíz genética aún mayor. Tiene que ver con la tendencia a oscilar de forma periódica entre los extremos del placer y del dolor. Algunos oscilan sólo hacia el polo depresivo, otros pueden oscilar entre el maníaco y el depresivo (trastorno bipolar), mientras que otros, aunque menos, sólo experimentan episodios maníacos o hipomaníacos (un estado maníaco no desarrollado completamente). En muchos casos, durante estos estados extremos, se presentan síntomas psicóticos esquizofreniformes o de tipo paranoide. Las psicosis afectivas, esquizoafectivas o cicloides dependen de la forma en que se manifiestan los síntomas. En mi experiencia, un aspecto predominante en personas con un primer episodio psicótico es la presencia de rasgos afectivos (véase Capítulo 10). No se trata tan solo de una cuestión académica dado que este tipo de pacientes tiene un mejor pronóstico que otros estados psicóticos. En ciertos casos, un trastorno afectivo puede representar un estresor que actúa como desencadenante de la psicosis. Por otra parte, una psicosis también puede conducir a un estado depresivo (véase Capítulo 8).

La prevalencia de trastorno afectivo (incluyendo el suicidio no explicado) en familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo se estima en el 20 por ciento. Un 10 por ciento

ha padecido o padecerá el mismo tipo de síntomas que su familiar enfermo. Incluso en este aspecto, los estudios de adopción destacan que, además de las influencias psicológicas, los factores genéticos son de suma importancia. Se ha demostrado también que los familiares de personas con trastorno bipolar (maníaco-depresivo) tienen mayor creatividad, éxito profesional y un nivel educativo superior al de familiares de pacientes con problemas puramente depresivos (Coryell *et al.*, 1989). No se trata de considerar el factor genético como una amenaza decisiva para la enfermedad, sino más bien preguntarnos cómo puede arreglárselas la persona vulnerable con ello, y si la vulnerabilidad aumenta debido a alteraciones en el desarrollo físico o a problemas psicológicos. Como ya se mencionó anteriormente, los genes necesitan un ambiente contenedor.

Trastornos neuroevolutivos

La teoría de la hipofrontalidad

En un estudio clásico realizado con un grupo de esquizofrénicos crónicos, los neurofisiólogos suecos Ingvar y Franzén (1974) demostraron una disminución de la actividad metabólica de la región prefrontal del cerebro en comparación con la de sujetos sanos. El estudio ha sido replicado numerosas veces con resultados variables.

La teoría de la “hipofrontalidad” como característica de la esquizofrenia, ha ganado cierta popularidad aunque también ha sido muy cuestionada. La hipofrontalidad conlleva la pérdida de funciones complejas del lóbulo frontal, tales como la capacidad de juicio, motivación y criterio ético. También podría suponer una disminución de las señales que normalmente parten del lóbulo frontal y se transmiten hacia los ganglios basales, responsables de varias funciones ejecutivas, así como de los afectos y de complejos patrones de afrontamiento. Debido a la hipofrontalidad, la corteza prefrontal ejerce menos control sobre la actividad de los ganglios basales, que funcionan entonces de forma más primitiva y menos controlada. Este modelo teórico ha tratado de explicar tanto los denominados síntomas “deficitarios” de la esquizofrenia (pasividad, aislamiento) como los “positivos” (alucinaciones, delirios, desórdenes del pensamiento, lenguaje y conducta) como consecuencia del aumento de la actividad subcortical (véase también Capítulo 15).

No obstante, es poco probable que esta teoría represente una explicación completa de la esquizofrenia. La hipofrontalidad también puede ser

consecuencia de efectos subyacentes de la medicación antipsicótica. Los estudios realizados con Tomografía por Emisión de Positrones o PET⁵ demuestran la imposibilidad para diferenciar el funcionamiento disminuido del lóbulo frontal que se produce tanto en la depresión como en la esquizofrenia. En otras palabras, ¿podría ser explicada la hipofrontalidad del cerebro bien como la expresión inespecífica de una disminución en la actividad cerebral producida por la depresión, la esquizofrenia o los neuróticos, o bien como por constituir la explicación de estos trastornos?

Actualmente el interés también se centra en otras regiones tales como la amígdala, el hipocampo, el parahipocampo y el tálamo. Estas áreas son cruciales en el pensamiento estratégico, el aprendizaje, la memoria a corto plazo y la conexión de las emociones con conductas emocionales apropiadas. Según la teoría del daño cerebral, predominante en Estados Unidos, se considera que la esquizofrenia es consecuencia de trastornos del desarrollo neuronal prenatal del cerebro (Weinberger, 1995). Aún se desconoce la contribución específica del componente genético y de los factores relacionados con el periodo intrauterino, tales como la desnutrición o la posible influencia viral (Figura 6.2).

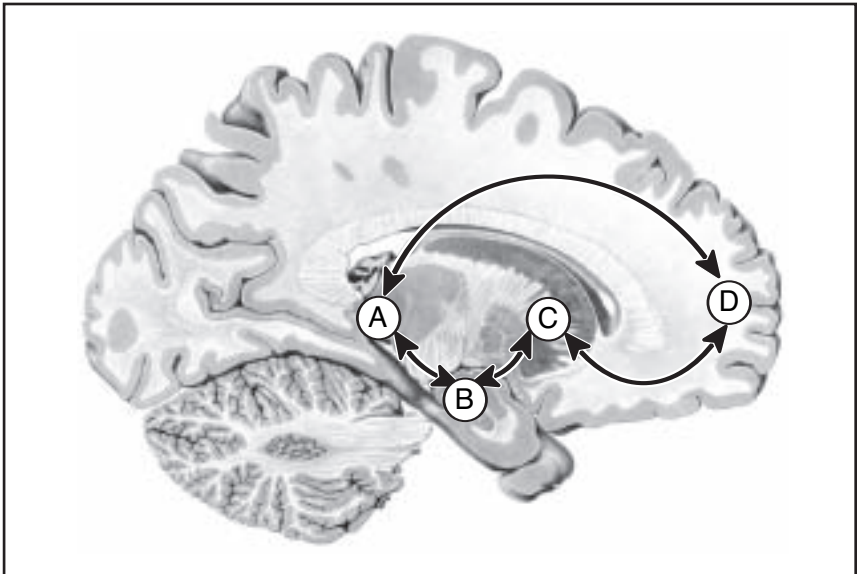


Figura 6.2
 Una imagen esquemática de las conexiones y centros cerebrales en la esquizofrenia. A representa el tálamo, B la amígdala y el hipocampo, C el núcleo caudado-putamen-globus pallidus, D la corteza prefrontal. Según Masterman y Cummings (1997).

Un metanálisis⁶ de 40 investigaciones en las que se estudió el cerebro de pacientes esquizofrénicos y de sujetos controles normales, con técnicas de resonancia magnética (RMN)⁷, mostró una reducción significativa, especialmente en el volumen del lóbulo temporal derecho (complejo amígdala-hipocampo) y dilatación de los ventrículos laterales (Lawrie y Abukmeil, 1998). Se detectó una disminución significativa, sobre todo de sustancia gris y principalmente en hombres.

No obstante, es importante tener presente que estos resultados se refieren a medias estadísticas. Muchos pacientes con esquizofrenia tenían valores normales, del mismo modo que entre los sujetos del grupo de control se encontraron muchos con desviaciones anatómicas importantes y que sin embargo no desarrollaron la enfermedad.

Un estudio realizado con un grupo de pacientes esquizofrénicos (Sudath *et al.*, 1990) apoya la idea de una desviación o inhibición (¿no determinada genéticamente?) en el desarrollo cerebral. Se realizó una resonancia magnética (RMN) a un grupo de gemelos monocigóticos (provenientes de un único cigoto) discordantes (entre los que sólo uno de los hermanos padecía esquizofrenia). En 14 de 15 casos, los investigadores pudieron identificar al gemelo que padecía esquizofrenia por medio de las imágenes de la resonancia magnética, mostrando una dilatación ventricular lateral y una reducción volumétrica del hipocampo, en comparación con el hermano sano. Podríamos especular en torno a si la explicación de estos hallazgos podría deberse a una perturbación en el desarrollo del cerebro de uno de los gemelos relacionada, por ejemplo, con un menor acceso a la nutrición placentaria resultando en un aumento de la vulnerabilidad.

Los hallazgos de anomalías en las estructuras cerebrales son más pronunciados en hombres. Dado que la esquizofrenia es más frecuente en hombres que en mujeres, mientras éstas tienden a presentar más psicosis no esquizofrénicas, sugiere que hay diferentes causas subyacentes pero que se solapan entre sí (Castle y Murray, 1991). También se ha planteado que, en el caso de las mujeres, los estrógenos podrían desempeñar una función protectora contra la psicosis (Häfner *et al.*, 1998).

Anomalías tempranas en el desarrollo infantil

En un estudio inglés de seguimiento realizado por Jones *et al.* (1994), se identificaron 30 individuos, entre los 5.362 niños que nacieron en días específicos de 1946, que en la edad adulta fueron diagnosticados como esquizofrénicos. Al recopilar información, en guarderías, a través de infor-

mes escolares, etc., se encontró que estos niños habían tenido un retraso en el desarrollo psicomotor en comparación con los que no desarrollaron esquizofrenia: empezaron a caminar más tarde, tuvieron más dificultades para aprender a hablar y su rendimiento escolar fue inferior. También tenían tendencia a jugar solos. Durante la exploración de rutina efectuada a los 4 años de edad, se encontró que las madres de estos niños tenían más dificultades para comprender o para relacionarse con sus hijos, en comparación con otras madres.

Un nuevo estudio llevado a cabo con niños finlandeses nacidos en la década de 1950, que comparó un grupo que posteriormente desarrolló esquizofrenia con otro que no desarrolló el trastorno, sólo muestra una diferencia entre ambos grupos en lo referente a las asignaturas escolares de tipo práctico tales como educación física, dibujo y carpintería, en las que los primeros obtuvieron un rendimiento inferior (Cannon *et al.*, 1999). No se encontraron diferencias de rendimiento en el resto de las asignaturas. Por otra parte, tuvieron un absentismo mayor antes de llegar a secundaria. Los varones tuvieron un rendimiento escolar más bajo, aunque no hubo diferencias entre varones y mujeres con respecto a su rendimiento en las asignaturas prácticas.

¿Cómo podríamos interpretar estos datos? Quienes tienen una amplia experiencia clínica con pacientes esquizofrénicos saben que muchos de ellos no han tenido un bajo rendimiento escolar ni problemas físicos y que, por el contrario, han demostrado tener suficientes recursos personales. Sin embargo, un grupo predominantemente masculino, tiene este tipo de dificultades, quizás crónicas, desde antes de enfermar, que pueden estar relacionadas con trastornos neuroevolutivos producidos antes o durante el nacimiento. Esto ha sido corroborado por estudios realizados con gemelos monocigóticos discordantes para esquizofrenia (Torrey *et al.*, 1994). En un tercio de los niños discordantes que desarrollaron esquizofrenia posteriormente, el desarrollo comenzó a desviarse a la edad de 5 años. ¿Ha funcionado la placenta materna de modo diferente para estos niños?

Patología en la estructura celular

El conocimiento referente a la naturaleza del daño neuronal todavía es escaso. Muchos estudios muestran que dicho daño, que puede ser consecuencia de la destrucción traumática de tejido neural o de la falta de oxígeno al nacer, no es un factor determinante. En estos casos lo que podría-

mos encontrar es un crecimiento de tejido conectivo en el cerebro, si bien esto no se ha demostrado. Los resultados de los estudios realizados apuntan más bien hacia una inhibición o perturbación del desarrollo del cerebro durante la fase fetal.

La dilatación ventricular refleja la ausencia de tejido en el lóbulo temporal medial, en el que están situados centros subcorticales tales como el hipocampo, la amígdala y el pallidum. La mayoría de los estudios ha fracasado al intentar demostrar la presencia de un deterioro progresivo, como el descrito por Kraepelin (Jaskiw *et al.*, 1994). No obstante, es posible que un subgrupo presente este tipo de variaciones (Knoll *et al.*, 1998). Cabría suponer la existencia de un subgrupo que ha sufrido un daño temprano en el desarrollo cerebral y otro grupo más pequeño con una degeneración neuronal progresiva que sólo se pone de manifiesto clínicamente después del primer episodio psicótico. Ello explicaría los casos en los que se desarrollan trastornos psicóticos más graves que son refractarios a todas las tentativas de tratamiento.

Los resultados de varios estudios sugieren que en los pacientes esquizofrénicos hay una ausencia de tejido cortical en el hipocampo, que forma parte del lóbulo temporal y que tiene importantes conexiones con el lóbulo frontal y la amígdala (Jakob y Beckman, 1986; Arnold *et al.*, 1991). A menudo este tipo de estudios se ha realizado con personas a las que se ha practicado una lobotomía y con pacientes crónicos de edad avanzada, por lo que la aplicabilidad de los resultados a otro tipo de pacientes es cuestionable.

Embarazo y complicaciones durante el nacimiento como factores de riesgo

Con respecto a los factores de riesgo obstétricos (complicaciones durante el parto tales como el parto instrumental o hipoxia), algunos estudios han identificado uno, dos y en ocasiones hasta tres factores de riesgo significativos. Esto puede deberse al método empleado pero también puede entenderse como un reflejo de la heterogeneidad del grupo de pacientes con esquizofrenia.

Varios estudios afirman que si la madre tiene un proceso gripal durante el segundo trimestre de gestación, aumenta el riesgo de que el niño desarrolle esquizofrenia (Mednick *et al.*, 1988), ya que la infección viral podría producir un daño cerebral. Este aumento del riesgo es, sin duda, significativo pero en la práctica, es reducido y además, potencialmente, deberá asociarse con otros problemas de la madre.

Es sabido que los niños que nacen durante los meses de invierno tienen un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia (Dalén, 1978), lo que podría interpretarse como un aumento en la vulnerabilidad del niño a las infecciones durante este período, en el que la función nutritiva de la madre es menos eficaz. Un amplio estudio danés ha aportado evidencia adicional sobre la relación entre los nacimientos durante el invierno y la esquizofrenia (Mortensen *et al.*, 1991; véase la Figura 6.3).

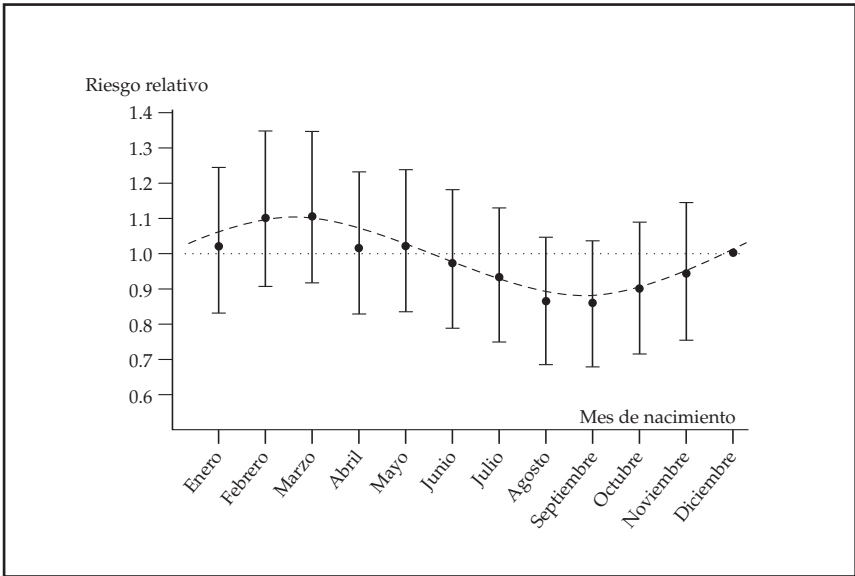


Figura 6.3 Mes de nacimiento y riesgo relativo para el desarrollo posterior de esquizofrenia en el niño. Las líneas verticales dan un intervalo de confianza del 95%. Diciembre es el mes base. (Según Mortensen *et al.*, 1991)

Los niños concebidos en Holanda durante el período de hambruna al final de la Segunda Guerra Mundial en 1945, tuvieron una probabilidad hasta tres veces más mayor de desarrollar esquizofrenia junto con otros trastornos del espectro de la esquizofrenia (Hoek, *et al.*, 1998). Un estudio que investigó el impacto del estrés vivido por la población holandesa durante la ocupación alemana (Van Os y Selten, 1998), demostró que un nivel de estrés psicológico elevado durante el embarazo también puede causar daños al niño dentro del útero, probablemente por mecanismos neuroendocrinos.

Durante el invierno, en la Guerra que estalló cuando la Unión Soviética atacó Finlandia en 1939, muchos hombres murieron en el campo de batalla. Se llevó a cabo una comparación entre la frecuencia posterior de esquizofrenia en los niños que aún no habían nacido cuando se comunicó la muerte del padre y aquellos que ya habían nacido. El riesgo para el niño fue mayor en el grupo de los primeros, especialmente durante el segundo trimestre de gestación y sugiere la presencia de reacciones psicósomáticas en la madre embarazada (Huttunen y Niskanen, 1978).

El trabajo conocido como el estudio Jerusalén (Fish *et al.*, 1992) demuestra que, en el momento del nacimiento, los pacientes esquizofrénicos tuvieron un peso inferior al de los pacientes con trastornos afectivos. En los estudios sobre esquizofrenia se corrobora este hallazgo de bajo peso al nacer, especialmente cuando ocurre en niños prematuros. Lo que no está claro es si esto implica que el período intrauterino ha sido desfavorable a causa de una alteración del desarrollo físico (incluido el del cerebro) o si depende de otros factores, por ejemplo, un estrés elevado que puede alterar la actividad endocrina durante el parto.

Los métodos epidemiológicos y los análisis de series temporales demuestran que el riesgo de esquizofrenia es más elevado en clases sociales desfavorecidas, tales como los emigrantes de segunda generación procedentes de países subdesarrollados (Warner, 1994). Este aumento puede deberse a una combinación común en estos grupos de mala atención perinatal y madres con condiciones pélvicas desfavorables, a causa de una alimentación previa no equilibrada y a la carencia de vitamina D. Otro aspecto a tomar en cuenta es el alto nivel de tensión mental al que están sometidos estos grupos desfavorecidos. ¿La menor incidencia de esquizofrenia que algunos describen en muchas regiones del mundo occidental, podría ser consecuencia de una mejor calidad en la atención pre, peri y neonatal, así como de las prestaciones socio-sanitarias en dichas regiones? Paradójicamente, es posible que el aumento de la supervivencia de muchos niños prematuros en estas zonas conduzca al resultado opuesto. De hecho, la acusada prematuridad es uno de los factores de riesgo más claros en la esquizofrenia.

En un extenso estudio epidemiológico realizado por Dalman *et al.*, (1999) con niños nacidos en Suecia entre 1973 y 1978, se combinó un registro nacional de enfermedades con un registro de complicaciones en el nacimiento. De estos niños, 238 fueron diagnosticados de esquizofrenia según la CIE-9, es decir, según criterios en cierto modo más amplios que los del DSM-IV. Dado que las personas estudiadas no tenían más de 22 años, sólo es posible esbozar conclusiones con respecto al inicio precoz de la psicosis. De acuerdo con el modelo teórico y práctico de los investiga-

dores, se identificaron tres mecanismos relativamente independientes para el daño:

1. Evidencia de desnutrición intrauterina debida a una alteración en la función placentaria, por ejemplo, preeclampsia.⁸ En este caso, el riesgo es más del doble. Los niños que sufrieron esta complicación desarrollaron esquizofrenia dos veces más de lo esperado. La desnutrición fue más frecuente en varones.
2. La inmadurez asociada a la prematuridad. El alumbramiento anterior a la semana 33 se correlaciona con un riesgo 2,5 veces mayor.
3. Se escogió el test de Apgar como indicador de la falta de oxígeno durante el parto. La medición se efectúa inmediatamente después del parto y posteriormente se hacen mediciones sucesivas a los 5 y 10 minutos. Se encontró que un nivel de estrés elevado durante el parto aumentó de forma no significativa el riesgo de esquizofrenia.

Debe añadirse que al menos uno de estos problemas perinatales ocurrieron en alrededor del 20 por ciento de los niños que desarrollaron esquizofrenia posteriormente, que disminuiría a la mitad en la población normal. En el futuro probablemente encontraremos nuevos factores de riesgo. Un ensayo controlado reveló que la presencia de ictericia infantil (kernicterus) era significativamente alta (Dalman y Cullberg, 1999) lo que, desde el punto de vista teórico, constituye una posibilidad interesante. Un área de suma relevancia para futuras investigaciones es la correlación entre diferentes tipos de complicaciones obstétricas y alteraciones específicas de la estructura del cerebro.

Aunque las complicaciones durante el parto y el embarazo aumentan el riesgo de esquizofrenia, el riesgo global es aún bajo. Si bien este tipo de complicaciones son frecuentes, sólo 1 de 250 casos desarrollan la enfermedad.

La hipótesis fosfolipídica

Al tiempo que la hipótesis dopaminérgica comenzó a ser cuestionada, la hipótesis fosfolipídica empezó a despertar interés (Horrobin, 1999). Este tema se relaciona con lo expuesto hasta ahora, sobre los trastornos neuroevolutivos. Los fosfolípidos constituyen la base de todas las membranas neuronales a través de las cuales pasan las señales nerviosas. Un fosfolípido contiene ácidos grasos esenciales que deben ser aportados por la dieta. Se ha encontrado que en los pacientes esquizofrénicos (al igual

que en los disléxicos) hay una marcada pérdida de estas importantes grasas, debido quizás a una alteración en el metabolismo de los fosfolípidos. Si esta pérdida no es compensada mediante la suplementos dietéticos, el desarrollo del sistema neuronal puede sufrir alteraciones.

Los partidarios de esta teoría establecen una correlación entre las alteraciones en el desarrollo neuronal del SNC y el incremento de pérdida de ácidos grasos en las neuronas, determinado genéticamente. Además, si la síntesis de fosfolípidos sufre alguna alteración durante el desarrollo fetal o debido a la disminución de la lactancia materna, la predisposición genética subyacente puede transformarse en un problema clínico. Factores de riesgo conocidos como el estrés y las infecciones virales disminuyen la capacidad del organismo para la síntesis de fosfolípidos. Varios estudios demuestran que quienes desarrollan una esquizofrenia han tenido períodos de lactancia materna más cortos que otras personas (lo que también nos lleva a plantearnos la existencia de diferencias psicológicas importantes en el desarrollo temprano de estos pacientes). La leche materna contiene más ácidos grasos esenciales que las fórmulas para lactancia artificial. Aún es demasiado pronto para establecer un juicio definitivo sobre esta teoría, cuya fortaleza deriva del conocimiento del funcionamiento bioquímico. La correlación clínica todavía es débil.

¿Los hallazgos de daño cerebral son específicos de la esquizofrenia?

Los resultados de un meta-análisis (Elkis *et al.*, 1995), que compara pacientes con trastornos afectivos y pacientes con esquizofrenia en relación a la prevalencia de dilatación ventricular y signos de atrofia (reducción del tejido neuronal) de la corteza cerebral, indican que ambos trastornos están estadísticamente relacionados con ciertas alteraciones cerebrales en comparación con personas sanas. Esto sugiere que las alteraciones cerebrales halladas en pacientes esquizofrénicos no son específicas de esta enfermedad, sino que constituyen un factor de riesgo elevado y global para padecer un trastorno mental.

Resumen

Si consideramos la abrumadora cantidad de investigaciones sobre esquizofrenia, alteraciones cerebrales y factores genéticos realizadas durante los últimos cien años, es sorprendente ver lo contradictorios que son los

resultados y la escasez de hallazgos específicos, si es que hay alguno, aportados por dichas investigaciones. Y son muchas las razones para ello. La definición clínica (p. ej., el diagnóstico) de esquizofrenia es insatisfactoria. La esquizofrenia no es una enfermedad simple, por el contrario, puede entenderse como un conjunto de reacciones a una vulnerabilidad temprana que obedece a múltiples causas. Además, disponemos de muy pocos estudios sobre las psicosis no esquizofrénicas ya que la mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en pacientes crónicos.

El componente genético es probablemente la dimensión biológica más importante que subyace a la vulnerabilidad esquizofrénica, y apunta a una clara herencia poligénica. El componente hereditario se hace más evidente al ampliar los criterios diagnósticos con la inclusión de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. La evidencia sugiere que los factores genéticos predisponentes a la esquizofrenia pueden generar una tendencia al pensamiento esquizotípico.

Otra dimensión que podría ser determinada genéticamente, pero que aparentemente también podría funcionar de forma independiente, y que aumenta el efecto de la vulnerabilidad genética, es la alteración temprana del desarrollo del cerebro. Ha surgido interés en el hecho de una disminución del tejido cerebral en quizás un tercio de los pacientes esquizofrénicos crónicos y, con más frecuencia en los hombres que en las mujeres. Entre las posibles causas de este daño cerebral cabe destacar la falta de una nutrición adecuada, trastornos del desarrollo durante el embarazo y la falta de oxígeno en el nacimiento, si bien estos factores sólo permiten explicar una pequeña parte de la carga total que esta enfermedad supone.

Durante la próxima década, la investigación aportará nuevos y esenciales conocimientos sobre los factores biológicos pertinentes, pero es improbable que la investigación neurobiológica pueda aportarnos una explicación integradora del "enigma de la esquizofrenia" que algunos esperan y que, bajo mi punto de vista, debe buscarse en un enfoque multidisciplinar.

Factores psicodinámicos de vulnerabilidad

Los factores psicodinámicos de vulnerabilidad son aquellos que se refieren al mundo interior de la persona. A menudo surgen cuestiones psicológicas contradictorias que amenazan a la persona, planteando dificultades en la búsqueda de estrategias adecuadas para afrontar situaciones problemáticas, de crisis, sobreexcitación u otros estresores. Los contenidos de tales experiencias se vuelven tan amenazantes o incomprensibles que el yo pierde su capacidad de funcionar y de integrar.

Traumas tempranos y problemas en el crecimiento

Es escaso el conocimiento científico en torno a la influencia de circunstancias infantiles y experiencias tempranas en el desarrollo de la psicosis o de la esquizofrenia. Se comprende más fácilmente que experiencias negativas durante la infancia puedan crear o aumentar la tendencia a padecer diferentes tipos de trastornos de la personalidad. Tanto las experiencias negativas durante la infancia como las alteraciones de la personalidad pueden actuar como factores de vulnerabilidad psicológica para la psicosis.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, el yo adquiere su estructura por medio de representaciones internas de nuestros primeros cuidadores, lo que tiene lugar mediante diferentes procesos de identificación. Niños que carecen de seguridad o sufren interferencias severas en sus primeras relaciones, desarrollan una estructura del yo más débil, lo que puede ser la causa de alteraciones de la personalidad. En un estudio llevado a cabo en un hospital de Estados Unidos con 26 mujeres psicóticas crónicas, la mitad de ellas recordaban experiencias incestuosas durante su infancia. Aunque no puede probarse la veracidad de los hechos manifestados, indican que experiencias incestuosas, al igual que otro tipo de abusos durante la infancia, pueden constituir un importante factor de vulnerabilidad para diferentes tipos de enfermedades psíquicas.

Estudios experimentales con mamíferos pueden contribuir a entender mejor la importancia de la fase de apego. Si la relación con la madre es distante desde una edad temprana, la brecha producida se traducirá en serios trastornos en el comportamiento posterior del animal durante su vida. No ha sido posible corroborar la teoría, excesivamente reduccionista, que dominó la literatura psicoanalítica de las décadas de 1940 y 1950, que sostenía que la esquizofrenia era causada por una relación temprana madre-hijo alterada.

Se citaron de forma recurrente factores como la falta de comprensión sensible, de cercanía e interpretaciones equivocadas de lo que el niño comunicaba y precisaba. Estas situaciones contribuyen sin duda al desarrollo de trastornos de personalidad. Para desarrollar esquizofrenia deben estar presentes una combinación de factores de vulnerabilidad, como una constitución biológica concreta (p. ej. factores genéticos y neuroevolutivos), junto con deficiencias tempranas en el cuidado o malos tratos, lo suficientemente traumáticos como para perjudicar el desarrollo del *self* (Kraemer *et al.*, 1984; Siegel, 1999; Meuser *et al.*, 2002).

La investigación sistemática en estos campos es todavía pobre y nuestro conocimiento se limita principalmente a datos anecdóticos. Una revisión indica que es muy significativa la cantidad de pacientes esquizofrénicos que se han criado y crecido en circunstancias traumáticas (Read, 1997). En este grupo se encuentran aquellos que han sufrido abuso sexual o físico cuando niños o que estuvieron seriamente desatendidos desde una edad temprana. La razón por la que esta circunstancia no se encuentra en la literatura anterior es la tendencia, de acuerdo con el autor, a no preguntar sobre este tipo de problemas cuando se habla de los antecedentes del paciente.

Las descripciones que los pacientes esquizofrénicos dan de sus padres están perfiladas por sus propias representaciones internas escindi-

das. Esta visión sesgada de una mala madre o un mal padre puede despertar con facilidad identificaciones en la persona que escucha o lee sobre esos padres. Durante muchos años los padres han sido considerados los chivos expiatorios de las enfermedades de sus hijos.

Los niños pequeños son constitucionalmente muy distintos unos de otros en su nivel evolutivo, en términos de madurez y de sensibilidad a los estímulos. Por ello, debemos ser extremadamente cuidadosos al emitir juicios sobre cómo problemas con los padres contribuyen a una posterior psicosis. Los niños sensibles exigen más de los padres, quienes a su vez, frecuentemente se sienten muy frustrados en su relación con el niño. Lo único que verdaderamente sabemos es que la mayoría de los padres que tienen hijos con graves enfermedades físicas o psíquicas tienen tendencia a reaccionar con auto reproches irracionales y sentimientos de culpa.

De acuerdo con mi experiencia, muchos pacientes esquizofrénicos (¿la mayoría?), no han sufrido necesariamente una desatención concreta. Por otro lado, algunos niños biológicamente sensibles, se han visto especialmente necesitados de un vínculo más estrecho y un período de afecto más prolongado con los padres. Una gran parte del yo se determina genéticamente pero hay aspectos importantes que se forman por medio de las relaciones de objeto internalizadas de forma más temprana.¹ En casos de psicosis afectiva (véase capítulo 10), lo más frecuente es que se trate de un trauma temprano. Han sido muchos los que han observado que las personas con psicosis han tenido más dificultades psicosociales durante la última etapa de su desarrollo (adolescencia y edad adulta temprana) que los demás. Estas dificultades deben incluirse en el grupo de factores de vulnerabilidad ya descrito.

Sonja Levander y el autor, llevaron a cabo un estudio basado en entrevistas, donde estudiaron a ocho personas con esquizofrenia, diagnosticadas según los criterios DSM-III bien controlada, que se habían recuperado tras una psicoterapia dinámica intensiva a largo plazo. También se estudiaron sus historiales clínicos y se entrevistó a sus terapeutas, no encontrando ninguna indicación de que hubiesen sufrido un estrés traumático en su infancia temprana (Cullberg y Levander, 1991). Por otro lado, todos ellos habían tenido experiencias estresantes en edad preescolar o antes de la pubertad. Un marcado número de pacientes también tenía familiares que habían recibido tratamiento psiquiátrico, lo que permitió interpretar estos hallazgos como la evidencia de una vulnerabilidad genética en individuos que habían estado bajo la presión del mundo exterior durante su etapa de desarrollo y que más adelante, al final de su adolescencia o temprana edad adulta, reaccionaron de forma psicótica ante situaciones concretas de estrés. En las entrevistas describieron en detalle co-

mo habían estado a punto de estancarse en un estado semejante al trastorno de la personalidad, situación que se vio alterada por la irrupción de la psicosis. El trabajo psicoterapéutico, que a veces se prolonga bastante tiempo después del comienzo del proceso psicótico, pareció ser un factor decisivo para cortar el desarrollo de la enfermedad. Algunos tenían componentes afectivos, factor que frecuentemente aconseja la aplicación de psicoterapia dinámica.

Teorías neuropsicodinámicas de la vulnerabilidad y el desarrollo de la personalidad

El psicoanalista estadounidense James Grotstein, experto en temas neurobiológicos, ha desarrollado una teoría en relación a niños que tienen una elevada vulnerabilidad biológica, que les confiere un alto nivel de riesgo para la psicosis (Grotstein, 1995). Analizaré los principales aspectos de su teoría con pequeñas aportaciones. El punto de vista de Grotstein es que algunos niños nacen con un bajo nivel de capacidad de protección (“filtros”) frente a estímulos externos. Hipotéticamente hablando, puede deberse a niveles altos de sensibilidad a los estímulos, de origen genético, o bien a desajustes evolutivos tempranos como consecuencia de daños producidos en ciertos centros del cerebro. Éstos son causa de micro-defectos cognitivos, que afectan a la capacidad para resolver cierto tipo de problemas o para pensar de cierta manera. Puede suceder que este tipo de niño crezca en un entorno que no responda a sus fuertes necesidades específicas de contención y soporte emocional.³

La investigación neuropsicológica apoya la teoría de que el cerebro no es un órgano autónomo, como se creía anteriormente, sino que su evolución biológica depende en gran medida de los estímulos externos adecuados en períodos críticos. Un niño pequeño tiene desde muy pronto la experiencia subjetiva de fuerte malestar psicológico o sensaciones dolorosas en relación con distintos tipos de estímulos (hambre, calor, frío, cólico, soledad). El niño todavía no es capaz de diferenciar claramente entre los estímulos procedentes del exterior de aquellos de su interior. La construcción de representaciones internas del mundo que le rodea resulta muy difícil si el niño está abrumado por experiencias dolorosas. El inconsciente se llena de “demonios” (véase Capítulo 4). Se produce una sobrecarga excesiva de representaciones negativas de sí mismo y del objeto. La dificultad para manejar e interpretar los estímulos correctamente se acentúa y puede abrir paso al error en la capacidad de simbolizar y diferenciar entre lo concreto y lo abstracto. Con esta sobrecarga disminuye el potencial para establecer un “área de transición” entre la fantasía y la reali-

dad que funcione adecuadamente y que los niños normalmente manejan como un puente entre la imagen de la madre y la del mundo a su alrededor (véase Capítulo 1). Estos puentes se conocen como objetos y fenómenos transicionales y adoptan diferentes formas como una manta, rituales para ir a dormir, juegos de escondite y similares.

Los niños que tienen umbrales bajos para estímulos de tipo fisiológico pueden desarrollar las áreas transicionales, pero corren el riesgo de quedarse estancados en ese estado, ya que el amortiguador que lo protege del mundo exterior también actúa como una barrera. Sus juegos se convierten en intentos compulsivos de control, que pueden perturbar la vida familiar. Los rituales se hacen más largos y cuando los padres no quieren continuar con ellos, surgen los arrebatos emocionales, retrasándose actividades más propias de su edad.

Las estrategias dinámicamente compensatorias que el niño asume de forma inconsciente, con el fin de aumentar su capacidad para aguantar (y quizás sobrevivir), se producen, siguiendo a Grotstein, en forma de desarrollo de un "falso" *self* vicario. Habla de un "pacto Faustiano", en el que el niño "escoge" seguridad en lugar de autenticidad. Este falso *self* tiene como característica el pensamiento concreto y las relaciones superficiales, como para no perturbar las capas más profundas donde acechan los demonios. Esto significa que situaciones que de otra manera podrían suponer el riesgo de sentimientos de duelo y de pérdida, prácticamente no se sientan y se aparten. Para el auténtico *self* enterrado, estas experiencias de pérdida se habrían experimentado, de hecho, como una catástrofe similar a la muerte (aniquilación). El falso *self* toma el relevo y adopta una personalidad blindada contra el mundo exterior. Se evitan, con el aislamiento, todas aquellas relaciones que en un mundo más adulto pueden conducir al apego y la dependencia. Si el impulso hacia la dependencia es poderoso, por ejemplo, formar un vínculo de tipo regresivo como el de un niño pequeño con la figura de la madre, cuando este impulso es frustrado puede surgir agresividad. Teniendo en cuenta que el *self* auténtico se ha escindido del *self* consciente, los sentimientos profundos más amenazantes pueden experimentarse como si procediesen del mundo exterior. Aspectos negativos de "enfado" del *self* se proyectan al entorno, formando sentimientos de persecución y otros delirios.

La teoría de Grotstein nos ofrece un modelo que facilita la comprensión de la influencia de factores biológicos en la evolución del *self* y de la interacción entre estados psicodinámicos y circunstancias neurofisiológicas. También muestra por qué ciertas experiencias y acontecimientos pueden tener un desenlace psicótico, del mismo modo que la evolución del *self* y los delirios acompañan al desarrollo biológico precoz. El estado

mental esquizofrénico viene caracterizado por el conocido como conflicto de necesidad-miedo, que se produce entre la profunda necesidad de calor humano y el igualmente fuerte temor a la cercanía. Se trata de un modelo dinámico (interactivo) y sólo el futuro dirá si su utilidad se mantendrá con el tiempo.

Trastornos de la personalidad

En el capítulo anterior hemos visto que las características *esquizotípicas* de la personalidad pueden ser indicadoras de un potencial desarrollo esquizofrénico. En este contexto sería apropiado que recordáramos la teoría dinámica del psicoanalista Otto Kernberg sobre la organización de la personalidad en tres niveles, con diferentes tipos y grados de trastornos manifestados en descripciones y experiencias del *self* (Kernberg, 1984). Se ha hecho un agrupamiento similar en los diagnósticos del DSM y CIE con criterios más fenomenológicos (véase Apéndice). A continuación resumiremos la clasificación de Kernberg:

1. *La organización neurótica de la personalidad* presenta límites claros entre el *self* y el mundo, lo que quiere decir que la identidad está relativamente bien definida. El yo es fuerte y flexible y la represión es el mecanismo de defensa dominante. La verificación de la realidad es eficiente y la capacidad para relacionarse relativamente buena. Se incluyen trastornos pasivo-agresivos, dependientes, obsesivo-compulsivos y evitativos de la personalidad. No es esperable que se produzca una regresión psicótica. Aún así se puede encontrar una psicosis aguda en una persona especialmente vulnerable (véase el caso de Eve, p. 96). El pronóstico es generalmente bueno.
2. *La organización límite de la personalidad* viene determinada por una difusión de la identidad. Los mecanismos de defensa están contruidos por la escisión entre idealización y desprecio, amor y odio. La capacidad para relacionarse se ve afectada. El yo se debilita y hay dificultades para sublimar los instintos y controlar la ansiedad. El comportamiento impulsivo es bastante común. En esta categoría también se incluyen trastornos narcisistas, histriónicos y emocionalmente inestables (límites) de la personalidad. La verificación de la realidad es buena. Hay algunas personalidades del tipo límite que tienen una tendencia a reaccionar mediante psicosis de tipo esquizofreniforme ante frustraciones externas (véase el caso de John, p. 98)
3. *La organización psicótica de la personalidad* es aquella en la que la frontera entre el yo y el mundo que lo rodea ha sido parcialmente

disuelta. Se podría describir diciendo que hay permeabilidad entre el mundo interno y externo. Los mecanismos de defensa son más primitivos, incluyendo la escisión, la negación y la identificación proyectiva a través de proyecciones manifiestas. La verificación de la realidad se desmorona con facilidad y la capacidad para relacionarse es limitada. Aquí se incluyen los trastornos esquizotípico, paranoide y esquizoide de la personalidad. Los dos primeros se consideran factores de riesgo para la psicosis, con mayor frecuencia que el esquizoide.

Trastornos de la personalidad y psicosis

Los ejemplos que cito a continuación no están escogidos de forma sistemática. Representan tipos de personalidad que, de acuerdo con mi experiencia, presentan riesgo de crisis psicótica. Normalmente sus mecanismos de defensa son suficientes para detener la ansiedad cuando están en conflicto. No obstante, en algunas situaciones sus defensas no protegen adecuadamente la personalidad y se produce una crisis psicótica del yo. Con frecuencia se diagnostica como una psicosis aguda, breve, afectiva o esquizofreniforme.

Un rasgo de la personalidad que puede actuar como factor de riesgo para la psicosis es la *inmadurez*. No está considerada como trastorno de la personalidad y no se incluye en las clasificaciones actuales. Según mi experiencia, se sitúa entre la organización límite y neurótica de la personalidad. La inmadurez del adulto se manifiesta en comportamientos infantiles, de gran simpleza, con tendencia a “ver” personajes buenos paternos, en personas que muestran signos de ser todo lo contrario. No es infrecuente que los antecedentes de la persona inmadura demuestren una combinación de períodos tempranos y prolongados de malos tratos o haber sido testigo de ellos o de abuso sexual, junto con un vínculo emocional de abandono parental. Las representaciones internas (imágenes) del mundo adulto están llenas de amenazas aterradoras que generan la necesidad de protegerse contra la pérdida del mundo infantil. Para estas personas, violencia y sexualidad están íntimamente relacionadas y llenas de ansiedad pero, inconscientemente, se ven arrastrados hacia ambos polos del mismo modo que la polilla busca la luz. A veces se produce de forma sublimada como puede ser encontrando una actividad de cuidado o atención a los demás, queriendo salvar a la pareja que ha sufrido malos tratos o ingresando en movimientos religiosos. En otros casos llevan al proxenetismo, a prostituirse o a encontrarse en situaciones de malos tratos de forma reiterada.

Cuando el contraste entre la negación de dificultades en la realidad y la necesidad interna de seguridad se vuelve muy intenso, se producen reacciones catastróficas y caóticas, que a veces conducen a la psicosis. Si la inmadurez está unida a baja capacidad intelectual o deterioro cognitivo, el pronóstico es peor y disminuye el potencial de trabajo durante el tratamiento y rehabilitación.

Con las alteraciones de la personalidad de *naturaleza histérica o histeriónica* se producen problemas similares. Este tipo de personas tienen una intensa vida de fantasía y una fuerte necesidad de expresar sus emociones. También pueden proyectar una imagen exterior atractiva y apasionada, en contraste con un mundo interior dominado por conflictos tempranos reprimidos. Suelen entrar en procesos de crisis debido a su atractivo y su frecuente curiosidad y, cuando les cuesta trabajo afrontar la realidad, pasa a tomar el control su intensa vida de fantasías en forma concreta de psicosis.

Muchas de estas personalidades también tienen rasgos límites y son comunes los estados psicóticos regresivos. Los sentimientos de culpa, de marginación, crean una situación en la que les resulta más difícil salir de esa regresión, especialmente si no se apoyan en la psicoterapia. Algunas veces las personas tienen síntomas francamente dramáticos de apariencia psicótica, que verdaderamente no lo son. (véase el caso de Nina, p. 151).

Las personalidades obsesivo compulsivas, suelen vivir una vida estructurada en forma de rituales, en la que las frustraciones tanto externas como internas sólo sirven para aumentar la conducta ritual compulsivamente. En estos casos el aspecto genético es un factor importante y el riesgo aumenta claramente cuando se combina con la inmadurez. Los conflictos en torno a la sexualidad o la agresión pueden hacer que una personalidad rígida se quiebre en lugar de reaccionar con una defensa compulsiva.

Ante el temor de tener niños

Eve una alta funcionaria de 35 años, perdió a su hijo en el parto. Por razones poco claras siempre había estado en contra de su embarazo, pero accedió ante la insistencia de su marido que amenazó con dejarla. Eve, que no tenía más hijos, como adulto había vivido protegida y obsesionada por la estética. Había dedicado muchos esfuerzos y tiempo a controlar y planificar su vida con cuidado y unas semanas después del parto entró en una psicosis caótica seguida de profundos sentimientos depresivos, acusándose por la muerte del niño y preocupada por no haberle querido.

Nuestro trabajo psicoterapéutico reveló que cuando tenía dos años sus padres habían adoptado un niño de un año con daño cerebral, lo que alteró su comportamiento. El pequeño destrozó el mundo seguro de Eve con su conducta agresiva y destructiva, de manera que ella acabó albergando un intenso odio hacia él, que nunca mostró abiertamente hasta su psicoterapia. Eve había decidido firmemente no tener un hijo hasta que no estuviese preparada para ello. Tras su proceso psicótico entró en una profunda crisis depresiva con ideas suicidas. Cuando remitió, tras una combinación de psicoterapia y medicación antidepressiva, decidió junto con su marido, que volvería a quedarse embarazada. El nuevo embarazo transcurrió con un profundo sentimiento de bienestar y tanto el nacimiento como el postparto se desarrollaron sin dificultad.

Comentario

Las características de personalidad de Eve con su controlado y estético sentido del orden, se habían visto reforzadas como reacción al trauma de su temprana infancia. La necesidad de ser capaz de amar a un bebé entraba en conflicto con su sentimiento temprano de odio. Ante el “chantaje” de amor ejercido por su marido, se quedó embarazada. La creencia de haber causado la muerte del niño con sus fantasías homicidas la abrumó y el sentido de culpa parecía imposible de resolverse.

Personalidad Narcisista

Las personas con profundos problemas narcisistas sufren una escisión entre la imagen consciente de sí mismas y otra, inconsciente y amenazante. La imagen consciente del *self* es grandiosa y se mantiene y alimenta con la idea de tener éxito, de ser admirado por personas importantes o por conquistas sexuales. Esta visión del *self* esconde y compensa una imagen temprana negada y escindida del *self*, repleta de ira y frustración. Es frecuente que este tipo de personas entren en estados depresivos graves durante la mediana edad madura y envejecimiento, como consecuencia de desgracias acaecidas o simplemente por la inevitable humillación o pérdida que perciben ante el envejecimiento. Estas situaciones rompen el papel protector de la grandiosidad construida en torno a la imagen de sí mismo, sin tiempo suficiente para compensarla y recuperar el equilibrio. Las personas con una personalidad narcisista definida pueden terminar

sintiendo mucha soledad en sus últimos años, cuando no se han conservado las amistades y los familiares no pueden seguir soportando la forma de vida egocéntrica y descuidada del narcisista. La vejez se llena de amargura y desprecio que se proyectan tanto hacia el exterior como internamente hacia ellos mismos.

Los odios tempranos, reprimidos y escindidos, no se pueden seguir controlando y, por el contrario, encuentran el camino para inundar la personalidad de autodesprecio, que puede llegar a ser horrible y despiadado tanto por su intensidad como por su rápida evolución, provocando violentos y súbitos impulsos suicidas. De forma alternativa se puede desarrollar una psicosis, cuando la agresión se proyecta hacia el mundo exterior, que se percibe en forma de persecución y amenaza de muerte, que deben o bien combatirse con violencia o ser evitadas. La persona puede terminar acabando con su vida de forma violenta o entrar en un proceso de psicosis paranoide o un estado de desconcierto, durante el cual puede cometer actos violentos, aunque con frecuencia puede acabar también en suicidio. Esta evolución es bien conocida en la psiquiatría forense y suele darse como consecuencia de escándalos por ejemplo, en el mundo de los altos ejecutivos, con fracasos empresariales o en el submundo criminal. Pero incluso con decepciones más corrientes como en el amor se pueden desarrollar psicosis paranoides, con celos que se mantienen y alimentan con la interpretación psicótica de señales y símbolos.

El especialista en literatura francesa del siglo dieciocho

John era un hombre autodidacta de 40 años, especializado en literatura francesa del siglo XVIII. Era homosexual y gracias a la oportuna herencia de su madre pudo hacer largos viajes por el continente, donde se encontraba con amigos y se movía en círculos culturales. Cuando se acabó la herencia, John regresó a Suecia.

Tenía dificultades para poder vivir de sus muy especializados ensayos literarios. Estaba convencido de poseer un talento muy especial. Solo quería hablar con personas que no estuviesen muy por debajo de su nivel, por lo que su círculo de amigos se fue reduciendo. Se le catalogaba como un excéntrico con talento y se le concedió una pensión por su trastorno narcisista de la personalidad. La muerte de su madre, a la que John estaba muy apegado, desencadenó un episodio depresivo en el hijo.

Al mismo tiempo era chantajeado por una banda de adolescentes como consecuencia de su homosexualidad. La policía no resolvía nada y su ansiedad fue en aumento, haciendo que cada vez le resultara más difícil conciliar el sueño. John empezó a verse perseguido en cada esquina y estaba convencido de que sería asesinado. Quiso ingresar en un centro psiquiátrico pero no le aceptaron al no tener camas disponibles. Al día siguiente entró en un estado de confusión y no se atrevía a salir por la noche sin ir armado con un cuchillo. Cuando vio que el coche que le seguía se paraba en un semáforo, se avanzó hacia su conductor asestándole una puñalada, que le produjo la muerte instantánea. John no se resistió ante la policía cuando le detuvieron, sino que más bien sintió una sensación de alivio.

Fue internado en la unidad forense psiquiátrica de un centro de detención y tratado durante muchos años con altas dosis de neurolépticos, a causa de un diagnóstico incorrecto de esquizofrenia. Cuando ocho años después conocí a John se encontraba bastante discapacitado con efectos secundarios en forma de espasmos musculares alrededor de la boca. (Estos espasmos se conocen como discinesia tardía, un efecto secundario de aparición tardía de la medicación neuroléptica.) Permaneció detenido a causa del riesgo de actos impulsivos pero podría haber sido liberado para llevar una vida independiente.

Comentario

Este caso ilustra el mal uso del tratamiento con neurolépticos. No se diagnosticó la psicosis breve de John, producida por el estrés y su trastorno crónico de personalidad, que fue confundida con esquizofrenia. También ilustra el riesgo de no prestar atención a las señales iniciales de la psicosis. La medicación neuroléptica es con frecuencia un tratamiento eficaz para la esquizofrenia pero puede ser contraproducente en otros trastornos mentales. La imagen de grandiosidad que este hombre tenía de sí mismo, que realmente contaba con gran talento, se confundió con una grandiosidad esquizofrénica, lo que invariablemente comporta rasgos más bizarros.

¿La alexitimia es un factor de vulnerabilidad para la psicosis?

El psiquiatra estadounidense Peter Sifneos (1973) describió un estado en el que los pacientes mostraban claras dificultades para expresar con palabras sus afectos y sentimientos y distinguir verbalmente las diferen-

cias entre sentimientos como la rabia, la pena, la ansiedad, la alegría, etc. Este tipo de personas evitan situaciones que puedan conducir al conflicto o a la angustia. Sifneos descubrió este problema en muchas personas con quejas psicósomáticas y llamó a ese estado *alexitimia* (del griego, falta de palabras para los sentimientos). La misma observación había sido hecha con anterioridad por un psicoanalista francés que lo llamó *pensée opératoire*. Si ese tipo de persona tiene un sentimiento negativo o amenazante, es incapaz de simbolizarlo con palabras o con un pensamiento, que faciliten su elaboración. En su lugar se expresa fisiológicamente en forma de actividad psicósomática. Ellos mismos no parecen ser conscientes de ésta limitación, lo que se hace evidente cuando se trabaja con ellos durante un cierto tiempo. Su capacidad para trabajar en una relación terapéutica y poder hacer uso de la psicoterapia tradicional es limitada.

La razón para tratar aquí este concepto es que he podido ver en una cierta cantidad de casos de esquizofrenia que como la alexitimia ha sido un factor desencadenante de episodios psicóticos. Incluso durante etapas libres de psicosis, una marcada cantidad de pacientes con tendencia a reaccionar psicóticamente tienen serias dificultades para definir y no digamos ya para verbalizar sus sentimientos.

Un hombre de 30 años con talento que, tras un trastorno esquizofrénico de un año de duración, estaba libre de síntomas, describió haber tenido una recaída con delirios un par de noches atrás. Cuando se le preguntó cómo había sucedido, se supo que su mujer le había estado haciendo preguntas mientras él se preparaba para un examen. Ella estaba estresada con los problemas de su familia y quería su consejo. El paciente estaba ocupado en esos momentos y se sintió mal al no poder contestarle adecuadamente, sugiriéndole que le preguntase a otro. La mujer no tomó en consideración la respuesta y continuó haciéndole preguntas, al tiempo que él empezó a pensar que los vecinos estaban hablando de él a través de las paredes y que le escuchaban a escondidas y espiaban. La experiencia continuó durante media hora con la misma intensidad que en su episodio psicótico anterior. No obstante, esta vez fue capaz de controlarse ya que era consciente de que podía tratarse de un síntoma psicótico. En una cita posterior no se detectó ningún signo de psicosis.

Al pedirle nuevamente que describiese sus sentimientos cuando su mujer le había interrumpido y avergonzado, fue incapaz de expresarlo con palabras. "Ella debe preguntarme... sabe que la quiero..."

no tenía a nadie más a quien preguntar...” . Cuando le pregunté si, a pesar del amor por su mujer, se había sentido irritado, no entendió por qué tendría que haber sido así. Al mismo tiempo empezó a preguntarse si no habría micrófonos escondidos en mi consulta. Su ansiedad se intensificó, pero disminuyó cuando dejamos el tema de conversación.

Este caso y otros similares apuntan al hecho de que la alexitimia puede constituir un factor de riesgo elevado de recaída ante reacciones emocionales de los demás en el hogar.

Estructura familiar y esquizofrenia

Investigaciones sobre la estructura familiar en la esquizofrenia (por la que entiendo una psicosis prolongada), nos muestran que los problemas de comunicación y relaciones difíciles se producen con más frecuencia en familias con un hijo esquizofrénico que en otras (Alanen, 1968; Goldstein, 1992). Esto es de esperar como consecuencia de la relación genética existente entre los trastornos de personalidad y la esquizofrenia. Con frecuencia se señala al padre y/o a la madre con un trastorno de la personalidad como la causa de la enfermedad del hijo, cuando en realidad la asociación puede darse por una vulnerabilidad genética compartida.

Tampoco ha sido reconocida suficientemente la forma en que un hijo enfermo puede influir en su familia, contribuyendo al estrés. También en este caso se suele malinterpretar la relación causa y efecto. En el pasado los padres de un individuo esquizofrénico han sido más o menos marginados y acusados de la enfermedad del hijo por los equipos psiquiátricos. No obstante, ahora las cosas han cambiado y en la última década ya no se señala a los padres como chivos expiatorios. Pocos serían los que ahora les acusasen de la enfermedad del hijo. Las actitudes han cambiado hasta el punto de que es difícil a veces, discutir de forma significativa los efectos que la dinámica familiar puede tener en la evolución de la enfermedad. Si nos ceñimos a la teoría de la vulnerabilidad, también se debe, al tiempo, prestar atención a los patrones de comunicación de la familia, ya que es de gran relevancia en términos de estresores continuos, tanto positivos como negativos.

Es posible distinguir diferentes tipos de ambientes familiares en la vida de los pacientes esquizofrénicos. Uno de ellos sería una *vida familiar*

poco destacable (en términos de disfunciones), con una familia preocupada y con sentido de integridad. Este tipo de antecedentes se da en las personas esquizofrénicas con un comienzo casi imperceptible de la enfermedad y que resulta eventualmente difícil de tratar.

Otro tipo de familia aparenta desde fuera, estar bien integrada y ser socialmente progresista, pero analizada más detenidamente se detectan *serias* dificultades de *comunicación*. Los padres pueden ser incapaces de mostrar calidez y, consecuentemente se produce en la familia una frustración intensa pero oculta. Las demandas y expectativas de los niños son con frecuencia bastante poco razonables y hay una baja tolerancia hacia los niños diferentes o que no cumplen con las expectativas. En estas familias, son bastante evidentes los rasgos de trastornos de la personalidad en los padres o al menos en uno de ellos, lo que sugiere que pueden ser portadores de factores de vulnerabilidad.

Un tercer grupo, más reducido, consiste en *aquellos niños que han tenido problemas concretos durante su crianza*. Han podido criarse con uno solo de los padres, quien a su vez tenía un trastorno de la personalidad y sufrir malos tratos de algún tipo o haber sido enviados fuera durante periodos críticos de su crecimiento o cambios frecuentes de cuidadores, etc. El estudio danés de adopciones (Cannon y Mednick, 1993) mostró que se habían dado más separaciones tempranas (de padre o madre esquizofrénicos) entre los casos de niños de alto riesgo que terminaron desarrollando la enfermedad, en comparación con los niños que nunca la sufrieron.

Para un niño sensible, las posibilidades de construir una personalidad y una imagen del *self* disminuyen en el tipo de entornos descritos en los dos últimos grupos. Es también bastante corriente que se desarrolle un trastorno de la personalidad de tipo límite o de naturaleza antisocial como forma de adaptación o como defensa. Este tipo de "adaptación" se convierte a su vez en un factor añadido de vulnerabilidad, ya que para estas personalidades perturbadas existe un riesgo elevado de encontrarse en situaciones de angustia social.

Emoción Expresada (EE)

Durante la década de 1970, psiquiatras británicos pudieron demostrar que el ambiente psicológico familiar era tan importante como la medicación, para disminuir el riesgo de recaída en personas con esquizofrenia (Vaughn y Leff, 1976). En familias con *alto nivel de criticismo y hostilidad*, las recaídas se dieron con más frecuencia. Lo mismo sucedió con familias que tenían una excesiva implicación con el paciente, no dejándole solo

con sus sentimientos. Se identificaron como entornos de alta emoción expresada (EE), en contraste con los entornos de baja emoción expresada (EE). Los últimos se caracterizaban por un nivel más alto de integridad en la familia. Si el paciente vivía en casa y estaba (expuesto) a un entorno alta EE durante más de 35 horas a la semana, el riesgo de una recaída psicótica era alto. En entornos baja EE la recaída era menos común y el pronóstico mucho mejor, incluso sin medicación. Estos hallazgos son compatibles con el concepto de vulnerabilidad–estrés. Sería razonable pensar que la alta EE podría actuar como factor desencadenante en personas que enferman por primera vez, aunque por razones prácticas y éticas no sea posible llevar a cabo un estudio experimental (Figura 7.1).

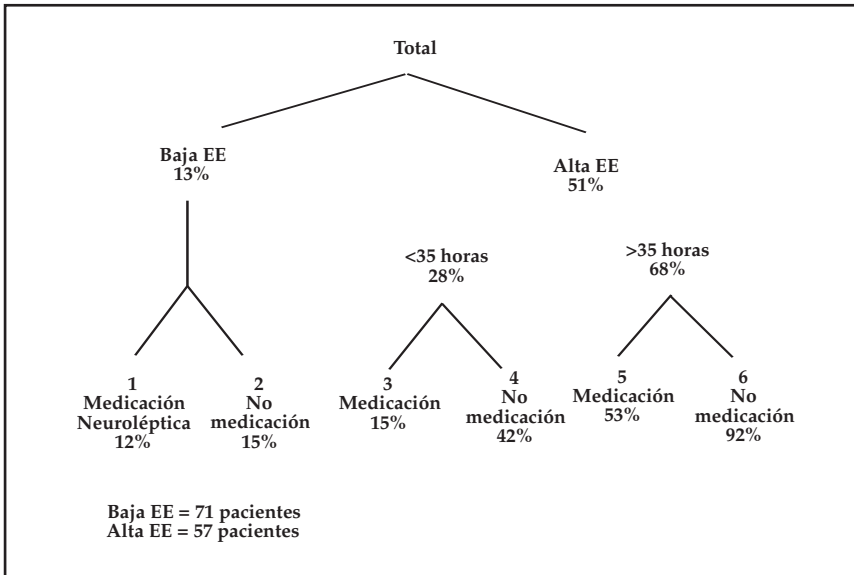


Figura 7.1

Índices de recaídas a los nueve meses en pacientes con esquizofrenia, de acuerdo con el nivel de emoción expresada y el uso de medicación antipsicótica. La frecuencia de la recaída es más baja en familias con baja EE (independientemente de la medicación) que en pacientes con neurolépticos y con alta EE (Vaughn y Leff, 1976).

Estos hallazgos se encuentran ya plenamente corroborados y se han desarrollado programas educativos especiales para ayudar a las familias a cambiar su forma de comunicación, pasando de una modalidad alta de EE a baja. También puede demostrarse que en los centros de salud mental donde tienen una EE alta, se han reducido los índices de recuperación de pacientes psicóticos. En este caso un entorno de alta EE puede darse en

parte como consecuencia de la mezcla de pacientes maníacos, pacientes con daños cerebrales o pacientes con serias alteraciones de la personalidad (véase Capítulo 21).

Un modelo integrador neurodinámico de la vulnerabilidad psicótica

El riesgo de desarrollar una psicosis y de forma especial una psicosis esquizofrénica debería contemplarse de forma multidimensional, donde factores neurobiológicos, psicodinámicos y sociales se unen y se potencian o se neutralizan. La diferencia entre las formas de psicosis depende de la aportación relativa de cada uno de éstos factores subyacentes. Podemos diferenciar tres dimensiones principales de vulnerabilidad (véase Figura 7.2)

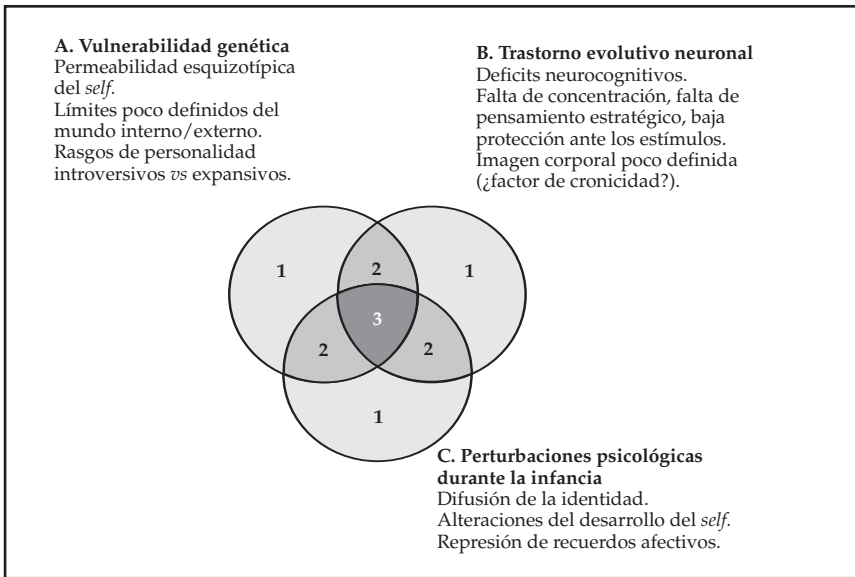


Figura 7.2
Dimensiones hipotéticas de la vulnerabilidad que aumentan en función de la cantidad de factores que confluyen: 1 = riesgo bajo o ausente, 2 = riesgo bajo, 3 = riesgo alto

1. *Un factor genético de personalidad:* en términos psicodinámicos, una personalidad de “piel fina” o *self* permeable con fronteras difusas entre el mundo interno y externo.

2. *Alteraciones neuroevolutivas*: que producen alteraciones cognitivas que no son perceptibles en fases tempranas de la vida. Aumentan el riesgo de psicosis y hacen que el potencial para la recuperación sea más problemático. Estas alteraciones incluyen dificultades para articular el habla, para la capacidad de expresar los sentimientos y para poder simbolizar. Además pueden surgir dificultades de consciencia, el funcionamiento de la memoria puede ser bajo al igual que el umbral para los estímulos.
3. *Alteraciones que afectan el desarrollo sano del yo* y de la personalidad donde experiencias traumáticas tempranas y representaciones negativas del objeto actúan en contra de la capacidad de la personalidad para desarrollar características adaptativas.

Los círculos de la figura 7.2 se superponen en partes. El grado de superposición indica el supuesto grado de riesgo, en el que uno es bajo riesgo y tres alto riesgo para el desarrollo de la psicosis.

La función integradora del yo apoya una continuidad interna del *self*, aún cuando problemas de personalidad o de déficits cognitivos puedan crear dificultades. Si la persona, por las exigencias de la vida, termina en un punto en el que su yo ya no puede afrontar los acontecimientos que se suceden, la capacidad integradora del yo se detiene, algo que ha podido venir deteriorándose gradualmente en el transcurso de los años o que puede irrumpir de forma más brusca.

La continuidad del *self*, la experiencia de identidad, coherencia y sentido, se interrumpen en la fase pre-psicótica. Cuando el proceso de desintegración amenaza con tomar el control, el *self* comienza a buscar posibilidades reparadoras. La posibilidad de crear un nuevo sentido y coherencia adquiere más importancia que el hecho de que el sentido y la coherencia se correspondan con la realidad. El yo ha renunciado parcialmente a su función integradora y el *self* escoge dentro del mundo representacional inconsciente, la forma de reparar o sustituir la dificultad. Cuando la nueva comprensión de tintes regresivos irrumpe en forma de delirio psicótico, ésta actúa como elemento reparador. Desde ésta perspectiva, la psicosis constituye un intento de solucionar un dilema irresoluble.

Factores desencadenantes de la psicosis

Eres un jardín en el que cayó una bomba que nunca llegó a explotar, durante una guerra ocurrida antes que puedas recordar. Cayó por la noche. Gritó, pero había tantos gritos. Se oyó pero fue olvidada. Se enterró. Se la buscó pero se dio por perdida, tantas otras cosas habían sido enterradas en vida. Otras bombas cayeron en su cercanía y explotaron. Creciste. Durmió en las raíces de tus árboles, que caían alrededor de ella como redes envolviendo a un pez que supuestamente se extinguió hace tiempo. Cayó sobre ti la lluvia. En tu tierra encontró el agua el huevo oscuro con sus pequeñas alas y preguntó, pero sin recibir respuesta, acampó a su lado como si estuviese junto a piedras apagadas. Las hormigas vinieron a decorarla con sus túneles. A ratos las larvas dormían, apoyadas sobre ella y eclosionaban, duras e iridiscentes, ahuyentándose. Te hiciste mayor, aprendiendo de los días y de las noches. Las hojas del rastrillo caían desde arriba y la sondaban ignorantemente. Sufrieste. Sufres. Te renuevas. Los amigos se reúnen y se sienten como en casa. A los bebés se les deja en sus carritos, bajo tu sombra tranquila. Los niños juegan en tu hierba y los amantes yacen ahí en los atardeceres de verano. Envejeces con las estaciones del año. Te has convertido en un refugio. Y un día cuando un niño ha estado jugando sobre ti toda una tarde, la presión de una raíz o el hocico de un ratón o el hambre incansable del óxido, serán suficientes para de repente borrar todos esos años de paz, dejando en tu lugar solo un cráter que se llena rápidamente con el tiempo. Entonces buscarán en vano tu razón. (W.S. Merwin, Un Jardín, 1970).

Estrés y vulnerabilidad psicológica

Cuando una persona presenta una psicosis aguda, a menudo es posible identificar un estresor que la precede y que resulta ser un factor desencadenante significativo (Rabkin, 1980; Bebbington *et al.*, 1993). Un estudio finlandés en pacientes con psicosis aguda encontró que había una marcada asociación con una pérdida reciente (Rakkolainen, 1977). En 30 pacientes suecos, con un primer episodio psicótico, dos tercios lo habían padecido tras una situación crítica en sus vidas (Cullberg, 2002). Pero también se encontraron casos donde el proceso comenzó lentamente, pudiéndose afirmar que cada acontecimiento estresante había contribuido al deterioro. En cinco casos de esquizofrenia, en los que no se pudo encontrar ningún factor desencadenante, cuatro de los pacientes habían tenido una infancia extremadamente traumática (véase tabla 8.1)

Tabla 8.1*Primer episodio psicótico y desencadenantes estresantes identificables*

	Desencadenada claramente por estrés	Estrés poco claro	Estrés no identificado
Esquizofrenia	8	4	5
Otras psicosis	9	2	2
Total	17	6	7

Aquellas experiencias que pueden no parecer traumáticas para una persona, pueden serlo para otra. La noción de vulnerabilidad implica que la persona que desarrolla un trastorno psicótico tiene una "piel mental" constitucionalmente menos resistente. Puede haber muchas razones para ello: por ejemplo, en algunos puede deberse a una infancia "especial", no necesariamente traumática o "mala", sino más bien en forma de diferencias o peculiaridades culturales surgidas en casa de los padres. A veces puede encontrarse que el padre, la madre o ambos, poseen cierto talento intelectual concreto o intereses artísticos o religiosos poco comunes. Una infancia aislada puede perfilar un niño precoz, que encuentra dificultades para hacer amistades. Otras veces el divorcio de

los padres, hoy considerado un fenómeno estadísticamente normal, pero nada "normal" desde el punto de vista del niño, se convierte en un acontecimiento incomprensible con muchos conflictos de lealtad sin resolver. El contacto con la madre o con el padre puede dejar de ser frecuente, dando como resultado una sobredependencia compensatoria del otro padre.

Todo esto puede conducir a una vulnerabilidad psicológica, que se manifieste en forma de intentos fallidos de dejar la casa o en relaciones infelices con el sexo opuesto. También puede estar provocado por expectativas de auto-afirmación en el trabajo o por la emoción de la llegada de un primer hijo. Una alta vulnerabilidad es un indicador de una elevada sensibilidad, consecuencia de traumas previos y muy posiblemente reprimidos. En tales casos, es incluso más difícil para las personas del entorno comprender las razones de la psicosis, ya que la persona ha reaccionado inconscientemente al nivel de estrés que los demás aceptan como normal, pero que es el resultado de recuerdos anteriores de abuso, violencia o pérdida.

La recaída psicótica parece afianzarse, favoreciendo la tendencia a reaccionar de forma psicótica ante la aparición de una nueva frustración. Para cada nueva recaída, la "causa" externa se convierte cuanto menos, en poco perceptible, especialmente para aquellos que no conocen bien el mundo interno del paciente y sus contenidos específicos. Esta creciente vulnerabilidad no difiere de la que existe en otras alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión, las auto-lesiones y el suicidio.

¿Estrés o crisis?

En la actualidad es bastante frecuente el uso de la palabra estrés para referirse a las frustraciones que pueden desencadenar una reacción psicótica (véase la Figura 8.1). Teniendo en cuenta que un factor estresante, tal y como Hans Selye lo definió, es algo que provoca una reacción normal fisiológica de tipo adaptativo, considero que el concepto de estrés puede ser más aplicable a aquellas frustraciones que tienen principalmente un carácter fisiológico: la imposibilidad de dormir, el exceso de trabajo, la alteración de la rutina diaria, las molestias somáticas, etc. Se trata de factores estresantes no-específicos, comentados más adelante.¹

No obstante, también es muy importante que las experiencias que se vinculan con el proceso interno interpretativo y que son específicas del individuo que las sufre, se incluyan entre los posibles factores desencadenantes de la psicosis. Aquí nos adentramos en las cualidades específicas del individuo, procesos preconscientes o inconscientes donde necesitamos la ayuda de interpretaciones dinámicas. Esto produce cierto grado de “falta de fiabilidad” científica. Esa falta de fiabilidad no legitima la actitud, común en la investigación psiquiátrica, que niega la existencia de estos procesos. Por otro lado, en casos concretos debemos ser especialmente autocríticos en la comprobación de nuestras suposiciones e interpretaciones. Este grupo de factores estresantes, específicamente subjetivos, se conoce como situaciones de crisis o conflicto. Con frecuencia, estresores no específicos como la falta de sueño o el malestar somático disminuyen el umbral ante crisis específicas y el conflicto se torna tan dominante, a nivel subjetivo, que opera como desencadenante de la psicosis. Los factores desencadenantes interactúan con otros de vulnerabilidad, del mismo modo que lo hacen con aspectos protectores individuales y del entorno, de una forma compleja que se ilustra en la Figura 8.1.

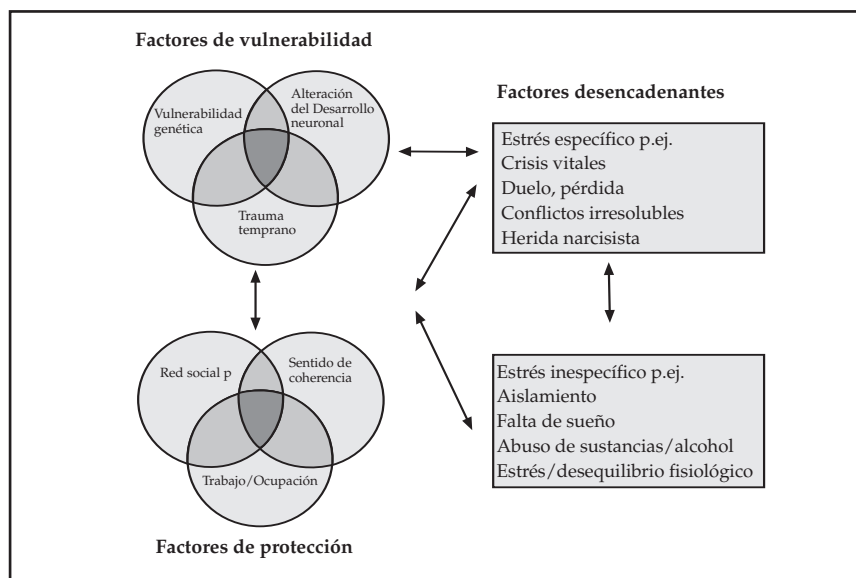


Figura 8.1
Factores desencadenantes, factores de vulnerabilidad y factores de protección.

Factores estresantes no-específicos desencadenantes de la psicosis

Falta de sueño

Aquellas personas que no pueden conciliar el sueño, pasado un tiempo, comienzan a perder el sentido de la realidad. Quizás tras dos o tres días, las percepciones se vuelven inciertas o alucinatorias, como sucederá con la experiencia del *self*. La interpretación del mundo que nos rodea se altera radicalmente y puede dar lugar a interpretaciones erróneas de tipo delirante. La mayor parte de las personas tienen problemas de sueño con anterioridad a un episodio psicótico. La falta de sueño es probablemente el factor que puede contribuir de forma más definitiva a desencadenar la psicosis, por lo que es prioritario ayudar a una persona con psicosis aguda a recuperar pautas saludables de sueño.

Aislamiento

En la década de 1950, en varias universidades de Estados Unidos se realizaron experimentos de "deprivación sensorial". Por ejemplo, los sujetos eran suspendidos en una tinaja llena de agua a temperatura corporal, bajo una luz grisácea y completamente en silencio (véase Capítulo 3 para más detalles). Trascorridas de cinco a ocho horas se observó que habían experimentado delirios y/o alucinaciones. El confinamiento en prisión puede producir reacciones similares: en la literatura alemana esta reacción se conoce como "Zuchthausknall". Incluso la soledad de una ciudad o una cultura ajena pueden, en ciertos casos, desencadenar una psicosis debido a la falta de verificación de la realidad con los mecanismos correctores de fantasías. La ocurrencia de estados paranoides se ha descrito más frecuentemente en emigrantes que en las demás personas. El aislamiento progresivo en edades avanzadas, unido a la disminución de capacidades cognitivas, también reduce el umbral para desarrollar psicosis. No es infrecuente encontrar este tipo de situación en las personas con sordera. La sordera es la disminución física que, con mayor frecuencia, produce reacciones paranoides.

En muchas personas el retraimiento social, hacia un estado de aislamiento, constituye un síntoma de psicosis. El umbral para la psicosis disminuye por la falta de verificación de la realidad que se produce como consecuencia de la reducción del contacto social. Parece probable que la incidencia de la psicosis podría disminuir si se evitase este tipo de aislamiento. Se supone que tal interrupción de procesos psicóticos sucede con más frecuencia de lo que somos conscientes.

Disfunciones o alteraciones somáticas

El desequilibrio endocrino es otro factor común en la disminución del umbral para la psicosis. Las mujeres vulnerables tienden a cruzar la frontera de la psicosis durante la fase premenstrual. Las psicosis postparto tienen causas endocrinas y psicológicas, predominando cualquiera de ellas.

Algunos tipos de trastornos hormonales pueden contribuir al desarrollo de la psicosis: por ejemplo, la enfermedad de Cushing, con un aumento de hormonas adrenocorticotropas o, la tirotoxicosis con incremento de hormonas tiroideas. El tratamiento con corticosteroides o las hormonas pituitarias ACTH y LH, pueden precipitar una psicosis.

Otros trastornos somáticos pueden actuar como desencadenantes de la psicosis. Las patologías intracraneales tales como enfermedades cerebro-vasculares o tumores pueden producir psicosis, especialmente si hay afectación del lóbulo temporal. También pueden tener un efecto general en la disminución del umbral para la psicosis. Enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso, en ocasiones, se acompañan de períodos psicóticos transitorios, así como las repentinas alteraciones del balance electrolítico. La combinación de gastroenteritis, que se da frecuentemente en viajeros, el estrés psicológico y quizás el mal uso del alcohol pueden desencadenar una psicosis aguda. El grupo de estados confusionales agudos que forman el subgrupo de psicosis orgánicas, clasificadas como delirium, se analizan con más detalle en el Capítulo 13.

La influencia del alcohol, drogas y tóxicos

En algunos individuos, un período de abuso en el consumo de alcohol puede desencadenar un estado psicótico de tipo esquizofrénico, que puede persistir durante algún tiempo. En casos excepcionales, la alucinosis auditiva es crónica y se produce como consecuencia de daños cerebrales causados por el consumo excesivo de alcohol. Las drogas alucinógenas influyen directamente sobre sistemas receptores. En algunos casos inducen un desarrollo lento de la psicosis, como es el caso de las anfetaminas. En ciertos consumidores de cannabis la psicosis se desencadena con solo un día de recaída en el consumo. También existen fármacos como la atropina que disminuyen el umbral para la psicosis, del mismo modo que pueden producir alucinaciones. Incluso los antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) pueden hacer aflorar síntomas psicóticos en individuos vulnerables a la psicosis, especialmente en pacientes esquizofrénicos asintomáticos deprimidos. También se ha de-

mostrado que, en casos excepcionales, el tratamiento de la malaria con cloroquina puede desencadenar psicosis.

La combinación de efectos tóxicos y estrés se produce con bastante frecuencia en casos de psicosis post-operatoria (estados confusionales agudos), que pueden en parte darse como consecuencia de una intoxicación con narcóticos, donde el grado de confusión es proporcional a la dosis de narcóticos empleada. En los primeros años de las operaciones de pulmón y corazón, la confusión post-operatoria se daba en un 30 a 40 por ciento de los casos. Se presentaban normalmente en forma de reacciones paranoides o alucinaciones visuales, frecuentemente de naturaleza terrorífica, que pueden fluctuar y durar desde unas horas hasta varios días.²

Otras causas

Con mucha frecuencia el exceso de trabajo es un factor desencadenante de una psicosis afectiva. Hay muchos mecanismos posibles: por ejemplo, invertir los ciclos de sueño en el caso de trabajadores nocturnos o la desatención a la familia que produce un sentimiento de culpa y baja autoestima.

Afectos extremos

Episodios graves de depresión o manía pueden ser en sí mismos un factor estresante no específico que contribuya a provocar una psicosis afectiva. Si también se es vulnerable a la esquizofrenia, se puede desarrollar una psicosis esquizoafectiva. La experiencia clínica muestra que la depresión no solo actúa como un estresor no específico sino que también puede resultar en una forma específica de psicosis, comprensible desde el punto de vista psicológico y dinámico.

Situaciones específicas desencadenantes de crisis y conflicto

Crisis evolutivas y de transición³

Si el entorno psicosocial es complicado o se deteriora, la adaptación a la nueva situación puede conducir a dificultades temporales o permanentes. La mayor parte de las personas reaccionarán con ansiedad, depresión o síntomas psicósomáticos. Para algunos, la reacción puede llevar

a un proceso psicótico que normalmente no es grave pero que puede terminar transformándose en una psicosis de larga duración. La pubertad y posiblemente la menopausia son períodos de especial riesgo. En ambos casos, la experiencia psicológica de cambio corporal, el nuevo papel a desempeñar en la vida y los cambios hormonales son de suma importancia.

Incluso las crisis en períodos de transición, que no se complican con problemas físicos, pueden desencadenar una psicosis. La cantidad de pacientes que sufren por primera vez psicosis esquizofrénicas aumenta a partir de los 18 a 20 años y alcanza su máximo nivel a los 24 años en los hombres y los 25 en las mujeres. Durante este período las expectativas del adulto se intensifican. La decisión de abandonar la casa de los padres o de quedarse, irse o no a vivir en pareja, cumplir con las expectativas y demandas sexuales, propias y del entorno, quedarse excluido o aventurarse en el mercado laboral, son todas ellas decisiones problemáticas.

¿Retraso madurativo o enfermedad psíquica?

Actualmente no contamos con medios suficientes para distinguir entre retraso en la madurez de tipo benigno y fase prodrómica de los trastornos psicóticos. No obstante, podrían sugerirse algunos criterios:

- Bajo rendimiento en los estudios o en el trabajo en la etapa final de la adolescencia o al inicio de los veinte años o bien, un fracaso inexplicable para conseguir el nivel previamente esperado.
- Alteraciones en las interacciones sociales o un sentimiento subjetivo de alienación en relación a los demás.
- Antecedentes de psicosis en familiares cercanos (especialmente de primer grado).

La situación puede dar un giro de 180 grados gracias a la aparición de alguien que quizás, inconscientemente, se convierte en referente y puede sacar a esa persona de aguas peligrosas. Naturalmente hay otras posibilidades para una "moratoria".⁴ No sabemos la frecuencia con la que se dan estas situaciones en la vida diaria, al margen del conocimiento de los psiquiatras, pero casi con toda seguridad suceden con más frecuencia de lo que creemos. Sólo nos relacionamos con aquellos individuos que no pueden desenvolverse sin ayuda profesional. De repente puede surgir una oportunidad en forma de trabajo o actividad que merece la pena intentar. Quizás ha llegado el momento de descubrir determinado talento del individuo, abriéndose un canal para esta-

blecer relaciones con los demás. Según mi experiencia, los grupos religiosos o político/anarquistas, que pueden ser mal vistos en círculos intelectuales, han acudido al rescate de jóvenes poco seguros sobre su personalidad y con cierta predisposición a la psicosis. No obstante, no debemos olvidar que también existen sectas que explotan sin consideración a jóvenes necesitados.

Las psicosis paranoides y afectivas alcanzan su punto culminante entre los 30 y 40 años de edad. La soledad y el aislamiento pueden darse como resultado de distintos tipos de decepción y de las dificultades vividas en esta fase vital, especialmente en materia de relaciones y responsabilidades familiares. Esto, a su vez, puede aumentar el riesgo de episodios psicóticos. Muchos han acabado con su "capital de optimismo" durante la etapa de los veinte años. Ante demandas de apertura e implicación emocional, aquellos que se han aislado o manifiestan una personalidad esquizotípica, tienden a experimentar ansiedad y resentimiento, que no disminuye con la llegada de los hijos. En casos específicos, resulta difícil determinar los factores concretos implicados. A veces es complicado encontrar explicaciones razonables para la irrupción de la psicosis.

Con frecuencia toda la familia puede estar atravesando una crisis y el miembro que tiene un mayor nivel de vulnerabilidad desarrolla la psicosis. La crisis familiar puede producirse antes o después de la psicosis. Los factores estresantes afectan a todos; por ejemplo, cuando el matrimonio de los padres se está rompiendo, aunque desde fuera pueda aparentar estabilidad. La amenaza del paro afecta a la totalidad de la familia. Cambios importantes en la rutina familiar preceden con frecuencia a la enfermedad. Esto sugiere que la función protectora de la familia disminuye, especialmente si uno de sus miembros se ve particularmente afectado de forma adversa.

Pérdida y separación

Nuestras personalidades están construidas sobre la representación de nosotros mismos (nuestras representaciones internas), por nuestro propio ser corporal y por aquellos que están o han estado cerca de nosotros. Las ideas implícitas y explícitas con las que hemos crecido y que hemos asimilado, que son nuestras representaciones internas de relaciones y significados, son las que otorgan sentido a nuestras experiencias posteriores. Todos estos aspectos, que pueden ser considerados como nuestro *self*, nos aportan una experiencia interna de continuidad y consistencia (véase Capítulo 4 para una elaboración más completa).

Si partes vitales de nuestro *self* están dañadas, lo que sucede cuando perdemos a un representante del mundo mental del que hemos dependido profundamente y con quién estamos físicamente hermanados, sucede algo que podría considerarse como una amputación mental. Puede ser la muerte de un bebé durante el parto o uno de los cónyuges que muere tras un largo matrimonio, pero también puede ser una joven a quien se le ha practicado una histerectomía. La pérdida o el daño pueden traer consigo una crisis traumática y se inicia un intenso período de duelo. No obstante, si la persona se ha preparado adecuadamente, normalmente se produce un proceso de autocuración. La incapacidad para funcionar se sustituye finalmente por una fortaleza creciente, que es característica de la cicatriz curada. A veces el proceso de curación es más complicado ante la presencia de un sufrimiento subjetivo.

En algunos casos el daño está muy arraigado, su representación simbólica en nuestro mundo experiencial es vital (no necesita reflejar lo que "objetivamente" podría describirse como un suceso externo relevante). En este caso, el *self* puede perder la capacidad de encontrar significado a lo sucedido o de buscar acomodo a los acontecimientos con una consistencia significativa. El proceso reparador tiene que encontrar la mediación, en mayor o menor medida, de las funciones primarias del proceso⁵ por medio de formas nuevas, regresivas y mágicamente reparadoras de ver las cosas. Con una vulnerabilidad previa, esta regresión puede terminar expresada en forma de psicosis. La capacidad del yo para controlar la formación de significados se colapsa.

Culpa por triunfar por encima del padre

Eric había crecido en un hogar de clase media-alta presidido por un enfoque bizarro de su padre en la educación infantil. Eric estaba muy ligado a su madre, quien secretamente había intentado protegerle. Se convirtió en un hombre de 40 años con un trabajo técnico/intelectual de responsabilidad, pero desde los 20 años había sufrido muchas crisis de psicosis esquizoafectiva con períodos tanto depresivos como maníacos. Un familiar cercano padecía psicosis bipolar. Yo traté a Eric con litio y con psicoterapia orientada al "*insight*".

En aquella época, el padre desarrolló una demencia tipo Alzheimer rápidamente progresiva y, puesto que su mujer no podía cuidar de él en casa, lo llevaron a una residencia. Pasado algún tiempo murió a consecuencia de una hemorragia cerebral. Eric viajó para ver

a su madre y ayudarla con el funeral. Una semana antes había empezado a experimentar dificultades para conciliar el sueño y una creciente agitación. Una vez en casa de su madre, ésta le propuso dormir en su habitación, en la cama de su padre y le dio las llaves de su padre, como indicador de que quizás le gustase tomar el mando. Eric presentó una intensa ansiedad y no pudo dormir. A la mañana siguiente empezó a sentir que una red de espías le estaba siguiendo. No obstante Eric me llamó, ya que era capaz de darse cuenta que estaba a punto de sufrir una recaída. Regresó a su casa aunque ya con una psicosis maníaca declarada, por lo que decidió de forma voluntaria ingresar inmediatamente en el hospital.

Comentario

Eric tenía una relación muy ambivalente con su padre. Su muerte despertó en él un sentimiento de culpa desencadenado por un antiguo deseo de verle muerto. La culpa fue potenciada por el “triunfo de su Edipo”, manifestado en el hecho de que inconscientemente su madre le puso el señuelo simbólico de la sustitución del padre, al ofrecerle su cama y sus llaves. No pudo elaborar este conflicto y por ello reaccionó con una psicosis, provocada por su vulnerabilidad. Eric encontró ayuda en la psicoterapia de dos maneras: en primer lugar, le permitió profundizar en la comprensión de este suceso y de otros similares que le habían llevado a la enfermedad, y también le ayudó a elaborar los conflictos subyacentes. (El pensamiento psicótico de Eric también se describe en el Capítulo 3. p. 41)

El caso de Beth (Capítulo 2, p. 17) nos aporta un ejemplo adicional. Este caso también ilustra el desarrollo de una psicosis afectiva tras una muerte que parece tener un elevado significado simbólico. No obstante, una muerte también puede desencadenar una psicosis esquizofrénica.

Cuando muere un abuelo

Stephen era un estudiante de derecho de 27 años, que estaba preparando sus exámenes finales cuando su abuelo paterno, de edad avanzada, murió un par de meses antes de los exámenes. Su abuelo había significado mucho en la vida de Stephen, ya que sus padres se habían divorciado cuando tenía 10 años y había asumido en parte el papel de un padre para él.

La infancia de Stephen había transcurrido con una madre depresiva, con amenazas de suicidio y abuso en el consumo de alcohol. Como buen hijo, siempre se había mantenido fielmente a su lado cuando los demás la criticaban por desatenderle. En una ocasión, cuando tenía 10 años, al llegar a casa se la encontró vacía. La habitación y el cuarto de baño estaban llenos de sangre. Su madre había sido trasladada al hospital tras haberse cortado, en un intento grave por acabar con su vida.

Stephen recordaba que había podido controlar sus sentimientos durante muchos años, creyendo que los sentimientos no estaban hechos para él, pero tras la muerte de su abuelo se volvió inconsolablemente desdichado. Suspendió sus exámenes finales y unas semanas después desarrolló delirios donde era objeto de un experimento durante el curso. También experimentó intensas alucinaciones auditivas (y a veces incluso visuales), que se prolongaron durante más de seis meses.

Comentario

Algún tiempo antes de la muerte de su abuelo, a Stephen ya le surgieron dudas sobre si le merecía la pena continuar con sus estudios. Se trataba de una señal de cómo su controlada personalidad comenzaba a desmoronarse con síntomas prodrómicos. La muerte de su abuelo le llevó a experimentar de nuevo dolorosos recuerdos sobre su madre. Nunca antes había hablado de ellos o verbalizado sus sentimientos de soledad cuando niño. A través de la psicoterapia y dosis bajas de medicación antipsicótica, fue capaz de terminar sus estudios. No obstante, un par de años después tuvo una recaída que le obligó a continuar con medicación.

Conflictos “sin solución”

En principio, existen situaciones conflictivas que a nivel consciente parecen imposibles de resolver. Se confrontan las necesidades vitales y cada opción parece traer consigo un resultado destructivo, inaceptable, que puede hacer sobrevenir la psicosis. Más adelante, el apoyo psicoterapéutico puede ser una ayuda para tratar la decepción que se produce al ver que no siempre se encuentra una respuesta ideal y de que dar prioridad a una solución puede significar desatender otras.

“Matar al padre o al hijo”

Karen, de 30 años, vivía en su casa en compañía de unos padres achacosos, y no había podido continuar su educación al tener que ocuparse de ellos. Su padre tenía una epilepsia refractaria, sobrevenida tras una hemorragia cerebral y padecía hipertensión, y su madre tenía artritis. Todos eran miembros activos de una comunidad religiosa. El vecino más cercano era un hombre casado también miembro de la comunidad religiosa, con quien Karen entabló una relación secreta, durante la que se quedó embarazada. Vivió el resultado positivo de la prueba de embarazo como una gran catástrofe y no se lo dijo a nadie. Ella realmente lo que quería era casarse y tener hijos y el aborto era equivalente al asesinato del niño. Por otro lado, la idea de seguir adelante con su embarazo significaba tener que decírselo a sus padres. Sabía que su padre podía tener un ataque a consecuencia de la angustia y que eso representaba un peligro para su vida, por lo que tenía que enfrentarse a la elección de matar al hijo que llevaba o matar a su padre. No podía conciliar el sueño y pasados unos días experimentó un cuadro de confusión aguda y tuvo que ser internada en una clínica psiquiátrica. Al cabo de unas semanas se detectó la progresión de un aborto espontáneo, al tiempo que la psicosis remitió. En las conversaciones de Karen con el asistente social decidió que sus padres debían recibir asistencia de los servicios sociales y comenzó a considerar dejar su casa y presentar la solicitud para una beca de estudios.

Depresión mayor

Ser capaces de tolerar una depresión y afrontarla implica desarrollar la capacidad psicológica para hacerlo. Desde el punto de vista psicodinámico, podría decirse que ciertas personas funcionan de forma análoga a la concepción Kleiniana sobre la posición esquizoide y la posición depresiva (véase Capítulo 4), según la cual la capacidad depresiva es insuficiente y en su lugar se produce una escisión en la experiencia de la realidad. El odio depresivo hacia las representaciones internas del *self* se proyecta hacia el mundo exterior, llevando a la persona al convencimiento de que son los demás quienes le persiguen y odian. La realidad se distorsiona aún más con delirios y otras experiencias psicóticas paranoides. Para algunos, una depresión profunda, lo mismo que un estado maníaco, parece actuar como un poderoso estresor no-específico y provocar una reacción psicótica aguda.

Herida narcisista

Personas con un alto prestigio personal pueden jugarse su reputación a todo o nada. Esto les lleva a posturas que si dan un vuelco a sus proyectos, pueden cuestionar su estatus y honorabilidad. Estos giros repentinos pueden incluir fracasos en los exámenes finales, un escándalo, una inversión especialmente mala, o una decepción en el trabajo. A veces puede sucederle a alguien con personalidad narcisista, tal y como se describe en el capítulo anterior. Frecuentemente, afecta a personas de éxito y con talento, que han construido una imagen de prestigio que ahora se destruye.

La solución natural y saludable para la persona sería levantarse de la caída y, tras un período de duelo, comenzar de nuevo, ésta vez con menos expectativas y aprovechando la experiencia vivida. El suicidio es otra solución, no precisamente infrecuente, en este tipo de personas controladas por un poderoso superyo. Éste puede ocurrir de repente, sin previo aviso, “como los relámpagos en un cielo claro”. El suicidio del financiero Ivar Kreuger, tras el *crash* de 1932 ilustra esta situación. La tercera posibilidad es “el asesinato del yo”, entendido en un sentido simbólico. Consiste en una psicosis desarrollada con rapidez, donde la rabia y odio contenido hacia uno mismo por la experiencia del suceso doloroso disminuyen, por medio de la proyección hacia el mundo exterior de ese odio. Los perseguidores externos malignos sustituyen ahora al “perseguidor” interno y el odio contra sí mismo. Se presenta como una nueva explicación y estrategia momentánea de supervivencia o más duradera, en caso de un estado paranoico. El precio de esta situación de alivio es la exclusión social, resultado del desarrollo de una psicosis paranoide. El proceso de aislamiento a menudo sirve para allanar el camino a la crisis psicótica franca. Las personas con personalidad narcisista tienen tendencia a reacciones paranoicas, que habitualmente remiten con rapidez cuando el equilibrio se restituye con estrategias adecuadas. Si el fracaso es muy grave y sus efectos demasiado devastadores, la suspicacia puede derivar en psicosis. Con frecuencia preocupaciones simultáneas como problemas familiares, enredos eróticos, abuso de sustancias, etc. pueden acelerar el proceso.

El proyecto grandioso se derrumba

El escritor y dramaturgo sueco August Strindberg (1849-1912), ya entrado en los cuarenta, experimentó una profunda crisis en su vida, conocida como “crisis inferno”.⁶ El motivo de dicha crisis fue la ruptura de su matrimonio y la pérdida de la custodia de sus hijos.

También sufría un bloqueo creativo. No pudo recomponerse sin tener que “mudar de concha como un cangrejo”. Strindberg había perdido su posición de liderazgo en el mundo de la literatura de su propio país y además había sido demandado por blasfemo. Se trasladó a Berlín donde inició una nueva vida y un matrimonio infeliz.

Una idea de grandiosidad fue creciendo en su interior, consistente en que revolucionaría el mundo científico a través de la alquimia, para más adelante establecerse como fabricante de oro. Con esto en mente, abandonó a su nueva esposa y a sus hijos y se instaló en París en 1894 con grandes expectativas sobre el gran éxito, todavía por llegar. Cuando el proyecto empezó a fracasar, de forma gradual pero segura, aumentaron las experiencias depresivas y las sensaciones psicósomáticas. En Julio de 1896, Strindberg sufrió una psicosis paranoide con delirios de tipo no bizarro que no podían explicarse simplemente por el consumo de alcohol y absentia. Sus alucinaciones no están recogidas, pero se creía perseguido por una mafia internacional del oro y bandas de comerciantes de arte. Abandonó París y los experimentos para producir oro, en estado de pánico. Nunca llegó a aceptar su fracaso científico, pero a través de sus estudios religiosos adoptó las teorías de Emmanuel Swedenborg (1688-1772) sobre la existencia de Dios, quien enviaba espíritus para castigar y adoctrinar. De esta manera Strindberg podía reinterpretar en términos religiosos sus delirios de persecución. Creía que Dios, en su amor por él, quería ponerle a prueba. Con este creativo salvoconducto, de vuelta al cristianismo de su infancia, Strindberg concibió para sí mismo una explicación asumible para su persecución. En principio, recuperó la salud trascurridos seis meses y reanudó otra vez el trabajo literario durante los siguientes 15 años sin interrupción, aunque sus convicciones religiosas permanecieron.

Resumen

El concepto de vulnerabilidad promueve el interés por intentar encontrar factores causales para cada crisis psicótica. Un primer episodio se desencadena habitualmente por algún tipo de frustración. Con estados de lenta evolución puede no ser posible identificar con claridad el factor desencadenante. Si la psicosis vuelve, el suceso estresante que la provoca por lo general es menos evidente que la primera vez, se puede observar una

disminución del umbral para la vulnerabilidad a la psicosis. Los factores desencadenantes pueden incluir estresores no específicos de tipo fisiológico que disminuyen el umbral de tolerancia a las frustraciones más profundas y específicas que con frecuencia subyacen. Para comprender su naturaleza en mayor detalle es necesario llegar a conocer bien a la persona: observar las crisis madurativas, las separaciones, los conflictos agudos o violaciones. Parece que las recaídas pueden auto reforzarse como defensas estratégicas. Esto se ve corroborado por el elevado riesgo de psicosis posterior a cada recaída.

Factores de protección

Por qué que no hay más personas que desarrollan un episodio psicótico? Nuestro cerebro es un instrumento sensible y el proceso de crear un mundo de representaciones internas está lleno de percepciones erróneas y distorsiones que chocan cuando nos enfrentamos con la realidad. Nos permitimos la influencia de drogas, el alcohol o rituales que perturban nuestra consciencia e identidad y sin embargo, pasadas unas horas, volvemos a ser nosotros mismos, con el yo intacto. Nuestras percepciones e interpretaciones de la realidad nos permiten encontrar de nuevo el lugar para funcionar y comunicarnos con el mundo que nos rodea.

Hay ciertamente, potentes mecanismos determinados genéticamente, que apoyan nuestra capacidad para comprobar la realidad y su valor para la supervivencia es indiscutible. Se puede plantear que, al igual que sucede con los ordenadores de las aeronaves, existen jerarquías en los sistemas de seguridad que toman el control cuando uno de estos mecanismos falla. Se produce una constante reconexión y comprobación automática de los controles, principalmente por medio de mecanismos protectores del yo. Podemos corregir nuestros sueños y anhelos o manipular y negar nuestra realidad de forma sofisticada, lo que importa es que podamos crear una continuidad de significado dentro de la lluvia de estímulos con los que nos encontramos.

El conocimiento, tanto del funcionamiento a nivel celular del “procesamiento de la información” cerebral, como de la naturaleza de los factores biológicos que nos protegen de la psicosis es todavía muy elemental. En breve estaremos en mejor situación para conocer cómo se constituyen los factores de protección genéticos y no sólo los de vulnerabilidad: por ejemplo ¿cómo podemos protegernos mejor contra el daño pre y perinatal en el desarrollo del cerebro? y ¿cómo podemos estimular el desarrollo cerebral por medio de la relación temprana de confianza con los padres?

Los factores psicológicos de protección contra la psicosis son inespecíficos. No sólo incluyen protección contra la psicosis, sino también contra cualquier pérdida en general de orientación y control. Los mismos factores que protegen nuestra psique también parecen funcionar en el fortalecimiento de nuestra salud física. Los puentes entre la psique y lo somático se sitúan en los sistemas neurales endocrinológicos y subcorticales. Sabemos que la tristeza, la pérdida, el estrés, la desesperanza, etc., tienen un correlato somático y pueden potenciar la enfermedad física. Consecuentemente los factores de protección que abordaré aquí tienen un valor general: incluyen tanto la salud somática como la psíquica.

Factores de protección psicosocial

Quisiera ahora considerar tres grupos de factores de protección psicosocial bien establecidos por la investigación internacional:

- una red de apoyo social
- trabajo con sentido o actividades creativas
- experiencias de coherencia y significado

Una red de apoyo social

La red de apoyo social se define como los círculos cerrados tanto de naturaleza informal (privada) como formal (pública), en los que se desenvuelve el individuo y que pueden ofrecer:

- apoyo emocional, aprecio y amor
- información y ayuda para la orientación personal en el mundo que nos rodea y para afrontar los problemas
- reconocimiento, amistad, intereses y valores compartidos
- apoyo material

Una buena red de apoyo social actúa como factor de protección psicológica, de forma que los que han crecido en este ambiente, deberían tener un funcionamiento yoico más fuerte y por tanto con mayor capacidad de defensa.¹ Las relaciones sociales dentro de los círculos de adultos también pueden actuar como amortiguadores en situaciones de crisis y de frustración. Una red social en funcionamiento también puede ayudar a la persona estimulando en ella la necesidad de buscar ayuda profesional al principio del proceso. Naturalmente, tenemos un mayor conocimiento de los efectos relacionados con la ausencia de factores de protección que de la situación opuesta.

Individuos con recursos limitados

La calidad del entorno social es especialmente importante en las personas con poca capacidad para cuidar de sí mismos. Entre estas personas están aquellos que han sufrido enfermedades o discapacidades; los desempleados, los "sin techo", y aquellos que están implicados o afectados por delitos y por el abuso de sustancias. Los padres adolescentes y los padres o madres solos pueden también estar expuestos al estrés, especialmente en determinadas áreas, así como emigrantes y refugiados. En la medida en que se dan más factores de estrés habrá más probabilidades de desarrollar una enfermedad mental.

La enfermedad provocada por la desintegración social

La desintegración social se produce cuando son insuficientes tanto las estructuras formales de la sociedad (servicios públicos) como las informales (familia, amigos, vecinos). Esta situación se entrelaza con la salud mental en la comunidad, dando como resultado que se inicie una espiral de descenso (Leighton, 1963). Las zonas especialmente afectadas por la desintegración social pueden sufrir una disminución de la población, convirtiéndose en nuevas áreas de viviendas de bajo estatus. Las zonas afectadas pueden crecer como champiñones en la periferia de las grandes ciudades, donde se produce una elevada segregación por razones negativas: elevado nivel de desempleo, emigración, enfermedades mentales, consumo de alcohol y drogas, convivencia con personas con escasos recursos. Estudios realizados en Nacka, en las afueras de Estocolmo (Cullberg *et al.* 1981) y en Oslo (Dalgaard, 1980), describen con claridad lo que se conoce como las "zonas nuevas de bajos ingresos", concentraciones de viviendas en altura con escasos servicios sociales, que son una muestra de desintegración social. Nos encontramos que el 30 por ciento de la pobla-

ción adulta de estas zonas padece de forma subjetiva, una mala salud mental, con un alto nivel de dependencia para su cuidado de los servicios sociales. También los niños, cuyos padres se encuentran en esta comprometida situación social, pueden verse seriamente afectados. Con frecuencia padres solos y sin formación alguna, tienen dificultades para cumplir con el rol parental. Las guarderías están saturadas y muchos niños no pueden recibir la atención y cuidados necesarios. Las escuelas tienen dificultades con la disciplina y el profesorado cambia constantemente, lo que se traduce en bajo rendimiento académico. La delincuencia juvenil, la violencia y el consumo de drogas son bastante comunes, y los suicidios y las recaídas psicóticas suceden con más frecuencia (véase Figura 9.1).

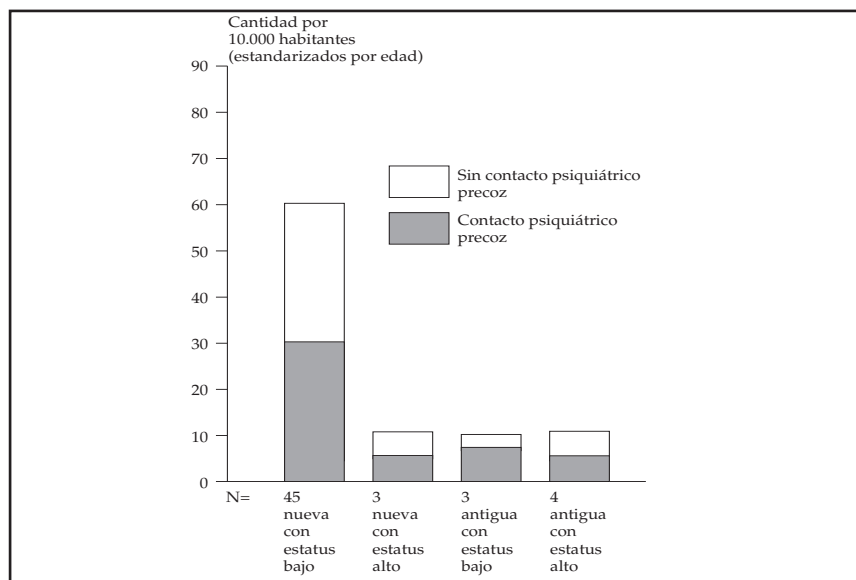


Figura 9.1
Número de intentos de suicidio en zonas suburbanas por cada 10.000 habitantes según tipo de vivienda (Cullberg et al., 1981)

Las personas que viven en estas zonas están atrapadas en un callejón sin salida, donde su poca capacidad para crear una red social que funcione como apoyo, se ve agravada por el constante cambio de población. Aquellos que cuentan con la energía y con los recursos económicos para mudarse a otros lugares forman parte de un grupo de "escogidos" que hace que esas zonas se desintegren aún más (véase Figura 9.2). No obstante, pasados unos 10 ó 15 años suelen tomarse iniciativas positivas que estabilizan la zona y elevan su estatus.

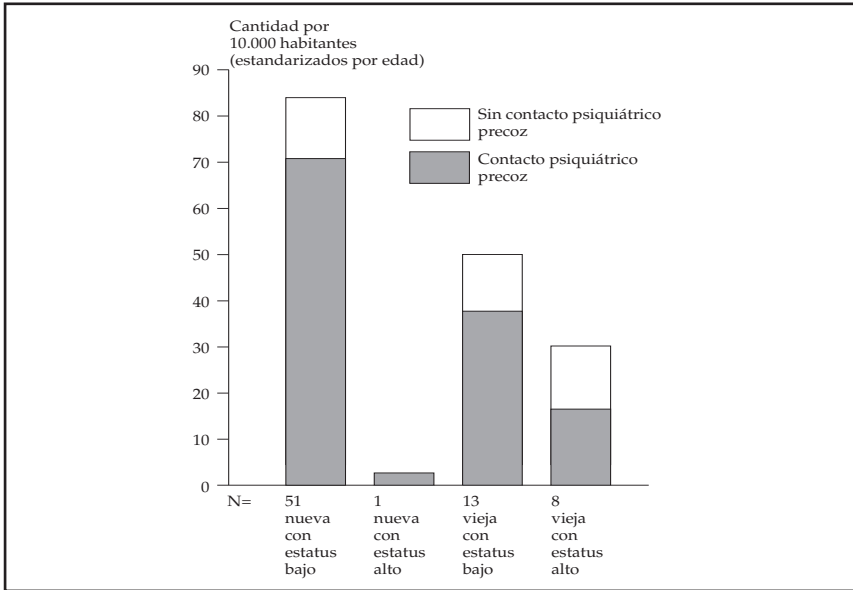


Figura 9.2

Número de pacientes con procesos psicóticos en zonas suburbanas por cada 10.000 habitantes según tipo de vivienda (Cullberg et al., 1981)

Muchas personas con enfermedades mentales crónicas se reubican en este tipo de zonas. Al no contar con redes sociales de apoyo y ante la escasez de personal de servicios sociales, con frecuencia cuando son dadas de alta de los hospitales reciben muy poco apoyo y si lo reciben, éste es muy desorganizado. Se necesitan muchos más recursos para una adecuada recuperación, en forma de un lugar apropiado para vivir, contacto social y una ocupación cargada de sentido (véase con más detalle en el Capítulo 26).

Las circunstancias en zonas viejas con ingresos bajos son frecuentemente bastante distintas a las zonas nuevas con bajos ingresos. En las primeras encontramos redes informales bien establecidas en la comunidad donde conviven tres generaciones y cuentan con servicios sociales. Lo mismo sucede en zonas viejas con ingresos más altos. Las personas que viven en estos lugares tienen capacidad de movilización para recibir el apoyo necesario y se ayudan entre sí en tiempos de crisis, aunque la tolerancia a la enfermedad mental es limitada y, por tanto, tiende a disimularse. Es de destacar que en zonas nuevas de ingresos altos hay poca tolerancia a las enfermedades mentales. Se trata de barrios donde viven familias jóvenes de economía desahogada y más oportunidades para en-

contrar los servicios que precisan. Al haber menos oferta de alojamientos en alquiler, las personas con enfermedades mentales tienen menos posibilidades de vivienda en estas zonas. Además, la comunidad local se suele oponer a la construcción de viviendas protegidas para enfermos mentales en sus áreas.

Trabajo con sentido o actividades creativas

Para la mayor parte de las personas, el trabajo significa algo más que un medio para generar ingresos: por ejemplo, la estimulación mental inherente a la resolución de problemas puede fortalecer la autoestima. El trabajo genera el sentimiento de ser necesario, al cumplir con una determinada función. También juega una importante función social, presentando oportunidades para establecer nuevas relaciones y entrar en círculos nuevos. El trabajo aporta una base y una estructura para poder vivir y, entre otras cosas, aporta valor al tiempo libre de la persona.

Falta de trabajo u ocupación

Esta situación puede acarrear muchas consecuencias: falta de reconocimiento de los logros conseguidos, falta de retos o metas que alcanzar, falta de compañeros de trabajo, no tener un lugar alternativo al que acudir o no tener tareas que realizar durante el día. Para la mayor parte de las personas, todo esto puede originar una crisis. La experiencia de verse excluido puede conducir a una reacción depresiva en la que predomina la pasividad.

En la actualidad una salud mental deteriorada es razón de peso para la jubilación anticipada por enfermedad. Las tres cuartas partes de aquellos a los que se diagnostica esquizofrenia obtienen la incapacidad laboral en los cinco años siguientes (Svedberg *et al.*, 2001). Su calidad de vida es muy pobre, tanto por el aislamiento en el que se encuentran como por la falta de actividades apropiadas, factores que a su vez empeoran la salud mental. Esto no es sólo causa de sufrimiento para la persona afectada sino también una pérdida potencial de recursos económicos. Normalmente no podemos esperar que aquellos que están afectados por una enfermedad mental puedan competir en el mercado laboral libre, por lo que sería necesario crear puestos de trabajo adaptados a sus necesidades y capacidades. A pesar de que en muchos países la sociedad está obligada por ley a buscar una ocupación para estas personas, todavía sigue siendo un tema sin resolver debidamente.

Experiencias de coherencia y significado

El concepto de *sentido de coherencia* (SDC) ha sido definido por el sociólogo israelí Aaron Antonovsky (1987), a raíz del resultado de los estudios que llevó a cabo con supervivientes de campos de concentración alemanes. Descubrió que aquellas personas que habían sobrevivido a esta experiencia física extrema y perturbadora, con menos afectación de su salud mental que otros, tenían un sentido interno de coherencia que les aportaba motivación y esperanza, incluso en circunstancias de amenaza y confinamiento. Utilizando una escala, Antonovsky intentó evaluar el grado de sentido de coherencia de la persona y después lo comparó con diferentes factores de salud. La validez de esta idea ha sido criticada, pero clínicamente destaca por su importancia y más aún para aquellos que trabajan con psicosis. La psicosis incipiente suele venir acompañada de un profundo sentimiento de alienación e incomprensión de los acontecimientos externos e internos. La persona pre-psicótica elige soluciones regresivas, mágicas (en forma de delirios) ante la pérdida de coherencia y por ello queda aún más excluida de la sociedad. Las cosas que ayudan a crear y fortalecer un sentido de coherencia y significado realistas son, por tanto, esenciales en la recuperación de la psicosis.

Poco es lo que sabemos sobre la relación entre la visión existencial, filosófica del mundo y la psicosis; tan solo que algunas personas enferman después de un largo período de rumiaciones infructuosas. Debemos considerar las consecuencias de la *rápida movilidad social*, tanto a escala nacional como internacional. La transformación de valores y patrones culturales y de tradiciones históricas, religiosas y lingüísticas pueden dar como resultado un aumento de la alienación, sobre todo en hijos de emigrantes, ya que los cambios de unas tradiciones a otras, que a veces incluso compiten entre sí, parece hacerles más vulnerables a la psicosis.

Por consiguiente, un desarrollo cultural que debe seguirse con cuidado, es la rápida secularización de la sociedad occidental. Las sociedades más tradicionales pueden tener un elevado nivel de convicciones, proveniente de sus raíces históricas, que han contribuido en gran medida a definir un sentido de sí mismos. No obstante, éstas sociedades tienen mucho que perder como consecuencia de la secularización, ya que los puentes entre el mundo interior y el mundo exterior, a los que hacíamos referencia en el Capítulo 1, pueden estar en peligro de verse afectados por la pérdida de raíces culturales.

Resumen

Se han descrito tres factores diferentes de protección psicosocial: la red de apoyo social, el trabajo y la actividad con significado y un sentido interno de coherencia y significado. Cada uno de ellos actúa como protección contra la psicosis y la enfermedad mental en general y los tres pueden funcionar sinérgicamente.

Es fundamental comprender que estos factores, bajo ciertas condiciones, contribuyen al aumento de riesgo de enfermedad mental. El reconocimiento de estos factores también es esencial, si se dan las condiciones psicosociales que maximizan el potencial para la recuperación de la salud y la rehabilitación social.

Trastornos psicóticos I

Primer episodio psicótico - Tres formas clínicas de psicosis

Ni la CIE-10 ni el DSM-IV dan pautas sobre el tratamiento o pronóstico de los primeros episodios psicóticos. Me parece práctico considerar que nos encontramos ante tres posibles cursos de la enfermedad. De manera aproximada, cada uno de ellos corresponde a un tercio de los casos de primeros episodios psicóticos. Describiré brevemente los cuadros clínicos. Naturalmente, la evolución nunca se puede predecir con certeza. Esta clasificación en tres tipos no pretende ser una nueva herramienta diagnóstica, sino una ayuda para el análisis clínico del tratamiento y pronóstico.

Más adelante, presentaré los diferentes tipos de trastorno psicótico según la clasificación DSM-IV. El término esquizofrenia es polémico y en el Capítulo 11 haré una descripción histórica de su desarrollo, de manera que quienes estén interesados en el tema, podrán seguir su análisis teórico.

Psicosis Tipo A: episodio único

Por lo general, progresa rápidamente desde un estado mental “normal”, en un plazo de una o dos semanas. La psicosis puede pasar relativamente desapercibida, con síntomas paranoides y quizás algunas alucinaciones auditivas. Puede tener una manifestación más obvia con alteraciones graves de conducta, síntomas esquizofreniformes más bizarros, tales como alucinaciones prominentes e ideas de referencia. Por lo general, es posible identificar desencadenantes de tipo psicosocial. Con un tratamiento psicosocial adecuado, la psicosis remite en pocas semanas o meses. La medicación antipsicótica en dosis moderadas servirá de apoyo, pero no siempre es necesaria, especialmente si el entorno es favorable y el tratamiento psicosocial satisfactorio. Las recaídas, en caso de producirse, son un evento aislado.

Psicosis Tipo B: psicosis recurrente

En estos casos, a menudo la persona padecía un trastorno límite o esquizotípico de la personalidad con anterioridad a la aparición de la psicosis. Los eventos desencadenantes pueden ser irrelevantes en comparación con la severidad de la psicosis y algunas veces difíciles de identificar, especialmente en brotes posteriores. Con frecuencia, están asociados al abuso de sustancias y, en algunos casos, un período breve de consumo puede ser suficiente para desencadenar una recaída. Son frecuentes los síntomas esquizofreniformes como alucinaciones intensas y/o delirios bizarros. Suele existir una vulnerabilidad genética y una infancia perturbada, así como antecedentes familiares de trastorno mental en varios familiares. Esto también se aplica a casos de psicosis afectiva cíclica o trastorno esquizoafectivo. En éstos las recaídas pueden ser repentinas.

Como en el Tipo A, por lo general, la psicosis remite y no produce cambios perceptibles en la personalidad. Sin embargo, el riesgo de recaída es mayor y el nuevo episodio psicótico podría considerarse como el recordatorio de una vulnerabilidad recurrente. En su mayoría, requieren medicación antipsicótica a intervalos, o bien, a largo plazo, como medida preventiva. Las personas que padecen psicosis recurrentes con rasgos afectivos responden favorablemente a estabilizadores del ánimo como el litio. Los enfoques psicoterapéuticos de elección son la psicoterapia de apoyo, psicoeducativa y también, en algunos casos, la psicoterapia orientada al *insight* o la cognitiva, en que se implique a la familia.

Psicosis Tipo C: con discapacidad crónica

A veces, la naturaleza crónica de la enfermedad sólo se hace evidente cuando han transcurrido varios años de episodios recurrentes. Con frecuencia, estas personas sufren profundos cambios de personalidad. Puede tratarse de cambios menores o mayores; por ejemplo, la persona parece cubierta por un fino “velo” de indiferencia. A veces, aunque no siempre, este cambio puede acentuar uno o varios rasgos que han estado presentes durante años, con anterioridad al desarrollo de la psicosis.

Por lo general, la recuperación es incompleta, pero puede paliarse brindando apoyo social, que suele ser pobre. En general, la medicación antipsicótica tiene un efecto favorable aunque no curativo. Es indispensable establecer una buena relación terapéutica con el paciente para poder mantener un equilibrio entre los efectos terapéuticos de la medicación y sus efectos secundarios. Si se prescribe en dosis excesivas, el estado mental puede deteriorarse como resultado del aumento de la pasividad, la inquietud y la no adherencia. Es esencial informar al paciente y a sus cuidadores sobre la naturaleza de la enfermedad y los posibles tratamientos que pueden minimizar la discapacidad. La terapia de elección para los pacientes con psicosis Tipo C es fundamentalmente la de tipo cognitivo orientada a ayudar al paciente a contrarrestar delirios y/o alucinaciones (Véase la Tabla 10.1).

Tabla 10.1
Indicadores pronósticos en la psicosis aguda

Mejor pronóstico	Peor pronóstico
Factores desencadenantes claros	Ausencia de factores desencadenantes claros
Ausencia de síntomas prodrómicos, o psicosis no tratada o de corta duración	Fase prodrómica prolongada
DUP (Duración de la psicosis no tratada) inferior a 1 mes	DUP (Duración de la psicosis no tratada) superior a 12 meses
Rasgos depresivos o hipomaníacos	Ausencia de rasgos afectivos
Pocos síntomas negativos	Síntomas negativos marcados
Desarrollo social previo satisfactorio	Problemas previos de ajuste social
Sin antecedentes de abuso de sustancias o alcohol	Abuso de sustancias
Conciencia de enfermedad	Negación de enfermedad

Diagnóstico de los síndromes psicóticos

Quiero subrayar que no existen unos límites definidos entre los diferentes tipos de psicosis descritos anteriormente, por lo que es más frecuente encontrarlos solapados que en forma de síndromes típicos. Los siguientes aspectos serán probablemente cruciales en el futuro, aportándonos pautas útiles para el tratamiento y pronóstico:

- La presencia de rasgos de personalidad desadaptativos o de un trastorno de personalidad previo.
- El nivel de organización de la personalidad (fortaleza yoica).
- El grado y tipo de deficiencias cognitivas.
- El daño o anomalías cerebrales.
- El funcionamiento anormal de los neuroreceptores.
- La respuesta favorable a diferentes tipos de tratamiento.

No disponemos aún de un sistema teórico integrador que permita una precisión diagnóstica absoluta. No obstante, estamos en la obligación de describir lo que vemos en nuestro trabajo clínico de la forma más clara y precisa posible. Son relativamente pocas las diferencias entre el DSM-IV y la CIE-10. En esta exposición se seguirán los criterios del DSM-IV (véanse los criterios de la CIE-10 en el Apéndice).

Psicosis breve

Rangos principales

Los servicios psiquiátricos atienden anualmente alrededor de 3 ó 4 casos de psicosis aguda, de breve duración, por cada 100.000 habitantes. Probablemente, la incidencia total sea significativamente superior dado que muchas personas no llegan a acudir a los servicios de salud mental. Esto se debe, en parte, a la naturaleza autolimitada de la psicosis breve. Por otra parte, muchas personas tienen un umbral muy elevado en lo que se refiere a la búsqueda de ayuda psiquiátrica. Algunas personas se quedan en sus casas o sobreviven de otra forma, prescindiendo de cualquier intervención psiquiátrica. Algunos incluso se suicidan antes de que se haya detectado la psicosis. Sin embargo, los síntomas pueden ser floridos y requerir atención psiquiátrica. Por lo general, la psicosis no se vuelve a

producir, y aunque puede haber una o dos recaídas en el lapso de los dos años siguientes, el pronóstico sigue siendo bueno.

Si bien es cierto que este tipo de psicosis suele presentarse en personas menores de 35 años, las psicosis breves pueden ocurrir en la vejez. El deterioro cognitivo, la disminución de la audición, otras afecciones físicas o tratamientos médicos son factores que frecuentemente disminuyen el umbral para la psicosis.

Síntomas

Podemos hablar de dos tipos de síntomas que suelen estar relacionados entre sí: la desorganización y los paranoides. La *desorganización* es quizás el más común y se manifiesta como un estado de *perplejidad con gran ansiedad*. En este estado, la persona se siente desconcertada pero, a la vez, está desesperada por saber lo que le sucede y por qué, formulándose estas preguntas sin respuesta una y otra vez. Por lo general, el paciente tiene una pobre orientación en tiempo, espacio y persona. La desorientación difiere de la que se observa en un estado confusional agudo, que apunta a causas orgánicas tales como problemas endocrinos, enfermedades somáticas, intoxicaciones o el inicio de una demencia (véase Capítulo 13). En dichos estados, las respuestas incorrectas o inventadas relacionadas con la orientación son de tipo más aleatorio.

A veces, un paciente puede estar muy alterado, manchando su entorno con excrementos o flujo menstrual. Si alguien lo detiene puede reaccionar de forma muy agresiva. También pueden quitarse la ropa y andar desnudos, lo que puede resultar molesto e incómodo para el personal y otros pacientes. La psicosis que se produce después del parto, denominada psicosis puerperal, puede manifestarse de este modo. Las descripciones literarias de las psicosis breves son abundantes y muy ilustrativas. Los ejemplos más conocidos son el *Fausto* de Goethe, donde Gretchen es abandonada por Fausto, y en *Hamlet*, de Shakespeare, cuando Ofelia enloquece al ser abandonada por Hamlet.

Podemos distinguir la psicosis breve de la confusión por el nivel de conciencia. En la confusión, el nivel de conciencia tiende a fluctuar de una hora a la siguiente, pudiendo pasar de un estado de somnolencia a la hiperactividad. Por lo general, el recuerdo de hechos recientes también está afectado. En la psicosis breve puede haber alucinaciones auditivas pero no siempre dominan el cuadro. Con frecuencia, la voz pertenece a una persona muy allegada al paciente o a un personaje famoso. Por momentos, el paciente interrumpe lo que está haciendo y parece estar escuchando la voz o las voces, de forma bastante evidente.

Períodos breves de catatonia, acompañados a veces de fiebre, pueden complicar la situación, especialmente si el paciente está muy ansioso. La catatonia conlleva una gama de alteraciones motoras observadas en la psicosis que incluyen estupor, excitabilidad y catalepsia. Parece que la catatonia disminuye la experiencia subjetiva de ansiedad. Debido a las alteraciones motoras, el paciente no puede comer ni beber ni tampoco recibir los cuidados personales básicos. Si este estado se prolonga por varios días, la vida del paciente corre peligro por deshidratación.

No reconocer al niño después de su nacimiento

Ulla, una auxiliar de enfermería de 25 años, dio a luz a su primer hijo tras un embarazo complicado. Durante los últimos meses de gestación tuvo proteinuria e hipertensión. Hubo que provocar el parto y el proceso fue doloroso. Cuando le llevaron al bebé mostró una marcada indiferencia hacia él. Su apatía aumentó. Aunque no presentaba síntomas psicóticos claros, Ulla le dijo al psiquiatra que no estaba segura que el niño fuera suyo. Su ansiedad se intensificó cuando le dieron el alta. Insistía en que le habían dado el hijo de otra persona. A pesar de esto, amamantó al bebé. Su marido pensó que el problema desaparecería una vez estuvieran de vuelta en casa, con la ayuda de la madre de Ulla. Sin embargo, la situación empeoró cuando llegaron a casa. Ulla comenzó a bañar al bebé de forma brusca y tuvieron miedo que pudiera hacerle daño. Fue ingresada en una unidad psiquiátrica y se hicieron cargo del bebé en el servicio de neonatos.

El estado de Ulla evolucionó a un episodio psicótico agudo. Trató de escaparse de la sala y tuvieron que retenerla contra su voluntad. Su marido le trajo al bebé y, al principio, pudo amamantarlo. No obstante, hubo que interrumpir la lactancia por la seguridad del bebé. Los intentos de ayudar a Ulla mediante psicoterapia fracasaron. La situación en la sala se complicó porque era verano y en el hospital sólo había suplencias temporales. Ulla rehusó asearse y, en numerosas ocasiones, cuando no estaba siendo observada, se paseó desnuda por la sala. También tuvo complicaciones obstétricas, con fisuras vaginales infectadas a causa del parto, que eran difíciles de tratar. Atacó al personal en varias ocasiones. En un intento de disminuir su nivel de excitación y tratar su psicosis, se le dio tratamiento involuntario con inyecciones de neurolepticos, sin mucho éxito, por lo que se recurrió a la terapia electroconvulsiva (TEC). Respondió favorablemente tras dos sesiones de tratamiento y pocas semanas después pudo abandonar el hospital completamente restablecida.

Durante una visita de control, Ulla manifestó que lamentaba haber tenido que interrumpir la lactancia materna y se quejó amargamente del trato tan poco profesional que había recibido en el servicio de psiquiatría. La relación con su hijo no parecía haber sufrido ningún daño profundo a largo plazo. Su esposo se deprimió y requirió ayuda psicoterapéutica para poder recuperar la confianza en su mujer.

Comentarios

La psicosis se desencadenó como consecuencia de la combinación del trauma psicológico creado por un parto difícil y las complicaciones somáticas que ocurrieron después del nacimiento del bebé. Es posible que la situación hubiera mejorado antes, si la hubiera gestionado un grupo profesional más consistente y capacitado. En las psicosis breves refractarias, especialmente cuando la integridad del paciente o de los demás se ve amenazada, la TEC puede ofrecer ventajas con respecto a tratamientos más conservadores, si es utilizada con la debida precaución. El siguiente embarazo de Ulla marchó bien y, atendiendo a su petición, se le practicó una cesárea.

En las psicosis breves pueden observarse variedad de síntomas paranoides. Entre ellos, la creencia de estar siendo perseguido por extraterrestres, que le están envenenando la comida o que han robado su casa y han puesto los objetos en un orden diferente o se los han estropeado. Las ilusiones transitorias, las alucinaciones auditivas y, a veces visuales, confirman estas experiencias.

Psicosis paranoide breve después de una terapia de grupo

María era una emigrante de 30 años de edad. Estaba casada y tenía una hija de 8 años. Su marido había sido detenido por delitos relacionados con drogas y estaba en tratamiento residencial por abuso de sustancias. Durante una semana de tratamiento familiar, en la que se le pedía a los participantes que formaran grupos y trabajaran de forma intensa “con sus personalidades” y relaciones más cercanas, María empezó a tener problemas para dormir. Al regresar a casa, comenzó a creer que una amiga la estaba envenenando y que había puesto una droga en su café. También empezó a temer que su marido quisiera matarla. Creía que su contestador automático estaba

pinchado y en una ocasión escuchó una voz amenazante. También creía que alguien había hecho copias de las llaves de su apartamento. Se realizó una valoración psiquiátrica de urgencia, en la que se mostraba cautelosa, con un lenguaje incoherente, ideas paranoides y afecto embotado. Fue ingresada en observación.

Los síntomas paranoides remitieron unas semanas después sin medicación antipsicótica. Sucedió que un mes antes, mientras esperaba en el andén del tren había dado unos pasos adelante cuando llegaba el tren. En el último momento se dio cuenta del peligro y pensó: “¿Qué estoy haciendo?” y se detuvo.

Su infancia había sido traumática. Había crecido en un país del sur de Europa y la enviaron a Suecia tras la muerte de su madre, con tan sólo 6 años de edad. Mientras esperaba su marcha, un tío suyo, en cuya casa estaba viviendo, abusó sexualmente de ella. Se crió en diferentes familias de acogida. Expresó que esto hizo que se “endureciera”, pero la discusión del grupo destapó sus sentimientos de forma incontrolable. El temor subyacente era que le quitaran a su hija, que tenía ahora la misma edad de María cuando la enviaron a Suecia.

Después de su psicosis, María sintió la necesidad de hablar sobre lo que le había sucedido. Estuvo en psicoterapia durante varios años y también en tratamiento con medicación antidepresiva, debido a la gravedad de su depresión. Finalmente pudo organizar su situación económica y se separó de su marido quien, según pudo saberse después, había estado viviendo con otra mujer durante la mayor parte de su matrimonio.

Comentarios

María tenía una clara vulnerabilidad psicológica como consecuencia de su infancia traumática. Su crisis no fue inesperada, en parte debido a los graves impulsos suicidas que experimentó. Su capacidad para afrontar de forma constructiva sus sentimientos de abandono y rechazo, junto con su miedo al futuro, fue baja desde el inicio. La identificación con su hija y el temor a que se la quitaran, se vieron reforzados por el hecho de que su hija tenía en ese momento la misma edad que ella cuando la enviaron lejos de su país de origen. Esta forma de afrontar sus traumas infantiles, mediante el aislamiento emocional y “manteniendo el tipo” es común en aquellos que desarrollan una psicosis a raíz de una ruptura repentina de sus barreras emocionales. Por otra parte, sería muy fácil cuestionar la terapia

familiar por falta de cuidado. Sin embargo, no siempre es posible saber el grado de vulnerabilidad a la psicosis de una persona que aparentemente está bajo control. Los síntomas típicos son delirios paranoides no bizarros y posiblemente algunas experiencias alucinatorias. El estrés desencadenante puede empeorar al revivir recuerdos traumáticos.

La psicosis breve también puede presentar características esquizofreniformes en las que los delirios son bizarros, relacionados quizás con la influencia de fuerzas externas sobre el cerebro. Las alucinaciones también pueden ser más intensas, con muchas voces interactuando. Para que sea clasificada como esquizofrenia, la enfermedad debe tener una duración mínima de un mes, según los criterios del DSM-IV.

Factores desencadenantes

Es común encontrar un estrés psicológico claro que precede a la psicosis breve, como una pérdida, una violación u otros acontecimientos extremos (por ejemplo, véase el caso de Angela en el Capítulo 2). Es posible que sea necesario explorar los antecedentes y circunstancias de la persona con el fin de comprender la razón por la cual un hecho particular ha adquirido un significado tan poderoso como para desencadenar la psicosis. Ocasionalmente, el *aislamiento* o las *enfermedades somáticas* pueden contribuir al inicio de la psicosis. En algunos casos, altas dosis de corticoides pueden desencadenar psicosis, especialmente de tipo afectivo.

En el caso de mujeres, puede haber una relación con el ciclo menstrual, especialmente el síndrome premenstrual, que puede disminuir el umbral para la psicosis. Asimismo, las mujeres en el periodo postnatal son especialmente vulnerables, por razones tanto de tipo hormonal como psicológico. En ambos casos, la perplejidad y la desorganización son típicas y sugieren un componente orgánico (hormonal/neuroquímico). En las psicosis breves agudas es importante identificar los *factores orgánicos*, tales como enfermedad cerebral, enfermedad sistémica o intoxicación de cualquier tipo. El hecho de que un factor orgánico haya reducido el umbral para la psicosis no debería disuadirnos de hallar aspectos psicológicos añadidos al desencadenante externo. El conocimiento acerca de éstos puede utilizarse de forma preventiva en futuras situaciones de crisis, ya

que aporta una mejor comprensión de la situación en su conjunto. No obstante, en algunas psicosis, la causa puede ser difícil de identificar.

Evolución y pronóstico

Según los criterios DSM-IV, una psicosis breve no debería durar más de un mes. Una personalidad premórbida bien adaptada y estresores precipitantes claros, aumentan las probabilidades de recuperación rápida y completa. Es importante asegurar un ambiente que facilite la recuperación y la elaboración.

No obstante, como se ha afirmado anteriormente, una psicosis breve puede ser precursora de un trastorno más profundo de larga duración, ya sea de tipo afectivo o esquizofrénico. En el primer caso, es común encontrar fluctuaciones emocionales en la historia previa, junto con estados depresivos o maníacos. Además, con mucha frecuencia hay antecedentes de un familiar cercano que ha padecido un trastorno afectivo.

Psicosis afectiva

La historia reciente revela numerosos cambios en los sistemas de clasificación de la psicosis. A muchas personas que hace unas décadas, especialmente en Estados Unidos, se les diagnosticó de esquizofrenia, hoy en día se les diagnosticaría un trastorno afectivo. Antes del DSM-III, que se introdujo a comienzos de la década de 1980, en Estados Unidos el concepto de esquizofrenia estaba más cercano al concepto general de psicosis. Por esta razón, se consideró que el pronóstico asociado a la "esquizofrenia americana" era positivo, de forma poco realista, para quienes trabajaban siguiendo las convenciones diagnósticas europeas, que eran más estrictas. Esto influyó también en muchos de los resultados positivos atribuidos a la psicoterapia de este tipo de "esquizofrenia".

En los sistemas de clasificación actuales, las psicosis afectivas no están categorizadas como trastornos psicóticos. A pesar de ello, las he incluido en este libro porque la mayoría de las psicosis agudas tienen un elemento afectivo, es decir, tienen elementos depresivos o maníacos. Formas intermedias son comunes. Por consiguiente, se establece un límite artificial entre psicosis con bajo contenido en síntomas afectivos y aquellas cuyo contenido es alto. Un período de síntomas depresivos o hipomaníacos claros puede ser el precursor de las psicosis breves, las psicosis esquizofreniformes y las psicosis esquizofrénicas. En las psicosis afectivas, el trastorno subyacente es la depresión o bien el trastorno bi-

polar, en el cual la persona, durante un período de su enfermedad, desarrolla una psicosis franca. En las psicosis afectivas, el deterioro previo del estado de ánimo puede actuar como desencadenante de la psicosis. Esto apoyaría la idea de que no hay necesariamente una distinción categórica entre psicosis afectivas y no afectivas. Por lo general, estas psicosis remiten sin dejar déficits residuales y, por tanto, el pronóstico usualmente es mejor en comparación con la psicosis esquizofrénica. Otra interpretación dinámica relacionada con una mejor recuperación es el hecho de que en las psicosis afectivas, las representaciones internas del mundo externo y del *self* (véase Capítulo 4) han alcanzado un mayor nivel de madurez evolutiva.

Un trastorno bipolar que comienza con una psicosis breve

Yvonne era una mujer soltera de 35 años dedicada profesionalmente a la música. Tenía buenas y estrechas amistades. En los últimos años su vida había estado dedicada totalmente a la relación con un hombre casado. Cuando éste se separó de su mujer, Yvonne pensó que se irían a vivir juntos pero, repentinamente, él le declaró que no deseaba continuar su relación. Unos días más tarde, asistió a la boda de su mejor amiga y durante la ceremonia, comenzó a comportarse de manera extraña, hablando de forma simbólica y en verso. Trató de jugar a las adivinanzas con unos niños a los que no conocía. Apenas durmió durante las noches siguientes. Una noche se despertó en un estado de ansiedad y, convencida de que su vida corría peligro, huyó a un bosque en camión. Tras la búsqueda policial, la encontraron y trasladaron a una unidad psiquiátrica. Su lenguaje era desorganizado y parecía estar muy ansiosa. Tras un período de tratamiento con medicación antipsicótica, su estado mental se estabilizó y pudo volver a su ciudad. Sin embargo, no se observó mejoría. Por el contrario, se hundió en una depresión con rumiaciones suicidas persistentes y de nuevo hubo que trasladarla a una unidad psiquiátrica. Después del tratamiento, Yvonne pudo volver al trabajo pero seis meses más tarde, volvió a tener una crisis, esta vez con predominio de síntomas maníacos. No podía dormir, se vestía de forma extraña y urdía planes ininteligibles. Para evitar que arruinara su carrera y, dado el riesgo de suicidio en caso de que pasara a la fase depresiva, se la retuvo inmediatamente y fue ingresada en el hospital. El tratamiento con litio dio resultados satisfactorios e inició psicoterapia cognitiva.

Comentarios

Esta psicosis aguda breve resultó ser la manifestación inicial de un trastorno bipolar (maníaco-depresivo). Durante un largo período de tiempo Yvonne no pudo reanudar su carrera musical. La seguridad en si misma era escasa y estaba permanentemente alerta ante el mundo exterior. Experimentó su psicosis como si se hubiera quitado una máscara violentamente, permitiendo que sus sentimientos reprimidos afloraran de forma caótica. Dos años de psicoterapia cognitiva intensiva tuvieron un efecto significativo en su capacidad de aceptar y trabajar su vulnerabilidad y aumentar su *insight*. La elección de la terapia vino determinada por la búsqueda sistemática de ayuda por parte de Yvonne. Varios años después pudo retirarse de forma segura el tratamiento con litio.

Incidencia

La *frecuencia* de la psicosis afectiva es incierta, debido aún más a la dificultad para definir su diagnóstico, pero no es más inusual que otras formas de psicosis ya mencionadas. Afecta principalmente a mayores de 30 años.

Síntomas

Además de los componentes afectivos de la depresión o del trastorno bipolar (maníaco-depresivo), el paciente también experimenta de forma *simultánea* psicosis, más breve que el trastorno afectivo. Los delirios, así como las alucinaciones, pueden estar presentes durante un período de tiempo sustancial, pero no reemplazan la sintomatología afectiva. (Los casos en los que se presentan síntomas esquizofrénicos y afectivos, pero no ocurren de forma simultánea durante un período superior a dos semanas, son conocidos como psicosis esquizoafectivas). Las experiencias psicóticas pueden ser “congruentes” o no con el estado de ánimo. Los *delirios “congruentes con el estado de ánimo”* pueden representar contenidos de no valer para nada, de delitos anteriores, de muerte, de destrucción y de culpa.

En *delirios incongruentes con el estado de ánimo* puede existir la creencia de ser destacados por medios de comunicación, que divulgan información falsa sobre errores o relaciones sexuales avergonzantes. Puede haber ocasionales alucinaciones auditivas de voces acusatorias, así como

delirios más bizarros, como la creencia de que los pensamientos son implantados o sustraídos del cerebro. Aunque alucinaciones con estas características se consideran prototípicas de la esquizofrenia, el trastorno puede clasificarse como afectivo si son de corta duración y, a largo plazo, los otros síntomas corresponden con criterios de un trastorno afectivo.

El *riesgo de suicidio* puede ser alto durante los episodios psicóticos agudos. Incluso en la fase depresiva posterior, cuando la psicosis va remitiendo, se mantiene alto debido a que la motivación y energía aumentan lo suficiente como para que la persona pase al acto (Para un ejemplo, véase el caso de Helen en el Capítulo 22).

Factores desencadenantes y antecedentes

Un estado maníaco o una depresión severa pueden desencadenar una reacción psicótica. En estos casos, es común descubrir que hay un familiar de primer grado que ha padecido un trastorno afectivo. Algunas veces se desvelan separaciones difíciles ocurridas a una edad muy temprana, muertes o abuso infantil. Por lo general, estas experiencias tempranas han sido ocultadas o se ha negado su influencia hasta que son revividas a raíz de un acontecimiento traumático, real o simbólico, en el presente.

Una beca en el extranjero

Charles, un joven de 25 años, ingeniero recién licenciado, había obtenido una beca para estudiar en una universidad en el extranjero. Tenía varios amigos cercanos con quienes podía contactar, pero era tímido y ansioso, especialmente con las mujeres, a pesar de un activo interés sexual. Charles sufrió acoso psicológico durante el bachillerato. Se crió dentro de una tradición religiosa no conformista, con códigos morales muy estrictos. Sin embargo, se apartó de la religión. Se sentía cansado y estresado incluso antes de marcharse de Suecia, ya que tenía varios trabajos por terminar. Cuando llegó a la Universidad, se encontró bastante aislado en el campus. Sin embargo, salía de copas por las noches (no hubo evidencia de abuso del alcohol). Su abatimiento siguió en aumento. En una ocasión, se tropezó, fracturándose un tobillo que hubo que escayolar. Su tutor era un fundamentalista religioso, con quien Charles enseguida entabló amistad. Empezó a tener problemas de insomnio que fueron aumentando y se pasaba la noche en vela rumiando preguntas relativas a su existencia.

Una mañana muy temprano, unas tres semanas después de su llegada, escuchó a alguien a través de la ventana preguntarle: “¿Fue Satán?”. No había nadie, pero se sintió obligado a salir y justo fuera de la residencia, de repente, se sintió invadido por un sentimiento de éxtasis. Vio una luz que brillaba en el cielo en forma de cruz. Cuando volvió al interior de su habitación golpeó su cabeza contra el grifo intencionadamente, con tal fuerza que se hizo una brecha en la frente y tuvo que ser trasladado al hospital para suturarlo. Desde ahí le llevaron a una clínica psiquiátrica pues estaba perplejo. Se le administraron altas dosis de medicación antipsicótica y volvió a casa aproximadamente una semana después. Cuando regresó a su país estaba abatido y alterado pero sin evidencia de psicosis, por lo que se le redujo la medicación. A pesar de ello, los efectos secundarios eran desagradables y se interrumpió la medicación. Esto le permitió reflexionar sobre lo sucedido y se dio cuenta de que la combinación de exceso de trabajo, aislamiento e intensas conversaciones sobre religión, habían despertado en él conflictos internos acerca de sus creencias religiosas. Los recuerdos de los días en la clínica psiquiátrica le atormentaron durante largo tiempo. Continuó en psicoterapia durante otros seis meses e incluso sus padres asistieron a varias sesiones. En este tiempo su depresión mejoró y pudo reanudar su actividad laboral. Tres años después, en una visita de seguimiento expresó que se sentía bien y podía recordar su episodio psicótico con una mayor comprensión de lo sucedido.

El trastorno delirante

Incidencia

Incluso el trastorno delirante constituye un grupo heterogéneo de trastornos. Por lo general, lo padecen mujeres en torno a 30 años de edad, aunque también puede presentarse en mujeres más jóvenes y en hombres. Muy pocos afectados buscan ayuda: anualmente se diagnostican 2 ó 3 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. Como consecuencia de sus síntomas, por lo general, las personas contactan primero con servicios de atención primaria, asistentes sociales u otras instituciones de la comunidad, tales como la policía y la Iglesia. Cuando los síntomas superan el nivel socialmente aceptable, se produce la derivación de urgencia a los servicios

de psiquiatría. Los trastornos delirantes son particularmente resistentes al tratamiento y suelen tener un curso prolongado.

Síntomas

Por lo general, los delirios giran en torno a una idea psicótica aislada o a un grupo de delirios interconectados. Según el DSM-IV, para ser clasificados como tales, deben tener una duración mínima de un mes (tres meses según la CIE-10). La presencia de delirios permite diferenciar este trastorno del *trastorno paranoide de la personalidad*, que sólo ocasionalmente cursa hacia una psicosis. En algunos casos se observa una lenta transición hacia la esquizofrenia paranoide. A veces pueden transcurrir entre 3 y 5 años antes de que el desarrollo de un trastorno esquizofrénico sea evidente. Los delirios se hacen cada vez más bizarros, las alucinaciones auditivas más intensas y/o se observa una mayor desorganización de la personalidad y de la conducta.

Normalmente, los delirios persisten muchos años, a veces durante el resto de la vida del paciente, si bien la intensidad fluctúa. En ocasiones, una leve injusticia puede desencadenar una crisis y, por consiguiente, el trastorno. Las ideas delirantes pueden ser persecutorias (una banda que está haciendo un complot en su contra, enemigos académicos que difunden rumores secretamente, autoridades que conspiran contra la persona, etc.). Puede incluso enviar una serie de cartas y peticiones para que se actúe contra ellos y asegurarse que sean procesados. En casos extremos, incluso pueden llegar a hacer acusaciones graves, por ejemplo, de abuso sexual contra familiares o vecinos.

Los celos patológicos o mórbidos pueden llegar a ser delirantes y, en estos casos, el paciente se obsesiona con la idea de que su pareja le es infiel. Puede acusarla con supuestas evidencias que demuestran su infidelidad: cada noche el marido encuentra manchas de semen en la ropa de íntima de su mujer o, tan pronto el marido sale de la casa, su mujer está convencida de que tiene citas secretas con las vecinas. Puede resultar difícil establecer la diferencia entre estos casos de trastorno delirante y trastorno paranoide de la personalidad. Se ha observado una relación entre el abuso del alcohol y la celotipia.

Con frecuencia, estos pacientes se quejan de personas malintencionadas, que desean "molestarles" o "engañarles" de un modo u otro. La razón para esto puede ser más o menos definida por el paciente. El perseguidor o enemigo puede ser una persona famosa quien ni siquiera le conoce. El paciente puede llegar a acosar al objeto de sus delirios en tal

grado que requiera tratamiento involuntario. Un popular cantante ya mayor era acosado telefónicamente y por medio de cartas por una mujer que tenía un trastorno delirante. Aunque no se conocían, ésta insistía en que él debía casarse con ella, ya que creía que se lo había propuesto a través de sus canciones. La mujer estaba tan celosa de la familia del cantante que llegó al extremo de incendiar su casa de verano. Después de esto, publicó un libro costeadado por ella misma, en el que escribió sobre las muchas injusticias que había vivido.

Los contenidos delirantes son, por lo general, de naturaleza muy personal: por ejemplo, la persona puede creer que huele mal, o que otras personas insinúan que es homosexual, o que tiene una deformidad física; estos delirios pueden ser difíciles de distinguir de la hipochondría o del trastorno paranoide de la personalidad. Son resistentes al tratamiento pero, es fundamental detectarlos cuando la persona empieza a buscar tratamientos médicos o cirugías correctivas, que son innecesarios. La *irritabilidad* o el *ánimo depresivo* están presentes, presumiblemente como consecuencia del sufrimiento subjetivo. En estos casos, el *riesgo de suicidio* es elevado, especialmente en los momentos en los que la psicosis disminuye.

El fotógrafo envenenado

Szandor, un emigrante de 38 años que era fotógrafo, acudió al servicio de urgencias de una clínica psiquiátrica. Estaba desempleado pero recibía una prestación del estado para que continuara con su trabajo. Comenzó a preocuparle la idea de que estaba siendo envenenado, en parte por los gases de los productos químicos que utilizaba para revelar sus fotografías, pero también por el metal de las latas de comida y de los utensilios de cocina. Temía perder sustancias importantes a través de la orina, por lo que comenzó a beberse su propia orina cada mañana.

Szandor era un hombre organizado, competente y parecía capaz de establecer un buen contacto emocional. Relató que seis meses antes había finalizado una relación amorosa de cuatro años. No tuvieron hijos, pero él echaba de menos a su pareja. Pensaba que su desconfianza y sus celos habían contribuido en gran parte a que ella le dejara.

Szandor fue hospitalizado durante unos días y estaba ansioso ante la idea de que alguien hubiese entrado en su piso, si bien no sabía

decir quién ni por qué motivo. Se le administró una dosis moderada de medicación antipsicótica. En las visitas de seguimiento estaba menos motivado para hablar de sus problemas. Todavía pensaba que alguien quería “dañarle”, entrar en su piso y cambiar las bombillas. No quiso comprometerse a realizar un tratamiento futuro, su médico intentó ponerse en contacto telefónico con él varias veces para interesarse por su estado, pero no tuvo éxito.

Al final, la policía local descubrió que Szandor se había suicidado cortándose las venas y saltando desde su piso en una séptima planta. También encontraron frascos de medicación sin abrir. Esto sucedió exactamente un año después de haber buscado ayuda psiquiátrica.

Comentarios

Aunque no tengamos la certeza de que este caso podría haber tenido una evolución diferente, hay ciertos factores que pueden considerarse: no se hicieron intentos activos para saber si este paciente tenía una red de apoyo social. Nunca se habló con él de su actitud reservada y su necesidad de privacidad. No se realizó ninguna visita domiciliaria para explorar sus creencias acerca de las misteriosas visitas del exterior. Se prestó poca atención a los delirios de estar siendo amenazado y envenenado. En lugar de tratar de explorar en mayor profundidad el fundamento de estas creencias, algo que se podría haber iniciado fácilmente con una visita domiciliaria, lo que se hizo fue establecer rápidamente un diagnóstico de trastorno delirante y simplemente se le indicó la medicación.

Naturalmente, Szandor no se tomó la medicación. Este paciente cortés y correcto ocultó su profunda desconfianza hacia el psiquiatra y quizás se haya sentido violado y acusado aunque se le haya tratado de forma amistosa. Probablemente se arrepintió de su apertura inicial. El diagnóstico de trastorno delirante no era en sí mismo un diagnóstico difícil de establecer, pero quizás era demasiado pronto para estar seguros. Beber su propia orina nos lleva a preguntarnos si no se trataba de un trastorno esquizofrénico incipiente.

Es importante distinguir entre las alucinaciones auditivas transitorias y las persistentes, ya que éstas últimas son un indicador de trastorno esquizofrénico. Los delirios bizarros de inserción, transmisión o robo del pensa-

miento tienen la mismas implicaciones.¹ Puede ser difícil determinar si las preocupaciones de una persona son realmente delirantes. Muchas ideas delirantes son plausibles y no se pueden descartar sin la corroboración de familiares o amigos. También es importante tratar los delirios del paciente con respeto, pero sin confabularse de forma activa con ellos. Puede resultar especialmente difícil cuando el paciente relata que otras personas lo evitan y/o que ha sido víctima de abuso sexual. La psiquiatría debe al paciente el respeto de evitar un diagnóstico precipitado. Este dilema es menor cuando la naturaleza psicótica de los síntomas es evidente (p. ej., delirios de inserción del pensamiento). Pero incluso aquí es importante no contradecir al paciente o hacerle sentir que sus creencias son rechazadas, cuestionadas de forma demasiado precipitada o de un modo que puede sentir como invasivo.

Vecinos espías

Vera había tenido una carrera bastante exitosa como periodista. Tenía 40 años cuando fracasó en su intento de publicar un reportaje sobre la antigua Unión Soviética. Era difícil confirmar la información que había recopilado para su artículo sobre la prostitución infantil. Herida y decepcionada, Vera se recluyó en su piso, del cual salía cada vez con menor frecuencia. Comenzó a redactar cartas a las autoridades para denunciar a unos vecinos que consideraba que habían actuado mal con ella y que probablemente la estaban espionando.

La policía había abandonado la investigación sobre sus denuncias ya que no pudieron corroborarlas. De noche, Vera comenzó a telefonar a personas con las que había perdido el contacto y las acusó de abusar sexualmente de niños. Finalmente estas personas la denunciaron a la policía. En ese momento dependía totalmente del apoyo económico de sus padres y de la comida que ellos le dejaban en la puerta ya que ni siquiera les abría.

A raíz de esto, su médico de cabecera le hizo una visita domiciliaria. Vera se mostró muy sosegada y lúcida. No daba la impresión de que tuviera alucinaciones. Sin embargo, como no mejoró, aumentó la preocupación por ella y al final la llevaron al hospital por la fuerza. Estuvo en tratamiento involuntario con medicación antipsicótica. La dosis era baja, pero unas semanas después Vera se mostró más cálida, más receptiva y, afortunadamente, con una mayor capacidad de comprensión. Se marchó en un estado mental muy positivo y unos meses después, suspendió la medicación. Los síntomas

volvieron gradualmente durante los seis meses siguientes y Vera fue ingresada nuevamente en el hospital, aunque esta vez con su consentimiento. Tras muchas conversaciones, se la pudo persuadir para que volviera a tomar la medicación. Algunos meses después, pudo reanudar su trabajo anterior con una jornada parcial en el periódico. La mejoría con la medicación antipsicótica nos lleva a preguntarnos si la naturaleza de su trastorno podría haber sido la fase inicial de un trastorno esquizofrénico, junto con la recaída al suspender la medicación, pero la capacidad para reanudar un trabajo de elevada exigencia no nos permite sostener este argumento.

Evolución y pronóstico

El curso del trastorno delirante es variable. En algunos casos, remite en un lapso de seis meses mientras que en otros persiste durante muchos años e incluso durante toda la vida, aunque con fluctuaciones en la intensidad. En el primer año es difícil saber si se trata de la fase inicial de una esquizofrenia. A veces, se presenta con una conducta cada vez más bizarra y perturbada y con una disminución de la capacidad para funcionar, quizás durante cinco a diez años. En estos casos, es importante el tratamiento con medicación antipsicótica en dosis apropiadas. Sin embargo, el reto es establecer una buena relación con el paciente para quien la comprensión de sus síntomas es, por lo general, muy limitada.

Trastorno psicótico no especificado

En el 10 al 20 por ciento de los pacientes con un primer episodio psicótico se dispone de poca información para establecer un diagnóstico con certeza. Los síntomas pueden ser demasiado inespecíficos. Por lo general, se tiene la sensación de que es muy pronto para hacer un diagnóstico definitivo, especialmente de trastornos crónicos como la esquizofrenia. Por el contrario, lo que se hace en estos casos es utilizar un diagnóstico no específico que, en el momento oportuno, puede reemplazarse por un diagnóstico definitivo, según el curso de la enfermedad. Las alucinaciones auditivas pueden estar presentes sin que haya una clara evidencia de delirios, o puede tratarse de un cuadro en el que haya razones para sospechar una causa orgánica. Esta categoría diagnóstica también se utiliza

cuando no se tiene la seguridad de si el componente afectivo debe considerarse como determinante en la psicosis. En general, cerca de la mitad de los pacientes con una psicosis no especificada reciben el diagnóstico de esquizofrenia cuando ha transcurrido alrededor de un año y el resto, en su mayoría, se recupera.

“Psicosis” disociativas (histéricas)

Con frecuencia, es difícil diferenciar la verdadera psicosis, en la que el yo pierde la capacidad de integrar la realidad, y la psicosis *disociativa* o, en términos psicodinámicos clásicos, *psicosis histérica*. Este tipo de paciente manifiesta signos aparentes de “locura”. Su lenguaje puede parecer desorganizado e incoherente, o simplemente ilógico. Realizan movimientos misteriosos que parecen tener un significado simbólico, y puede parecer que experimentan alucinaciones visuales y auditivas. No obstante, en la presentación clínica hay un elemento comunicativo y dramático que, inconscientemente, podría tener la función de evitar la situación que genera el conflicto interno. En general, lo que consideramos psicosis auténticas no están relacionadas con una clara ganancia primaria. Del mismo modo que la histeria de conversión simula diferentes enfermedades físicas como la parálisis, el mutismo o la ceguera, etc., en la psicosis histérica el paciente parece presentar una psicosis. Tienen una personalidad más integrada, normalmente con rasgos neuróticos. Debe acotarse también que existe un continuo entre los trastornos psicotiformes “histéricos” y las psicosis puras. El DSM-IV no describe la psicosis disociativa aunque está relacionada con el trastorno de personalidad múltiple.

Factores etiológicos

Por lo general, en los casos de psicosis disociativa encontramos experiencias traumáticas tempranas como abuso sexual o pérdidas afectivas significativas. Es común en personas que han sido víctimas o testigos de una violencia reiterada, o que han sido abandonadas o desatendidas a una temprana edad. El contenido traumático de estas experiencias no se integra en el funcionamiento normal del *self*, bien sea porque aún no se ha desarrollado el lenguaje o bien porque estas experiencias son demasiado dolorosas y, por este motivo, se reprimen. Se escinden (disocian) de la personalidad, formando una parte “externa” a ésta, pero pueden aflorar en la vida adulta cuando se está sometido a un fuerte estrés, en forma

de cambios de personalidad “psicotiformes”. Hay personas que hacen una “psicosis” disociativa con mucha facilidad y el maltrato puede cronificar el trastorno. Los traumas tempranos también pueden debilitar el desarrollo del yo y pueden, por esta razón, contribuir al desarrollo de una psicosis si existe una vulnerabilidad previa.

Muchos éxitos psicoterapéuticos rápidos en el tratamiento de la psicosis se deben en realidad a trastornos disociativos que, por lo general, responden favorablemente a psicoterapia intensiva dirigida por un terapeuta experto. Por esta razón, es importante que el diagnóstico se haga pronto. El tratamiento de elección es, ante todo, la psicoterapia orientada al individuo y, de ser posible, a la familia. En general, la medicación antipsicótica no está indicada.

Delirios y conducta desorganizada, pero no una psicosis

Nina, una mujer casada de 30 años, fue llevada de urgencia a una unidad psiquiátrica. Estaba en su séptimo mes de embarazo, tenía una niña de 4 años y un niño de 16 meses. Sus problemas habían comenzado poco después de saber que estaba embarazada. Empezó a pensar que cada vez que salía a la calle, personas desconocidas intentaban pincharla con jeringas infectadas con el VIH. La ansiedad relacionada con esta idea, que ella sabía que no era realista, se hizo tan poderosa que le impedía salir a la calle sola o con los niños. Su marido, que era consultor de informática, se vio obligado a pedir permiso en el trabajo por períodos de tiempo cada vez más prolongados. Un psiquiatra privado consideró que estaba psicótica y le prescribió dosis baja de medicación antipsicótica. Fue aumentando gradualmente la dosis sin obtener efecto alguno y, a causa de sus ideas obsesivas, también le indicó un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Su estado empeoró y la pareja fue derivada a una unidad para pacientes con un primer episodio psicótico.

En nuestro primer encuentro Nina no estaba bien integrada, parecía ensimismada y muy ansiosa. Dijo que llevaba puesta su gabardina para poder darse cuenta si alguien intentaba perforarla con una aguja. Un rato después, me preguntó si podía revisar mis bolsillos ya que podría llevar jeringas. Tenía heridas recientes en la piel. Su marido explicó que Nina se cortaba finas capas de piel donde creía que había sido pinchada con el fin de estudiarla con una lupa. Durante la

conversación, de pronto saltó y se puso a buscar detrás de las sillas porque estaba convencida que alguien había entrado y se había escondido en alguna parte para poder inyectarla más tarde.

A pesar de lo caótica que era la situación, no estaba tan seguro que padeciera una psicosis y sospeché que Nina era capaz de controlarse a sí misma más de lo que me dejaba ver. Le propuse una pauta de visitas regulares acompañada de su marido. Para comenzar, y también a causa de su estado de gestación, suspendí la medicación consistente en una dosis diaria de 6 mg. de haloperidol junto con un antidepresivo. Esto hizo que la comunicación mejorara significativamente y en la tercera visita Nina ya sentía su mente más clara. Gradualmente pudo describir su infancia como caótica e insegura así como, expresar intensas protestas, llenas de culpa respecto a su embarazo. Había trabajado como *freelance* de forma muy gratificante pero no había podido retomar en los últimos cuatro años. Por razones emocionales, Nina no podía considerar la posibilidad de un aborto: "Amo a los niños". A pesar de todo, soñaba de forma reiterada que el feto había muerto. También soñó que su hijo más pequeño, que ahora tenía un año y medio, había crecido tan rápido que ya no podría reconocerla.

Seguía dándole el pecho para garantizar que tendría una alimentación más sana (a pesar de lo cual se quedó embarazada). Nina comenzó a admitir que se sentía consumida por sus embarazos y que no tenía vida propia. Su marido, que se sentía culpable por ser responsable del embarazo, corroboró las opiniones de Nina, al tiempo que mantuvo un firme control psicológico. Desde el principio, Nina sintió que no podía expresar ninguna queja porque no sería justo con el bebé que estaba por nacer ni con su esposo que había renunciado a tantas cosas por ella. Sin embargo, comenzó a lanzar fuertes acusaciones contra él. Posteriormente pudo asumir su parte de responsabilidad en la situación de pareja. Aceptó la interpretación según la cual se sentía amenazada por una enfermedad mortal como castigo a sus pensamientos incriminatorios, con un profundo sentimiento y un creciente alivio. Durante el día Nina pudo quedarse sola con los niños períodos de tiempo cada vez mayores. Sus pensamientos obsesivos desaparecieron y su marido volvió al trabajo, que se había visto seriamente perjudicado por sus largas ausencias. Dos meses después, Nina estaba completamente recuperada y unos meses más tarde dio a luz a su hijo sin dificultades. Durante el año siguiente continuó en terapia de apoyo de forma intermitente.

Comentarios

Este caso muestra la importancia de un diagnóstico precoz acertado. La diferencia fundamental entre una psicosis pura y una de tipo disociativo, que esencialmente constituye una reacción neurótica, es que los pensamientos obsesivos o “delirios” expresan una reinterpretación simbólica de los conflictos internos reprimidos del paciente. La receptividad al contacto físico también es mayor que la habitual en la psicosis, a pesar del uso de la medicación. En la psicosis, la capacidad de aceptar la realidad está mucho más perturbada y la capacidad de elaboración de los conflictos es pobre.

Trastornos psicóticos II

Esquizofrenia - la enfermedad del *self*

Vemos a la persona esquizofrénica como a uno de nosotros que ha abandonado la lucha compartida que todos compartimos; sobre el self, sobre una existencia personal que ya no se adapta a las contradicciones internas de la realidad. (Manfred Bleuler, 1984)

Evolución histórica del concepto de esquizofrenia

Demencia precoz versus trastornos afectivos ("Escuela Kraepeliniana")

A finales del siglo XIX el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1855 - 1921) describió un grupo de enfermedades a las que llamó demencia praecox (Kraepelin 1971/1919). El término se había venido utilizando durante varias décadas y la contribución de Kraepelin fue distinguir los trastornos afectivos, de mejor pronóstico como la "psicosis

maníaco-depresiva”, de la psicosis catatónica, hebefrénica y paranoide. Reivindicó que este último grupo evolucionaba habitualmente hacia una demencia precoz, es decir, una disminución crónica de la capacidad mental. Este punto de vista se ha modificado considerablemente en la actualidad.

La esquizofrenia constituye un subgrupo heterogéneo de psicosis, que con frecuencia tienen un peor pronóstico. La alteración del sentido del *self* es mucho más profunda que en otro tipo de psicosis y, a su vez, afecta la capacidad para relacionarse y adaptarse al futuro. La delimitación de su definición y diagnóstico varía en función de las diferentes escuelas de pensamiento y sus puntos de vista científicos. Por tanto, no existe una frontera claramente definida, como solemos esperar en el mundo de la medicina. Daré una visión general de las características del concepto de esquizofrenia, que corresponde en principio, a la tradición psiquiátrica europea. Más adelante en este mismo capítulo, describiré los trastornos esquizofrénicos de forma más sistemática.

Síntomas fundamentales (“Escuela de Bleuler”)

El término esquizofrenia fue utilizado por primera vez en 1911 por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857 – 1939), padre del autor de la cita inicial Manfred Bleuler. Fue contemporáneo de Freud e incluso colaboraron ocasionalmente. Bleuler (1950/1911) describió las esquizofrenias como un grupo de trastornos con determinados síntomas típicos a los que llamó síntomas fundamentales. Los criterios de Bleuler para el diagnóstico de la esquizofrenia, conocidos como sus “cuatro A”, configuran los “síntomas fundamentales”:

- *Alteraciones asociativas*: se trata de trastornos en la capacidad para pensar de forma lógica. El observador notará una lógica alterada, un uso simbólico o particular de palabras, tendencia al pensamiento concreto, vaguedad y, alteración y escisión en la integración de conceptos lógicos. (Téngase en cuenta que estos trastornos formales del pensamiento no deben confundirse con las alteraciones del *contenido* del pensamiento como delirios y alucinaciones).
- *Alteraciones afectivas*: aquí encontramos un tipo de afecto que resulta inapropiado al contenido de los pensamientos de la persona (p. ej., reírse mientras se refieren detalles de la muerte de un ser querido), creciente indiferencia, pérdida de interés, apatía y falta de deseo.

- *Ambivalencia*: vacilación entre diferentes impulsos, lo que puede resultar en un deterioro de la capacidad para tomar decisiones.
- *Autismo*: un estado de retraimiento y dificultades para interactuar con el entorno físico y emocional. Consiste en una falta de concordancia entre el individuo y el mundo que le rodea. Un rasgo clave es la “falta de intersubjetividad” necesaria para comprender lo que piensan los demás, imprescindible en la interacción social.

Además hay otros síntomas psicóticos muy conocidos, pero que no son específicos del diagnóstico de esquizofrenia, ya que también pueden encontrarse en otros estados. Se trata de las alucinaciones, delirios, alteraciones en el lenguaje y en el discurso, cambios de conducta y otros síntomas.

Síntomas básicos (“Escuela fenomenológica”)

Mientras que los síntomas fundamentales solamente pueden ser observados, el concepto fenomenológico de “síntomas básicos” se refiere a experiencias psicológicas subjetivas, descritas por el paciente (o cuyos equivalentes conductuales pueden observarse). Esta aproximación fue formulada por la escuela psiquiátrica fenomenológica liderada por Gerd Huber en Bonn. La fenomenología resalta el valor de lo que se experimenta o se observa directamente, sin interpretarlo y sin hacer uso de modelos teóricos para comprender el fenómeno.

Normalmente los pacientes con esquizofrenia presentan varias alteraciones no-psicóticas de la experiencia, entre las que se encuentran las siguientes:

- 1 *Alteraciones del self*. Incluyen las dificultades para mantener una identidad cohesionada, sentirse vivo y ser autónomo. Son comunes la desrealización (sentimiento de desconexión de la realidad, por ejemplo, tener la sensación de encontrarse en un escenario) y la despersonalización (sentimiento de desconexión de uno mismo, de no existir o falta de integridad corporal), especialmente en fases tempranas de la psicosis, pero no son verdaderos síntomas de psicosis. Los límites del yo son permeables o frágiles y la línea divisoria entre el yo y no yo, está poco clara. Esto también puede observarse en casos de marcada ansiedad y de experiencias de exaltación y sobreimplicación con el mundo circundante.
- 2 *Alteraciones de la atención y los procesos de percepción*. Se manifiestan como dificultad para concentrarse y llevar a cabo planes. La capacidad para filtrar estímulos no esenciales se ve deteriorada. La percepción del sonido o de la luz puede verse aumentada o disminuida. La

atención se reduce y la capacidad para enfocar la atención hacia diferentes estímulos se ve afectada. Algunas personas son incapaces de percibir su entorno como un todo íntegro y, en lugar de ello, su percepción está fragmentada y, por tanto, menos coherente.

- 3 *Alternaciones cognitivas.* Es común la alteración de la concentración. Muchos se quejan de que pensamientos extraños aparecen de repente sin razón alguna y alteran la concentración. Algunas personas se encuentran atrapadas en rumiaciones sin sentido, sobre lo que acaban de pensar o decir. Otros se quejan de estar invadidos por gran cantidad de pensamientos. Se dan con frecuencia bloqueos del pensamiento en los que el paciente ve interrumpida su corriente de pensamientos de forma repentina o éstos desaparecen durante uno o más segundos. Los pacientes también pueden encontrarse diciendo algo que no tenían la intención de decir.
- 4 *Alteraciones de acciones y movimientos.* Los pacientes pueden realizar movimientos contra su voluntad, hacer muecas o mover brazos y dedos de una forma concreta. Los movimientos que antes eran automáticos ahora son muy estudiados. Por ejemplo, mientras camina, el paciente está pensando primero en el movimiento que debe realizar, mover primero el pie izquierdo, después el derecho, etc.
- 5 *Cenestésias.* Son experiencias corporales breves (de unos segundos) de debilidad, dolor, calor o entumecimiento. Estas sensaciones pueden constituir la base de una interpretación delirante.
- 6 *Alteraciones no específicas del sentido del self.* Es frecuente en estos casos una marcada sensación de pérdida de energía. A experiencias no específicas, se pueden agregar sentimientos depresivos y de ansiedad.

Los síntomas psicóticos consisten en la pérdida de comprensión adecuada de la realidad. Cuando los síntomas básicos son de naturaleza psicótica, contribuyen a un profundo cambio de la personalidad ya que, en lugar de experimentarse como extraños al yo, son egosintónicos. Lo que sucede es que la persona pasa de experimentar la perturbadora discontinuidad dentro sí mismo a interpretarla como una influencia procedente del mundo exterior. La experiencia ante una desintegración inminente del yo, marcada por la ansiedad, ahora se intenta “reparar” y explicar por medio del delirio.

Síntomas de primer y segundo rango

Kurt Schneider, quien también pertenecía a la escuela de fenomenología, distinguió entre “síntomas de primer y segundo rango” en un inten-

to de diferenciar los síntomas que merecían más atención en términos de pronóstico (Schneider, 1967). Son bastante semejantes a la diferenciación de Bleuler entre síntomas fundamentales y accesorios.

Los síntomas de primer rango se refieren a la experiencia psíquica donde la integridad se ve alterada de forma bizarra. La persona escucha sus pensamientos en voz alta, oye voces en forma de comentarios, cree que sus pensamientos son insertados, sustraídos o transmitidos y tiene delirios (conocidos como fenómenos de pasividad) en los que otras personas influyen en sus movimientos, sentimientos, instintos y deseos. Estos síntomas reflejan la pérdida de integridad de la experiencia, con alucinaciones y delirios que representan una creciente permeabilidad entre el yo y el mundo que rodea al paciente esquizofrénico. Del mismo modo, “pensamientos compulsivos” pueden sentirse a veces como una invasión. Por ejemplo, ideas o visiones con contenido sádico o promiscuo se “insertan” en su pensamiento normal.

Según Schneider, los *síntomas de segundo rango* son de menor importancia diagnóstica. Se relacionan con delirios tales como ser observado por un helicóptero o una aeronave, escuchar mensajes a través de la radio o de la televisión, creer que alguien en el trabajo desplaza el mobiliario o convoca reuniones para criticar. Los síntomas de segundo rango incluyen perplejidad, estados de ánimo depresivos o maníacos, etc.

Schneider afirmó que los síntomas de primer rango son particularmente importantes para el diagnóstico diferencial entre los fenómenos psicóticos esquizofrénicos, no esquizofrénicos y trastornos afectivos. También son clave en los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo con la CIE-10. No obstante, una investigación más reciente de Shepherd *et al.* (1989), ha demostrado que estos síntomas no tienen tanto valor pronóstico como Schneider creía, ya que no diferencian el grupo con mal pronóstico. No obstante, los síntomas de primer rango son característicos de una psicosis más profunda, aunque el paciente pueda recuperarse completamente.

Las implicaciones del DSM-IV y la CIE-10

Tal y como podemos ver en el Apéndice, los sistemas de diagnóstico no sólo contemplan la esquizofrenia como un trastorno psicótico de larga duración, sino también como un *grupo de enfermedades* caracterizadas por trastornos del pensamiento y asociativos, experiencias bizarras de influencia y/o un mayor o menor grado de alteración en el funcionamiento psicosocial. Más importante aún, el DSM-IV siguiendo a Kraepelin, su-

giere un mal pronóstico y el desarrollo de un déficit funcional junto con ciertos síntomas bien definidos (semejante al concepto Kraepeliniano de *dementia praecox*). La vinculación del concepto de esquizofrenia con mal pronóstico va en contra de un conjunto de estudios longitudinales que muestran que un 50 por ciento o más de los casos de esquizofrenia tienen un pronóstico bueno o relativamente bueno.

La CIE-10, más cercana a las definiciones de Eugen Bleuler y Schneider, ofrece un conjunto de criterios más amplios y menos exactos. En general, hay más similitudes que diferencias entre los sistemas. Con independencia del criterio utilizado para el diagnóstico, es difícil predecir el pronóstico de cada caso individual, especialmente durante los primeros años.

Síntomas positivos y negativos

La división entre los síntomas esquizofrénicos positivos y negativos se ha venido utilizando mucho durante las últimas décadas. Hace más de 100 años, el neurólogo inglés John Hughlings-Jackson (1958/1894), observó en las enfermedades mentales síntomas “deficitarios” *negativos* como introversión, deterioro del lenguaje y pérdida de la voluntad, así como síntomas “productivos” *positivos* como delirios, alucinaciones y conducta bizarra. Al margen de su teoría sobre como funcionaba el cerebro al sufrir un daño, Jackson sostuvo que los síntomas negativos son una manifestación de la pérdida de tejido cerebral que se produce durante el proceso de enfermedad. Los síntomas positivos son consecuencia de adaptaciones secundarias en la función cerebral y centros organizativos superiores, que previamente inhibían un funcionamiento más primitivo y que ya no ejercen el mismo grado de control.

Este punto de vista adquirió gran relevancia en la década de 1970 (Strauss *et al.*, 1974), convirtiéndose en la base del modelo (Crow, 1980) en virtud del cual la esquizofrenia con síntomas predominantemente positivos (*esquizofrenia tipo 1*) se relacionaba con un aumento patológico, determinado genéticamente, de receptores dopaminérgicos cerebrales, mientras que la esquizofrenia con síntomas predominantemente negativos (*esquizofrenia tipo 2*) estaría relacionada con un daño cerebral sutil de inicio precoz. Esta dicotomía teórica no ha sido confirmada, ya que la mayoría de pacientes con esquizofrenia tienen ambos tipos de síntomas en grado variable. Los síntomas negativos superan a los positivos en las últimas fases de la enfermedad. Aún así, es fundamental distinguir síntomas positivos de negativos, ya que estos últimos son similares a efectos

secundarios de la medicación neuroléptica, por lo que debe establecerse una clara distinción con ellos. Los síntomas negativos también pueden ser consecuencia de un aislamiento prolongado y falta de estimulación, elementos bastante comunes en los pacientes esquizofrénicos. En otras palabras, hay un riesgo de que efectos secundarios del tratamiento o consecuencias sociales de los síntomas puedan ser interpretados como signos de la enfermedad. Incluso la depresión puede ser diagnosticada erróneamente como síntoma negativo.

Trastorno del espectro de la esquizofrenia y trastorno esquizotípico de la personalidad

El concepto de trastorno del espectro de la esquizofrenia está vinculado a una mayor vulnerabilidad genética entre los familiares biológicos del paciente. Se ha observado en estos familiares una elevada frecuencia de trastornos *esquizotípicos* de la personalidad, es decir, individuos que tienen tendencia al pensamiento mágico o percepciones “extrañas”, “colindantes con el pensamiento delirante” y excéntricos aunque no psicóticos”. Los síntomas esquizofrénicos básicos (tal y como han sido descritos por Huber y la escuela fenomenológica) incluyen una acentuación del pensamiento esquizotípico. La esquizotipia se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia. Algunos investigadores reivindican que también los *trastornos paranoide y límite de la personalidad* se producen con más frecuencia en estas familias (Véase Capítulo 6). De ahí que el concepto de esquizofrenia se amplíe, cuando nos referimos a su espectro. No obstante, esto coincide con el punto de vista sobre los síntomas fundamentales y básicos que defiende en este libro.¹

La esquizofrenia como enfermedad o discapacidad funcional

El concepto de psicosis tiene una menor carga pronóstica (y emocional) y bajo mi punto de vista debería utilizarse durante las fases tempranas y agudas. El concepto de esquizofrenia es más útil cuando los pacientes desarrollan disfunciones psíquicas de larga duración. Incluso si por las características de la *enfermedad* es fácil determinarlo durante la fase aguda, sea de tipo esquizofrénico o no, sería adecuado, siguiendo criterios de la OMS (1994), indicar su futura progresión hacia la *discapacidad* funcional (de naturaleza cognitiva o emocional). Esta discapacidad funcional puede ser un *impedimento* cuando el mundo impone sus condiciones y exigencias. La capacidad o incapacidad de la comunidad para

compensar la discapacidad funcional de la persona determina la naturaleza y el grado de *déficits* concretos. Aquellas personas que sufren un trastorno esquizofrénico crónico tienen que adaptarse a un estado mental parcialmente alterado, a las alucinaciones residuales, delirios, déficit de atención, problemas para establecer contacto y/o trastornos de conducta. En la actualidad, del 20 al 30 por ciento de las personas con esquizofrenia crónica necesitan algún tipo de asistencia diaria para enfrentarse a la vida cotidiana.

La noción de *discapacidad* es una mejora del concepto de enfermedad porque permite ver al individuo como una persona que ha alcanzado su pleno potencial a pesar de ella. También pone a la comunidad en la obligación legal de proporcionar apoyo financiero y social.

Síndromes esquizofrénicos

Epidemiología

Todos los años, de cinco a diez personas de cada 100.000 habitantes desarrollan una enfermedad que terminará siendo diagnosticada dentro del espectro de la esquizofrenia. Esto significa que el 50 por ciento de todos los que tienen un primer episodio psicótico, formarán parte del grupo de las esquizofrenias, que incluye también los trastornos esquizofreniformes, esquizoafectivos y la poco frecuente forma simple. Varios estudios de investigación sugieren que la incidencia (cantidad de casos anuales en una población dada) de primeros episodios de esquizofrenia, ha disminuido en las últimas décadas (Der *et al.*, 1990; Punk-Jørgensen y Mortensen, 1992). También hay muchos indicadores que, aunque no han sido verificados científicamente, muestran que el aumento en la accesibilidad a cuidados psiquiátricos eficaces en fases tempranas disminuye la frecuencia de estados más graves. Algunos estudios muestran cómo la historia natural de la enfermedad ha venido cambiando durante el último siglo. Un buen ejemplo es la forma catatónica de esquizofrenia, que se presenta con más síntomas psicomotores (trastornos del movimiento) que psicóticos. En la actualidad se dan menos casos de catatonía en el mundo occidental que en el tercer mundo. No obstante, las sociedades no industrializadas parecen ser más tolerantes y comprensivas con este tipo de enfermedades cuando se presentan de forma menos florida. Por tanto la esquizofrenia con síntomas leves puede pasar inadvertida en el diag-

nóstico ante la falta de descompensación aguda, que no requiere atención hospitalaria y, consecuentemente no detectar el caso. Teniendo en cuenta que el pronóstico de los casos más floridos, agudos de esquizofrenia es mejor que los que presentan síntomas más larvados, puede dar la falsa impresión de que la enfermedad tiene un mejor pronóstico en estos países que en el occidente industrializado (véase Figura 11.1).

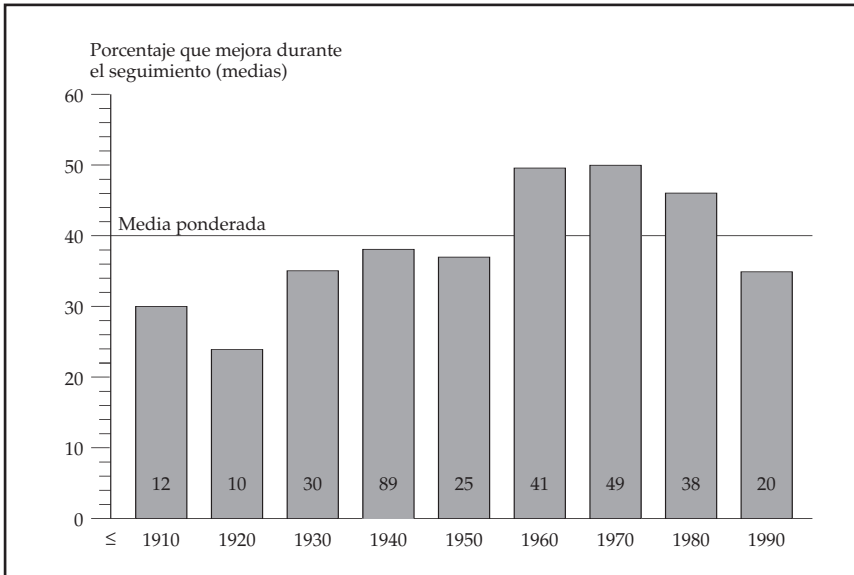


Figura 11.1

Índice de mejoría durante tres (cuatro) décadas en individuos diagnosticados retrospectivamente de esquizofrenia en un seguimiento de 10 años. La mejoría observada durante las últimas décadas es probablemente el resultado de la incorporación de los criterios diagnósticos más estrictos del DSM-III en la década de 1980 (según Hegarty et al., 1994).

La enfermedad se da más en los hombres que en las mujeres, con una proporción de alrededor del 60:40. En conjunto, los hombres enferman al menos un año antes que las mujeres, a una edad media de 24 años en relación a los 25 años de las mujeres. En cierta forma, la distinción entre sexos tiende a equilibrarse al ser diagnosticadas de esquizofrenia más mujeres a partir de los 50 (aunque es bastante infrecuente ver la esquizofrenia presentarse por primera vez en estas edades). Por lo que respecta a la prevalencia (la cantidad de personas enfermas en una determinada comunidad en un momento concreto), el índice más alto se da en grandes poblaciones y el más bajo en las zonas rurales (véase Figura 11.2).

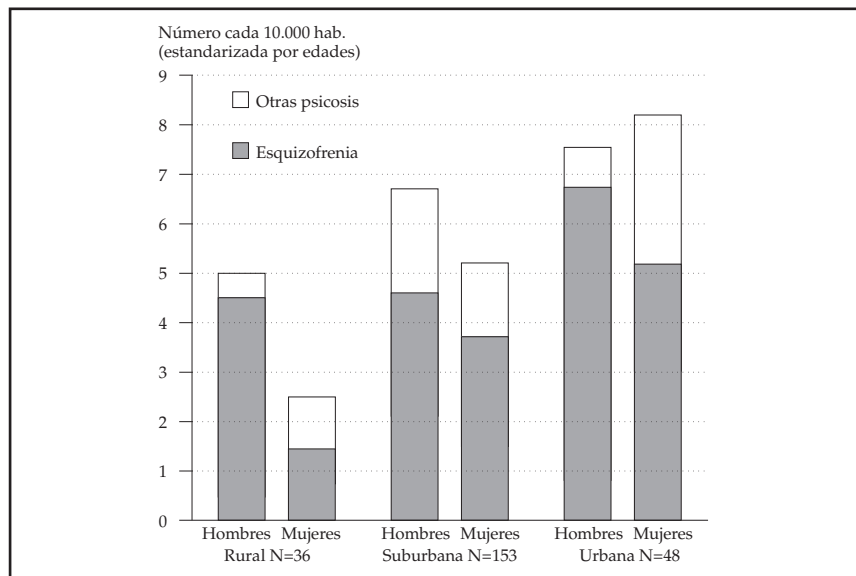


Figura 11.2

La prevalencia de los individuos psicóticos crónicos estratificada por edad durante un año en diferentes áreas (Widerlöv et al., 1989).

Entre un 0,5 y 1 por ciento de la población sufre trastornos del espectro de la esquizofrenia, entre los cuales, alrededor de la mitad desarrollan una enfermedad crónica. Esto significa que en el Reino Unido, con una población de 60 millones de habitantes, entre 150.000 y 300.000 personas tienen un trastorno esquizofrénico discapacitante. En poblaciones de 100.000 habitantes podemos esperar que haya entre 250 y 500 personas diagnosticadas con esquizofrenia que necesiten algún tipo de apoyo por parte de la comunidad.

La enfermedad evoluciona de forma más crónica en el caso de los hombres, quienes por tanto, tienen una prevalencia más alta que las mujeres. No está claro si las diferencias entre los sexos se producen simplemente como consecuencia de factores hormonales (hay una teoría según la cual los estrógenos protegen el posible desarrollo de la esquizofrenia). Otros posibles factores podrían ser los diferentes riesgos perinatales en ambos géneros y la contribución de expectativas sociales y roles en cada género.

Datos relativos a las enfermedades esquizofrénicas

- Alrededor de 300.000 personas en el Reino Unido (4-6 por 1.000 habitantes) sufren alguna discapacidad funcional relacionada con la esquizofrenia.
- De estos, al menos 75.000 – 150.000 tienen discapacidad severa y necesitan apoyo social. Los tratamientos y cuidados sociales tienen un costo para la comunidad de unos 7 billones de libras esterlinas anuales.
- Cada año entre 6.000 - 9.000 personas desarrollan un primer episodio psicótico.
- De estos, alrededor del 50 por ciento desarrollará una discapacidad crónica.
- La edad media de aparición de la enfermedad es 24 años en los hombres y 25 años en las mujeres.

Síntomas

Ya referí con anterioridad las expresiones clínicas y fenomenológicas de la esquizofrenia. En lo que respecta al diagnóstico operacional de esquizofrenia según el DSM-IV, es necesario diferenciar tres grupos de síntomas que se producen en diferentes combinaciones:

- Síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Síntomas negativos (pobreza en el lenguaje, aplanamiento afectivo, introversión).
- Síntomas de desorganización (conducta y hábitos sociales desorganizados o caóticos, discurso ininteligible que puede reflejar trastornos del pensamiento).

Síntomas positivos

Tal y como se mencionó en el Capítulo 3, los delirios deben ser *bizarros*, es decir, imposibles de acuerdo con nuestra cultura o sistema de creencias. Hay cantidad de temas bizarros que se ven con frecuencia. Por ejemplo, la creencia de que se puede controlar el discurso y los mo-

vimientos de un presentador de televisión, que otras personas o satélites están controlando la propia mente, insertando o sustrayendo pensamientos, quizás utilizando incluso “rayos”. Otro ejemplo es que alguien inserte minúsculos transmisores en el cuerpo, quizás un dentista. Todos estos delirios pueden contemplarse como intentos para explicar la experiencia de sentirse controlado, como se ha descrito anteriormente y/o, la presencia de alucinaciones auditivas que reflejan los pensamientos de la persona o comentan sus acciones.

Algunos delirios provocan una intensa ansiedad: por ejemplo, recibir el mandato de Dios para evitar la destrucción del mundo, llevando a cabo ciertas acciones o, sentir que uno es un peón en un juego entre Dios y las fuerzas del mal. Otro ejemplo sería la creencia de que para evitar una catástrofe es necesario tener los pensamientos adecuados en un número determinado de veces o con ciertas combinaciones de letras. Este tipo de fenómenos psicóticos compulsivos son agotadores y dolorosos para el paciente.

Las *alucinaciones* se experimentan con frecuencia en forma de comentarios de alguien que critica o ensalza (menos frecuente) todo lo que se está pensando, haciendo o planeando.² Las voces también pueden comentar las acciones de la persona, lo que resulta agotador y distorsiona la concentración. Las alucinaciones imperativas a veces pueden llevar a la persona a conductas autodestructivas u ocasionar daño a los demás. Algunas personas experimentan gran cantidad de voces diferentes que pueden proceder, ya sea de personas conocidas o de extraños. Estas voces pueden persistir durante años y terminar dominando en mayor o menor medida el proceso de pensamiento. No es infrecuente identificar diez o veinte personalidades internas. Frecuentemente durante la fase aguda, las voces se tornan dramáticas y llenas de mensajes simbólicos mientras que, con el avance de la enfermedad, son más persistentes y necesitadas.

Las alucinaciones auditivas son las más comunes (tratadas con más detalle en el Capítulo 3), aunque también pueden darse alucinaciones sensoriales y visuales. Estas últimas están menos definidas, a pesar de ser muy intrusivas. Las alucinaciones visuales pueden sugerir una causa orgánica o un componente disociativo “histórico”. Las alucinaciones olfativas (olores de gas, putrefacción, etc.) no son infrecuentes en el episodio agudo.

La calidad de las voces varía desde ser tan nítidas como si provinieran de una emisora de radio o de un ser vivo, a sonar como un murmullo de fondo. Si el paciente escucha con atención este murmullo, las

voces son más claras. En la psicosis aguda las voces son más evidentes, mientras que durante períodos de estabilidad permanecen en un “segundo plano”, y pueden terminar desapareciendo en su totalidad.

Síntomas negativos

Entre los síntomas negativos (deficitarios) se encuentran apatía, indiferencia, dificultades para emprender tareas o para hablar, contacto emocional pobre, aislamiento social e introversión. Apuntan a un peor pronóstico que los síntomas positivos, especialmente si se presentan cuando desaparecen los síntomas positivos o si persisten durante un período prolongado. Forman parte de los síntomas fundamentales. No obstante, si el paciente está deprimido pueden observarse síntomas similares, como se mencionó anteriormente, o cuando la dosis de medicación antipsicótica para atenuar los síntomas positivos es muy elevada o como resultado de los escasos estímulos en pacientes institucionalizados. Estas causas deben diferenciarse de los verdaderos síntomas negativos.

Síntomas de desorganización

La conducta desorganizada puede manifestarse a través de posturas fijas y bizarras conocidas como catatonia. También se puede encontrar discursos vagos, incoherentes y disgregados difíciles de comprender, “paramimias” o pequeñas muecas, o tics que acompañan el lenguaje. En ocasiones, la conducta puede ser más atemorizante, “obscena” o amenazante. Por ejemplo, un joven que se mete en la cama de su madre y acaricia sus pechos, pudiendo repentinamente atacar a cualquiera de sus padres. Puede quejarse de que han arruinado su vida, que son responsables de todos sus anteriores desengaños y experiencias desagradables. Esto es bastante común y doloroso, ya que serán pocos los padres que no sientan cierta culpabilidad, especialmente en lo que se refiere a la enfermedad mental de su hijo.

Otro ejemplo sería la desinhibición sexual. Una joven puede visitar a su vecino, desvestirse e invitarle a tener relaciones sexuales. En la fase aguda es frecuente masturbarse delante de los demás. Este comportamiento tiene lugar de una manera tan aberrante y sin sentido que rara vez conduce a una violación sexual, sino que más bien promueve que se solicite ayuda psiquiátrica. Por otro lado, en el período previo a la psicosis

aguda se actúan conductas sexuales de mayor riesgo. Una mujer que no parece perturbada puede tener una gran cantidad de encuentros sexuales con hombres antes de que se presenten signos claros de descompensación aguda, quizás de naturaleza catatónica. Es posible que estas experiencias aumenten la angustia contribuyendo a un empeoramiento de la enfermedad.

Subgrupos

Desde tiempos de Kraepelin se han diferenciado cuatro subgrupos. A pesar de las investigaciones realizadas, no sabemos si cada subgrupo tiene una etiología (conjunto de causas) diferente ni si requieren distinto tratamiento. En la práctica clínica, se dan con frecuencia estados mixtos. El mismo individuo puede tener diferentes tipos de síntomas en distintos períodos de tiempo. No obstante, el pronóstico puede diferir entre los subgrupos. Los enumeraré aquí para referirme a la literatura clásica sobre el tema.

La forma más común es la *esquizofrenia paranoide* que está dominada por delirios y alucinaciones bizarras y, con frecuencia, persecutorios. Se dice que esta forma tiene un mejor pronóstico ya que se mantiene un mejor nivel de funcionamiento en distintas áreas.

Se diagnostica *esquizofrenia hebefrénica* (desorganizada) cuando predominan las alteraciones emocionales graves y los trastornos conductuales ingobernables. También se observa un comportamiento poco natural caracterizado por risa pueril, manierismos y muecas, con un profundo enajenamiento. La hebefrenia usualmente aparece al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta y tiene un mal pronóstico, lo que puede ser por su inicio temprano, antes de que la personalidad se haya desarrollado plenamente.

La *esquizofrenia catatónica* se presenta con menos frecuencia en la actualidad que hace 50 años y se caracteriza por alteraciones psicomotoras, tales como una postura fija o una tendencia a moverse de manera estereotipada o responder a órdenes de forma obediente, resistente u opositora. Esta conducta puede durar menos de una semana o prolongarse durante semanas o meses. Un joven mantuvo sus manos tan fuertemente entrelazadas durante un período de varias semanas, que terminó desarrollando una infección fúngica. Hay descripciones de estados catatónicos que duraron varios años pero que finalmente remitieron.

La *esquizofrenia indiferenciada* no puede situarse en ninguno de los tres grupos previos ya que cuenta con rasgos de todos ellos.

La ICD-10 incluye el grupo poco frecuente y no aceptado universalmente, de la *esquizofrenia simple*. No se manifiestan síntomas positivos, delirios o alucinaciones, sino un profundo deterioro de la personalidad de inicio insidioso, en el que aparecen progresivamente síntomas negativos como pérdida de interés y de metas, junto con un creciente ensimismamiento y retraimiento social. Éstos deben estar presentes durante por lo menos un año antes de hacer un diagnóstico.

La *esquizofrenia residual* es un cuadro común observado con la progresión de la enfermedad. Se trata de un nombre alternativo al de la *discapacidad funcional* desarrollada por algunos pacientes y caracterizada principalmente por síntomas negativos que se desarrollan después de uno o más episodios agudos. Los síntomas, de acuerdo con el DSM-IV, persisten durante al menos un año y la conducta y la apariencia es excéntrica, descuidándose con frecuencia la forma de vestir y la higiene. El discurso es embrollado y contiene palabras y frases difíciles de comprender o reducidas en contenido y espontaneidad. Este estado puede incluso empeorar si falta implicación en la rehabilitación. Las alucinaciones auditivas también se presentan con frecuencia, en ocasiones con angustia y malestar, aunque la mayoría no se siente especialmente afectado por ellas.

Los delirios pueden persistir, pero reducidos en intensidad. Muchos pacientes aprenden a hacer frente a sus ideas (y también a sus voces) de forma que no afectan demasiado sus relaciones con el exterior. La forma residual de esquizofrenia puede, en algunos casos, estar tan bien integrada con la parte sana de la personalidad, que hay que conocer muy bien a la persona antes de poder descubrir que está experimentando alucinaciones auditivas o padeciendo delirios bizarros.

En un proyecto con pacientes rehabilitados que han sufrido una enfermedad esquizofrénica, entrevisté a un ingeniero que podía mantener un buen contacto, no psicótico, en todos los sentidos. Pero cuando la entrevista estaba a punto de terminar, detecté que estaba esperando una prueba radiológica craneal que había solicitado. Desde la aparición de su psicosis hacía cinco años, estaba convencido que alguien había insertado secretamente una pequeña pieza de metal en su cerebro y que todavía se encontraba ahí. Creía que a través ella podía ser utilizado como receptor de señales de radio, aunque decía no haber sentido que esas señales hubieran sido enviadas en los últimos dos años.

Discapacidad funcional en pacientes con esquizofrenia no rehabilitados

- Temor al contacto.
- Tendencia a vivir en su propio mundo.
- Conducta “malhumorada”.
- Discurso ocasionalmente ininteligible.
- Concepciones inusuales del mundo.
- Disminución de la capacidad para hacer planes.
- Indumentaria extraña.
- Falta de aseo personal.
- Empeoramiento con el estrés o la falta de estimulación.

Sin embargo, no se puede concluir que estas experiencias sean siempre dolorosas; a veces, su contenido tiene un significado tranquilizador. Las voces, por ejemplo, pueden ser bien intencionadas y servir de apoyo y pueden (raras veces) dar lugar a experiencias sexuales placenteras. Del mismo modo, la conducta puede ser hosca y con tendencia a arranques de cólera, que pueden ser desencadenados por intromisiones involuntarias y bien intencionadas de quienes no conocen bien al paciente. Es esencial cuidar y apoyar a estas personas que pueden tener dificultades para ocuparse de su alimentación, cuidado personal y alojamiento. En caso de no asistir al domicilio varias veces por semana, se puede acumular polvo, basura, malos olores, alimentos putrefactos y desechos. Este tipo de problemas puede empeorar con la institucionalización, si a los pacientes no se les estimula para cuidar de sí mismos, tanto como les sea posible.

El pintor Inge Schiöler

Inge Schiöler (1908 – 1971) es uno de los pintores suecos más conocidos. Cuando desarrolló un trastorno esquizofrénico en 1933 y fue ingresado ya había expuesto en varias ocasiones. Durante los años siguientes, permaneció en cama en estado catatónico la mayor parte del tiempo, hasta 1942 cuando, de forma espontánea, volvió a dibujar y pintar utilizando papel higiénico. Comenzó empleando carboncillo y colores simples pero a la larga pudo conseguir

materiales mejores. Durante la década de 1950 se le trató con fármacos neurolépticos, lo que le ayudó a salir del hospital con más frecuencia. A principios de la década de 1960, se le dio de alta a modo de prueba para que continuara con su vida en su casa de la isla de Koster. Se comprometió y su pareja se fue a vivir con él en 1967. Su actividad creativa continuó de forma ininterrumpida, con gran reconocimiento.

Un residente de Koster ha descrito sus memorias: Inge era a la vez exigente y tímido con las personas que conocía. Si alguien se acercaba demasiado a sus flores, le gritaba y si caminaban demasiado cerca de las piedras de su jardín, que habían sido cuidadosamente ordenadas, se ponía furioso, pero cuando enseñaba su recién plantado seto en forma de reno, las rosas silvestres o el manzano, su sonrisa aparecía de nuevo. Entonces era feliz.

Inge vivía en una burbuja, fuera de su pintura. Era un mundo de animales y plantas en donde él era el rey y nadie podía controlarle. Cuando acababa el tema de conversación, lo que ocurría con frecuencia, se hablaba de animales. “¿Por qué el pájaro carpintero no tala los árboles? Claro que lo hace, el otro día después de marcharte, taló un abeto justo al lado de la ventana. Sí, fue al poco tiempo de irte. El caballo del encargado de la tienda se llama Jacinto.” Dijimos: “Extraño nombre para un caballo”. “¿Extraño? De eso nada. Cuando fui al mercado en Strömstad vi 34 caballos y todos se llamaban Jacinto”. Cuando la conversación giraba en torno a peces voladores, sostenía que un banco de peces como esos había volado hacia su vela. “Había tantos, que tuve que achicar el barco porque si no, se hubiera hundido”. De igual manera que no se debe preguntar a los niños sobre sus juegos, a nosotros no se nos permitía cuestionar sus historias. Habría sido como tirar de la alfombra bajo la que ejercía la soberanía del reino que había construido para sí mismo, en el que tenía una vida apasionante. Aunque nadie había visto serpientes en Koster, sucedió que cortando rosas, una rama cercana resultó ser una “serpiente con espinas”. (Cappelen-Smith *et al.*, 1994).

Etapas en el desarrollo de la psicosis esquizofrénica

A veces es difícil establecer el inicio exacto de un trastorno esquizofrénico. Varios estudios señalan que muchas personas con esquizofrenia ha-

bían funcionado con dificultades los años antes de ser tratados por primera vez (Loebel *et al.*, 1992; McGlashan y Johannessen, 1996). No es extraño encontrar personas que han estado psicóticas durante diez años y, aún así, han podido arreglárselas en su comunidad. El desarrollo de la esquizofrenia puede dividirse en dos tipos. En el primer grupo, el inicio está claramente definido por una pérdida prodrómica del funcionamiento. En el segundo grupo, la persona ha pasado su vida entera en un creciente aislamiento social y con dificultades para mantener amigos, compañeros en la escuela y el trabajo, mostrándose tímidos, sin actividad física y con falta de ambición. Hay a menudo una historia de estigma y exclusión, resultando en una espiral descendente de sus ya limitadas capacidades y circunstancias sociales. Con el tiempo, empeoran las conductas extrañas, la falta de higiene y el abandono personal.

En un proyecto de investigación británico se estudió una cohorte formada por todos los niños nacidos en un determinado día de 1946 (Jones *et al.*, 1994). Se comparó a 30 niños que fueron diagnosticados de esquizofrenia, con el resto, y en conjunto, se observó que habían tenido un retraso precoz en el desarrollo infantil. Ese retraso afectaba al inicio de la deambulación, desarrollo del lenguaje, rendimiento escolar y la tendencia a jugar solos, entre las edades de cuatro y seis años. Si se analizan los datos con más detalle, alrededor de la mitad habían sufrido este retraso en el desarrollo, mientras que el desarrollo del resto, hasta la declaración de la enfermedad, no era diferente al del grupo de control. El estudio sugiere que el trastorno esquizofrenico, en algunos casos, puede entenderse como una alteración evolutiva del cerebro que puede resultar en una discapacidad funcional de por vida. Un estudio finlandés ha confirmado este hallazgo (Isohanni, *et al.*, 1999), el 11 por ciento de chicos pre-esquizofrénicos habían tenido altas calificaciones escolares, ante el 3 por ciento del grupo control, con el que se había hecho la comparación. Esto ilustra el alto grado de heterogeneidad entre las personas diagnosticadas de esquizofrenia y el hecho de que la vulnerabilidad puede estar asociada a un alto nivel intelectual.

Antes del desencadenamiento de la psicosis actual, con frecuencia, se observan *síntomas prodrómicos* durante meses y a veces años. Estos son síntomas de naturaleza no psicótica que retrospectivamente, pueden ser vistos como precursores de la enfermedad, una creciente preocupación y disminución de la capacidad de trabajo o, de concentración en la escuela. Pueden considerarse como el comienzo de los síntomas básicos, tal y como hemos descrito anteriormente en este capítulo. La persona afectada se aparta de su círculo de amistades y algunos tienen experiencias peculiares, como sentir que la vida es extrañamente diferente. Se han descrito al-

teraciones perceptivas, experiencias intensas de color, luz y sonido. También se ha descrito una tendencia a reaccionar más intensamente que los demás en respuesta a diferentes tipos de estímulo (Chapman, 1966). Algunos han comparado la etapa prodrómica con el irreconciliable sentimiento de culpabilidad de quien ha cometido un terrible delito del que nadie es conocedor (Conrad, 1958). También hay un profundo sentimiento de aislamiento y de ser diferente a los demás. La fase prodrómica contiene un sentimiento difuso de ruptura inminente de la capacidad para comprender y tratar con la realidad. Estas descripciones, según mi experiencia, transmiten el sentimiento de sobrecarga emocional expresada por muchos de los pacientes (véase Capítulo 5 para una descripción detallada de las fases de la psicosis aguda).

El *debut de la psicosis* en sí mismo, puede ser gradual o agudo y dramático. En el *episodio agudo*, el desarrollo de la psicosis está dominado por sentimientos de ansiedad o paranoia y persecución, que pueden conducir al pánico y amenazas de catástrofes inmediatas (tales como la muerte o una "guerra mundial") o de desintegración interna. Los síntomas depresivos secundarios también son frecuentes. Esta depresión se caracteriza por una sensación de falta de sentido y caos existencial y no tanto por un sentimiento de falta de valía personal o auto reproches, más típicos de la depresión primaria. Se pueden desencadenar inesperados y atemorizantes arranques de ira y, amigos y familiares observan impotentes como este estado avanza hacia la catástrofe. El paciente consideraría una traición que un familiar solicitase ayuda exterior. Aún así, esa "traición" tendrá que suceder tarde o temprano, a medida que van cayendo los puentes de unión que conectan al paciente con la comunidad. A veces, este estado explota en forma de violencia pero, es fácil reconocer retrospectivamente el desarrollo de la psicosis. Normalmente la esquizofrenia se desarrolla de forma gradual.

Tal y como hemos dicho, el *trastorno esquizofrénico* puede desarrollarse de maneras muy diferentes. Durante un período de cinco años, Shepherd y sus colaboradores estudiaron un extenso grupo de pacientes con primer episodio y señalaron cuatro formas típicas de desarrollo. No obstante, debemos añadir que los criterios diagnósticos eran amplios y bastante similares a la definición general de primer episodio psicótico (Shepherd *et al.*, 1989).

En más de la mitad de los casos encontraron uno o más episodios sin que existiese ninguna discapacidad crónica. Entre los demás casos, ninguno volvió a tener una vida normal tras el primer episodio. En muchos casos, la discapacidad aumentó después de cada recaída. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios que han investigado psico-

sis crónicas. Manfred Bleuler (1974) sostiene que después de cinco años, el riesgo de recaída disminuye. La enfermedad tiende a estabilizarse y ser menos dramática. Tanto Bleuler (1972) como Ciompi (1980) encontraron que alrededor de la mitad de los pacientes con esquizofrenia se recuperaban mientras que el resto desarrollaba mayor o menor *discapacidad* (Figura 11.3).

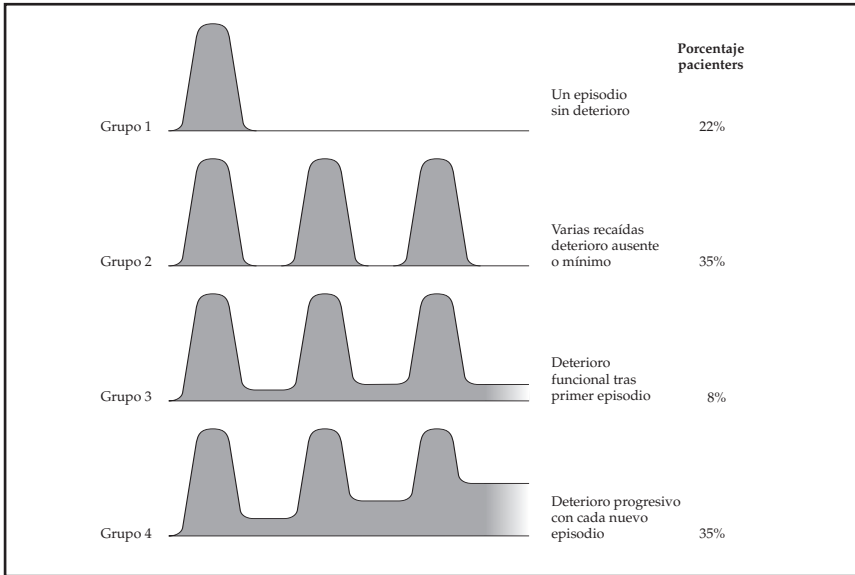


Figura 11.3 Evolución típica durante los primeros 5 años después del primer episodio psicótico (Shepherd et al., 1989).

La enfermera estadounidense y posteriormente profesora de psiquiatría C. Harding y sus colaboradores (1987) realizaron un conocido seguimiento de más de 100 pacientes con esquizofrenia crónica, durante 30 años. Habían sido dados de alta de un hospital psiquiátrico en Vermont (Estados Unidos), cuando se cerraron varios centros a finales de la década de los 50. Tras el alta estos pacientes, rediagnosticados posteriormente de esquizofrenia ya con criterios DSM-III, participaron en un programa de rehabilitación cuidadosamente diseñado con atención residencial, ocupacional y psiquiátrica. Se detectó que el 68 por ciento de pacientes ya crónicos (el estudio se enfocó desde el comienzo en pacientes con trastornos crónicos) tenían lo que la autora denominó una “vida plena”, con remisión de síntomas o bien no estaban afectados significativamente por és-

tos. El 50 por ciento seguía recibiendo medicación antipsicótica, pero sólo la mitad la tomaba realmente. Muchos todavía tenían delirios o escuchaban voces, pero sin sentirse afectados por ellas. El estudio aporta una perspectiva significativamente más esperanzadora sobre el pronóstico de la esquizofrenia crónica que otros estudios, especialmente porque valora la importancia de crear un programa de rehabilitación, bien elaborado y a largo plazo, con el fin de garantizar resultados satisfactorios (Figura 11.4). Desconocemos cuántos pacientes podemos ayudar en una etapa precoz con un uso adecuado de las muchas intervenciones disponibles, pero este estudio sugiere que incluso intervenciones tardías son valiosas.

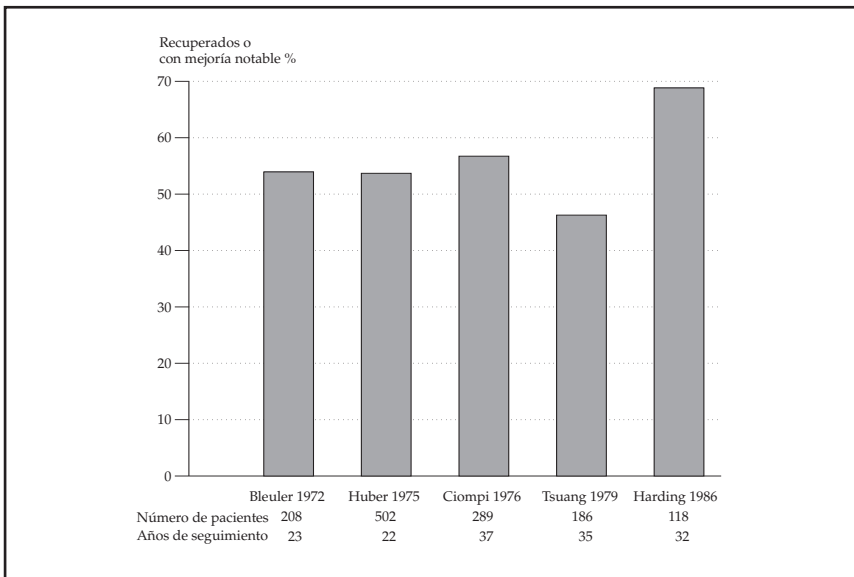


Figura 11.4 Cinco seguimientos a largo plazo relativamente contemporáneos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Bleuler, 1972; Huber et al., 1980; Ciompi, 1980; Tsuang et al., 1979; Harding et al., 1987).

Trastorno esquizofreniforme

En la actualidad este diagnóstico sólo aparece en el DSM-IV. Se refiere a un intento de definir a un subgrupo de pacientes con síntomas esquizofrénicos con buen pronóstico. De acuerdo con el DSM-IV, se realiza el

diagnóstico de psicosis esquizofreniforme cuando los síntomas esquizofrénicos han sido evidentes durante al menos un mes y han disminuido en un periodo de seis meses, incluyendo la fase prodrómica. No obstante, la relación con el diagnóstico de esquizofrenia es poco clara. ¿Es el trastorno esquizofreniforme una forma de esquizofrenia que responde favorablemente a intervenciones precoces, evitando la evolución a una enfermedad incapacitante crónica? ¿O acaso la psicosis esquizofreniforme constituye una forma diferente de psicosis con buen pronóstico, independientemente del tratamiento? Ambas interpretaciones parecen plausibles.

Trastorno esquizoafectivo - psicosis cicloide

El rasgo central de este trastorno es la presencia de síntomas de esquizofrenia en combinación con síntomas maníacos o depresivos simultáneamente. Existen criterios diagnósticos específicos. Los síntomas esquizofrénicos deben estar presentes durante al menos dos semanas en ausencia de síntomas afectivos prominentes. No obstante, éstos últimos deben haber estado presentes de forma activa durante una parte significativa del periodo total de enfermedad.

Por diferentes razones, es difícil establecer el diagnóstico con cierto grado de fiabilidad (de forma que otros lleguen a la misma conclusión). ¿Son los síntomas afectivos lo suficientemente significativos? ¿Cumplen los síntomas psicóticos con criterios de esquizofrenia? ¿Se trata más bien de una psicosis afectiva, donde en adultos jóvenes es común la aparición de síntomas bizarros? ¿O se trata de una psicosis esquizofrénica que se ha presentado inicialmente con una excitación hipomaniaca? Esto es frecuente y no significa necesariamente que el componente afectivo sea un rasgo esencial en la evolución del trastorno. Estas preguntas son inherentes a aspectos de clasificación y pueden desviar la atención de las preguntas verdaderamente importantes, las relativas al tratamiento: ¿Qué peso tiene el trastorno afectivo y durante cuánto tiempo pueden persistir los síntomas esquizofrénicos?

Al igual que en otros trastornos psicóticos no debería hacerse un diagnóstico definitivo antes que transcurran uno o dos años. Para entonces será posible identificar si existe un trastorno psicótico crónico con discapacidad funcional o si se trata de un trastorno bipolar en el que los rasgos psicóticos, si es que se presentan, sólo son significativos durante las crisis. Esta distinción tiene importantes implicaciones terapéuticas, respecto al

tratamiento farmacológico (medicación antipsicótica a largo plazo vs. estabilizadores del ánimo) y a la valoración para psicoterapia.

La literatura alemana se refiere a este trastorno como *psicosis cicloide*. El diagnóstico subraya los rasgos afectivos y el aspecto recurrente del trastorno psicótico, la buena recuperación tras las crisis y la alta incidencia de trastornos afectivos en la familia. Un rasgo especial es la rápida y frecuente oscilación entre sentimientos de euforia o éxtasis y la experiencia de horror (“Psicosis de angustia/felicidad”).

El hecho importante es que las psicosis esquizoafectivas suelen tener un mejor pronóstico que la esquizofrenia, en el sentido de una menor discapacidad residual, a pesar de los síntomas psicóticos agudos. No obstante, el pronóstico no es tan bueno como en el trastorno bipolar, ya que pueden verse algunos síntomas residuales. Un componente maníaco durante las exacerbaciones psicóticas puede conllevar niveles significativos de excitación y agresividad. Por esta razón, estos pacientes son de los más provocadores y con frecuencia crean situaciones violentas en la planta, atemorizando o acosando a los demás pacientes. El trastorno esquizoafectivo, en contraste con la esquizofrenia, presenta con frecuencia una respuesta favorable al tratamiento con litio o fármacos similares en combinación con antipsicóticos (Véase Capítulo 24). Para la descripción de un caso relevante, véase Beth en el Capítulo 2.

Conclusión

La esquizofrenia debe considerarse como un concepto no categórico, es decir que las definiciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10, no reflejan la transición poco definida entre lo normal y lo patológico, observada en la práctica clínica. Del mismo modo, estas definiciones tampoco reflejan formas transicionales o mixtas entre diferentes psicosis. Éstas son de hecho más comunes que las formas categóricas descritas en el DSM-IV y la CIE-10.

Se ha demostrado que el grado de pensamiento bizarro en la psicosis (síntoma de primer rango de Schneider) no guarda relación con el pronóstico. También hay psicosis de tipo no esquizofrénico que pueden convertirse en crónicas (por ejemplo, el trastorno delirante). Durante los cinco primeros años existe una alta posibilidad de cambio en la forma de presentación del cuadro clínico, una buena razón para emplear el *térmi-*

no descriptivo psicosis durante este período, en lugar de esquizofrenia, que conlleva implicaciones pronósticas demasiado negativas.

En 1984, Manfred Bleuler describió su visión de la esquizofrenia y sostuvo que quizás no existía una causa única y específica. "La esquizofrenia supone la adaptación final, tras una lucha prolongada por mantener unidos diferentes aspectos inconsistentes de la mente". Esta perspectiva interna pone el énfasis en *la persona* con esquizofrenia, que de otra forma podría perderse fácilmente en exquisiteces diagnósticas. Pero esto no quiere decir que debemos menospreciar la importancia de la vulnerabilidad biológica.

El síndrome conocido como esquizofrenia consiste, en la práctica, en un grupo definido de enfermedades caracterizado por delirios bizarros, alucinaciones, déficit cognitivo leve y trastornos del pensamiento y la conducta. Habitualmente se desarrolla durante un período de tiempo considerable, dando lugar a discapacidades funcionales crónicas puesto que, de otro modo, se trataría de un trastorno esquizofreniforme. La idea según la cual la evolución es necesariamente negativa se contradice, no obstante, con cantidad de estudios de seguimiento a largo plazo que muestran que alrededor de la mitad de los casos tienen un pronóstico bueno o bastante bueno. La evidencia sugiere que el pronóstico varía en función de intervenciones precoces de apoyo o, en etapas posteriores orientadas a la rehabilitación.

En la práctica, el diagnóstico de esquizofrenia incorpora frecuentemente una combinación de tres tipos de síntomas: síntomas positivos (ideas psicóticas bizarras), síntomas de desorganización (discurso y conducta desorganizada) y síntomas negativos (disminución de la motivación y cambios de personalidad de larga duración). La presencia de alguno de estos factores en los primeros años de enfermedad puede llevar a un diagnóstico prematuro de esquizofrenia. Esto es especialmente importante en aquellas personas cuyos síntomas negativos son marginales o secundarios a la medicación, el aislamiento social o la falta de estimulación. En estos casos, la etiqueta de esquizofrenia puede reducir tanto la oferta de tratamiento como el optimismo del paciente, su familia y equipo terapéutico. Este pesimismo puede llevar a una profecía autocumplida, impidiendo un trabajo terapéutico constructivo y un autodesarrollo positivo.

Trastornos del espectro del autismo y psicosis infantiles

Es importante dar una visión de conjunto de estos trastornos con el fin de ilustrar la frontera confusa entre psicosis y no psicosis. Los pacientes adultos con un trastorno del espectro autista siguen siendo diagnosticados de forma errónea como esquizofrénicos y, en consecuencia, reciben un tratamiento inadecuado. En 1943 el psiquiatra estadounidense Leo Kanner describió un estado al que denominó trastorno autista infantil. Los niños que describió habitualmente tenían una marcada discapacidad intelectual unida a alteraciones de la comunicación y de la interacción con otras personas: un aislamiento autista. En 1944 el pediatra austriaco Hans Asperger describió un síndrome similar con la excepción que, en este caso, el niño tenía una inteligencia normal o incluso estaba excepcionalmente dotado. Todavía no está claro si estos dos síndromes representan variaciones del mismo trastorno básico o se diferencian entre sí. En la actualidad trabajamos con un espectro de trastornos autistas. Estamos lejos de comprender el autismo: no está claro si el autismo infantil se relaciona con trastornos de tipo autista que encontramos en la esquizofrenia y cómo, por lo que es importante no extraer conclusiones definitivas en relación al síndrome de autismo infantil y la esquizofrenia adulta. No obstante, parece ser, al menos en el síndrome de As-

perger, que existen casos de niños con un alto nivel intelectual que desarrollan esquizofrenia. Hay pocos intentos que vinculan el autismo infantil a la esquizofrenia infantil.

Hasta la década de 1980 se creía que estos síndromes eran en gran medida culpa de la madre por no dar al bebé una relación emocionalmente satisfactoria. El niño reaccionaría replegándose en sí mismo y, como resultado, su desarrollo se vería gravemente alterado. En consecuencia, el tratamiento consistiría en psicoterapia para la madre. Esta teoría está descartada. Por otro lado, sí pueden existir fuertes tensiones en las relaciones familiares que tienden a empeorar los síntomas.

La idea en virtud de la cual las madres “causaban” el autismo, supuso mucho sufrimiento para familias que ya padecían el dolor de tener un hijo incapaz de establecer contacto y muy difícil cuidar. En la actualidad, el tratamiento ha cambiado y se ofrece apoyo y orientación educativa a padres, hermanos y profesores. Todavía existe la necesidad, en muchos casos, de terapia individual o familiar, pero a través de enfoques conductuales o sistémicos con el objetivo de reducir conductas difíciles.

Rasgos clave del síndrome autista

Por lo general, el síndrome autista se presenta en niños antes de los dos o tres años de edad y puede ser detectado por:

- 1 *Dificultades en la comunicación e interacción social.* Algunos niños son fáciles de cuidar desde el inicio y necesitan poca atención adicional. Otros pueden ser extremadamente difíciles de complacer y lloran día y noche. Evitan el contacto visual y no extienden los brazos para que les cojan sus padres. No responden a las sonrisas o los mimos y no juegan con otros niños.
- 2 *Alteraciones en el desarrollo del lenguaje.* Estos niños tienen una comprensión disminuida del lenguaje y su discurso es marcadamente concreto. La mitad de los niños autistas nunca aprenden a hablar. Alrededor del 80 por ciento tiene problemas de aprendizaje. Algunos tienen capacidades específicas como memorizar largos textos, cantar canciones, etc. de forma mecánica.
- 3 *Alteraciones conductuales.* El niño autista tiene un fuerte rechazo a los cambios y frecuentemente se obsesiona con rituales que se ve obligado a realizar. Son comunes ciertos movimientos físicos repetitivos como saludar con la mano y otras estereotipias. Éstos ocupan el lugar del jue-

go simbólico que, por lo general, está ausente o poco desarrollado. Por ejemplo, un niño autista puede colocar los juguetes en fila en lugar de jugar con ellos. Tienen fuertes reacciones emocionales ante las alteraciones de su rutina o del entorno; por ejemplo, si un florero se cambia de lugar o si cambia la hora de la comida. Muchos niños se obsesionan con un objeto concreto como un mechón de pelo o un coche de juguete brillante y llevarán consigo estos objetos constantemente, a veces incluso hasta la edad adulta. Es importante recordar que se trata de un grupo heterogéneo y que muchos tienen una apariencia alegre y sensible a pesar de su baja capacidad funcional.

Epidemiología y etiología

El autismo infantil es relativamente común ya que alrededor de un niño de cada mil desarrolla este trastorno. Deben estar presentes síntomas diagnósticos de las tres categorías descritas anteriormente e iniciarse antes de los tres de años edad. Si el diagnóstico se amplía a trastornos del espectro del autismo, sólo se necesitan dos de los tres criterios señalados y el grupo pasa a ser de cinco a siete veces mayor.

Alrededor de un tercio de los niños con autismo desarrollan epilepsia en el curso de su vida. Los síntomas autistas con frecuencia disminuyen durante en el último período de la infancia, pero es improbable que puedan vivir de forma independiente. En muchos de estos pacientes se han encontrado diferentes causas de daño cerebral inespecífico. También se han identificado ciertas anomalías cromosómicas en algunos pacientes. Al igual que con la esquizofrenia en los adultos, se asume que no se trata de una única causa o conjunto de causas.

Síndrome de Asperger

El síndrome de Asperger se diferencia del autismo por la ausencia de problemas de aprendizaje (CI superior a 70). Se ha descrito este trastorno como un autismo de alto funcionamiento. No puede diagnosticarse antes de dos o tres años de edad. Los rasgos clave incluyen indiferencia al contacto, conducta y discurso excéntricos y falta de respuesta emocional. Los síntomas pueden agruparse como sigue:

- 1 *Alteración en las relaciones con las demás personas e indiferencia en la interacción*, con falta de comprensión de los pensamientos y sentimientos de los demás. En conjunto, tienen poca capacidad para fantasear. Estos niños no pueden jugar con otros niños y parecen distantes y excéntricos.

- 2 *El desarrollo del lenguaje* es normal o incluso bastante bueno en áreas específicas, pero su entendimiento y comprensión simbólica son concretos. Si preguntamos a una persona con este trastorno, si puede mover la silla, nos responderá que "sí", pero no entiende que le estamos pidiendo que la mueva. Sólo escucha la pregunta concreta y no la petición implícita. El discurso puede ser *monótono o radiografiado*, con una utilización poco común de la gramática. Algunos llegan a hablar varios idiomas con fluidez.
- 3 *Desarrollan un patrón de intereses restringidos, repetitivos y estereotipados*. Pueden aprender horarios de autobuses, mitología o historia militar, pero excluir cualquier otro tipo de temas de interés. Pueden llegar a tener una memoria excepcional, especialmente para sus intereses específicos.
- 4 Algunos de estos niños también tienen una marcada *torpeza motora*.

Epidemiología

El síndrome de Asperger no se distingue con facilidad de lo que se considera normal, e incluso, en sus formas menos discapacitantes, puede verse como una variación de la personalidad.¹ Es importante no precipitarse en el diagnóstico de síndrome de Asperger, la idiosincrasia de cada niño puede etiquetarse, con demasiada facilidad, como expresión de una patología y conducir al rechazo, en lugar de prestar el apoyo necesario para un desarrollo adaptativo.

El síndrome lo presentan entre tres y diez de cada 1.000 niños y es de tres a cuatro veces más común en niños que en niñas. El pronóstico es normalmente bueno, en el sentido de que la mayoría pueden cuidar de sí mismos en la edad adulta y algunos desempeñar un buen trabajo en profesiones donde no haya una gran exigencia de relación con los demás.

Unos pocos podrán formar y mantener una relación de pareja y tener hijos. Asimismo algunos individuos con síndrome de Asperger pueden deteriorarse psíquicamente durante la pubertad y no es infrecuente que puedan desarrollar un trastorno psicótico, por ejemplo como consecuencia de la incomprensión o frustración experimentada por una persona joven durante un largo período de tiempo. No se les debería administrar medicación neuroléptica. En su etapa adulta, la persona puede ser erróneamente diagnosticada como psicótico límite, esquizoide paranoide o similar. Presumiblemente, lo que se conoce como "esquizofrenia simple" oculta en muchas personas, un síndrome de Asperger, lo que hace que se les trate con medicación neuroléptica de forma dolorosa e infructuosa.

Los factores causales postulados incluyen daños genéticos o cromosómicos, así como daños fetales durante el embarazo. No obstante, los hallazgos en esta área son tan inespecíficos como en la esquizofrenia.

Esquizofrenia y otras psicosis infantiles

La esquizofrenia es muy infrecuente antes de los diez años de edad, aunque se han descrito casos en niños de cinco años. En un estudio realizado por Baron *et al.*, (1983), se encontró que el 14 por ciento de los pacientes con esquizofrenia desarrollan síntomas antes de los 14 años y el 55 por ciento cuando han pasado los 20. Al igual que con los adultos, es difícil determinar el momento exacto del debut de la esquizofrenia. Informes retrospectivos de la familia pueden identificar erróneamente fenómenos normales como patológicos o viceversa, haciendo que estas estimaciones no sean fiables.

Los principales síntomas son iguales que los de la esquizofrenia en adultos: alucinaciones, delirios y alteraciones conductuales. El pronóstico es similar al que encontramos en la psiquiatría de adultos, con una cuarta parte recuperándose, la mitad mejorando y la otra cuarta parte sin mejoría alguna. No obstante, aquellos que enferman antes de los diez años de edad tienen un peor pronóstico (Eggers, 1978, 1989). También hay causas orgánicas de psicosis, relativamente específicas de la infancia y adolescencia que incluyen infecciones virales, tales como mononucleosis infecciosa y encefalitis, y que cursan con una psicosis más benigna y cargada de rasgos afectivos.

En la actualidad, las *psicosis tóxicas* son cada vez más comunes en la adolescencia. Se desencadenan por estimulantes del sistema nervioso central como cannabis, éxtasis, etc. Un comienzo agudo con alucinaciones visuales, acompañadas de delirios paranoides, sugiere una psicosis inducida por drogas. No debemos olvidar que cada vez hay más evidencia que prueba que el consumo de cannabis aumenta el riesgo de desarrollo de esquizofrenia (Allebeck *et al.*, 1993).

La aparición de primeros episodios psicóticos en personas jóvenes de 15 a 18 años presenta los mismos dilemas diagnósticos y pronósticos observados en otros grupos de edad y que hemos descrito en otras partes de este libro. Incluye problemas para esclarecer factores de vulnerabilidad psicobiológica y factores desencadenantes, junto con la clasificación de la sintomatología, el diagnóstico y posterior elección de métodos de tratamiento.

Delirium, confusión y psicosis orgánica

Este capítulo ofrece una visión general de estados que pueden confundirse con lo que tradicionalmente conocemos como psicosis funcional, las formas de psicosis que han sido definidas en capítulos anteriores. La diferencia esencial radica en que los síntomas son consecuencia de una alteración orgánica identificable o de un daño del sistema nervioso central (SNC). Tanto en el DSM-IV como en la CIE-10 se utiliza el término delirium para identificar estos estados. En Escandinavia se asocia estrechamente con el delirium tremens, empleando a menudo el término “confusión” como sinónimo.

Síntomas característicos de delirium de acuerdo con el DSM-IV y la CIE – 10

1. *Nivel de consciencia fluctuante* con una disminución de la capacidad de concentración y de atención.
2. *Deterioro cognitivo con alteraciones de memoria y orientación.* La desorientación no solo afecta al sentido del tiempo sino que frecuente-

mente también afecta al sentido de espacio y persona. Los pacientes no están seguros del día en el que viven, de dónde se encuentran y a quién están hablando. Sin embargo el conocimiento de la propia identidad no se suele ver afectado.

3. *Alteración de las percepciones* con presencia de ilusiones o alucinaciones. Éstas pueden variar desde ilusiones deformes y fugaces hasta alucinaciones visuales definidas (también pueden darse alucinaciones auditivas y táctiles). Las alucinaciones visuales sugieren firmemente el origen orgánico de los síntomas psicóticos.
4. El estado se desarrolla con rapidez y tiende a *fluctuar en intensidad* durante el día. Con frecuencia, las mayores alteraciones se presentan durante la noche.
5. El estado tiene como causa una *alteración del SNC* debida a enfermedad física, daño cerebral, envenenamiento, intoxicación etílica, consumo de drogas o abstinencia.

El grado de alerta puede aumentar, disminuir o permanecer sin cambios y esto, a su vez, puede fluctuar. Las alucinaciones visuales son vívidas y, en este sentido, difieren de las alucinaciones que normalmente se dan en la psicosis funcional. En los casos de esquizofrenia se refieren a veces alucinaciones visuales, pero normalmente están peor definidas y son menos complejas: por ejemplo, una luz, el efecto de un rayo de luz, una forma y así sucesivamente. Esto contrasta con las alucinaciones visuales complejas, realistas e intensas que se dan en personas con delirium, que pueden girar en torno a cualquier cosa, desde bailarinas hasta arañas gigantes que intentan arrastrarse por la cama o serpientes que se abalanzan desde la pantalla de televisión.

La combinación de alucinaciones táctiles y visuales puede acarrear movimientos ansiosos para deshacerse de insectos que se arrastraran por la piel. En el delirium la persona está profundamente implicada en sus experiencias y se siente aterrada por ellas. Frecuentemente las alucinaciones son de origen "proteico" por lo que cambian continuamente. Los objetos, las texturas o los espacios se multiplican, cambian de tamaño y color, desaparecen y reaparecen, en definitiva son experiencias que muchos de nosotros hemos vivido durante períodos de fiebre alta.

Las alucinaciones auditivas son bastante impersonales, distintas de las voces que hablan entre sí y quieren controlar e influir, más frecuentes en esquizofrenia. Es bastante común escuchar música o una voz cantando una melodía. Después de la fase aguda, pueden persistir incluso aunque el paciente ya no delire; en la alucinosis alcohólica las alucinaciones au-

ditivas persisten en ausencia de otros signos de confusión que aparecen en el *delirium tremens*.

Las alucinaciones y delirios aunque transitorios pueden provocar situaciones potencialmente peligrosas en centros de internamiento. El paciente puede querer fugarse o incluso tirarse por la ventana con el fin de librarse de sus perseguidores, ya sean personas o animales. Otros hallazgos clínicos son *aumento de la temperatura corporal*, *sudoración* y agitación. A veces se detectan *temblores* ligeros o moderados. Emocionalmente, la persona puede fluctuar desde sentirse desanimada, irritable o temerosa hasta la euforia.

La *perplejidad* es característica del estado confusional, se manifiesta con una actitud mediatibunda, dubitativa y con falta de reconocimiento del entorno. La persona puede quedarse en un sitio contemplando a la gente pasar con la mirada perdida, interrogante, quizás suplicando una respuesta para lo que está pasando o preguntándose por qué las cosas se hacen de cierta manera. Puede manifestar temor ante unos malos tratos inminentes, una ejecución o una gran catástrofe.

Causas de los estados confusionales

La confusión puede caracterizarse como una reacción inespecífica a un deterioro subyacente en el funcionamiento cerebral. El corolario es que muchas causas distintas tienen el mismo punto final, el estado confusional. Entre las causas médicas encontramos las siguientes:

1. *Cambios patológicos asociados al envejecimiento*. En edades avanzadas la *arterioesclerosis* es bastante común y reduce el riego sanguíneo cerebral. Esto puede agravarse durante la noche por una disminución de la tensión arterial. Por la misma razón el fallo cardiaco también puede producir confusión.
2. Después de un *ataque epiléptico* pueden darse estados de confusión (confusión post-ictal). Rara vez la persona afectada puede comportarse de forma mecánica (automatismo) y atacar los demás. La forma clásica de confusión se acompaña frecuentemente de agitación. La epilepsia del lóbulo temporal puede producir alucinaciones en cualquier modalidad sensorial.
3. *Infecciones intracraneales* como la encefalitis (infección del tejido cerebral), meningitis (infección de las meninges, membranas que cubren el SNC) y abscesos, pueden causar confusión. Los traumatismos craneales producen una amplia gama de patologías intracraneales, como daños groseros del tejido cerebral (con o sin fractura craneal), hemo-

rragias intracraneales y daños microscópicos generalizados (conocidos como síndrome axonal difuso). Infecciones en otras partes del cuerpo pueden ser lo suficientemente graves como para dañar la función cerebral, especialmente en personas mayores, ejemplos comunes serían la neumonía e infecciones del tracto urinario.

4. En los *trastornos metabólicos* se producen cambios significativos en la concentración de componentes bioquímicos activos en sangre y/o en sus residuos tóxicos. Ejemplos de esos compuestos bioquímicamente activos serían la glucosa, calcio y sodio. Ejemplos de residuos urea y amoníaco. Se pueden producir alteraciones metabólicas como consecuencia de un fallo orgánico (p. ej., aumento de urea y potasio en los casos de insuficiencia renal, hiperamonemia en casos de insuficiencia hepática) o de una enfermedad endocrina. Las enfermedades endocrinas producen cambios en los niveles hormonales que, a su vez, pueden producir alteraciones metabólicas o psicológicas. Por ejemplo, un diabético puede deshidratarse a consecuencia de una hiperglucemia prolongada o, darse casos de extrema ansiedad y agitación a causa de la hiperactividad tiroidea.
5. *Intoxicación o abstinencia*. El alcohol y otras sustancias que crean dependencia, como las benzodiazepinas pueden producir delirium, bien como resultado de una intoxicación directa o por la retirada brusca. Puede complicarse por la malnutrición, deshidratación, traumatismos craneales y deficiencia de una vitamina específica (la tiamina), que provoca una forma específica de daño cerebral (síndrome de Wernicke-Korsakoff).
6. Las sustancias *alucinógenas* como el LSD, *cannabis*, setas alucinógenas, etc., deben tenerse en cuenta en caso de delirium en personas jóvenes. La medicación corticosteroidea puede producir síntomas de confusión y también psicosis afectiva, al igual que algunos antihipertensivos. Lo mismo sucede con fármacos para la enfermedad de Parkinson, así como en sobredosis de fármacos anticolinérgicos, usados en el tratamiento de los efectos secundarios de la medicación antipsi-cótica (véase, por ejemplo, el caso de Elizabeth en el Capítulo 2).

Estados confusionales frecuentes en la hospitalización

Confusión postoperatoria

Se produce en un 20 a 30 por ciento de las personas después de intervenciones quirúrgicas mayores, especialmente de pulmón y corazón. Podría presentarse sólo en forma de alucinaciones visuales o delirios persecutorios con ansiedad y excitación secundarias. El manejo de estos casos incluye una acti-

tud tranquilizadora, ayudar en la orientación de la realidad, cuidados de enfermería desde una habitación contigua bien iluminada y evitando tanto la falta de estímulos como la sobreestimulación. Un miembro del personal que tome la mano del paciente o le hable sobre sus familiares puede producir un alivio inmediato. Si la agitación no pudiera contenerse, se utilizarían dosis bajas de benzodiazepinas y/o antipsicóticos, pero se corre el riesgo de empeorar la confusión. El grado y duración de la confusión suele estar relacionado con el uso de narcóticos como analgésicos y el grado de temor experimentado por el paciente antes de la operación, pero también con las causas citadas anteriormente, por lo que es necesaria una cuidadosa investigación.

“La reina Silvia experimentando con pacientes”

Simon, un destacado funcionario judío de 60 años, fue sometido a una grave cirugía cardíaca. La noche anterior a la operación tuvo una pequeña discusión con la enfermera, que hablaba con acento alemán. Simon tenía la impresión que dicha enfermera sería reacia a darle suficiente medicación para tratar el dolor postoperatorio. Durante los días posteriores a la operación que, por otro lado, se llevó a cabo con éxito, Simon, en su comprometido estado fisiológico, elaboró la idea de ser objeto de un cruel experimento. A través de la ventana podía ver un álamo y pensaba que había sido hecho prisionero en una casa de campo sueca. Creía que tanto él como los demás pacientes de cirugía serían presentados en una conferencia, impartida por la Reina Silvia, como ejemplo de que era posible llevar a cabo operaciones quirúrgicas sin anestesia. Cuando el personal acudió a su habitación para atenderle, se quejó amargamente de haber sido objeto de un experimento poco ético, el personal se limitó a ignorar la observación y abandonar la habitación. Entonces Simon decidió que debía huir y desde su cama empezó a estudiar formas para escapar por la ventana de su habitación.

Los demás pacientes empezaron a preguntarle por qué inspeccionaba de esa manera la habitación, lo que hizo que Simon se sintiera avergonzado, al darse cuenta de que probablemente todo era debido a un delirium. Todos rieron al escuchar la historia pero un paciente que acababa de ser operado, se puso serio de repente y señaló la apertura del conducto de ventilación encima de la puerta y dijo que ciertamente, era un hecho que cosas extrañas estaban sucediendo en la sala y que todas las personas que habían salido de ese agujero y habían registrado su documentación, no deberían estar allí.

Comentario

La confusión de este paciente judío, ocurrida mientras estaba despierto, se configuraba como una pesadilla. Incorporaba a su delirium vestigios diurnos: la enfermera alemana se convertía en una representación simbólica de la Reina Silvia de Suecia, nacida en Alemania. La confusión postoperatoria no es infrecuente ni excepcional, como se desprende del comportamiento del paciente que no entendía que él también estaba sufriendo alucinaciones. Tampoco el personal del centro entendió lo que estaba pasando, lo que es más preocupante. Si Simon hubiera estado solo habría existido un alto riesgo de que se hubiera desconectado del suero y monitores para intentar huir por la ventana.

En hospitales nos encontramos frecuentemente con *estados de confusión nocturna en pacientes mayores*. Hay muchas teorías sobre lo que origina estos estados, entre las que se encuentra la combinación de arterioesclerosis e hipotensión arterial, lo que reduce el riego sanguíneo cerebral. También pueden influir la enfermedad o enfermedades por las que han sido hospitalizados, el déficit cognitivo o encontrarse en un entorno desconocido (Como ejemplo véase el caso de Elizabeth en el Capítulo 2).

La frontera entre la confusión y la psicosis

Los conceptos de confusión y psicosis no deberían mezclarse. Si se altera la función cerebral, la consecuencia directa es la *confusión aguda*, aunque habitualmente bastante inespecífica. Los síntomas típicos producidos por alteraciones cerebrales son alucinaciones visuales, desorientación y alteraciones del nivel de consciencia. No tenemos base suficiente para pensar que en la *psicosis* lo fundamental sea que el cerebro esté sometido a una presión aguda, ya sea fisiológica o tóxica. En ésta, la personalidad se encuentra bajo estrés psicológico y la continuidad del *self* se ve amenazada por la ansiedad ante la pérdida de control, lo que se traduce en intentos reparadores para alcanzar la coherencia, por medio de explicaciones delirantes que carecen de racionalidad. La presencia de vulnerabilidad, tanto biológica como psicológica, contribuye a disminuir aún más el umbral y hace que el proceso psicótico se desarrolle más rápidamente.

A veces observamos componentes de confusión en la psicosis y viceversa. En los casos de *psicosis esquizofrénica aguda*, la confusión puede aparecer de forma temporal, lo que se considera como signo de buen pro-

nóstico. *La psicosis breve* también puede presentar algunos signos de confusión aguda, como perplejidad y pérdida de orientación. En ocasiones, los síntomas de confusión pueden dar lugar a un diagnóstico equivocado de psicosis funcional, lo que obliga a buscar cuidadosamente una causa de carácter orgánico, que bien puede ser una alteración endocrina o una reacción tóxica, quizás consecuencia de la medicación. Ocasionalmente puede ser el primer signo de un tumor o metástasis cerebral. Esta dificultad diagnóstica subraya la importancia de una exploración médica en profundidad en la evaluación de un paciente con un primer episodio psicótico.

No obstante, el cuadro puede ser resultado de la combinación de estresores psicológicos y orgánicos, como por ejemplo, consumo prolongado de alcohol, un largo proceso de divorcio o unas vacaciones en solitario en un país caluroso, complicadas con deshidratación y diarrea. En estas ocasiones es bastante común que se combinen síntomas de paranoia con los de confusión. La figura 13.1 muestra un enfoque multifactorial, incluso en aquellos estados con una causa orgánica donde el factor físico puede ser la causa esencial, aunque la confusión empeora o se ve fortalecida por el estado emocional de la persona y la falta de contención de su entorno social.

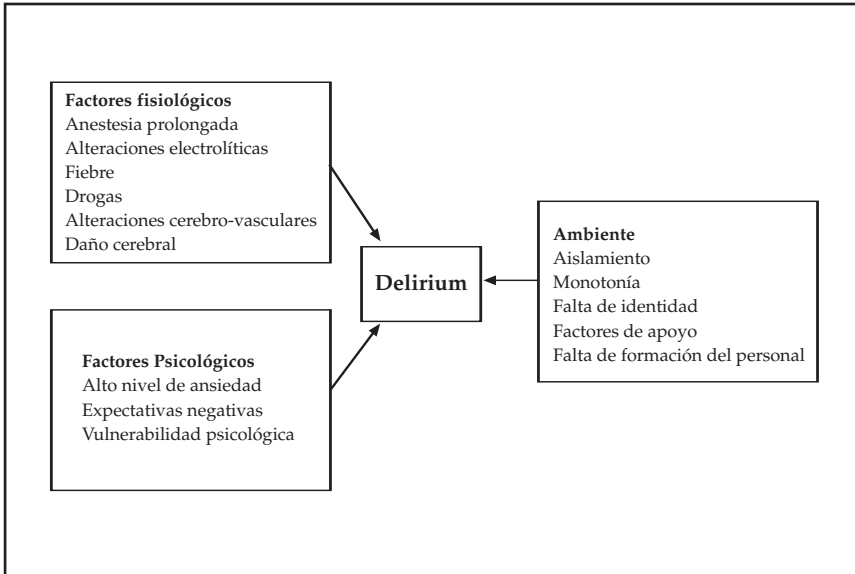


Figura 13.1
Modelo de causas que interactúan en el delirio de base de origen orgánico

Sería demasiado simplista considerar la confusión como el "hardware" que no funciona correctamente y la psicosis como una alteración del "software", que ha sido programado de forma equivocada o insuficiente. En definitiva cerebro y psique son inseparables y no podemos pensar en la consciencia funcionando al margen del sustrato biológico; pero uno y otra tampoco pueden permutarse, como es la aspiración de aquellos que trabajan en la investigación sobre el funcionamiento cerebral. Hay un abismo epistemológico entre mente y cerebro que hasta ahora no hemos sido capaces de salvar. A pesar de ello, la psiquiatría moderna se esfuerza por alcanzar una visión monista de la mente humana.

Los dos períodos críticos de la psicosis y el potencial para la recuperación

Como profesionales que trabajamos en unidades, cuando tratamos a alguien que desarrolla una psicosis por primera vez, debemos ser precavidos a la hora de hacer un diagnóstico definitivo (McGorry, 1994). La clínica cambia, los aspectos afectivos disminuyen o se acentúan y los delirios pueden desaparecer de repente, a medida que el paciente encuentra una salida del mundo psicótico. De forma alternativa la psicosis puede empeorar, acentuando las dificultades para establecer contacto. En ciertos momentos pueden predominar síntomas catatónicos, mientras que en otros dominan los paranoides.

Aunque los síntomas agudos son importantes para tomar la decisión sobre el tratamiento inmediato y el nivel de cuidados requerido, la experiencia nos dice que la psicosis aguda remite tarde o temprano, salvo en casos excepcionales. Para bien o para mal, la forma tradicional de enfocar la psicosis se ha centrado fundamentalmente en el tratamiento y contención del episodio psicótico. No obstante, el conocimiento más actual sugiere que la psicosis aguda está flanqueada por dos períodos críticos, y cada uno de ellos exige, a su manera, seria consideración:

1. El período que precede al tratamiento psiquiátrico debe ser lo más corto posible con el fin de disminuir el daño psicológico y social causado por la psicosis, es decir, *el tiempo trascurrido desde el inicio de los síntomas prodrómicos*.
2. Con el fin de reducir el riesgo de recaída, *el período posterior a la curación aparente de los síntomas psicóticos*, es igualmente importante. En este caso, se debe reparar la visión traumática del *self*, así como el daño a la red social. Con el fin de asegurarnos que se dan los pasos adecuados para prevenir una recaída, debemos integrar en la personalidad la comprensión de aquello que ha sucedido, incluyendo posibles nuevos síntomas prodrómicos. Se trata de tareas difíciles, pero esenciales por “razones de pronóstico”. En esta parte del libro se dará una visión general de los dos períodos (véase figura 14.1), que serán tratados en mayor detalle en la Parte II.

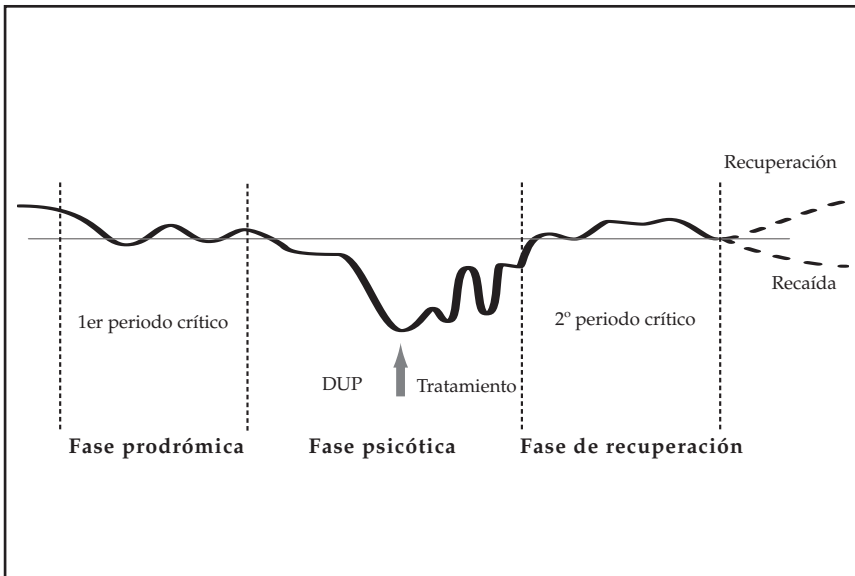


Figura 14.1
Un modelo de psicosis, los periodos críticos de la psicosis

El primer período crítico: síntomas prodrómicos y psicosis no tratada

En la mayor parte de los casos, la persona experimenta una interrupción en la experiencia de sí misma, durante un período de tiempo que oscila entre unas semanas y varios años, antes que se declare el episodio psicótico. Los síntomas prodrómicos se manifiestan fundamentalmente como un aumento de la tensión psíquica, una disminución de la capacidad para relacionarse con los demás y cumplir las exigencias escolares o laborales.

En el caso de un proceso psicótico de desarrollo lento se puede producir una transición casi imperceptible, donde una persona, normalmente tímida y algo excéntrica, presenta un estado prodrómico que gradualmente se va transformando en psicosis manifiesta. Tal y como se explicaba en el Capítulo 11, podemos encontrar siempre que prestemos una atención cuidadosa a antecedentes personales y evolutivos, que algunas personas diagnosticadas de esquizofrenia (DSM-IV), han tenido desde su infancia dificultades para hacer amistades y para cumplir con las expectativas en el colegio.

Es importante no dejar pasar demasiado tiempo entre los primeros síntomas de psicosis y el momento en el que se ofrece al paciente una ayuda psiquiátrica adecuada (*Duración de la Psicosis no Tratada, DUP*) (*en inglés Duration of Untreated Psychosis*). Un proceso psicótico que se mantiene mes tras mes, aunque sea leve y no requiera intervención psiquiátrica inmediata, derivará en un aumento del aislamiento y potenciará los delirios, lo que puede dificultar una plena recuperación.

Teorías recientes sobre la neurobiología de la psicosis sugieren que la psicosis no tratada puede tener un efecto tóxico degenerativo en el cerebro, derivando hacia una enfermedad más crónica (Verdoux y Cougnard, 2003). Aunque no tengamos una confirmación científica de este hecho, la hipótesis se basa en la observación clínica común de que una DUP (*Duración de la Psicosis no Tratada*) prolongada implica un peor pronóstico (Loebel *et al.*, 1992). Una explicación alternativa razonable es que aquellos a los que se trata en una fase más tardía terminan perdiendo el contacto necesario con su red de apoyo psicosocial, lo que hace que se aislen más. Existen razones de peso para pensar que estos pacientes constituyen un subgrupo con menos síntomas positivos agudos, más síntomas negativos y más alteraciones neuropsicológicas. También parece que responden peor a la medicación antipsicótica y como consecuencia de esta combinación, tienen un peor pronóstico que aquellos que desarrollan un tipo de proceso más agudo y, por tanto, son tratados más rápidamente.

Desde un punto de vista biológico la “toxicidad psicótica” presupone que los síntomas psicóticos producirán un proceso tóxico o daño biológico, aunque realmente no se conozca ningún tipo de “toxinas psicóticas”¹. Este tipo de ideas se exponen en conferencias impartidas por expertos de la industria farmacéutica, como parte de campañas que sostienen que la manera esencial de tratar la psicosis es por medio de un tratamiento neuroléptico inmediato. Por otro lado, una intervención temprana ante la primera aparición de síntomas prodrómicos es fundamental con el fin de detener cualquier avance de la enfermedad, que se manifestaría más adelante, especialmente en aquellas formas de esquizofrenia que se presentan inicialmente a través de alteraciones perceptivas, disminución funcional, etc. (véase Capítulo 21).

El segundo período crítico: el proceso de recuperación, reconstruyendo la esperanza

Entre las personas con un primer episodio psicótico, el 75 por ciento suelen recuperarse en pocos meses o años. No obstante, durante años la mayor parte siguen sufriendo ansiedad relacionada con la experiencia vivida, que no ha sido debidamente elaborada, ya sea durante la propia enfermedad o después de la misma. Del mismo modo, familia y amigos, pueden tener dificultades para hablar de los dolorosos acontecimientos acaecidos y con frecuencia se tiende a construir una especie de muro invisible alrededor de la persona. En algunos casos puede significar que la red de apoyos disminuya y el riesgo de recaída aumente.

Alrededor del 70 por ciento de pacientes con un primer episodio psicótico tendrán una recaída si no reciben el tratamiento adecuado. Cuando están presentes síntomas residuales, existe una alta probabilidad de recaída durante el primer y segundo año, por lo que se aconseja medicación antipsicótica. Diversas intervenciones psicoterapéuticas tienen efectos significativos durante el período posterior al proceso psicótico. La psicoeducación es particularmente útil, enseñando al paciente a detectar los primeros síntomas de recaída y también, a la familia a comprender mejor el proceso y lo que ha sucedido. La psicoterapia de orientación dinámica y cognitiva puede ofrecer un mayor auto-conocimiento y capacidad de trabajo sobre experiencias clave, así como trabajar problemas depresivos, alucinaciones y delirios residuales. No obstante, las metas serán más limitadas que en el tratamiento de los “trastornos neuróticos”. Normalmente el tipo de psicoterapia propuesta incluye, en grado variable, varios

componentes de estas formas de asistencia, de acuerdo con las necesidades y capacidades del paciente. Véase la Parte II para mayor detalle.

¿Qué es lo que debemos curar?

Para aquellos que sufren un proceso psicótico la tarea que se presenta por delante, puede llegar a parecerles imposible de superar:

- El trauma acaecido en el yo debería curarse. Tal y como veremos (p. 226), es frecuente que después de una psicosis aguda surja lo que se conoce como *trastorno por estrés post-traumático*. La elaboración en este caso, se enfoca hacia la reparación de la visión destruida del mundo, donde sentimos que el mito del yo invulnerable, al que nos aferrábamos, ya no nos protege, convirtiendo el proceso psicótico en sí mismo en un hecho realmente traumático. Otro aspecto es el daño potencial a la integridad personal, que puede producirse durante la hospitalización, a causa del miedo que plantea verse forzado a tratar de cerca con personas mentalmente enfermas.
- Se deben recuperar las *relaciones* deterioradas *con familia y amigos*, ya que, con frecuencia se presentan sentimientos de soledad.
- Se puede precisar ayuda o tratamiento para *síntomas residuales* como alucinaciones y delirios, ansiedad o depresión.
- Es necesario revisar cuidadosamente la medicación neuroléptica prescrita, ya que pueden darse casos donde las dosis sean muy elevadas o el mantenimiento demasiado largo. Sin embargo, también pueden darse casos que, por error, se dejen sin tratar y en los que la medicación podría haber ser necesaria para recuperar la capacidad funcional.

Requisitos para el tratamiento

El primer requisito para un tratamiento adecuado es reconocer que el conocimiento del mundo psicológico de la persona es tan importante, en el caso de la psicosis, como lo es en cualquier otro tipo de trastorno. Nos encontramos, al igual que sucede en otro tipo de situaciones, que detrás de los síntomas hay mecanismos defensivos y de adaptación, conflictos inconscientes, necesidad de mejorar la autoestima y ayuda para encontrar motivación para el cambio (p. ej., rasgos de personalidad). La comprensión de estos aspectos influirá en los resultados obtenidos. El funcionamiento dinámico está ligado a la vulnerabilidad y a consiguientes disca-

pacidades funcionales cognitivas, por lo que podemos apuntar (siguiendo a Eugen Bleuler y otros) que se deben entender los síntomas psicóticos en forma de intentos dinámicos de adaptación a los factores de vulnerabilidad subyacentes.

El trabajo realizado en este campo nos ha permitido observar una importante experiencia psicológica, con frecuencia el funcionamiento psicótico viene acompañado de una parte no psicótica de la personalidad, con la que se debe cooperar directa o indirectamente. Esta parte no psicótica se insinúa incluso en el caso de pacientes con intensos y complejos delirios de persecución, y que a pesar de negar su enfermedad mental y no estar movidos por razones psiquiátricas, acuden a los servicios de salud mental en busca de ayuda.

Otro requisito para un tratamiento satisfactorio es el de ser conscientes de la *importancia de fomentar el optimismo*. La investigación comparativa sobre psicoterapia nos indica que el factor terapéutico más poderoso del que disponemos para establecer una relación terapéutica de éxito es la capacidad para mantener una esperanza realista (Luborsky *et al.* 1975). También existe una relación positiva entre mantener la esperanza y la respuesta inmunológica a la infección y otros procesos somáticos de curación (Solomon, 1987). Aunque no sepamos cómo juega la inmunidad su papel protector en la recuperación de la psicosis aguda, nos da una visión de la relevancia psicofisiológica de la esperanza como factor vitalizador. También debemos tener en cuenta lo inaceptable que resulta que muchas personas discapacitadas que sufren esquizofrenia, vivan su vida de forma empobrecida a causa de la falta de esperanza y motivación, lo que hace que la investigación de estos factores sea especialmente relevante para mejorar la recuperación.

El psiquiatra John S. Strauss (1989) nos aporta un estudio basado en entrevistas longitudinales, llevado a cabo con pacientes tras un episodio de psicosis aguda, en el que diferencia tres patrones típicos (figura 14.2), basados en mecanismos de “afrontamiento”, que aparecen después de una psicosis aguda.

- El punto bajo de inflexión
- “*Woodshedding*” (“reunirse alrededor de la hoguera”)
- Un curso fluctuante

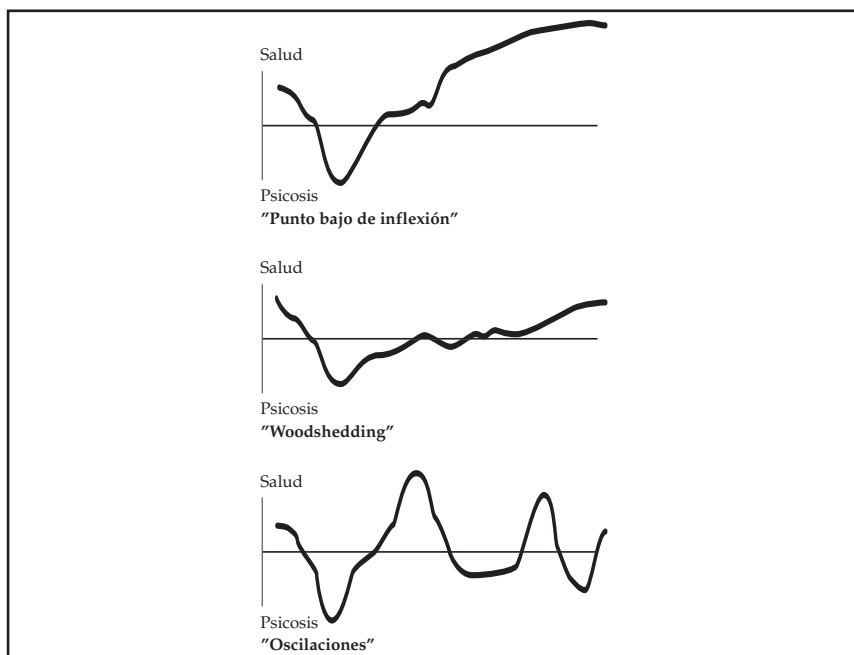


Figura 14.2
Tres tipos de progresión, adaptado libremente de Strauss (1989: 22-28)

El punto bajo de inflexión

Este estado consiste en una respuesta clásica a la crisis. Se da frecuentemente en casos donde el proceso psicótico agudo se produce como resultado de una causa claramente definida. A veces es relativamente fácil ver que, antes de declararse el proceso, la persona tenía rasgos de personalidad desadaptativos que funcionaban de forma cada vez menos eficiente, ante la creciente exigencia que planteaba su situación. Finalmente un estresor agudo provoca la *desintegración* psicótica, a lo que sigue una reorganización que supone, en algunos casos, la construcción de una organización más flexible de la personalidad durante el subsiguiente proceso de elaboración. En psiquiatría vemos que esto sucede con más frecuencia de la admitida. Es nuestra obligación, como profesionales de la salud mental, mantener una actitud de reafirmación de la vida, en significado y coherencia de forma que podamos, aún sin palabras, inspirar una esperanza vicaria en aquellos que la necesitan. En el tratamiento, intentamos ayudar tanto al paciente como a su familia más cercana para que internalicen este tipo de actitud.

A veces podemos observar lo estrechamente entrelazados que están el proceso de crisis y el proceso adaptativo de rehabilitación, hasta el punto que, en ciertos casos, es posible preguntarse si la psicosis podría representar un ímpetu potencial en el desarrollo de la personalidad de cara al futuro. Alguien que se atasca en un punto muerto de relaciones enredadas y dependientes puede necesitar una crisis para modificar o hacer crecer su personalidad. Del mismo modo, personas de su entorno pueden precisar la crisis como revulsivo para permitirles reconocer y cambiar sus roles habituales.

Este tipo de actitud es muy importante cuando se trata de encontrar una perspectiva con sentido desde la que podamos ofrecer una esperanza ante la enfermedad psicótica. Por supuesto que eso no significa que adoptemos una postura romántica ante la psicosis como si fuera algo deseable. La psicosis es un estado de desorganización doloroso y peligroso pero, en algunos casos, puede traer consigo un desarrollo positivo extraordinario, que difícilmente se hubiera dado sin una reacción psicótica. No obstante, no podemos olvidar que a la recuperación de la crisis psicótica le sigue un trabajo psicoterapéutico a largo plazo (por ejemplo, véase el caso de Beth en el Capítulo 2), sin el cual hay riesgo de formas distorsionadas de curación.

Woodshedding (“Reunirse alrededor de la hoguera”)

El término inglés *“woodshedding”* fue acuñado por un grupo de músicos de jazz estadounidenses, que cuando querían ensayar juntos, se reunían en una cabaña del bosque donde podían tocar sin ser interrumpidos hasta que consideraban que habían alcanzado su objetivo. La expresión se acerca al concepto de *“moratoria”*, que denota la necesidad de un período de espera o descanso para desarrollar algo nuevo, donde la vida no presenta grandes exigencias o expectativas, pero manteniendo la esperanza.

Tan pronto como el paciente mejora, puede caer en un bajo estado de funcionamiento por un largo período, quizás años. Esta fase de meseta generalmente se produce cuando el paciente ha abandonado el hospital y tanto él mismo como sus familiares y cuidadores se preguntan si alguna vez se recuperará. A veces la mejoría se produce paso a paso, pudiéndose interrumpir por recaídas ocasionales, aunque si se analiza de cerca se observa como el paciente comienza a hablar con los demás, emprender nuevas actividades, mejora su autoestima, los síntomas residuales son menos molestos y la persona deja de identificarse con la imagen de enfermo mental, con lo que la vuelta al trabajo o a los estudios cobran nuevamente importancia. Existen dos tipos de riesgo clave en este período:

por un lado, el paciente nunca se atreve a dejar la poco productiva fase meseta y permanece en ella y por otro, se puede precipitar demasiado rápidamente su salida y producirse una recaída.

Si lo medimos en términos psiquiátricos puede suceder que síntomas negativos como la apatía e indiferencia sean los predominantes y nos apresuremos a considerar esa situación como crónica. Detrás de lo que puede aparentar ser una señal de discapacidad funcional severa, se esconde un proceso de curación en progreso, aunque frágil.

Debemos ser conscientes de que la introversión puede ser una expresión de baja autoestima en lugar de simplemente un síntoma negativo. Otra forma más positiva de contemplar este estado puede ser que la persona va reduciendo intuitivamente su contacto con el entorno, a fin de protegerse contra el desastre, excesivas exigencias y demasiada estimulación. Obviamente es difícil determinar con exactitud el grado razonable y admisible de introversión, como elemento de protección contra el riesgo de aumento de síntomas del proceso psicótico o de un nuevo proceso. En cualquier caso debemos ser conscientes de que la recuperación tras un proceso psicótico puede llevar muchos años.

La fase “alrededor de la hoguera” puede tener lugar bajo la protección de la familia y de los amigos que actúan como apoyo o bien en un centro residencial psicoterapéutico. Lo ideal es que se dedique tiempo suficiente a los pacientes y que las expectativas de tratamiento se correspondan con la situación y capacidades de la persona. También lo puede hacer el paciente solo, pero entonces habrá más riesgo de que termine atrapado en un círculo vicioso de baja estimulación y aislamiento. Con los breves tratamientos actuales y la falta de recursos psicoterapéuticos suficientes, no es fácil encontrar sitios donde pueda tener lugar la recuperación. Para el tipo “*woodshedding*”, es muy importante asegurar el interés decidido en un sistema de apoyo activo. Quizás el mayor enemigo que todavía encontramos en la psiquiatría es la actitud pesimista hacia la psicosis. Ese tipo de actitud no solamente obstaculiza la inversión en entornos terapéuticos sino que también daña la voluntad de mejoría del paciente.

Medicación o rehabilitación

Joanna había pasado una adolescencia turbulenta durante la que había iniciado distintos cursos de formación, sin que ninguno de ellos fuese satisfactorio. Cuando tenía unos 20 años comenzó a aislarse cada vez más. Empezó a desarrollar delirios de envenenamiento y creencias de persecución, con lo que no se atrevía a salir de casa

y se replegó en sí misma durante largos períodos de tiempo. No llegaron a producirse alucinaciones claramente definidas. Fue internada en una clínica psiquiátrica y tratada con dosis cada vez más altas de medicación, incluso en forma depot sin que se observara ningún efecto destacable. Joanna insistía en no querer tomar la medicación, pero el médico no cedió ante su insistencia. Al ver que la situación no progresaba, convirtiéndose en una enfermedad crónica, los padres de Joanna decidieron internarla en una clínica orientada al tratamiento psicoterapéutico. Ella, en su voluntad de mejorar, buscaba una mayor comprensión de sí misma. Su internamiento duró tres años durante los que su estado mental fue fluctuante y la medicación se fue reduciendo lentamente. Ayudaron a Joanna a hacer amistad con otros pacientes y la estimularon a seguir cursos de formación administrativa durante unas horas al día, hasta que finalmente pudo irse a vivir sola.

Un curso fluctuante

Una enfermedad que fluctúa rápidamente puede ser incluso más difícil de contener, tanto en lo que respecta al paciente como al cuidador. En estos casos es de suma importancia ver cómo interaccionan factores biológicos y dinámicos, influyéndose mutuamente para un empeoramiento progresivo. Algunas personas alternan períodos de normalidad con otros de psicosis aguda. Este tipo de fluctuación puede darse a veces de forma rápida y frecuente o tras largos intervalos. En ocasiones se puede entender mejor el proceso si se contempla desde un punto de vista biológico, especialmente en el trastorno bipolar en el que el tratamiento con litio u otros estabilizadores del ánimo ayuda a controlar esas fluctuaciones de forma eficaz.

En otras ocasiones el factor biológico se desencadena con facilidad por razones psicosociales. Una arraigada falta de auto-confianza junto con un trastorno de personalidad refuerzan un tipo de comportamiento que los demás pueden ver como una oposición sin sentido, lo que desencadena una reacción depresiva aguda que, a su vez, puede terminar en un proceso psicótico. En otras personas, una incapacidad “neurótica” para aceptar el éxito puede producir un alto nivel de ansiedad cuando las cosas se desarrollan de forma muy positiva, lo que puede tanto desencadenar como contribuir a un episodio de enfermedad bipolar.

A veces nos encontramos con personas que justo después de haber “tocado fondo”, se permiten aceptar la ayuda que se les ofrece, lo que puede interpretarse como una forma de castigo auto impuesto. Se da en personas con talento que tienen un fuerte sentimiento de culpabilidad, quizás relacionado con el abuso de drogas o actividades antisociales.

“Tocando fondo”

Una mujer de 25 años se presentó en la consulta externa de un centro psiquiátrico, con un proceso de psicosis aguda, que había empeorado como consecuencia del abuso ocasional de sustancias. La mujer había acudido muchas veces durante los últimos siete años, en un estado similar, tras varios intentos de suicidio. Se trataba de una persona dotada de talento con un trastorno límite de la personalidad y una tendencia a la psicosis. En numerosas ocasiones rechazó la ayuda psicoterapéutica ofrecida por el psicólogo del hospital, aunque finalmente aceptó acudir a consulta para mantener visitas regulares. Ese fue el comienzo de una turbulenta psicoterapia durante cinco años, en los que pudo recuperar la salud y alcanzar un cierto grado de funcionamiento social. En una revisión rutinaria posterior se le preguntó la razón por la que no había querido aceptar ayuda con anterioridad, a lo que contestó que “no era el momento adecuado. Necesitaba sentir que había tocado fondo y desde ahí sólo podía ir a mejor”. Durante la psicoterapia salió a relucir que cuando era tan solo una niña había sufrido abusos incestuosos, cuyo recuerdo había reprimido, lo que derivó en un sentimiento insoportable y difuso de culpabilidad y vergüenza. Sólo cuando se derrumbó completamente fue capaz de aceptar ayuda.

La *negación*, como mecanismo de defensa, puede también intervenir cuando predomina un mecanismo biológico fluctuante. Para muchas personas es difícil aceptar que han sufrido un proceso psicótico y en lugar de esto, tienden a alejarse de la realidad o sostienen haber sido objeto de malos tratos. Por consiguiente, es difícil que consideren la necesidad de pedir ayuda psiquiátrica cuando aparecen señales de recaída. En esta situación fluctuante la persona necesita, además de asistencia médica, apoyo en forma de intervenciones de tipo educativo y psicoterapéutico, que le ayuden a superar la negación y le permitan conocer su vulnerabilidad biológica y psicológica, con el fin de ayudarle a desarrollar mejores vías para afrontar la enfermedad.

Muchos de los que hablan de un “punto de inflexión” en su enfermedad llegan a este estado cuando deciden contrarrestar de forma activa la enfermedad, en lugar de continuar pasivamente en la espiral patológica. La pregunta sobre cuáles son las condiciones para que surja ese punto de inflexión es clave en psiquiatría y, claro es que no pueden ser “determinadas” simplemente desde el exterior. En un sentido positivo, hartarse de la dependencia de fuerzas destructivas internas y decidir depender del potencial propio es un proceso que a veces se asemeja a las parábolas cristianas de la conversión. Frecuentemente el suceso se expresa a través de la relación personal con el cuidador, la pareja o alguien que cree en el potencial de la persona y que lo hace en el momento adecuado. No obstante, no se ha llevado a cabo suficiente investigación sobre estas cuestiones.

Todavía no sabemos hasta qué punto es posible contrarrestar las discapacidades funcionales que más adelante se producen en la esquizofrenia, gracias a un apoyo temprano óptimo y a una rehabilitación bien planteada. Los resultados de la mayor parte de los tratamientos que vemos hoy día se encuentran bastante por debajo de un nivel aceptable y esto no es únicamente porque estemos esperando mejor medicación. Por encima de todo tenemos razones para el optimismo cuando vemos buenos resultados en casos individuales en los que ha tenido lugar una intervención precoz, con una medicación prescrita con acierto y facilitando el entorno terapéutico por un período prolongado con los recursos adecuados para la rehabilitación.

Los trastornos cognitivos y el proceso psicótico del pensamiento

Querida servidumbre: No puedo tener paz en esta institución a causa de los cariñosos cuidados de la enfermera A. Sus ojos bondadosos me persiguen día y noche. ¿No podrían llevarme a un lugar más duro?. Preferiría que fuese de la siguiente manera: veinte puñaladas en el estómago (grandes y pequeñas), tratamiento clínico por el Dr. Brünicke (suicidio anticlínico), servicio activo, ser traspasado por una espada desde el agujero trasero hasta la salida frontal, después ser crucificado en un árbol y finalmente un duelo en Skagen (una pequeña ciudad de Dinamarca), seguido de cortes profundos practicados por las manos de un médico o clínico, ver mi pierna derecha serrada desde arriba, así como ser tirado a los leones y ser quemado vivo. No estoy muy convencido sobre esta manera pero naturalmente estoy siempre a vuestro servicio. Firma. (Extraído de Rosebaum y Sonne, 1986).

Esta carta, escrita hace unos cincuenta años por un paciente con esquizofrenia, es un ejemplo de cómo una carta formalmente correcta puede expresar una extraña alteración en la relación entre

remitente y destinatario. Se asume que se habían despertado en el autor sentimientos de cariño hacia una enfermera. Por razones desconocidas estos sentimientos son dolorosos para él y desea ser trasladado a un lugar más estricto y recibir el más terrible castigo, quizás para prevenir cualquier seducción. Comienza con un tono suave en el que pide ayuda, pero al final de la carta analiza diferentes formas para su ejecución con el tono de un hombre de negocios formal y relajado. La carta también muestra cómo alteraciones bizarras del pensamiento pueden revelar la postura existencial del autor.

¿Qué es un trastorno del pensamiento?

Tanto Emil Kraepelin como Eugen Bleuler sostenían que el trastorno básico de un paciente esquizofrénico es la desorganización de los procesos del pensamiento de origen orgánico (véase Capítulo 11). Kraepelin sostuvo que era una alteración de la memoria lo que principalmente estaba en juego. El concepto *dementia praecox* (demencia precoz) es un ejemplo de esto, pero en publicaciones posteriores, en lugar de eso, puso de relieve que el déficit decisivo era de atención y voluntad.

Bleuler sugirió que el elemento primordial de la enfermedad era un trastorno orgánico que afectaba al pensamiento del paciente de forma que se producían asociaciones inconexas. Posteriormente el aparato mental elabora o interpreta este trastorno primario a través de la formación de síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) o se protege mediante una retirada autista del mundo. Tanto Bleuler como Kraepelin escribieron que en casi todos los casos se producía una disminución del nivel cognitivo (es decir, la capacidad para pensar y organizar la percepción), aunque Kraepelin puso énfasis en una progresión rápida hacia la demencia. Este punto de vista, expuesto en las primeras décadas de 1900, contribuyó en gran medida a la actitud pesimista hacia la esquizofrenia. Esta visión, que ha sido adoptada especialmente por el DSM – IV de inspiración neo Kraepeliniana, incluye una *discapacidad* funcional de larga evolución entre los criterios para diagnosticar la esquizofrenia.

Fenómenos de estado y rasgo

Cuando una persona sufre una psicosis aguda, su interés no se dirige hacia el mundo externo sino que está más o menos preocupada por deli-

rios y alucinaciones. La psicosis es una situación temporal, un *fenómeno de estado*. Cualquier observador puede ver que una persona psicótica, con una alteración en la comprensión de la realidad de los demás, tendrá un número determinado de errores al pensar y responder durante la realización de tests neuropsicológicos. Un problema más difícil es el relativo al grado en el que un *fenómeno de rasgo*, como es la discapacidad funcional crónica que se produce antes del inicio de la psicosis y que persiste *después* de la recuperación, es la expresión de trastorno cognitivo. Estos trastornos cognitivos afectan al día a día y por tanto aumentan el estrés, lo que puede desencadenar la psicosis.

La investigación de los síntomas esquizofrénicos puede llevar a conclusiones contradictorias, a menos que seamos cuidadosos, evitando una generalización indebida. Hay estados psicóticos que evolucionan hacia la discapacidad y otros que parecen tener un buen pronóstico y, aún así, ambos cumplen criterios de esquizofrenia. El problema radica en cómo distinguirlos desde el principio.

Otro problema es la influencia de la *medicación* antipsicótica en la capacidad cognitiva, especialmente neurolépticos y fármacos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales. Los pacientes pueden estar sometidos a altas dosis en determinadas situaciones y no recibir ningún tipo de medicación en otras. La mayor parte de la literatura, así como la experiencia clínica, sugieren que los neurolépticos clásicos afectan especialmente a la atención, concentración y velocidad de procesamiento. El efecto de la medicación sobre la cognición en la esquizofrenia puede ser positivo en dosis bajas pero es esencialmente negativo en dosis altas. Los llamados nuevos neurolépticos tienen un perfil ligeramente diferente (véase la sección sobre farmacología, Capítulo 24, para más detalles). En la literatura sobre los trastornos del espectro de la esquizofrenia en relación a la *capacidad cognitiva* (habilidad para pensar), se ha descrito un deterioro del funcionamiento en las siguientes áreas:

- Memoria.
- Concentración.
- Velocidad de procesamiento.
- Precisión del pensamiento.
- Atender tareas simultáneas.

Al mismo tiempo se encuentran trastornos específicos en *la estructura y contenido del pensamiento*:

- Errores de la lógica del pensamiento, sintaxis y uso en la expresión del lenguaje.
- Deterioro del pensamiento abstracto y reflexivo (meta-) pensamiento, p. ej., pensar sobre la forma de pensar, propia y de los demás.
- Patrones fijos y rígidos de pensamiento que desembocan en “actitudes no razonables”.

Abordaré ahora la investigación “neurocognitiva” actual, centrándome en los dos primeros puntos, con el fin de distinguir los contenidos del pensamiento discrepantes de la normalidad.

Neurocognición y esquizofrenia

Desde hace tiempo se ha estado buscando, aunque hasta ahora sin éxito, una alteración objetiva, determinada biológicamente, específica de la esquizofrenia. No obstante, se han encontrado de forma repetida ciertos hallazgos psicofisiológicos en la investigación de la esquizofrenia. Desafortunadamente, estos marcadores aunque son relativamente sensibles para detectar la esquizofrenia, son inespecíficos (p. ej., están presentes en individuos no esquizofrénicos con suficiente frecuencia como para impedir que se utilicen como signos de discriminación). Citemos algunos ejemplos:

- *Inhibición pre-pulso (PPI)*. Sabemos que todos nos sobresaltamos y parpadeamos cuando un ruido fuerte nos sorprende repentinamente. No obstante, esta reacción disminuye en intensidad si, justo antes del ruido alto, se oye un ruido más suave y menos brusco. Esta inhibición a la reacción de sorpresa es menos marcada en las personas esquizofrénicas. Se debe a que su umbral sensorial está disminuido de forma constante, por lo que tienen dificultades para adaptarse a nuevos acontecimientos. (Las personas pre-psicóticas describen frecuentemente fuertes impresiones sensoriales).
- *El “seguimiento visual”*. Personas con esquizofrenia tienen dificultades para seguir visualmente la trayectoria de un objeto en movimiento como lo haría una persona sana y, en contraste, sus ojos se mueven en sacudidas. Además, se ha encontrado que el 40 por ciento de los familiares de primeros episodios esquizofrénicos tienen el mismo problema. Dicho de otra manera, hay un factor genético que aún está por definir. Naturalmente, este tipo de hallazgo debe investigarse en mayor profundidad.

Existen numerosos métodos para valorar el funcionamiento cognitivo. Cuando se reúnen los resultados de estos estudios, conocidos como tests de inteligencia, se puede encontrar una disminución generalizada del cociente intelectual (CI) en los pacientes esquizofrénicos. Aunque la inteligencia es un concepto un tanto controvertido por la influencia de factores culturales y educativos, se han diseñado tests neuropsicológicos precisos y replicables. El más conocido es el Test de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS), que evalúa diferentes aspectos de la función cognitiva. Hay suficiente evidencia como para sugerir que la disminución de la función cognitiva dificulta la vida social. Las personas diagnosticadas de esquizofrenia presentan, con frecuencia, los siguientes déficits cognitivos (Green, 1988):

1. *Disminución de la capacidad para procesar datos sensoriales procedentes del mundo externo* en una fase temprana del proceso perceptivo. Esto produce dificultades para mantener representaciones internas estables de una percepción, al verse éstas fácilmente alteradas por otras percepciones o ilusiones.
2. *Disminución de la capacidad para mantener la concentración.* Se calcula observando la reacción de la persona ante ciertas señales durante lapsos de tiempo variables. Por ejemplo, cuando debe reaccionar ante un número específico que se le muestra brevemente, pero no ante otros.
3. *Alteraciones de la memoria*, tanto de la memoria a largo plazo como de la memoria operativa. Esta última puede estudiarse de muchas formas, por ejemplo, intentando combinar un símbolo, memorizado segundos antes, con su semejante en un grupo mezclado con otros símbolos.
4. *Las funciones ejecutivas* se refieren tanto a la planificación y resolución de problemas, como a la capacidad para cambiar enfoques de pensamiento y alternar tareas. Se trata de un área compleja con muchos aspectos diferentes, uno de los cuales es la capacidad para "cambiar de reglas", es decir, pasar de un conjunto de reglas a otro. Un método para investigar esta función compleja es el *Wisconsin Card Sorting Test* (Test de clasificación de cartas de Wisconsin) (WCST véase Figura 15.1). En este caso, el individuo tiene que combinar diferentes cartas, ya sea por forma, color o número, pero debe averiguar qué regla está aplicando el profesional (por ejemplo, combinar por color) y ser capaz de seguir los cambios de las reglas. Las personas con deterioro del lóbulo frontal tienen dificultades para realizar este test. Otro método para estudiar las funciones ejecu-

tivas son los diferentes tests de laberintos donde varía el grado de dificultad.

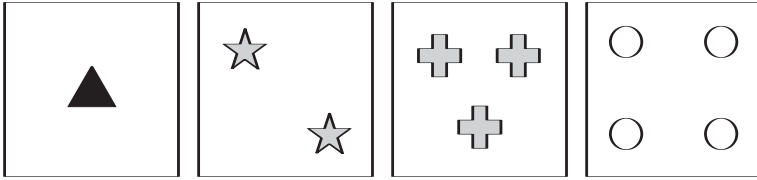


Figura 15.1

Test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST). Ejemplos de cartas que están agrupadas por colores, formas y número de símbolos.

¿Los trastornos cognitivos son primarios o secundarios?

Muchos investigadores han resaltado el hecho de que las discapacidades funcionales en esquizofrénicos incluyen deterioro en funciones de percepción, mantenimiento de la atención, concentración y memoria. No obstante, este postulado sesgado, propuesto por los seguidores de Kraepelin, debe ser cuestionado puesto que vincula estos déficits con daño neuronal, asociado a la atrofia cortical cerebral encontrada, por ejemplo, en pacientes de Alzheimer. En la esquizofrenia no podemos señalar ningún cambio neuroanatómico claro que corresponda a una demencia.

Durante el contacto superficial con pacientes esquizofrénicos que tiene lugar durante la investigación, es fácil llegar a la conclusión que la actividad mental, caracterizada por enlentecimiento, pobre concentración y deterioro de la "memoria operativa", pueden ser el resultado de un proceso demencial específico. Tras muchas décadas de trabajo con personas diagnosticadas de esquizofrenia, tengo dificultades para coincidir con esta actitud. Los hallazgos de investigación que estudian los trastornos neurocognitivos se producen en entornos artificiales, que no tienen en cuenta las experiencias subjetivas de los pacientes, por lo que no debe sorprendernos que éstos, que están frecuentemente más preocupados con sus ilusiones y alucinaciones internas, muestren poca motivación o capacidad para seguir o trabajar con las instrucciones de los investigadores. Pueden aparentar estar interesados, pero en realidad sólo utilizan una pequeña parte de concentración y el resto la dirigen a otras cosas, como resultado de esas alteraciones internas. El hecho de que habitualmente durante las evaluaciones presten poca

atención y tengan problemas de memoria no debe sorprendernos. Bajo circunstancias más adecuadas, he observado que tienen una memoria considerablemente buena, que utilizan de forma diferente a como lo harían otras personas. Debido a su bajo interés por el mundo que les rodea, no se interesan por acontecimientos específicos o por requisitos de la vida diaria, mientras que otras cosas que les atraen cobran mucho más significado para ellos.

Con el intenso y creciente interés por las alteraciones neurocognitivas y el renovado interés por los puntos de vista Kraepelinianos, corremos el riesgo de ver de nuevo la esquizofrenia como una demencia neuronal. Esto ignora el hecho de que la mayor parte de pacientes esquizofrénicos mejoran con el tiempo, si su situación externa lo permite. Además, hay un grupo significativo de personas con diagnóstico de esquizofrenia que tiene un funcionamiento intelectual normal o por encima de lo normal.

Al cuestionar el componente de “demencia” en las teorías sobre la esquizofrenia no debe ignorarse la importancia de factores biológicos. ¿Por qué en la esquizofrenia el mundo externo queda parcialmente excluido? ¿Y por qué permanece así de por vida para algunos, mientras que otros lo superan? Parece que uno de los problemas centrales radica en la pérdida de la capacidad del yo para integrar los estímulos externos e internos, estableciéndose una dinámica en la que el mundo interno empieza a dominar sobre el externo resultando en una distorsión de la interpretación de la realidad. La adaptación a las exigencias del mundo externo se ve afectada. Como resultado hay una interferencia en la capacidad para comunicarse, relacionarse, en el lenguaje y la adaptación. El bajo grado de especificidad de los hallazgos neurocognitivos desafía la idea según la cual existirían factores orgánicos determinantes que pueden ayudar a profundizar en nuestra comprensión de estos graves trastornos.

Trastornos esquizofrénicos del pensamiento

La “actitud concreta”

Desde la publicación de un artículo de Kurt Goldstein en 1943, se han desarrollado muchas de las ideas que esbozó en relación a aspectos neuropsicológicos de la esquizofrenia. Goldstein sostuvo que los síntomas esquizofrénicos se entienden mejor como la *expresión de una actitud concreta*. Los estímulos del mundo externo llegan anormalmente determinados. También

las palabras empleadas por un esquizofrénico se asocian frecuentemente con una parte concreta de un objeto o situación; no hay una representación general del objeto. Es más fácil entender el significado de lo que dice una persona esquizofrénica si lo interpretamos de forma concreta; es decir, aquello con lo que la persona asocia la palabra. La palabra para un cierto color, por ejemplo verde, se asocia en personas sanas a la categoría a la que pertenece el color individual. De acuerdo con Goldstein, la palabra verde para los esquizofrénicos se referiría a un aspecto identificable de un objeto individual, como “la hierba de Kentucky”, “la hierba de Virginia”, “la corteza del árbol”.

La diferencia entre daño cerebral esquizofrénico y traumático

Goldstein afirma que no deberíamos ver la esquizofrenia tan solo como una enfermedad orgánica. Las alteraciones cognitivas pueden producirse tanto por factores psicológicos como orgánicos. Goldstein señala que una diferencia importante entre pacientes con daño cerebral traumático y los que padecen esquizofrenia, es que en los primeros, el mundo es más vacío, más pequeño y simplificado. En la esquizofrenia, la alteración se produce a nivel de las representaciones internas y fantasías de la persona. Las alteraciones que se observan en ciertos tests no dependen principalmente de las dificultades generales para seguir las instrucciones, sino del hecho de que las representaciones internas de la persona afectan su conducta. Por tanto, el mundo interno en la esquizofrenia es más rico y está más animado por ideas personales que en el caso del daño cerebral. Con frecuencia, la sensación de extrañeza que nos produce es menos marcada cuando tomamos en consideración la pobreza de nuestro lenguaje para expresar las experiencias inusuales de la esquizofrenia, que traspasan las fronteras de la comprensión común. Los “canales sanos” para articular el discurso y verbalizar estas experiencias no son ni suficientes ni lo bastante comprensibles. El individuo esquizofrénico se ve forzado a construir un lenguaje que puede parecer absurdo para la persona sana, pero plenamente adecuado para sus experiencias, haciendo más difícil la comunicación con otras personas.

Las ilusiones consisten en interpretaciones perceptivas erróneas de una situación dada y que, en consecuencia, pueden dar lugar a delirios. Un psicólogo de la percepción podría describirlas como situaciones en las que se atribuye un significado central y distorsionado a acontecimientos, producto de la pérdida de la “función de filtro”. Por ejemplo, un grito proveniente de la calle puede resultar especialmente significativo en lugar de permanecer como parte del ruido de fondo, que en condiciones normales se filtraría. El significado de ciertos objetos o estímulos concretos adquiere mayor rele-

vancia de forma anormal, mientras que la persona no parece reaccionar a otros estímulos más usuales, que pasan a un segundo plano (Figura 15.2).



Figura 15.2

El florero de Rubin. Este dibujo clásico es un ejemplo de cómo una persona puede insistir en que una figura representa cierta imagen, mientras que otra persona está igualmente convencida que representa otra cosa. Depende de lo que cada uno elija como figura y como fondo. Las percepciones que dan base a lo que llamamos nuestra realidad siempre pasan por un proceso interpretativo rápido e inconsciente. Esta interpretación tiene su origen en todo nuestro mundo de experiencias previo.

Sin negar la relevancia de los hechos relativos a la alteración de los mecanismos de percepción, es importante recordar la contribución de una lógica interna, especialmente en delirios y alucinaciones. Parece lógico entender el aumento de alerta del individuo y la disminución del umbral para estímulos en ciertas situaciones, pero si lo analizamos desde el punto de vista psicodinámico, deberíamos preguntarnos por qué se hacen interpretaciones particulares de estas alteraciones perceptuales. Un ejemplo común es la experiencia paranoide del paciente esquizofrénico que se siente constantemente perseguido. No se trata únicamente de una disminución específica de umbrales. También debemos preguntarnos por qué la experiencia de amenaza ocupa la mente en tal grado.

En la actualidad, gracias a la teoría de la vulnerabilidad al estrés no se trata de ver las causas de la esquizofrenia como mutuamente excluyentes, sino más bien como el resultado de una combinación de estresores que desencadenan una vulnerabilidad para reaccionar con un pensamiento, por lo general, anormal y concreto.

“Desimbolizar las metáforas”

Uno de los principales nombres en la investigación psicoanalítica sobre la esquizofrenia es el de Harold Searles (1965), quien trabajó inicial-

mente en el hospital de Chestnut Lodge en Estados Unidos. Searles destaca la “huida” del esquizofrénico desde un pensamiento abstracto a uno de tipo concreto con pérdida de la diferenciación entre lo concreto y lo metafórico.¹ El esquizofrénico no piensa en términos concretos genuinos, libre de superestructuras animistas, ni en términos comprensibles metafóricamente. Esto implica que el esquizofrénico no diferencia claramente entre las tres clases de objetos del mundo circundante: (a) objetos inertes; (b) objetos vivientes pero no humanos, (c) seres humanos.

En una ocasión en la que uno de sus pacientes estaba inquieto y había recaído en un episodio psicótico, Searles le dijo a su paciente: “No puedes conservar tu pastel y, a la vez, comértelo”. El paciente respondió que no querría comerse un pastel en ese hospital. La noción psicoanalítica de *desimbolización* se refiere a una situación en la que un significado metafórico, que en algún momento pudo funcionar como símbolo, ya no se emplea simbólicamente, es decir, para representar cualquier otra cosa. En su lugar, ahora se experimenta y se trata como literal y la metáfora se vuelve concreta. Esto es lo que sucede en la psicosis y, por tanto, el tratamiento psicoterapéutico debe trabajar la *resimbolización* del lenguaje y la realidad.

De acuerdo con una visión psicodinámica, el proceso de pensamiento concreto literal actúa como protección contra el afecto al que no se puede hacer frente. El trastorno constituye el resultado final del proceso de pensamiento esquizofrénico, donde el yo “regresa” del afecto doloroso y hay una incapacidad para diferenciar entre lo concreto y lo metafórico. Por consiguiente, la psicosis implica el establecimiento de una barrera contra los sentimientos de tristeza, anhelo u odio.

Un hombre esquizofrénico con discapacidad funcional, que vivía solo, solía telefonar a su familia por las noches para gritarles y acusarles de perseguirle. Se supo que, al despertarse, se sentía solo y tenía alucinaciones con voces de familiares antes de llamarles. Su necesidad de contacto era demasiado atemorizante como para admitirlo y este conflicto le generaba agresividad. Su familia pudo aprender poco a poco lo que subyacía a estas conductas nocturnas, por lo que, en lugar de prolongar las acusaciones mutuas en las conversaciones telefónicas, le transmitían cariño y apoyo para aliviar la pena por estar solo.

Hasta la conducta más concreta tiene un matiz metafórico y puede adquirir una carga simbólica asociada a procesos de pensamiento psicótico, resultando interpretaciones erróneas delirantes. Se puede percibir a personas

que “lanzan miradas” de forma tan persecuidora e invasiva como si fueran dagas, por lo que hay que esconderse tras unas gafas oscuras o lograr el control sobre esas “miradas” con algún método como dibujar ojos en las paredes.

Una mujer de 40 años tenía la ilusión que su dentista la había operado y le había colocado un micrófono en la dentadura, por medio del cual podía controlar sus pensamientos. Tras esta experiencia albergaba el vago pero poderoso sentimiento de no ser capaz de entender las voces que oía y de sentirse controlada.

El ejemplo siguiente ha sido tomado de una entrevista grabada en vídeo con un paciente, llevada a cabo por el psicoanalista Murray Jackson y presentada en su libro *Unimaginable Storms* (1994). Demuestra cómo, con el método psicodinámico de entrevista, se puede alcanzar una comprensión más profunda de los diferentes significados de los síntomas. En la conversación que sigue, Jackson entrevista a un hombre de 28 años, diagnosticado con un trastorno esquizofrénico durante más de diez años. Fue ingresado en el hospital después de haberse prendido fuego como resultado de un amor no correspondido. Entramos en la conversación en un punto donde el paciente está describiendo sus ansiedades recurrentes y su temor de que Dios está a punto de abandonar al mundo.

Pac: Estaba ansioso por el hecho de ser internado o convertirme en un hombre lobo o poseído, ¿sabe?

MJ: ¿Qué le poseería?

Pac: A lo que tenía miedo era a volverme séptico. Como la gangrena, cuando tienes una pierna sana, pero si se instala la putrefacción, te vuelves canceroso y ... va chupándote el jugo de la vida sin darte nada a cambio. No era sólo una posesión, era simplemente que yo me convirtiera en el mal porque tuve una respuesta tan poco sana a la vida que, en lugar de dar, lo que hacía era recibir y distorsionarlo. No estaba haciéndolo realmente, pero así me sentía. Me estaba volviendo una mala influencia, volviéndome destructivo.

MJ: Sentía que se estaba infectando. ¿Eso sería como la gangrena o el cáncer?

Pac: Si. Me volvería cínico. Séptico. Escéptico. Usted sabe, séptico-escéptico. Escéptico es mirar con recelo a la experiencia. Escépticamente, dudando de ella, no pensando que es buena, eso es, escéptico y séptico, están relacionados.

MJ: No son lo mismo.

Pac: No son lo mismo, pero están relacionados. Creo que escéptico es ... ¿cuál es la palabra?... fonéticamente como séptico. O tiene los mismos orígenes.

MJ: ¿Cual sería el estado en el que algo empezó a suceder dentro de usted? Hablaba de ello como un cuerpo que se gangrenaba o ...

Pac: (interrumpe): Es una emoción. Son mis emociones las que lo hacen.

MJ: ¿Cómo sería si sus emociones pudieran gangrenarse de esa manera?

Pac: Tendría que ser internado. He perdido mi salud y tengo que evitar pudrirme por completo.

MJ: ¿Y la putrefacción sería emocional? (Jackson, 1994: 50-51)

Sospechamos que existe un uso particular de las palabras cuando el entrevistador consigue que el paciente pare y se explique. La metáfora en relación a la infección y al contagio es vista por el paciente como una expresión concreta de su estado mental. Durante la conversación empieza a tener lugar una resimbolización.

Jackson también cita a una paciente que pasó por períodos de dieta extrema hasta que de repente decidió volverse vegetariana. Su explicación fue: “¿cuando amas a alguien tienes que dejar de comer carne porque, si no, la tierra te devorará!” En el mismo trabajo se analiza una serie de conversaciones con un joven sacerdote que presentó un cuadro de esquizofrenia catatónica cuando su padre fue asesinado. El paciente podía sentarse durante largos períodos de tiempo en una pose penitente o permanecer inmóvil como si hubiera sido crucificado. Su propia explicación era que quería ser uno con Dios. ¿Quizás los síntomas catatónicos eran secundarios a sentimientos delirantes de culpa porque se sentía responsable de la muerte de su padre? Jackson comenta que una persona religiosa no psicótica que lleva a cabo rituales relacionados con el remordimiento y el castigo también puede adoptar poses estereotipadas. En este caso, no obstante, la persona en cuestión es consciente de que se trata de un ritual y puede abandonar la postura cuando acaba. En las poses espontáneas estereotipadas de la esquizofrenia catatónica no existe tal libertad mental.

Ausencia de una “teoría de la mente”

Christopher Frith (1995), investigador británico en el campo de la neuropsicología moderna y que escribió medio siglo después de Kurt Golds-

tein, sostiene que existen tres anomalías principales en la esquizofrenia que, en conjunto, explican los síntomas centrales:

1. *La dificultad para generar una actividad consciente.* Esta falta de capacidad, "síntomas negativos", también puede dar lugar a actividades carentes de objetivo, tales como perseveraciones (repeticiones monótonas) o reacciones mecánicas a estímulos externos, como se observa en la conducta de pacientes con daño del lóbulo frontal.
2. *Falta de autocontrol.* Esto conduce a experiencias de control por los demás, creer que los propios pensamientos provienen del exterior, o son insertados o sustraídos de la mente. Frith sugiere que puede estar relacionada con daño del lóbulo temporal.
3. *Disminución de la capacidad para interpretar las emociones e intenciones de otras personas,* lo que conduce a interpretaciones erróneas de tipo paranoide. Frith explica que no está claro en qué área del cerebro podría estar localizada esta alteración.

Frith considera estos síntomas, en conjunto, como una *meta-representación* defectuosa. La meta-representación es la representación interna de representaciones internas, lo que significa que la persona tiene dificultades para reflexionar sobre su propio pensamiento o el de otras personas. La carencia de meta-representación, también descrita como carencia de una "teoría de la mente", es un concepto tomado de la investigación sobre el autismo (véase Capítulo 12). Según Frith, hay tres situaciones que son características de las personas autistas: el repliegue autista, la comunicación discrepante y la ausencia de juego simbólico. El niño autista no puede comprender la forma de pensar de otras personas en tanto que diferentes a la suya. La persona que carece de una "teoría de la mente" no puede crear el tipo de fantasía necesaria para el juego o para comprender los juegos de las otras personas debido a su baja capacidad de simbolización. La persona autista no tiene la capacidad para diferenciar a las personas de otros objetos externos, lo que conduce al aislamiento.

La teoría de Frith sostiene que la esquizofrenia se asemeja al autismo en la incapacidad para usar una "teoría de la mente", que el esquizofrénico sí ha tenido hasta el momento de la crisis. Mientras que previamente podía imaginar la forma de pensar de otras personas, ahora la capacidad para realizar este tipo de juicio se ha interrumpido. En su lugar, delirios y otros síntomas psicóticos vienen a expresar las interpretaciones distorsionadas resultantes. En el autismo primario no se presentan síntomas psicóticos debido a que la persona autista no ha llegado a desarrollar la capacidad para entender que otras personas tienen intenciones, así co-

mo un mundo representacional. No obstante, con dificultad, podrían adquirir tal comprensión.

Frith también observa la influencia sobre la conducta esquizofrénica de procesos muy sensibles que normalmente son inconscientes. Esto explica aspectos divergentes del uso del lenguaje así como la dificultad para distinguir entre estímulos relevantes e irrelevantes. En contraste con otros muchos autores, Frith no plantea que la “barrera ante los estímulos” sea demasiado baja, sino que considera que este fenómeno se debe a la ausencia de control que habitualmente es llevado a cabo por procesos de mayor nivel de consciencia (“sistema atencional de supervisión”) y que funcionan de forma deficitaria en personas con esquizofrenia. De este modo, los “procesos inferiores” adquieren un mayor dominio que los procesos superiores. (Estas formulaciones están estrechamente relacionadas con los modelos estructurales psicoanalíticos si bien Frith no emplea su terminología). Esto queda demostrado por la irrupción de impulsos primitivos, así como por la falta de control general sobre el pensamiento.

La incapacidad para el pensamiento abstracto descrita por Goldstein coincide con la observación de Frith relativa a la ausencia de un meta-pensamiento en la esquizofrenia. Sin embargo, Goldstein no descarta la posibilidad de que el pensamiento esquizofrénico también pueda expresar una estrategia inconsciente para solventar una amenaza existencial. En mi opinión, esta es una perspectiva fructífera y está sustentada clínicamente por muchos casos de psicosis esquizofrénica y no esquizofrénica.

En esta última concepción, el hecho de que el paciente con una psicosis aguda carezca de capacidad para el meta-pensamiento se basa en la definición y consideración de la psicosis como una “revolución Copernicana” de la psique, en la que la persona se convierte en el centro de su propio mundo (véase Capítulo 5). En contraste, según mi experiencia, las personas con un trastorno esquizofrénico crónico, con frecuencia, muestran una marcada capacidad para la meta-representación, en el sentido de tener una percepción intuitiva de lo que le sucede a otras personas. No obstante, suelen disimularlo con una actitud indiferente o “desorganizada”, o quizás sólo lo exteriorizan mediante circunloquios metafóricos o a través de una ironía sutil pero aguda.

Considero que la comparación entre autismo y esquizofrenia es demasiado mecánica. Muchos esquizofrénicos tienen una excepcional capacidad para la empatía y pueden recurrir al humor y la ironía sutil de forma que difícilmente podría observarse en personas autistas. No obstante, pienso que las formulaciones de Frith se acercan a las preguntas centrales en la búsqueda de una comprensión de la esencia de la esquizofrenia.

Una teoría semiótica

Un área interesante aunque poco utilizada en la investigación reside en el uso de la semiótica (la teoría del significado de los signos) dentro del campo de la psiquiatría. El concepto semiótico *deixis* significa “apuntar a” y tiene que ver con la forma en que los elementos del lenguaje y otras formas de expresión (escritura, gestos y expresión no verbal, etc.) organizan la comunicación en el área mental alrededor de un “Yo-aquí-ahora”. El sujeto hablante se convierte en el *origen* de un sistema coordinado. La *Deixis* es la parte del enunciado expresado por la persona, que se refiere al sujeto hablante. Esto se sitúa en el mundo de otros sujetos, como fenómeno colectivo. La función de la *deixis* se desarrolla y entrena desde el nacimiento para ser claramente verbalizada a los tres años de edad. Expresa la creciente capacidad del niño para la intersubjetividad, la capacidad para situarse en la forma de pensar de los demás y adaptarse a ella. Con anterioridad hemos mencionado que la capacidad para la intersubjetividad está distorsionada en las primeras fases de la psicosis así como en la esquizofrenia crónica. La ausencia de una “teoría de la mente” postulada por Frith alude a aspectos del mismo fenómeno.

El psiquiatra y psicoanalista danés Bent Rosenbaum (2000) ha estudiado la función de la *deixis* en la esquizofrenia y considera que el paciente esquizofrénico no tiene un sentido estable de sí mismo como creador u organizador de su propio discurso. No establece las circunstancias deícticas relevantes en su discurso o escritos, sino que utiliza la sintaxis y los significados de las palabras de forma propia con referencias que deja sin explicar. Como consecuencia, sus afirmaciones no son coherentes y resultan ininteligibles para quienes escuchan. La persona con esquizofrenia también tiene dificultades para pensar en términos hipotéticos de forma que le permitiera reajustar delirios previos sobre acontecimientos que había asumido como sucedidos, si realmente ocurrieron. Además, no tiene en cuenta la forma que otras personas evalúan una exposición. Por consiguiente, la simbolización asume puntos de referencia dudosos.

Analizar el trastorno a la luz de la ciencia del lenguaje, en tanto que capacidad deíctica, ofrece una nueva perspectiva en el estudio de la pérdida de la realidad en la esquizofrenia. Este tipo de investigación se encuentra aún en estado embrionario, pero es posible que pueda ayudar a desarrollar nuestro conocimiento tanto de los trastornos del espectro de la esquizofrenia como de su tratamiento psicológico.

Pensar con fractales

¿Cuánto de lo que llamamos pensamiento y conducta esquizofrénica es resultado del aislamiento y podría ser modificado contrarrestando la tendencia a apartarse del mundo externo? Hasta hace poco, una persona que había padecido una psicosis, tras un breve lapso de tiempo, era tratada como un caso desahuciado: alguien a quien medicar, internar y cuidar. La posibilidad de que el personal de salud mental tuviera una relación personal y real con el paciente era remota. Con esta actitud, el mundo psicótico permanecía apartado de la comunicación y la comprensión, y el paciente psicótico proseguía, sin ser molestado, su propia lógica interna. A medida que los procesos psicóticos se van instalando, el estado de estas personas se hace crónico y divergente, acentuando la necesidad de cuidados permanentes por parte de quienes están sanos. Los sistemas de pensamiento de naturaleza metafórica, que no admiten cuestionamiento alguno, comienzan a llenar el mundo interno y el vacío en la vida externa hace que la vida interna sea mucho más rígida y compulsiva.

Las afirmaciones personales en el discurso, escritura, dibujos, etc. se vuelven inconexas y se expresan como repeticiones estereotipadas. Por ejemplo, el patrón en un dibujo puede repetirse a diferentes escalas. Por lo general, la psiquiatría clásica ha interpretado esta tendencia como totalmente primaria y como un signo típico del trastorno. En lugar de esto, considere también que existen razones de peso para interpretarlo como un síntoma de subestimulación y tratamiento inadecuado. El concepto de *fractal*, que he tomado de las matemáticas y de la teoría del caos, siguiendo la inspiración del Profesor de psiquiatría suizo Luc Ciompi (1997), expresa esta idea bastante bien. Un fractal es un proceso de unidades inconexas, constantes, que tienen una estructura característica como resultado de su repetición. Los fractales tienen potencial para el crecimiento y para llenar espacios vacíos sin propósito alguno. Llenar de forma estereotipada un papel a veces se denomina arte esquizofrénico, si es atractivo y realizado con talento. También puede aludir a la charla ininteligible, controlada o descontrolada y repetitiva, mejor descrita como ensalada de palabras. Es posible observar estas manifestaciones asociadas con el aislamiento, la falta de tratamiento y una actitud impersonal hacia la pérdida esquizofrénica de relaciones significativas (Figuras 15.3, 15.4 y 15.5).

El psicoanalista Wilfred Bion (1967) ha mostrado que el pensamiento esquizofrénico consiste en un ataque interno constante contra la vinculación entre el objeto interno y el externo o el discurso. Las personas esquizofrénicas no pueden crear símbolos o reunir palabras de forma constructiva para formar significados relacionados con el mundo externo. Si el esquizofrénico

es dejado a su suerte, seguirá disgregando pensamientos significativos y creará un mundo propio exento de significado externo y de dolor. Con el fin de evitar esto, debemos ayudar al paciente esquizofrénico a que se rodee de personas con las que pueda establecer relaciones. De entrada, en ciertos casos, puede resultar difícil y desencadenar arranques de furia o exacerbación de los síntomas. Este problema se producía en el tratamiento hospitalario en el que había estrictas prohibiciones para evitar que el personal desarrollara relaciones amistosas o cercanas con los pacientes y, como consecuencia, la recuperación de capacidades del paciente para relacionarse se veía restringida. En la actualidad sabemos que una de las bases del tratamiento es el establecimiento y mantenimiento de relaciones significativas, así como una necesidad de responder al pensamiento autista que, de otro modo, podría desarrollarse de manera "fractal". Pero algunos esquizofrénicos quedan atrapados en este tipo de pensamiento de forma tal que puede parecer imposible encontrar la salida. Pero incluso en estos casos, por lo general, es posible acceder a la persona e influir en ella en mayor o menor grado, si se tiene paciencia y tolerancia. En este punto, un asistente social competente puede ser crucial para ayudar al enfermo a ser visto como una persona con sus propios derechos; por ejemplo, crear la base preparatoria para la rehabilitación ayudando a la persona a gestionar los asuntos domésticos de su casa puede ser muy significativo. La psicoterapia de enfoque psicoanalítico clásico rara vez ha demostrado su utilidad en este tipo de casos. En su lugar, deben emplearse métodos que protejan y estimulen la capacidad de la persona para trabajar con otros, paso a paso.

Resumen

Algunas personas tienen umbrales más bajos que otras de vulnerabilidad para desarrollar reacciones psicóticas en respuesta a diferentes tipos de estrés. En aquellos que desarrollan una discapacidad funcional de tipo esquizofrénico, se observa un deterioro neuropsicológico que afecta a memoria, atención y función operativa (resolución de problemas). Esto se añade a las dificultades para resolver cierto tipo de problemas y permite explicar la función de los síntomas y de los procesos psicóticos del pensamiento en tanto que intentos primitivos para solucionar dichos problemas.

Desde el punto de vista psicoanalítico, se han descrito las dificultades de la persona esquizofrénica para diferenciar entre los símbolos y sus contenidos concretos. La alteración de la capacidad para mantener una "teoría de la mente", expresada por la ausencia de la intersubjetividad, ha sido señalada por muchos investigadores. En mayor o menor grado, esta función debería estar abierta a la influencia de diferentes condiciones psicológicas y sociales.

El aislamiento social y físico refuerza el trastorno del pensamiento de la persona esquizofrénica y fragua un patrón compulsivo y estereotipado. Es muy probable que estos casos sean el resultado de la falta de tratamiento o de un tratamiento inadecuado más que una expresión de la enfermedad.

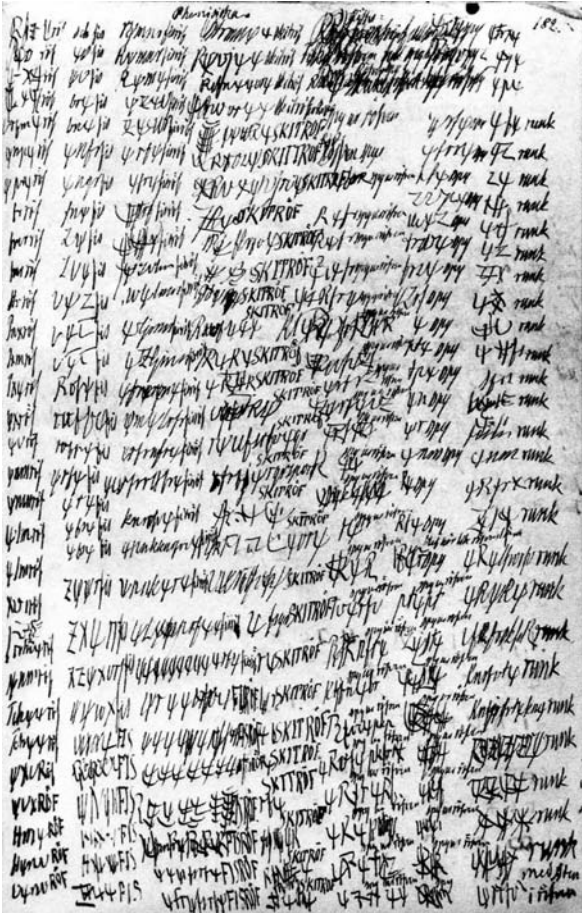


Figura 15.3

El pintor sueco Carl Fredrik Hill (1849-1911) que desarrolló un trastorno esquizofrénico crónico en 1878, realizó gran cantidad de pinturas durante su enfermedad. Sus escritos, titulados "Verse Manuscript" con una extensión de cientos de páginas en formato folio, contienen poesía en rima, palabras entrelazadas ornamentalmente y signos o palabras repetidos rítmicamente. La forma de estas meditaciones refleja su estado mental fluctuante y sugiere que el manuscrito fue realizado durante un largo período de tiempo. Con frecuencia, los contenidos son obscenos y pueden interpretarse como una pérdida de la inhibición de esta persona tímida pero, con una gran carga sexual.

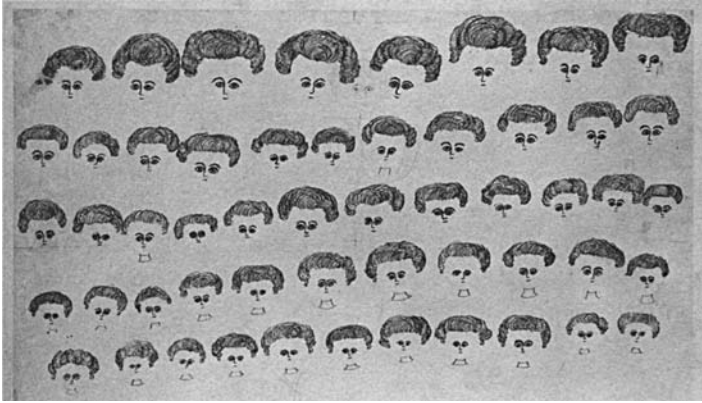


Figura 15.4
 Este dibujo realizado hace cien años por un paciente psiquiátrico, muestra una cara repetida de forma rítmica y estereotipada, similar al tipo de apuntes mostrados en la página del “Verse Manuscript” de Hill. (El dibujo original mide 46,7 x 71,2 cm.) . Existe una gran cantidad de dibujos como éste de la época en la que los pacientes con trastornos mentales eran confinados sin tener nada en qué ocuparse. Con el tratamiento activo ofrecido en la actualidad, este tipo de dibujos ha desaparecido. (Fotografía: Hans Thorwid, Museo Nacional, Estocolmo).

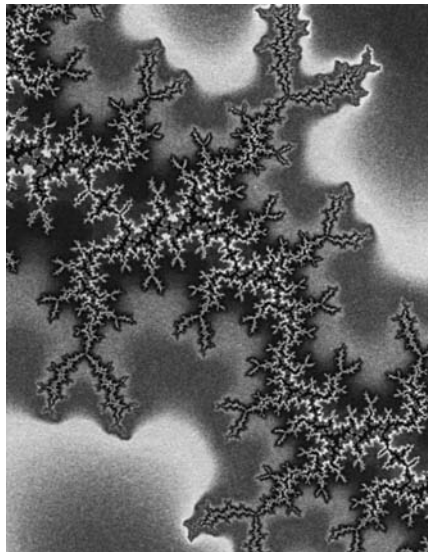


Figura 15.5
 “Fractal” similar a un cristal de hielo que contiene un patrón sin significado repetido “eternamente” de forma rítmica. (Fotografía: Masterfile Corporation/Pressens Bild.)

La construcción de la identidad de un “esquizofrénico crónico”

Los factores que dificultan la recuperación

En primer lugar, presentaré una recapitulación de lo que sucede en el interior de la persona que sufre una psicosis. Los tres actores principales en el proceso de curación son:

1. El propio individuo.
2. La red familiar o el personal que componen el tratamiento.
3. La medicación.

Cómo estos aspectos funcionen de forma conjunta o se contrarresten entre sí, será decisivo en la posible recuperación de la salud mental o en el grado de discapacidad funcional derivada de un trastorno psiquiátrico crónico.

Ya he destacado cómo la coherencia de nuestra realidad mental, nuestra imagen del mundo, está abierta al ataque de fantasías, ilusiones, experiencias atemorizantes y trastornos fisiológicos. En consecuencia, la realidad, es decir, la interacción significativa entre mundo interno y

acontecimientos externos, está sometida a una permanente amenaza de destrucción. Al mismo tiempo, por medio del trabajo del yo, se produce una interacción entre estímulos externos y representaciones internas del mundo que nos rodea sobre nosotros mismos (recuerdos) que resulta en una continuidad constante y en la reconstrucción de nuestra visión del mundo.

En la psicosis aguda, la capacidad del yo para crear significado e integrar el mundo externo con el interno, o bien se ha derrumbado o está ajustada de forma ineficaz. El proceso de curación debe restaurar el yo, recuperar su capacidad y comprender lo que ha sucedido durante el proceso psicótico. Analizaré algunos factores que dificultan la capacidad del yo para llevar a cabo esa tarea y, como resultado, el yo queda atrapado total o parcialmente en un nivel psicótico.

Trastorno por estrés post traumático y depresión post-psicótica

La presencia de un trastorno por estrés post traumático (TEPT) es un factor importante que constituye un obstáculo para que el yo pueda recuperar el control. Se presenta en más de la mitad de los casos de psicosis aguda y, pasado un año, continúa en un tercio de ellos (McGorry *et al.*, 1991). El TEPT tiene características específicas al margen de los síntomas psicóticos persistentes, que incluyen ansiedad, síntomas depresivos, un doloroso revivir de la aparición de la enfermedad en forma de flashback y pesadillas, unidas al temor de ser enviado de nuevo al hospital. El trauma subyacente al TEPT, que sigue a la psicosis, surge tanto de la experiencia de lo que significa haber estado psicótico como de la experiencia de miedo y, a veces, destrucción de la integridad relacionado con el ingreso en el hospital. Presumiblemente, el TEPT subyace a menudo en lo que normalmente se conoce como *depresión post-psicótica*, pero que tiene su propio código diagnóstico.

Inconvenientes de la medicación

Otro factor importante para trabajar de forma eficaz en la recuperación de la salud es que la dosis de medicación sea la apropiada. Si es demasiado elevada podría dar lugar a efectos secundarios subjetivos como apatía, fatiga y deterioro en la concentración. Algunas veces, esta situación viene precedida por una lucha de médicos y enfermeras con los pacientes sobre los beneficios de la medicación, en la que finalmente los pacientes ceden tras una serie de tratamientos involuntarios.

Éstos son tratados, a pesar de sus quejas, con dosis elevadas, normalmente por “motivos de seguridad” y, a veces, con medicación depot. En otros casos, quizás se les trata con dosis demasiado bajas y, por este motivo, permanecen psicóticos más tiempo del necesario.

El proceso de estigmatización

Otra complicación potencial es el *proceso de estigmatización y rechazo* por parte de la sociedad tras ser diagnosticado como “enfermo”. La respuesta de la comunidad a la pérdida de contacto del individuo con la realidad lleva, a veces de forma automática, a colocar a la persona bajo un tipo de protección o tratamiento específico y aislarla de su compañía normal, así como de las expectativas y derechos que se disfrutaban en una vida normal. Las instituciones médicas y legales toman rápidamente la responsabilidad sobre individuos que son definidos como diferentes o que no pueden asumir sus responsabilidades. Estos pasos se dan tanto para proteger a la persona enferma como para proteger a la comunidad. El problema es que si la exclusión de la sociedad de estas personas no se contrarresta lo antes posible, acentúa de forma automática su ya de por sí baja autoestima y dificulta aún más la tarea de recuperar el control sobre el mundo real. Este proceso construido por la forma que la persona tiene de ver las cosas y la actitud de la comunidad, puede experimentarse de la siguiente manera:

Los demás se movían lentamente a mi alrededor, asustados y llenos de odio. Hablaban de mí creyendo que no les entendía. Conspiraban. Cuando fui llevado por la fuerza al hospital, la policía y mis padres se ayudaron. Mis derechos han desaparecido. La nota que han puesto en la pared de la planta sobre cómo quejarse es pura basura. Quieren envenenarme con una sustancia que va a alterar mi mente. Naturalmente yo digo “no”. ¿Quién no lo haría? Entonces me sujetan y me inyectan. Mi mente se altera gravemente y ya no puedo pensar, no puedo controlarme, me vuelvo rígido y extraño, me encuentro mucho peor que antes de venir. Los demás dicen que he mejorado. Así es como quieren que esté.

No puedo seguir luchando. Me rindo y me adapto a su mundo. Supongo que estoy enfermo.

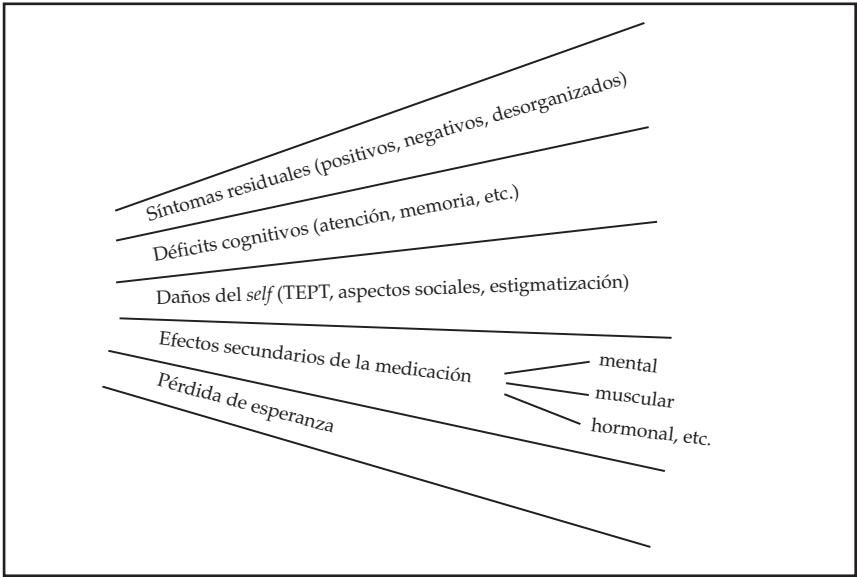


Figura 16.1
Diferentes dimensiones que contribuyen a la adopción de una identidad crónica y que varían significativamente entre las diferentes personas.

No hace falta tener mucha experiencia para darse cuenta de que se trata de dos visiones del mundo que luchan entre sí, donde una gana y somete a la otra. En lugar de forzarle al tratamiento e intentar inculcar al paciente una visión de la normalidad que le es ajena, se puede crear una situación de respeto donde se muestre interés por su visión del mundo. De esta manera, a veces es posible conseguir un proceso de trabajo conjunto constructivo.

En los últimos años, se ha combatido cada vez más la estigmatización asociada a la enfermedad mental destacando el elevado riesgo de que la persona que ha sufrido un proceso psicótico, se vea a sí misma como enferma, inferior y excluida de forma permanente. Esta imagen negativa del *self* se ve favorecida por actitudes y prejuicios del entorno, acentuándose y volviéndose más fatídica a causa de la eventual discapacidad funcional y quizás de los efectos secundarios de los neurolépticos lo que, a su vez, refuerza las actitudes y prejuicios del entorno. La persona pierde el interés por el trabajo, se reducen las amistades, la vida social ya no incluye a familiares y amigos del modo que lo hacía antes. Esto puede desencadenar una espiral descendente, que debe ser contrarrestada con información, apoyo, psicoterapia y

trabajo con la familia y la red social. Se ha utilizado especialmente terapia cognitivo-conductual (p. 345) para tratar la disminución de autoestima subsiguiente a la experiencia de estigmatización.

Tratamiento institucional

Hasta la década de los 80 se consideraba que la respuesta idónea para pacientes con un proceso psicótico de larga duración era el ingreso en una institución. No obstante, el movimiento impulsado por la psiquiatría social en los 50 impulsó la desinstitucionalización ya que se empezó a aceptar la idea de que el tratamiento institucional tenía efectos perjudiciales (Wing, 1960). Este tipo de entorno fomentaba la tendencia a un pensamiento psicótico y los síntomas negativos, de forma que aspectos saludables de la personalidad se refugian en una identidad pasiva crónica. Probablemente, esta situación se produce por la interacción de actitudes psicosociales y el deterioro del funcionamiento neurocognitivo, que se refuerzan mutuamente. A continuación, se analiza la identidad de un enfermo crónico.

¿Una estrategia contra el dolor mental?

En primer lugar, debemos recordar algunos factores psicológicos que aumentan el riesgo de una reacción psicótica:

1. Una tendencia de la personalidad a un tipo de pensamiento donde los símbolos se entienden como acontecimientos concretos y donde la línea divisoria entre el mundo interno y el externo es, a menudo, borrosa.
2. En algunos casos, esta tendencia puede combinarse con trastornos cognitivos latentes de la capacidad del cerebro para manejar información, acentuados por la intensificación del afecto y el estrés, especialmente con relación a la capacidad para el pensamiento estratégico y el uso de determinadas funciones de la memoria. A veces, esta carencia es suficiente para provocar el desarrollo progresivo de graves discapacidades funcionales y sociales.
3. Al mismo tiempo, aumentan las dificultades para la elaboración de conflictos existenciales centrales con relaciones cercanas, de separación y agresividad. Difícil para cualquier persona, en distintos grados, resulta más notorio en quienes tienen mayor vulnerabilidad a la psicosis. Tiene que ver con la ambivalencia entre la necesidad intensa de cercanía, intimidad y simbiosis y el miedo profundo a sus consecuencias, como tener que ceder autonomía y responsabilidad del *self* (lo

que en un pensamiento concreto puede traducirse como ser aniquilado). Si este conflicto, habitualmente inconsciente e “insoluble”, se actualiza en la persona vulnerable, el sentido de continuidad del *self* amenaza con romperse (una situación que se consolida durante las alteraciones psicóticas). Puede producirse con relación a la familia, terapeuta o relaciones en general y no sólo a nivel de fantasía.

La defensa autista

Los que se encuentran con facilidad en este dilema, caracterizado por el pánico y dolor mental, pueden reaccionar refugiándose en un mundo parcialmente psicótico, a modo de defensa para evitar encontrarse de nuevo en ese estado. También produce el mismo efecto el entorno estresante durante largos períodos de tiempo de las unidades psiquiátricas, donde hay poca estimulación para la parte sana de la personalidad.

La interrupción resultante del proceso de curación hace que la persona enferma sienta que está anclada en un estado donde resulta imposible funcionar en relación con las demás personas. Pasados algunos años, se produce una gran oposición ante cualquier esfuerzo de aproximación de otras personas con intención de comunicarse y cuestionar la forma psicótica de pensamiento y la identidad de la persona como “enferma”. Reanudar las relaciones con los demás tampoco está exento de riesgo. Existe un temor a volver a un estado potencial de dolor sobrecogedor y de fracaso. Tras una identidad crónica de aparente alejamiento, puede esconderse un impulso de auto-abnegación y odio. Si alguien intenta romper esa barrera con una relación amorosa profunda, eventualmente sexual, o cualquier propuesta abrupta de acercamiento, existe el riesgo de desencadenar sentimientos incontrolados y un aumento de los síntomas psicóticos. Muchos intentos de psicoterapia han tenido que interrumpirse como consecuencia del empeoramiento de síntomas psicóticos, de ansiedad y de auto-destrucción del paciente. Dichos procesos se inician frecuentemente con muchas esperanzas, pero faltos de conocimiento y experiencia. El terapeuta no ha comprendido que el repliegue autista y la persistencia de delirios en la psicosis crónica están conectados con una imagen arcaica del mundo y constituyen una defensa contra cualquier confrontación con el mundo externo. Quizás se quiere progresos demasiado rápido: se espera una respuesta emocional directa o mantener aspiraciones demasiado altas, a los que el paciente, a causa de su vulnerabilidad o su falta de capacidades cognitivas, no es capaz de responder.

Si el yo es demasiado frágil, la persona puede no encontrar nunca una salida a la defensa autista. Esto es lo que sucede con esquizofrénicos cróni-

cos primarios, que tienen un cierto “defecto”, es decir, una tendencia a ser “excéntricos” o de alguna manera diferentes, algo que puede aumentar tras cada episodio psicótico. Todavía se desconoce hasta qué punto este “estado de defecto” se produce debido a cambios orgánico/biológicos, aún no descubiertos, o a los factores psicológicos mencionados anteriormente.



Figura 16.2

Carl Fredrick Hill (1849-1911) está considerado como uno de los mejores paisajistas suecos. Habiendo trabajado en París desde 1873, sufrió una enfermedad en 1878 que, más tarde fue diagnosticada como esquizofrenia. Desde 1883 permaneció en casa bajo los cuidados de su madre, una hermana y su casero. Durante esos años realizó gran cantidad de dibujos muy expresivos: visiones apocalípticas, animales prehistóricos, orgías sexuales, gestalts alucinatorias. Hay un gran contraste entre estos trabajos y los más tempranos, hermosos y a menudo melancólicos, donde las figuras humanas sólo se ven en la distancia. En el transcurso de 1877 pintó muchas veces un árbol frutal floreciendo, el último de ellos seis meses antes de la aparición de la enfermedad. Hay muchos elementos que sugieren que ya tenía delirios paranoicos en ese momento. (Fotografía: Statens Konstmusser).

Los mecanismos de defensa pueden compararse en su función con la postura adoptada por una persona con hernia discal, quien descubre cómo alcanzar una postura relativamente sin dolor si se mueve de mane-

ra rígida pero deformada. Eventualmente, en personas que han permanecido en esa posición mucho tiempo y no han recibido una buena fisioterapia, la postura puede cronificarse con contracturas y es difícil recuperar un porte saludable, puesto que la musculatura necesaria se ha atrofiado o se ha perdido. No obstante, la persona ha encontrado la forma de vivir sin dolor.

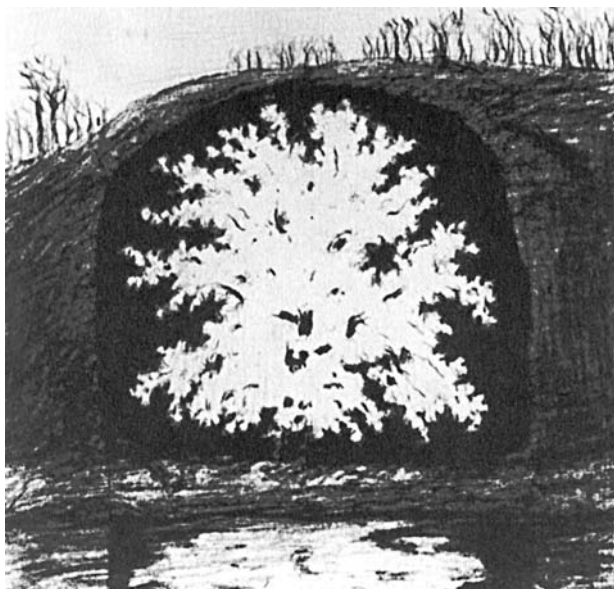


Figura 16.3

Muchos años después, no sabemos exactamente cuándo, Hill realizó el dibujo a plumilla conocido como "Árbol frutal floreciendo en la montaña". El dibujo ilustra cómo el artista, a pesar del aislamiento por su enfermedad, conservaba en su memoria, que estos cuadros representaron un día la forma de belleza más sublime. Este dibujo también puede interpretarse de forma metafórica como el signo de que siempre existe una vida psíquica normal detrás de la fachada enferma de la esquizofrenia. (Fotografía: Museo Nacional de Estocolmo).

Se conoce el correspondiente deterioro mental como *síndrome de institucionalización*. En su interacción con el mundo externo, el paciente ha construido y cimentado su *self* como persona crónica, funcionando como una defensa eficaz contra el dolor. Las actitudes autistas son la forma más eficaz de hacerse inalcanzable, tanto para el mundo externo como para la parte sana del *self*. Como resultado, delirios y otros procesos psicóticos de pensamiento encuentran menos dificultades y evolucionan más fácilmente.

“Síntomas negativos”

En casos concretos, es difícil determinar lo que subyace en la manifestación de “síntomas negativos crónicos” (deterioro del funcionamiento mental, caracterizado por introversión, apatía, falta de motivación, reducción de la actividad verbal y motriz, etc.), si se trata de un estado de *woodshedding* (moratoria), o una defensa autista o efectos secundarios de la medicación neuroléptica y/o una depresión reactiva o cualquier cambio neurobiológico que configure un trastorno cognitivo básico. Incluso si se construyen diferentes escalas para medir el grado de síntomas negativos, no es fácil diferenciar clínicamente cuál de los diferentes elementos puede estar expresándose. Este enfoque destaca cómo la elaboración de la experiencia de volverse psicótico y, por tanto, arriesgarse a la estigmatización, es un proceso donde la persona enferma y su entorno trabajan conjuntamente. Así, la vulnerabilidad para la psicosis, además del componente biológico subyacente, siempre tiene componentes psicológicos, sociales y funcionales. Esta conceptualización se suma a nuestra comprensión sobre la eficacia de diferentes tipos de tratamiento psicológico:

- *El tratamiento psico-educativo de apoyo* busca modificar la identidad crónica, mostrando la creciente necesidad de trabajar conjuntamente con los que ofrecen tratamiento y cuidados. Significa que tiene lugar un aprendizaje activo de nuevas funciones que se han perdido durante el periodo de la enfermedad.
- La terapia *cognitiva* apoya la parte sana del *self* e intenta disminuir la pasividad del individuo y su dependencia de experiencias psicóticas y una imagen depresiva del yo. Esto aumenta la capacidad de hacer frente a los trastornos funcionales, que son el resultado de la enfermedad, e influir sobre ellos.
- La terapia *de orientación psicoanalítica* (orientada al *insight*) también busca llegar a la parte sana del yo que se esconde detrás de las experiencias psicóticas y reconciliarse con ella. Con la ayuda del terapeuta, se pueden descubrir lentamente los sentimientos y relaciones ambivalentes generadoras de ansiedad.

Estas diferentes estrategias de tratamiento (de las que los terapeutas no siempre son conscientes), indican la necesidad de tener un amplio abanico de métodos de tratamiento, así como conocer cuáles son los objetivos de cada uno.

El siguiente caso ilustra el proceso de auto-devaluación que, como he descrito, puede tratarse con éxito por medio de psicoterapia. No he seguido per-

sonalmente al paciente desde el principio, ya que vive en un país vecino, pero he podido trabajar con él sobre la base de varias entrevistas mantenidas tanto con él como con su terapeuta y, a través de las historias del hospital.

Un diálogo con las voces

Chris, un estudiante de 22 años, presentaba alucinaciones auditivas vívidas que comentaban y delirios donde todo lo que le rodeaba estaba envenenado. La psicosis se desencadenó al dejarle su novia y por la presión de un examen. Chris ingresó en un hospital rural y se le trató con dosis de medicación bastante elevadas, que resultó ineficaz. Tuvo efectos secundarios y reingresó en varias ocasiones. El diagnóstico fue esquizofrenia paranoide crónica. Las voces le prohibían hablar y entonces se le pautó medicación antipsicótica atípica sin que se produjese una clara mejoría.

Su estado permaneció inalterable durante varios años y todos consideraban a Chris como un caso crónico. A pesar de esto, se pidió a una terapeuta que intentase establecer contacto con él y pronto descubrió que su mutismo no era una expresión de la *incapacidad* para hablar ("síntoma negativo"), sino que se trataba de un *silencio activo* en obediencia a sus voces. La terapeuta consiguió que hablase de sus voces y de lo que decían y que, poco a poco, describiera sus muchas voces, doce en total. Las voces tenían diferentes papeles, aunque el aspecto prohibitivo era el dominante. Chris pudo empezar a nombrar las voces y, a medida que trascurrió el tiempo, la terapeuta le animó a discutir con ellas e intentar desafiarlas, primero empezando a hablar y después retomando lentamente las actividades fuera del hospital. Esto llevó unos seis meses, durante los cuales la medicación se fue reduciendo hasta suspenderla. Durante todo este periodo de tratamiento, Chris también continuó hablando de su difícil infancia de la que ahora podía desvincularse. Pasado un año, se trasladó de nuevo a su casa y pudo continuar su formación no acabada. No ha recaído y ahora puede, después de varios años, describir su experiencia de manera equilibrada y bastante abierta.

En una entrevista, le pregunté si todavía escuchaba voces y me dijo que algunas veces y que eran más fuertes cuando se encontraba más estresado. No obstante, era consciente de que se trataba de algo que sucedía en su cabeza y no en el exterior y era capaz de ignorarlas, tal y como le había enseñado su terapeuta. Chris había recibido formación como químico e intentó describirme el mundo de sus vo-

ces con la ayuda de un dibujo. Hizo dos círculos que casi se tapaban el uno al otro. Al círculo de debajo lo llamaba “mi yo” y al de arriba “las voces”. Siempre que “mi yo” estaba tapado, experimentaba las voces como reales y estaba obligado a obedecerlas. Vivía enteramente en el mundo de las voces. Cuando se reunió con su terapeuta, ella le convenció de que cuestionara esa obediencia, de que nombrara “las voces” y tomara control sobre ellas, intentando empujarlas fuera de “mi yo” (véase Figura 16.4). Cuando esto sucedió, las voces se encolerizaron y empezaron a gritar y a amenazar. A pesar de sufrir una gran agonía, Chris desafió a las voces, tras lo cual perdieron intensidad, se apaciguaron y fueron desapareciendo poco a poco. “Era como si las voces necesitasen hacerme vivir dentro de mi mundo interno y protegerme de la vida en el exterior con los demás”.

Comentario

Chris se recuperó completamente de su esquizofrenia paranoide con una psicoterapia intensa basada en técnicas tanto dinámicas como cognitivas. Un factor de vulnerabilidad remanente es su tendencia a escuchar voces imprecisas, que en sí mismas no tienen características psicóticas, puesto que Chris no tiene creencias delirantes sobre el origen de las voces. Durante la enfermedad las voces le impedían conversar, lo que podría ser la expresión del autodesprecio de Chris y la actitud estricta consigo mismo. Esto aumentó su aislamiento y, aparentemente, sus sentimientos de indiferencia se incrementaron con las altas dosis de medicación, con la que no se pudo mejorar los síntomas. Este estado puede considerarse una autodevaluación defensiva autista que su terapeuta comenzó a alcanzar con un método combinado dinámico-cognitivo.

Debemos añadir que este caso, con una casi completa recuperación como resultado del tratamiento psicológico, no significa que todos los pacientes esquizofrénicos sean capaces de recuperar las funciones plenas, incluso con un tratamiento óptimo. El paciente puede conservar cierto grado de daño psíquico y, junto con los cambios neurobiológicos postulados, conduce a una *discapacidad* inevitable. En cualquier caso, casi siempre es posible mejorar la calidad de vida de estos pacientes a través de la rehabilitación y el fortalecimiento yoico, en combinación con una medicación prescrita de forma adecuada. Estoy convencido que actualmente muchos pacientes que persisten en estado de cronicidad y con medicación

constante, sin el tipo de psicoterapia que podría ayudarlos, tendrían una vida plena y valiosa.

Resumen

He intentado transmitir una forma de ver la esquizofrenia crónica basada en una combinación de enfoques biológicos, cognitivos y dinámicos. La psicosis crónica se interpreta como una forma mediante la cual el individuo se ajusta a una realidad que no puede gestionar. La psicosis se caracteriza por diferentes niveles de pérdida de capacidad cognitiva y dificultades psicológicas para soportar las frustraciones de la vida, a lo que se añade el hecho de mantener las defensas contra la confrontación con la realidad. No sabemos lo suficiente sobre cómo y cuándo ocurre esta tendencia a permanecer en estado psicótico, pero esta evolución puede darse tanto en episodios tempranos como en aquellos que se declaran de forma más tardía.

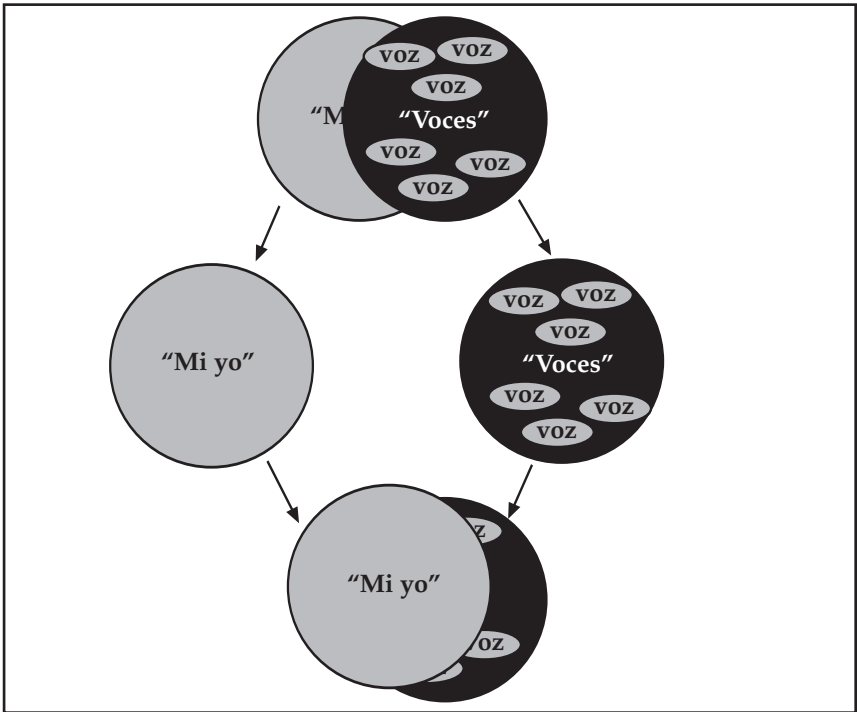


Figura 16.4
El diagrama de Chris describiendo la relación con sus voces después de la terapia. Estando completamente bajo el control de las voces, ahora es capaz de controlarlas él mismo.

Hacia un modelo biopsicosocial de la psicosis

En este capítulo agruparé diferentes aspectos tratados con anterioridad, en un intento de establecer un modelo comprensivo de la psicosis en términos de trastorno psicosomático. No se suele considerar al cerebro en términos psicosomáticos. El cerebro es el órgano más rico en neuronas y mantiene una interacción constante entre el sistema mental creador de símbolos y su sustrato biológico. Por esta razón, no encontraremos una comprensión o explicación única de la psicosis ni de ningún otro fenómeno mental, ni en un marco de referencia biológico ni psicológico. Tal comprensión requiere un punto de vista dialéctico que otorga a cada sistema sus derechos, pero también tenemos que asumir el tiempo que transcurrirá hasta tener un mayor conocimiento global.

Un modelo para la función integradora de la realidad del yo

Freud (1923), en su segundo modelo de la mente, el modelo estructural, establece que el yo está sujeto a tres categorías de exigencias. Puede por tanto verse amenazado por peligros procedentes del mundo exterior, desde el ello y la libido y desde el superyo. El yo controla y organiza la

prueba de realidad: por ejemplo, el sentido del tiempo, la motilidad y percepción, así como la realidad de los impulsos procedentes del interior del organismo. Las funciones del yo incluyen la regulación del *self* dentro de las normas sociales, así como las diversas funciones ejecutivas, es decir las acciones de la persona.

El yo no “existe”; es un constructo teórico¹ y no puede experimentarse, como ya se indicó en el Capítulo 4. Se define (de acuerdo con la teoría psicoanalítica) únicamente a través de sus funciones. La parte de la personalidad que experimenta se conoce como el *self*. Este *self* incluye el inconsciente, el preconscious y el consciente y está formado por relaciones de objeto que la persona ha sido capaz de internalizar. A veces, en esta explicación, utilizo el término más frecuente de “personalidad”, en lugar del “*self*”.

Nuestra representación de la realidad, que es una parte de nuestro *self* consciente es constantemente creada y recreada, o lo que es lo mismo, construida, por el yo. La imagen de la realidad puede compararse con un organismo biológico cuyas células se van rompiendo constantemente y reconstruyendo después con el fin de mantener una adaptación potencial a las exigencias del mundo circundante, tanto interno como externo. El yo cumple con su trabajo de la siguiente manera:

- El cerebro registra y analiza los impulsos provenientes del mundo circundante.
- También organiza los estímulos, consistentes en señales (a menudo inconscientes), de nuestro “sistema perceptivo” psicológico interno. Estos conllevan experiencias de hambre, cansancio, dolor, infelicidad, bienestar, etc. Estas dos fuentes de estímulos, procedentes tanto del mundo circundante como del mundo interno, proveen una información por la que los individuos se posicionan en el mundo.
- La importancia, circunstancias y significados de la combinación de percepciones internas, predominantemente inconscientes y externas, se interpretan sintéticamente como una “*gestalt*” significativa.² Esto sucede con ayuda de funciones de la memoria consciente e inconsciente y con nuestro sistema interno de referencia, es decir nuestro mundo simbólico. Las representaciones internas de objeto que encontramos, junto con nuestras experiencias, incluyen emociones y nuevas asociaciones a esas representaciones. El mundo representacional se va recreando a través de todo nuestro desarrollo personal y forma el núcleo para nuestra identidad como individuos. Tanto en el *registro* como en la *interpretación sintética*, esta función *representativa* tiene un valor indispensable para la supervivencia y ayuda a dirigir nuestras actividades.

- A continuación aparece la *función ejecutiva*, que adopta la forma de actividad orientada hacia un objetivo o bien la inhibición de una actividad fantaseada.

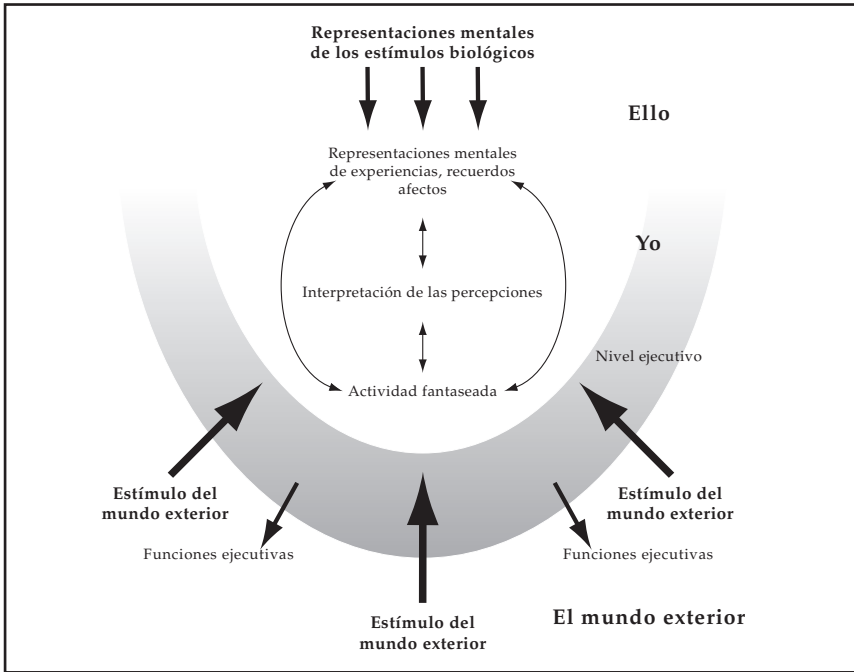


Figura 17.1
 El campo de acción del yo. Las representaciones mentales de estímulos, tanto biológicos como externos, se interpretan a través de un fondo interno de experiencias y recuerdos. En gran medida este es un proceso inconsciente. Puede resultar en acciones y pensamientos fantaseados, así como en actividades concretas.

Las percepciones, en términos neurobiológicos, alcanzan la corteza cerebral y son integradas junto con otros estímulos corticales y subcorticales. Se producen conexiones entre los centros que dirigen las funciones de la memoria a corto y largo plazo (el hipocampo, entre otros) y la corteza prefrontal, donde radica, entre otras funciones, el pensamiento normativo (véase Capítulo 6, Figura 6.2). Las conexiones con centros del tronco cerebral y sistema límbico representan afectos (placer/displacer). Las funciones ejecutivas, incluida la memoria operativa, se activan de manera que las actividades y deseos de la persona se organizan de la mejor forma posible con relación a la realidad y la seguridad. Cada acontecimiento mantiene una cooperación máxima entre funciones cognitivas y afectivas (Ciompi, 1997).

Entre fuentes de estímulos internos y externos: la función analítica del yo

Los datos neurofisiológicos obtenidos de estudios sobre el comportamiento de las personas frente a estímulos del mundo circundante, sugieren que la presión ante tales estímulos, se compensa habitualmente por una contra presión de estímulos internos (señales fisiológicas corporales que también incluyen los afectos), donde también hay funciones perceptivas del yo. Desde el punto de vista neurofisiológico, esta confluencia tiene lugar en la parte del tronco cerebral, que se conoce como *formación reticular*.

Metafóricamente, el yo puede verse como una membrana empujada en una de las dos direcciones, dependiendo del equilibrio entre las presiones internas y externas (Figura 17.2). Hay un registro permanente de impulsos provenientes tanto desde el interior como desde el exterior. Si la presión desplaza la "membrana" hacia uno de los extremos (es decir, la presión es muy alta o muy baja en uno de ellos), *la habilidad del yo para evaluar la situación y para orientarse se verá perturbada* y se experimentará el exceso de impulsos de uno de los extremos como si procediera del otro. Los siguientes ejemplos resumen las diferentes alternativas.

1. *Existe un equilibrio entre presiones internas y externas.* El yo es capaz de interpretar correctamente las implicaciones de los estímulos externos junto con los del mundo representacional interno.
2. *La presión biológica "interna" es demasiado alta.* Esto sucede cuando hay una hiperactividad del sistema dopaminérgico o serotoninérgico o si drogas psico-activas como anfetaminas o LSD-25 influyen en el cerebro. Este "estado de alta presión" también se produce con la falta de sueño, desequilibrios hormonales, algunas enfermedades cerebrales, etc. (véase Capítulo 13).
3. *La presión psicológica del mundo exterior es demasiado alta* en situaciones de estrés. Puede tratarse de experiencias dolorosas, de pérdida o conflictos vitales "irresolubles" (véase Capítulo 8). Una persona que desarrolla una fuerte tendencia a reaccionar ante estímulos que le resultan amenazantes por su significado simbólico, a raíz de experiencias tempranas de confusión y miedo, terminará percibiendo como peligrosas señales específicas del mundo circundante. Éstas desencadenan señales de ansiedad que aumentan aún más la presión. En el entorno, niveles elevados de criticismo y agresión ("alta emoción expresada", véase p. 84) son factores desencadenantes de psicosis en

personas con una vulnerabilidad específica. Del mismo modo, otra persona, por déficit en su capacidad cognitiva, puede encontrar más dificultades para resolver problemas y experimentar una angustia extrema en situaciones donde se le plantean demandas exigentes, pudiendo desencadenar un proceso psicótico.

4. *La presión del entorno es demasiado baja* lo que lleva a un fortalecimiento de impulsos internos que conduce a falsas interpretaciones y psicosis. Este es el caso del aislamiento severo, donde o bien los estímulos sensoriales externos están muy reducidos o son muy monótonos (deprivación sensorial). Quizás se pueda imaginar un mecanismo semejante para la depresión o el autismo. En esta situación de soledad el individuo puede interrumpir de forma activa los estímulos exteriores. Sabemos por experiencia que esta situación constituye un factor de riesgo para la psicosis.

Varios de los estados citados anteriormente pueden darse al mismo tiempo. El yo funciona a su más alto y complejo nivel cuando puede evaluar, tanto el mundo interno como el externo, e integrar las exigencias de ambas realidades. Cuando esto no es posible, el *self* recurre a soluciones regresivas.

La construcción psicótica de la realidad del self

La psicosis se crea por un cambio de paradigma en (la construcción) de la realidad, incluso cuando lo analizamos de cerca, podemos ver una evolución gradual del pensamiento psicótico. Cuando la psicosis se está desarrollando (la fase prodrómica), la función integradora del yo se reduce significativamente y el *self* se encuentra en peligro de perder su identidad y coherencia ante una determinada amenaza. Esto produce una intensa ansiedad, denominada "pánico organísmico" (Pao, 1979), que enfatiza el carácter psico-fisiológico. Con el fin de disminuir ese pánico, el *self* opta por una "explicación reparadora" tomada del repertorio de representaciones preconscientes o inconscientes de un nivel prelógico o mágico/arcaico. El sentido de seguridad o certeza del *self*, lo que quiere decir que no debe ceder o perder la coherencia significativa en el mundo, se vuelve más importante que la capacidad de ajustarse a la realidad. La adaptación reparadora forma el delirio. El contenido del pensamiento psicótico, no suele ser demasiado difícil de interpretar, en el nivel de la fantasía, en tanto que está relacionado con cómo la persona resolvía anteriormente los aspectos problemáticos y con la situación que se estaba produciendo en el momento del inicio de la psicosis.

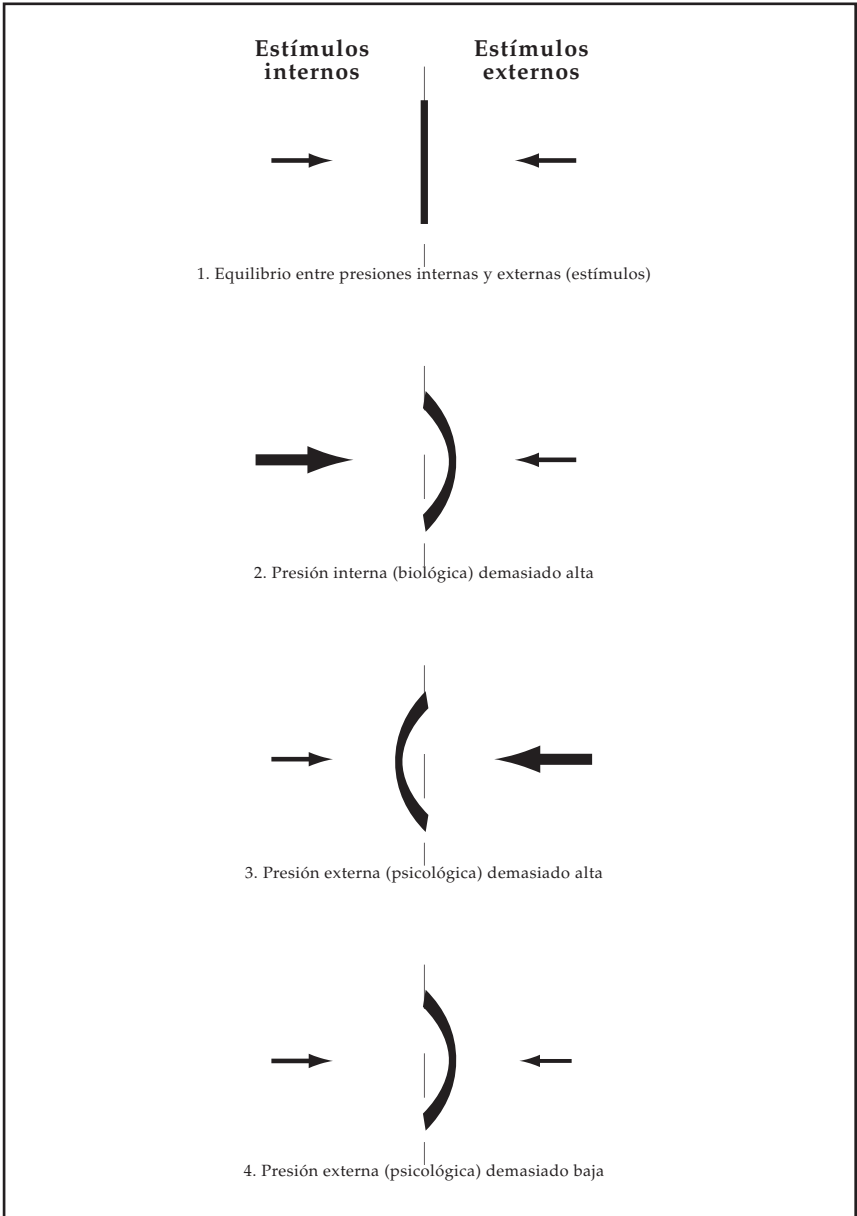


Figura 17.2
“La membrana’ del yo”. Cuando la “membrana” entre el mundo interno y el externo se fuerza en una sola dirección, se reduce la capacidad del yo para evaluar la situación y las señales se interpretarán erróneamente.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la relación neurótica con la realidad se caracteriza por la represión de los deseos/exigencias procedentes del ello y del superyo. Esto reduce el conflicto con el mundo circundante, en contraste con el manejo de la realidad en la psicosis. En casos raros, la pérdida de realidad puede ser tan extrema que cruce la línea fronteriza de lo delirante. Este estado está vinculado a mecanismos más primitivos de escisión, que funcionan junto con la represión y pueden observarse en ciertos casos, especialmente trastornos histéricos (disociativos). Este estado alcanza ahora un carácter psicótico, pero al mismo tiempo es significativo que puede funcionar la comunicación con el mundo circundante y se utiliza el lenguaje simbólico (véase el caso de Nina en el Capítulo 10). La mayor parte de las neurosis (al igual que los trastornos límite) se limitan a la esfera convencional de la realidad, del mismo modo que la mayoría de las reacciones psicóticas no se desencadenan como una profundización neurótica en la solución de los conflictos.

¿Es posible influir psicológicamente en el desarrollo psicótico?

Una pregunta que se plantean todas las teorías de la psicosis y de su tratamiento, es cuánto podemos influir en el proceso, es decir ¿por qué el *self* destruido tiene que aceptar la interpretación psicótica?. Algo se ha aprendido de las experiencias clínicas y experimentales con la psicosis y, es que el *self* puede reaccionar de formas diversas, que no son fijas.

Las psicosis que se derivan del aislamiento y de la privación sensorial pueden contrarrestarse con representaciones internas activas, un hecho que se confirma por descripciones dadas por muchos reclusos sobre cómo conservaron su capacidad para pensar en el transcurso de muchos años bajo condiciones atroces de total aislamiento. El escritor Eyvind Johnson, ganador del premio Nobel, en su novela *Los días de su Majestad* (1968), describe cómo un hombre, durante muchos años en la oscuridad de su celda en la cárcel contempla un arbusto conocido como retama y, en su imaginación, lo deja crecer lentamente y desarrollarse flor a flor:

Creció rama a rama. A veces permitía que jóvenes brotes de color verde se extendiesen, con extravagante diseño, por toda la pared de enfrente, antes de dejarles florecer. Cuando tomó la decisión, lo dejó florecer con discernimiento y movió cuidadosamente sus cadenas. Fue mezuquino con el propio arbusto, suministrando las muchas flores de una en una, actuando como un cuidadoso jardinero. Puso capullo a capullo, pero con tan prolongada indecisión

que florecieron casi de forma imperceptible y los capullos crecieron sin prisa. Más adelante les ordenó que reventasen de la misma forma prolongada, uno a uno. Tras larga consideración, dejó salir las flores más importantes. Tenían su sitio definitivo en el esquema de las cosas y, al igual que cualquier rama o brote, su propio patrón, conservado en la memoria, cómo deben desarrollarse cada vez, en cada nuevo florecer (Johnson, 1968).

Esta descripción literaria contiene muchas semejanzas con otras historias de personas que han sobrevivido a un aislamiento forzoso extremo, durante el que han empleado diferentes estrategias con el fin de aferrarse al contacto con la realidad. (Keenan, 1992).

Las psicosis inducidas por drogas son estados provocados biológicamente, pero también están notablemente influidos por el contexto psicosocial en torno al propio consumo. Una vez creado el hábito, la persona que consume LSD u otras sustancias alucinógenas, puede aferrarse o resistirse a la toma de control por los delirios resultantes. Del mismo modo, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas pueden mantenerse bajo control y ser vistas desde lejos. En otras palabras, no hay una conexión *directa* dosis-efecto entre drogas y psicosis.

Muchas personas han experimentado largos períodos de falta de sueño en los que la tentación de interactuar con las posibles alteraciones perceptivas que aparecen, puede ser en cierto grado contrarrestada de forma activa. Muchos estados psicóticos se desarrollan después de períodos más o menos largos de falta de sueño.

La persona que está a punto de deslizarse dentro de una psicosis aguda puede aprender a cuestionar sus experiencias y poner freno a la psicosis. Una persona con *alucinaciones auditivas* puede autoeducarse para evitar que dichas alucinaciones tomen el control y en lugar de esto, contrarrestarlas activamente reconociéndolas como alucinaciones. Sin esta capacidad, las alucinaciones marcarán el rumbo para el desarrollo de interpretaciones psicóticas del mundo circundante, especialmente cuando se acompañan de estrés mental.

Uno de los aspectos más valiosos de la *psicoterapia* es que puede enseñar a personas vulnerables al desarrollo de psicosis, a identificar “señales tempranas”, de forma que puedan actuar racionalmente y trabajar contra la regresión psicótica. Ahora bien, esto exige una muy buena alianza terapéutica y, a veces, pueden producirse muchas crisis psicóticas antes que sea posible alcanzar tal capacidad. Muchos episodios psicóticos, durante su desarrollo, tienen tiempo para alcanzar el cambio de paradig-

ma y la experiencia se convierte en "hecho". Entonces, se evita la influencia de los demás porque, el recientemente surgido yo psicótico se encuentra ya funcionando con su nueva visión de la realidad.

La medicación antipsicótica inhibe principalmente los receptores más que la psicosis

Para la visión médica sobre el trabajo que debe llevarse a cabo en el tratamiento, es significativa la división entre los estímulos internos y externos. Suele ser un malentendido bastante común pensar, que lo que se trata con medicación son las ilusiones psicóticas como tales, en lugar de la sensibilidad del individuo a varios tipos de estímulo. La psicosis es el resultado final del fracaso del yo para integrar, agrupar y ordenar los estímulos. Una de las posibles causas biológicas del proceso de integración fallido es el exceso de actividad de los receptores *dopaminérgicos*-DA, que se reduce con la medicación neuroléptica tradicional (Healy, 1990).

Gran parte de la medicación antipsicótica de nueva generación produce un alto grado de inhibición en otros grupos neuronales, entre ellos, los receptores *serotoninérgicos*. De este modo, se reducen los efectos secundarios extrapiramidales: por ejemplo, los molestos síntomas de tipo Parkinsoniano, que son resultado del tratamiento con inhibidores de los receptores dopaminérgicos. Los receptores serotoninérgicos se estimulan con drogas como el LSD y la mescalina. Por lo tanto, la función de la medicación antipsicótica es dirigirse contra situaciones que desencadenan o refuerzan una elevada actividad de estos receptores.

No obstante, concebir la psicosis como una *expresión no mediada* por una disfunción o desequilibrio biológico (como el delirio o la confusión en relación con una grave alteración cerebral), es algo que no puede confirmarse y, además, sería demasiado simplista. Fomenta la idea, por otro lado predominante en la actualidad, que el tratamiento farmacológico es la parte "primordial" y esencial del tratamiento de la psicosis. Esta actitud, que ha tenido consecuencias perjudiciales para el tratamiento actual de las personas psicóticas se basa, en mi opinión, en una aproximación poco cuidadosa al proceso psicótico.

La psicosis, como he afirmado anteriormente, es una expresión directa de la incapacidad del yo para mantener una función integradora coherente. El *self* resuelve esta deficiencia por medio de fantasías e ilusiones regresivas. El hecho de que esta incapacidad para crear de la realidad una *gestalt* significativa, globalizadora, razonable y objetiva, pueda relacio-

narse con alteraciones del substrato biológico, no es lo mismo que decir que la psicosis es secundaria a alteraciones biológicas. Realmente todavía no sabemos cuál es la correlación biológica de la psicosis.

La importancia de este razonamiento es evidente cuando observamos la acción de los neurolépticos antipsicóticos en la psicosis. Normalmente, en menos de una hora, la medicación neuroléptica alcanza los receptores dopaminérgicos. Los efectos secundarios de tipo psicomotor aparecen rápidamente, así como la experiencia subjetiva de alarma y desagrado. Por otra parte, la mejoría clínica se retrasa días, semanas, meses o incluso no llegar a producirse. Hablando en términos estadísticos, los efectos antipsicóticos son indiscutibles pero (en contraste con los efectos secundarios) más difíciles de predecir a nivel individual. El impacto del bloqueo de los receptores-DA, de acuerdo con este planteamiento, es principalmente crear indiferencia (¡no sedación!) más que ser usados directamente como antipsicóticos (Healy, 1990; Kapur, 2003). Su impacto es más parecido, para bien o para mal, a un efecto tipo “no darse demasiada cuenta”. Se da al yo la oportunidad de construir una imagen más precisa de la realidad de lo que era capaz cuando estaba sujeto a la presión de los receptores-DA hiperactivados. Este proceso puede llevar días o semanas. La “ventana terapéutica” es estrecha y en términos de dosis máxima efectiva es significativamente más baja de lo que se pensaba en el pasado (véase Capítulo 24 para más información). Con una buena respuesta el yo puede ahora reanudar su anterior capacidad integradora.

Resumen

Se ha presentado un modelo psicosomático, en el que el yo coordina los estímulos externos tanto con los del mundo interno fisiológico como con los del mundo interno de representación de recuerdos y experiencias. La función sintética de interpretar la realidad puede sufrir si alguna de las partes implicadas funciona de forma deficitaria o excesiva.

Bajo diferentes tipos de estrés, la personalidad vulnerable evitará la anterior interpretación equilibrada de la realidad y las ideas psicóticas no pueden ser rebatidas. Hasta cierto punto, el individuo puede aprender a controlar su psicosis y sus delirios y adoptar una visión más correcta de la realidad. Tanto el mundo experiencial como la psicosis se vuelven susceptibles a la influencia del pensamiento consciente y las intenciones de la persona. Es muy importante recordar esto al pautar el tratamiento antipsicótico. Deben analizarse los efectos de la medicación en función de su capacidad para crear una cierta “indiferencia”. Esto da una oportunidad a la personalidad para ganar un “respiro” y mantener un mejor control sobre la interpretación de la realidad.

PARTE II

Apoyo a la recuperación

Tradiciones de pensamiento en la historia de las ideas psiquiátricas

En la historia de las ideas hay cuatro tradiciones que han influido en la evolución de las enfermedades mentales en Occidente:

- La más antigua es la *tradicón mágica-demoníaca* prehistórica.
- Cuestionada alrededor del año 400 antes de Cristo por la *teoría de los cuatro humores de Hipócrates*.
- En la misma época surge el estudio *platónico* de las *pasiones*.
- Posteriormente, la Ilustración contempla al hombre en términos científicos y racionales.

Muchas personas prefieren pensar que las representaciones de la vida y circunstancias concebidas por filósofos y otros teóricos van y vienen a medida que surgen nuevas ideas. Desde luego que eso es cierto en alguna medida: el conocimiento de nuestro mundo externo y nuestro universo interno aumenta y progresa permanentemente. Al mismo tiempo, estos antiguos conceptos forman parte de nuestra existencia y la base para la psiquiatría y otras prácticas médicas. Para bien o para mal permanecen

con nosotros, aunque se alteren sus manifestaciones concretas. Es importante ser conscientes de esto cuando intentamos comprender la perspectiva psiquiátrica actual ya que, de otra manera, en la urgencia por adoptar nuevas tecnologías, puede resultar más fácil esperar algo nuevo en lugar de desarrollar o modificar lo que tenemos.

Una forma mágica-demoníaca de pensar y la necesidad de la esperanza

El pensamiento mágico-demoníaco ha perseguido a la humanidad desde la prehistoria. La enfermedad se considera algo malo que invade y toma posesión de la persona. Tal tipo de invasión puede reflejar un castigo procedente de poderes más elevados por violar un tabú o incumplir una orden divina. También puede representar nuestra necesidad de controlar un futuro amenazante e influir en los dictados de la naturaleza. Dentro de la comunidad, se considera al médico como un experto en los caminos de lo oculto; ayer lo era el mago/bruja, hoy lo es el sacerdote/médico/terapeuta. Las sesiones de espiritismo para sanaciones, los encuentros para rezar y el exorcismo son la expresión abierta de esta tradición en la actualidad. Incluso personas que quizás no admiten creer en Dios, pueden rezar pidiendo ayuda y apoyo cuando se encuentran en grave necesidad. Cuando la enfermedad parece incurable estamos más predispuestos a acercarnos a un profesional poco convencional quien frecuentemente, debido a su carisma y reputación, ofrece una promesa de curación.

Muchos estudios relativos a la eficacia de diferentes formas de psicoterapia muestran que el aspecto esencial de lo que funciona y lo que no, es la habilidad del terapeuta para crear una *alianza terapéutica* con el paciente (Luborsky *et al.*, 1993). El psicoanalista inglés Michael Balint (1972) habla de la "función apostólica" del terapeuta. Esto implica que la persona que se encuentra en tratamiento se sienta apreciada y respetada y que el terapeuta promueva una actitud optimista, que motive al paciente e influya en su forma de ver las cosas. Desde luego que esto no significa que no cuenten la formación y la experiencia del terapeuta, sino que simplemente se necesita algo más.

Sabemos muy poco sobre ese algo más, sólo que los mejores métodos psicoterapéuticos o médicos pierden una gran parte de su potencial si el profesional no promueve la confianza en el tratamiento y la esperanza de mejoría. La investigación sobre el efecto placebo (efecto de la medicación

que carece de un ingrediente activo y que aún así produce un efecto curativo en el enfermo, si éste la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción) muestra lo esencial del factor confianza para el pleno rendimiento del tratamiento. Investigaciones neuroinmunológicas recientes también revelan, por ejemplo, que las personas que sienten confianza y que tienen una esperanza razonable de superar el cáncer, tienen un sistema inmune más saludable que aquellos que han abandonado toda esperanza (Solomon, 1987). Personas que trabajan con pacientes psicóticos conocen con claridad el valor de la esperanza. Es un gran reto para el personal ofrecer ánimo para mantener la esperanza, sin negar la realidad.

Las enseñanzas sobre los cuatro humores y el tratamiento psicofarmacológico

En el siglo cuarto después de Cristo, filósofos griegos, entre los que destacó Hipócrates, desarrollan la patología humoral: un modelo utilizado para explicar el origen de la enfermedad física y mental, como una alteración del equilibrio de los humores o fluidos corporales. Estos fluidos estaban conectados a los cuatro elementos del mundo y consistían en sangre (Latín *sanguis*), flema (Griego *phlegma*), bilis amarilla (Griego *cholé*) y bilis negra (Griego *melaina*).

A partir de esta temprana teoría de los fluidos corporales, el médico griego Galeno (alrededor del año 100 después de Cristo) desarrolló su psicología de los cuatro temperamentos básicos: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. Esta clasificación intuitiva, sorprendentemente difiere muy poco de teorías modernas sobre el temperamento humano, que frecuentemente describen tipos similares. La patología de los humores tuvo un marcado impacto en la teoría y práctica del arte médico y se hicieron intentos para influir sobre estos fluidos, a través de sangrías, la aplicación de sanguijuelas, el sudor, el uso de vomitivos, enemas y diuréticos. No era infrecuente que tuviesen efectos perjudiciales para el paciente, si bien éste confiaba en esos métodos de tratamiento por estar sustentados en “el conocimiento científico y la experiencia probada”. La patología humoral fue abandonada a partir de 1800 en favor de formas de tratamiento más concretas y con una base anatómica.

Actualmente, es de una gran importancia en la psicofarmacología considerar las alteraciones afectivas y psicóticas como alteraciones del hipotético equilibrio entre diferentes transmisores y los sistemas de receptores

cerebrales. En la aspiración de encontrar nuevas respuestas, se están buscando receptores alternativos a la dopamina y la serotonina. Gracias al perfeccionamiento de los métodos de investigación y al fuerte respaldo de la industria farmacéutica, con su apoyo financiero, esta aproximación es la dominante dentro de la psiquiatría. Internacionalmente el tratamiento de la psicosis se sigue viendo frecuentemente como sinónimo de medicación antipsicótica. Se percibe que la meta o sueño palpable es encontrar un fármaco que finalmente resuelva ese desequilibrio del alma. El propio Freud (1940) tenía esta visión: "En el futuro quizás seamos capaces de aprender a influir directamente con sustancias químicas sobre la cantidad de energía y su distribución dentro del aparato mental. Quizás resulte en posibilidades de terapia diferentes y todavía inimaginables". Se ha demostrado que Freud estaba parcialmente en lo cierto.

La teoría de Platón sobre las pasiones y la teoría psicoanalítica del inconsciente

Platón (427 – 347 antes de Cristo) también destacó los efectos de una falta de equilibrio, pero se refirió a su aspecto físico y no mental. Describió cómo la enfermedad en el alma era causada por todos los sentimientos poderosos, pasiones, odio y sufrimiento. El ideal, por tanto, era alcanzar un equilibrio mental, estar tranquilo y ser íntegro. La salud se reflejaba en el auto conocimiento y evitando convertirse en esclavo de las pasiones. *La catarsis*, la limpieza del alma, liberaba de la enfermedad, de estar abrumado por los sentimientos. Este era el objetivo esencial del teatro clásico.

La comprensión moderna de la salud psíquica y de la enfermedad aumenta durante el siglo XIX y se representa en el arte, la literatura y la psiquiatría. *La Interpretación de los sueños* de Freud en 1900, significó un gran paso adelante en la psiquiatría y en sus enseñanzas sobre el inconsciente, Freud presenta una conexión teórica entre sentimientos tempranos reprimidos y posteriores trastornos conductuales y estados de ansiedad. Como se ha descrito anteriormente, el tratamiento psicoanalítico consistía en una redistribución de las energías psíquicas que se alcanza a través del *insight* y la abreacción de afectos angustiantes, para restablecer el equilibrio psíquico.

Los primeros psicoanálisis demostraron el valor de la catarsis para la liberación de sentimientos bloqueados e inconscientes. Eventualmente se

convirtió en una forma de tratar la personalidad bloqueada por problemas reprimidos de forma temprana, a través de la cura por medio de la palabra ("*talking cure*"). Después de la Segunda Guerra Mundial creció un marcado optimismo en relación a la psicoterapia y en los hospitales de Estados Unidos, de orientación psicoanalítica, se comenzó a tratar psicóticos crónicos con psicoanálisis y sin medicación. Tras un estudio de investigación con un amplio seguimiento (McGlashan, 1984), se vio de forma clara y devastadora que los avances con este grupo de pacientes, que con frecuencia estaban muy discapacitados, fueron pobres e incluso negativos. Como resultado, los tratamientos de la psicosis orientados psicoanalíticamente, se ganaron una mala reputación en el mundo médico, especialmente en Estados Unidos.

En Europa, la evolución del pensamiento psicodinámico ha tomado otra dirección en el sentido que muchos consideran que es una aportación esencial a explicaciones biológicas y cognitivas de la psicosis. Los métodos de tratamiento de las psicosis son ahora mucho más pragmáticos. Una línea fructífera de desarrollo radica en la síntesis de las teorías dinámicas y cognitivas, que hoy día cada vez más centros avalan.

El cuestionamiento de la Ilustración y la crítica radical a la psiquiatría

Pensadores como Rousseau y Voltaire en el siglo dieciocho y Marx y Mill en el diecinueve orientaron sus teorías hacia el potencial de la humanidad en términos de desarrollo personal. Se contempla a los niños en su nacimiento como una página vacía. La nueva racionalidad implica la liberación de explicaciones que sugerían que la enfermedad era una expresión de la cólera Divina y un castigo por pecados anteriores, como en la teoría de la patología de los humores. Philip Pinel (1745 - 1826), con el espíritu de la era de la Ilustración, describió la enfermedad psíquica en términos de individuos que debían ser comprendidos y que estaban necesitados de compasión y humanidad. Quería contrarrestar los efectos desmoralizantes del aislamiento y desempleo a través de actividades simples y del trabajo, lo que más adelante se denominó como terapia ocupacional. La evolución de la educación en el siglo diecinueve, la nueva escatología marxista y el posterior liberalismo inherente a la visión radical de Mill de la libertad del hombre, marcó una nueva dirección en relación con las tradiciones de la Ilustración.

La sociología y la antropología social, junto con la nueva dirección del psicoanálisis, se afianzan, especialmente en los Estados Unidos de la posguerra. En lugar de teorías biológicas más pesimistas, resultaba fácil aceptar una tradición liberal que complica y profundiza en las teorías de Freud. El significado de la crianza y del entorno eclipsa cualquier otro intento de comprensión de la personalidad sana y la enfermedad psíquica del adulto.

El pensamiento de la “anti-psiquiatría”, que dominó las décadas de los 60 y 70 puede contemplarse como la manifestación tardía de actitudes de la Ilustración. El discurso médico dominante y la institución en su conjunto eran cuestionados y abucheados, con una crítica general hacia modelos sociales autoritarios. Se obliga a la psiquiatría a mirarse a sí misma de forma profunda. La desinstitucionalización y la antimedicación, tal y como veremos en el próximo capítulo, se convierten en eslóganes apoyados por los intereses económicos de la sociedad. El lado opuesto de esta revuelta contra la autoridad era el desprecio por cualquier *pensamiento científico*. Se había creado un nuevo reduccionismo.

La expresión de una visión dual de la humanidad, donde lo físico y lo mental se ven como entidades separadas (en lugar de ver lo mental como emanando de lo físico, como la secreción de una glándula), es herencia de muchos siglos. Lo que encontramos actualmente es un movimiento desde el dualismo al monismo. Contemplamos la realización de actividades mentales, la mente, como si fueran simultáneas a actividades físicas, moleculares. Diferentes lenguajes describen los mismos acontecimientos como si fueran caras distintas de la misma moneda. Una forma de verlo es a través de la relación entre el psicoanálisis y la neurobiología.¹ El “inconsciente” no es ya únicamente un área para el psicoanálisis, sino una noción igualmente relevante para el estudio biológico de la consciencia.

Actitudes hacia el tratamiento de la psicosis durante el siglo XX

A comienzos del siglo XX, el Estado consideraba la psiquiatría como un área de responsabilidad médica. Alrededor del año 1900 existían en Suecia 4.500 camas para pacientes psiquiátricos, lo que supone el mismo número de camas de la actualidad, con relación a la población existente. Miles de personas enfermas debían esperar durante años para ser trasladadas a lugares donde pudieran recibir tratamiento y, con frecuencia vivían en condiciones miserables en sótanos o en hospicios. A comienzos del siglo XX se construyeron una serie de nuevos hospitales psiquiátricos con capacidad para acoger 1.000 pacientes o más cada uno de ellos. En la década de 1960 había 34.000 plazas en hospitales psiquiátricos (además de 5.000 para “personas con retraso”). Esto representaba el 0.5 por ciento de la población sueca, igual a la prevalencia de la esquizofrenia (SOU, 1958). Muchos más se encontraban en listas de espera. Se ha criticado duramente cómo los enfermos mentales eran excluidos de la comunidad de forma drástica y, más aún la institucionalización crónica. No obstante, visto de forma retrospectiva, es fácil ser crítico con la falta de atención ambulatoria. No debemos olvidar que la creación de estas instituciones está inspirada en una ética humanitaria, para atender las necesidades de los que precisaban cuidados y que no podían recibirlos.

El sistema hospitalario estaba estrictamente jerarquizado, del mismo modo que lo estaba la comunidad, el jefe de servicio acumulaba todo el poder y recibía protección y apoyo de las autoridades del Estado. Por lo general, los hospitales estaban alejados de zonas urbanas y en cierto modo, formaban sus propias pequeñas comunidades. Muchos de ellos contaban con granjas y ganado, lo que les permitía un elevado nivel de autosuficiencia y ofrecer trabajo (mal remunerado) a los pacientes. El personal de los hospitales, a quienes durante la primera década de 1900 todavía se les conocía como sirvientes, eran en gran medida siervos, que trabajaban hasta 100 horas semanales. Vivían en el hospital y hasta se controlaba su vida privada. En muchos hospitales tenían que pedir permiso para salir de las instalaciones (Beckman, 1984). Los que querían contraer matrimonio tenían que obtener el permiso del jefe de servicio y si se les denegaba, la única alternativa era dejar el trabajo. En 1908 los "sirvientes" organizaron "el sindicato sueco de empleados de hospitales", con identidad de clase trabajadora e inicialmente sin formación oficial. Este nivel de formación mejora con la llegada a los hospitales mentales de enfermeras procedentes de "clases educadas", al tiempo que se generan conflictos y tensiones entre los diferentes grupos, que continúan hasta nuestros días.

Era difícil supervisar lo que sucedía en las salas, aunque se estableciera el ejercicio de la benevolencia como norma de conveniencia. Los derechos de los pacientes todavía no tenían status legal y había una gran distancia entre médicos y trabajadores de las unidades. Si el jefe de servicio quería dar mayor libertad a los pacientes, se producía un conflicto con los sindicatos de trabajadores que querían proteger las condiciones de trabajo del personal. Con este tipo de disciplina y jerarquía militar, no debe sorprendernos que también los pacientes pudieran ser objeto de arranques de ira, favoritismos y mafias por parte del personal, similar a los que se encontraríamos en un Estado totalitario. No obstante, también se daban relaciones cálidas entre pacientes y cuidadores que veían al médico consultor como el enemigo común. Al personal se le instruía explícitamente para no mantener conversaciones con los pacientes sobre sus problemas y, el personal nuevo que hablaba o intentaba hablar con ellos, era rápidamente excluido por sus compañeros. Las conversaciones estaban restringidas a los pocos médicos. No obstante, se esperaba que se observara a los pacientes y se controlara su conducta y actividades en las que se participaban, anotándolo en los registros correspondientes.

Los métodos de tratamiento desarrollados durante el siglo XX, pueden dividirse en tres grupos. Las primeras décadas se caracterizan por una falta de métodos de tratamiento específicos. A esto le sucedió en la década de 1930 una gran afluencia de modelos terapéuticos muy potentes que,

con frecuencia resultaban dolorosos y perjudiciales en lugar de beneficiosos. La segunda mitad del siglo ha sido testigo, tanto para bien como para mal, de la introducción de tratamientos médicos con una indicación más específica. También los avances de la psiquiatría social y de las orientaciones psicoterapéuticas empiezan a desafiar la dependencia unilateral de la medicación. La lucha entre las diferentes teorías dominantes ha sido intensa. Hoy día observamos que existe un dialogo entre estas actitudes. No obstante, además de las necesidades de los pacientes, hay otros aspectos que influyen en estas cuestiones. Si los enormes ingresos (e inversiones económicas) de la industria farmacéutica, junto con la necesidad de los políticos de ofrecer un tipo de tratamiento económicamente aceptable, se manejan con cortedad de miras, terminarán dominando el actual desarrollo. El debate político, en lo que concierne a los cuidados, está necesitado de más investigación orientada al usuario, así como del conocimiento científico que pueda alimentarlo.

Las primeras décadas: vigilancia y confinamiento

Hasta la década de 1930 no había métodos específicos para el tratamiento de la psicosis. De acuerdo con un libro de texto de psiquiatría de la época, muy difundido, la prioridad del personal era evitar que los pacientes se hiciesen daño o pudieran causarlo a los demás. Con el fin de hacer menos agotadora la necesidad de supervisión y cuidados, los pacientes dormían en salas lo suficientemente grandes como para acoger entre 10 y 20 personas. Los que ingresaban en hospitales podían esperar, no sin razón, que iban a permanecer allí durante años e incluso muchos de ellos de por vida. Sólo el jefe de servicio tenía capacidad de decidir cuándo podrían marcharse y, en principio, la persona ingresada para recibir cuidados no tenía nada que decir al respecto. No fue hasta 1929, cuando se introdujo en Suecia una ley relacionada con el ingreso involuntario, que permitía que el paciente fuese tratado de acuerdo con sus propios deseos. Los internos permanecieron privados de sus derechos hasta 1946.

En Suecia, hasta la década de 1960, se prescribía de forma rutinaria a todos los nuevos ingresos la permanencia en cama durante la primera semana, al considerar que esto tenía un efecto tranquilizador. También tenía la finalidad de ayudar a los pacientes a darse cuenta que estaban enfermos e incitarles a colaborar con el personal. A los pacientes más alterados se les sometía a largos baños, a veces durante uno, dos o incluso más días. Los baños eran lugares especialmente difíciles para el trabajo del personal, ya que

los pacientes podían arrojar excrementos por la sala o salpicarles con agua sucia. Por este motivo muchos pacientes eran envueltos en lonas con una apertura en la cabeza y otra en los pies, por donde se podía verter el agua caliente. Existen descripciones de cómo sufría la piel con estos prolongados baños y era inevitable que el uso de este tipo de tratamientos cuestionase la profesionalidad del personal, ya que podían ser fácilmente utilizados para castigar a pacientes provocadores.

La medicación utilizada de forma más frecuente era a base de opio, barbitúricos de larga duración y sedantes como el bromuro. También tenían efectos tranquilizantes la escopolamina y la atropina pero producían sequedad en la boca y estreñimiento.



Figura 19.1
Largos períodos en la bañera: Museo del Hospital de Marieberg, Suecia

La era de “los tratamientos heroicos”: 1930-1960

En la década de 1930 se introdujeron una serie de sustancias y todas ellas, con mayor o menor intensidad, influían directamente en el funcionamiento cerebral. Al principio se generaron nuevas esperanzas en el tra-

tamiento de la psicosis. Al depender su utilización de métodos médicos, aumentó el prestigio de los psiquiatras y la psiquiatría se convirtió en una disciplina especializada comparable a las demás. No obstante, los pacientes con frecuencia tenían que pagar un precio escandalosamente elevado por estos tratamientos.

La fiebre inducida como forma de tratamiento

En 1927 se concedió al austriaco Julius von Wagner Jauregg el primer premio Nobel a un psiquiatra, por el descubrimiento de los efectos favorables que la inducción de malaria tenía en la parálisis general, última fase de la sífilis. Este método se empleó cada vez más en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. Se aplicaban inyecciones de sangre infectada con malaria o sustancias químicas que producían fiebre alta. No obstante, esta práctica se abandonó, ya que los resultados eran inciertos, los riesgos demasiado altos y producían una gran angustia al paciente.

Coma insulínico

A comienzos de la década de 1930, el médico vienés Manfred Sakel probó por primera vez un tratamiento mediante coma insulínico. Los primeros informes de Sakel describían hasta un 80 por ciento de mejoría en los pacientes y consecuencia de la esperanza generada, el coma insulínico pronto se convirtió en la norma de tratamiento para los pacientes con esquizofrenia aguda. El método suponía administrar al paciente una dosis tan alta de insulina que disminuían los niveles de glucosa en sangre y cerebro hasta ocasionar una pérdida de consciencia. Transcurrida una media hora se despertaba al paciente y se le administraba una solución de glucosa por sonda nasogástrica. Era frecuente que los momentos de dormir y despertar al paciente se acompañaran de agitación, sensación intensa de hambre y sudoración. A veces, la disminución de la glucemia cerebral producía graves episodios de vómitos o ataques epilépticos. En ocasiones se invertía el coma demasiado tarde, produciéndose muerte o daño cerebral irreversible. Debido a que el tratamiento conllevaba niveles elevados de nutrición, los pacientes se volvían rápidamente obesos y adquirirían un aspecto cada vez más grotesco, lo que dificultaba todavía más su regreso a casa. Un tratamiento de este tipo suponía de 60 a 90 comas inducidos y si no tenían efecto, se podía repetir varias veces.

A pesar de los primeros informes positivos de Sakel, los resultados no fueron lo suficientemente buenos como para que este tipo de tratamiento tan estresante para el cerebro fuese aceptable. En la década de 1960 se decidió abandonar completamente este método y sustituirlo por la nueva medicación antipsicótica.

Lobotomía

La culminación del tratamiento físico cerebral tuvo lugar con las lobotomías prefrontales. En 1935, el portugués Egan Moniz, experimentando con chimpancés, descubrió que si se cortaban las conexiones entre cerebro frontal y partes del cerebro situadas más profundamente, se podía apaciguar la agitación crónica y la ansiedad. En consecuencia, ciertos hospitales comenzaron a llevar a cabo de forma rutinaria cada vez más operaciones de este tipo, al principio sólo en pacientes con esquizofrenia crónica, pero después también en primeros episodios que no mejoraban con la suficiente rapidez. Debido al entusiasmo que rodeó el éxito de estos tratamientos, no se prestó la suficiente atención a los efectos secundarios de la operación, simplemente se consideró que los efectos positivos superaban con creces los negativos. En 1949 Moniz fue galardonado con el segundo y más reciente premio Nobel de psiquiatría, lo que contribuyó a legitimar, aún más y durante muchos años, la lobotomía.

El lóbulo frontal del cerebro es, entre otras cosas, el lugar donde se localizan la ética, las funciones ejecutivas y la capacidad crítica del hombre y, la parte de la mente más desarrollada como consecuencia de la evolución reciente. La operación de Moniz implicaba taladrar, bajo anestesia local, en cada hueso temporal. Seguidamente se insertaba un pequeño cuchillo y se movía de arriba abajo, cortando de esta manera, a ciegas, las conexiones nerviosas. El jefe de servicio tomaba la decisión sobre quienes debían someterse a dicha operación, aunque se tenía que obtener el consentimiento previo de la familia. La complicación más común es un cambio de personalidad caracterizado por la presencia de indiferencia y pereza. Se suponía que en todas las operaciones se producían pequeños cambios de personalidad pero dada la gravedad de la enfermedad y que por sí misma ya había producido alteraciones de la personalidad, existía una tendencia a minusvalorar los efectos negativos. Muchos quedaban con incontinencia permanente, epilepsia u obesidad. La muerte se producía como consecuencia de hemorragias o infecciones.

En el museo del hospital de Sidsjön en el norte de Suecia, se pueden encontrar descripciones horribles de 131 lobotomías, que se llevaron a ca-

bo entre 1946-47 (Eivergård y Jönsson, 1993). Se describe que sólo el 12 por ciento de los tratamientos tuvieron éxito, en la medida que los pacientes pudieron abandonar el hospital de "forma autónoma". Otro 16 por ciento fue dado de alta pero todavía precisaba cuidados continuos. El 37 por ciento de las operaciones produjo "mejoras del nivel de cuidados requeridos". El 25 por ciento no mejoró, el 4 por ciento empeoró y el 5 por ciento murió. A comienzos de la década de 1950, aproximadamente 500 pacientes habían sido operados en el hospital de Sidsjön, lo que representa de forma efectiva a todos los que podían ser operados.

Las lobotomías prefrontales han desaparecido por completo y se han relegado a la extensa cámara de los horrores de la psiquiatría. En la actualidad, solo en raras ocasiones, se lleva a cabo lo que se denominan capsulotomías, en casos de trastornos obsesivo-compulsivos graves resistentes al tratamiento. La cirugía se realiza de forma estereotáxica y con técnicas de radiación y se considera que produce alteraciones menos significativas de la personalidad. Este tipo de tratamiento ya no está indicado en los casos de psicosis. Una diferencia esencial con respecto a la actitud anterior hacia la lobotomía es que, hoy en día, ya no se permite realizar la intervención sin consentimiento del paciente.

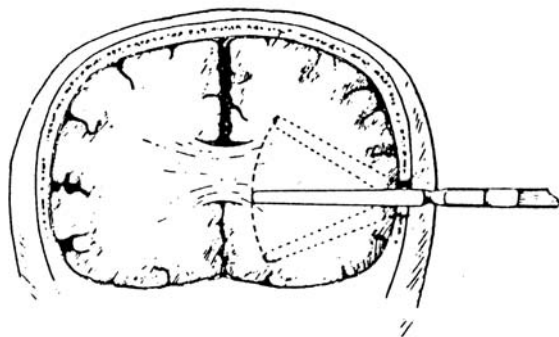


Figura 19.2

*Incisión practicada en una lobotomía realizada en Frösön en la década de 1940 (Ilustración tomada de *Modern Swedish Care of the Mentally Ill*, Lundquist, 1949).*

Terapia convulsiva: del cardiazol a la Terapia Electroconvulsiva (TEC)

Al mismo tiempo que se empleaban tratamientos mediante comas insulínicas, se popularizó el tratamiento convulsivo. Sus indicaciones eran más amplias y podía aplicarse a casi todo, desde la esquizofrenia aguda

hasta la cleptomanía. El método se introdujo en 1937 por el húngaro Ladislaus von Meduna, quien sostenía que la epilepsia reducía el riesgo de esquizofrenia. Meduna, antes de descubrir el *cardiazol*, había probado diferentes preparados inductores de crisis, más o menos tóxicos. A los pocos minutos de administrarse una inyección intravenosa, se producía un ataque epiléptico tipo gran mal. Durante el período de tiempo en el que se desarrollaba el ataque y antes de la pérdida de consciencia, el paciente experimentaba una creciente y grave ansiedad que, a veces obligaba a sujetarle y forzarle a aceptar los tratamientos subsiguientes, que se aplicaban dos o tres veces por semana durante períodos de tres semanas.

En 1938 el italiano Ugo Cerletti provocó las crisis aplicando descargas eléctricas entre los huesos temporales, evitando así que el paciente sufriera la ansiedad pre-epiléptica inducida químicamente. El tratamiento con descargas eléctricas (o su más moderna denominación, *tratamiento electroconvulsivo* o TEC), a veces se acompañaba por un temor anticipatorio extremo, especialmente porque hasta principios de la década de 1950, se llevaba a cabo sin anestesia. Durante las décadas de 1940 y 1950, el tratamiento se aplicaba en serie, como si los pacientes formasen una línea de producción. El médico, acompañado de cuatro o cinco asistentes pasaba por las salas del hospital con un aparato portátil y lo aplicaba a los pacientes que esperaban en sus camas. Antes de aplicar el tratamiento dos de los asistentes sujetaban firmemente al paciente por brazos y hombros, un tercero sujetaba la pelvis y los otros dos las piernas. Como consecuencia de los violentos ataques epilépticos, se daban algunas complicaciones graves como dislocación de hombros y compresión vertebral. No hace falta mucha imaginación para figurarse las reacciones del resto de pacientes ante los gritos de los compañeros que les precedían en el tratamiento.¹

Al principio, la norma establecía de 20 a 30 sesiones y la serie podía repetirse una y otra vez ante la falta de alternativas. A veces el TEC se combinaba con el coma insulínico o se aplicaban “descargas en bloque”, dos o tres tipos de tratamiento de forma sucesiva. Después de estos tratamientos muchos pacientes presentaban un síndrome confusional agudo con desorientación e incontinencia fecal y urinaria, por lo que solo podían permanecer en cama. Eventualmente mejoraban pero no estaba claro si sufrían daño cerebral permanente y su gravedad.

Durante la década de 1950 se introdujo un relajante muscular denominado *celocurín*, que se aplicaba unos segundos antes del tratamiento electroconvulsivo, junto con un narcótico intravenoso. De este modo el tratamiento resultaba menos desagradable y se evitaban los calambres masivos que sufrían los pacientes. También se demostró que el efecto curativo no se debía a las descargas eléctricas ni a las contracciones musculares.

lares, sino más bien a la crisis comicial desencadenada por la corriente eléctrica en el cerebro.

Muchas personas manifiestan su preocupación por los efectos perjudiciales del TEC. La aplicación de una corriente eléctrica demasiado intensa o que se prolongaba durante demasiado tiempo, podía producir daños cerebrales. El autor fue uno de los primeros psiquiatras que recibió formación obligatoria en anestesiología para poder llevar a cabo TEC con sedación narcótica. Experimenté el dilema de estar obligado a aplicar un tratamiento en el que entonces no creía, por lo que decidí negarme. No obstante, descubrí el trabajo de John Stuart Mill en *On Liberty* (1859), donde plantea la importancia de prestar una cuidadosa atención a todo aquello que vaya contra corriente. En consecuencia, consulté numerosa literatura internacional relacionada con los efectos y riesgos del TEC. En un seminario de psiquiatría, presenté mis recientemente adquiridos conocimientos sobre las indicaciones para el tratamiento, basadas en la evidencia y, a partir de entonces, me sentí capaz de exigir justificaciones e indicaciones claras para cada uno de los casos de pacientes derivados para este tratamiento. En adelante, en el hospital donde trabajaba, se redujo un 25% la frecuencia de uso del TEC en comparación con su uso anterior.

En la actualidad el TEC se suele aplicar con un único electrodo en la sien. Una serie normal consiste en alrededor de seis tratamientos y no está indicado para la esquizofrenia. Las principales indicaciones son estados de depresión grave (o manía), resistentes al tratamiento con alto riesgo de suicidio, agresión, homicidio o deshidratación muy grave. También puede indicarse en estados catatónicos y psicosis post parto que no mejoran transcurrido un período de tiempo razonable. El tratamiento en estos casos puede ser eficaz y a veces hasta salvar la vida.

Esterilización

Aunque la esterilización no esté concebida como forma de tratamiento, sino como una medida preventiva o “racialmente higiénica”, debe también considerarse como tal tratamiento. La esterilización, al igual que la lobotomía, se llevaba a cabo sin consentimiento. El médico tomaba la decisión, aconsejado por el administrador social o con la autorización de la familia. Las indicaciones normalmente eran eugenésicas, reduciendo el riesgo genético hereditario de “anomalías”, o de tipo social cuando la mujer, no se consideraba tan frecuentemente en los hombres, era incapaz de cuidar de sus hijos. La frontera entre deficiencia mental y enfermedad mental era poco clara y subjetiva. En la década de 1940, se llevaron a cabo en Suecia entre 200 y 400 esterilizaciones al año en pacientes con tras-

tornos mentales, a veces junto con abortos. Las esterilizaciones obligatorias se prohibieron por ley en la década de 1960.

Los últimos 50 años: neurolépticos, psiquiatría social y psicoterapia

“Anti-psiquiatría”

Los métodos descritos se vieron impulsados por la naturaleza resistente al tratamiento de la enfermedad mental. Además, la visión simplista de la psicosis como una enfermedad cerebral justificaba aún más esas prácticas. Desde esta perspectiva es fácil justificar métodos que implican operar o medicar el órgano enfermo. El tratamiento se enfoca a la patología cerebral sin ninguna consideración por los procesos psicológicos. No se escuchan las quejas de los pacientes sobre efectos secundarios, ya que las medidas adoptadas son consideradas un mal necesario. Además, por definición, las experiencias subjetivas relatadas por el paciente no se consideran fiables. La falta de consideración de las experiencias subjetivas ofrece una explicación adicional al motivo por el que se produce un deterioro sistemático y extremo de la calidad de vida de muchos pacientes durante los 50 años que siguieron a la introducción de los tratamientos neurolépticos.

El sociólogo Erving Goffman, en su libro *Asylums* (1990), describe la influencia destructiva que las instituciones en su conjunto tenían sobre las personas, al no aceptar la expresión de las necesidades del individuo y ocuparse el personal únicamente de todo lo necesario para mantenerles vivos. Si el paciente no estaba enfermo antes de ingresar en el hospital, lo estaría después. El filósofo francés Michel Foucault, en su desarrollo sobre la historia de las ideas, escribió la narrativa histórica *Historia de la locura* (1961), desde la perspectiva de los enfermos mentales. Mostró la necesidad de identificar a disidentes, locos y criminales y, mantenerlos aparte para consolidar la propia normalidad. (Naturalmente esto no es, como muchos quisieron pensar, una explicación de la aparición de la enfermedad mental. Por otro lado, ilustra el poder de rechazo del concepto de enfermedad mental).

El psiquiatra escocés Ronald Laing hizo una gran aportación con su libro *El yo dividido* (1960) y con A. Esterson en *Salud, Locura y Familia* (1964). Laing sostiene que los síntomas del esquizofrénico eran naturales y comprensibles a la vista de la familia disfuncional y falsa en la que ha crecido. Esta forma simple y sesgada de ver las cosas ganó cada vez más popularidad. Durante décadas provocó que muchas organizaciones de

defensa de los enfermos mentales adoptasen actitudes negativas hacia el pensamiento psicológico clínico establecido y los métodos psiquiátricos de tratamiento de la psicosis. Laing y otros veían la psiquiatría como el instrumento de una sociedad enferma para ejercer su control y poder. Sus ideas fueron alentadas por una ideología antiautoritaria que tuvo gran influencia en esas décadas.

Con su libro *L'instituzione negata* (1964) y su eslogan "Destruir los hospitales mentales" el profesor de psiquiatría italiano Franco Basaglia inició una importante transformación del sistema sanitario psiquiátrico. Como resultado de su campaña, se aprobó en 1978, la llamada ley 120 que en principio, prohibía la hospitalización por enfermedad mental en Italia. Basaglia creía que la psiquiatría debía funcionar fuera de las instituciones, trabajando con los pacientes y sus familias en la comunidad. Los cuidados psiquiátricos durante la fase aguda debían prestarse en hospitales generales. Aunque el experimento italiano se quedó a mitad de camino en su desarrollo e incluso falló en ciertas áreas, sus ideas tuvieron gran repercusión e influencia internacional, sumándose al desarrollo de nuevos métodos de cuidados del enfermo mental fuera de las grandes instituciones.

La psiquiatría social y los neurolépticos facilitan el alta hospitalaria de las personas

Existe la creencia muy extendida de que el creciente número de personas dadas de alta en los hospitales psiquiátricos era el resultado del uso cotidiano de medicación antipsicótica, que se inició alrededor de 1954-55. Sin embargo, esto es demasiado simplista, ya que en muchos países del norte de Europa la desinstitucionalización había comenzado a finales de la década de 1940, primero en Gran Bretaña y extendiéndose pronto a otros países del norte de Europa.

El psiquiatra noruego Örnulf Ödegard (1964) estudió el número de pacientes con un primer episodio de psicosis dados de alta en todos los hospitales psiquiátricos de Noruega, antes y después de la introducción de fármacos antipsicóticos en 1954. Encontró que la frecuencia de altas de los pacientes ingresados entre 1955 y 1959 había aumentado ligeramente, tras la introducción de medicación antipsicótica, en comparación con los ingresados entre 1948 y 1952. La frecuencia de altas durante todo este período era mayor que una década antes, entre 1936 y 1940. Ödegard sugiere que esto se debe, en parte, a la necesidad de mano de obra después de la

guerra. Tras analizar los métodos de tratamiento de diferentes hospitales, Ödegard concluyó que hospitales que ya funcionaban con éxito, no mostraron un aumento significativo de altas con la llegada de la medicación antipsicótica. En los hospitales donde la psicoterapia y la terapia ocupacional estaban menos desarrolladas, las altas aumentaron significativamente con la introducción de neurolépticos.

Tabla 19.1

Frecuencia de pacientes con “psicosis funcionales” ingresados en hospitales noruegos, que tras el alta no requirieron ser reingresados (Ödegard, 1964)

Año de ingreso	Porcentaje de altas permanentes
1936-40	53
1948-52	63
1955-59 (tratados con neurolépticos)	67

La comunidad terapéutica

A finales de la década de 1940, el psiquiatra inglés Maxwell Jones y otros pioneros introdujeron el concepto de “comunidad terapéutica” derivado de la Psiquiatría Social,² en varios hospitales psiquiátricos de Gran Bretaña. Se introdujo la terapia de grupo, unida a una estructura más democrática del personal (Jones, 1970). A los pacientes se les daba la libertad para participar en la toma de decisiones dentro de la comunidad. La necesidad de fortalecer y modernizar la formación del personal se convirtió en una prioridad. El tiempo de permanencia en el hospital debía ser utilizado como un período en el que los pacientes podían aprender más sobre sí mismos y sobre sus relaciones con los otros. Esto les ayudaría a estar mejor preparados para su salida.

Esta actitud psiquiátrica-social se propagó durante la década de 1950. Médicos y enfermeras de muchos países de Europa Occidental visitaron los hospitales ingleses, especialmente los de Dingelton, Cassel y Henderson, con el fin de adquirir una formación práctica. Se fomentaron más visitas, ya que al ver los progresos de los pacientes, se sentían más seguros a la hora de darlos de alta. En cooperación con los servicios sociales se crearon centros de rehabilitación laboral y otras actividades de apoyo. La actitud psiquiátrica social en Europa Occidental se

fundamentaba principalmente en las premisas de la psicología social y la dinámica de grupos.

En Estados Unidos, hay una larga tradición en el desarrollo de centros ambulatorios para el tratamiento individual. Se facilitó el acceso a centros de salud mental para ayudar a personas que no podían permitirse la psicoterapia privada y en 1963 se aprobó la ley para establecer el desarrollo de dichos centros. Sólo se facilitaban fondos federales a los servicios psiquiátricos que ofrecían un servicio integral a la población, es decir, asistencia para episodios agudos, tratamiento ambulatorio y cuidados día y noche. Los pacientes que permanecían en hospitales psiquiátricos constituían lo que se consideraba un grupo de segunda clase y los métodos de tratamiento estaban poco adaptados a sus necesidades, a diferencia de los tratamientos para personas con otros problemas que implicaban una menor discapacidad. Muchos fueron dados de alta de los hospitales, para ser trasladados a las nuevas instituciones creadas como “soluciones intermedias”. Pasadas varias décadas, el número de camas psiquiátricas en Estados Unidos disminuyó de unas 600.000 a alrededor de 80.000. Muchos de los nuevos centros residenciales privados no eran adecuados. Los que no podían permitirse el tratamiento hospitalario se quedaban “sin techo” y se les derivaba a dispensarios para seguir tratamientos rutinarios de tipo farmacológico.



Figura 19.3

“La señora de la bolsa” en la década de 1990: en próximas décadas esta imagen servirá como ejemplo de la falta de atención psiquiátrica a finales de siglo. ¿Cuál será el problema en próximas generaciones? (Fotógrafo: Gregers Nielsen/Bildhuset)

La nueva psicofarmacología

Tras la publicación del artículo del francés Jean Delay en 1952, en el que sostenía que la clorpromazina (Largactil) tenía un efecto tranquilizante en los pacientes, este fármaco no tardó mucho en introducirse mundialmente. La conducta desorganizada desaparecía y disminuían los niveles de violencia y ansiedad, observados en los pacientes ingresados, lo que permitía que la mayor parte de ellos fueran dados de alta y derivados a algún tipo de cuidados comunitarios. Se desarrollaron con rapidez otros compuestos (también conocidos como neurolépticos o antipsicóticos) que tenían efectos similares a la clorpromazina y que, en general, eran químicamente similares (véase Capítulo 24).

En la misma década, se descubrió que el *litio*, en forma de solución salina, disminuía la gravedad de las fluctuaciones maniaco-depresivas. Se desarrollaron varios antidepresivos, siendo la imipramina (Tofranil), uno de los más prescritos. Es un antidepresivo del grupo de los *tricíclicos*, utilizados para un buen número de trastornos, particularmente la depresión. Se introdujo un nuevo grupo de sedantes, las benzodiazepinas, que demostraron ser tratamientos seguros para la ansiedad y el insomnio. Las principales marcas son el Librium y el Valium, todavía en uso hoy día.

Cuando el remedio es peor que la enfermedad

De repente la psiquiatría contó con un arsenal creciente de tratamientos útiles y específicos. Esto permitió eliminar los métodos drásticos de tratamiento descritos con anterioridad. El sueño histórico, basado en una patología anatómica, de explicar y por tanto tratar la enfermedad mental acorde con un modelo médico, parecía al alcance de la mano. Al principio se empleaban los neurolépticos con cierta precaución pero pronto se aumentaron las dosis, a veces de forma descontrolada. Era posible demostrar que el uso regular de la medicación reducía el índice de recaídas.

Se desarrollaron fármacos inyectables “depot” de acción prolongada, de manera que se pudiera administrar a los pacientes por medio de inyecciones intramusculares cada dos o cuatro semanas, sin que generara dependencia. Eran marcados los efectos secundarios de tipo parkinsoniano, por ejemplo, rigidez muscular, temblores, y una experiencia subjetiva de incomodidad, que podía contrarrestarse, en cierto grado, con otras medicaciones, que a su vez producían nuevos efectos secundarios. Los prin-

cipios generales del tratamiento de la psicosis eran como sigue: altas dosis de neurolépticos, en forma de tabletas o depot, junto con fármacos para los efectos secundarios parkinsonianos. Se aconsejaba a los pacientes continuar así, al menos durante dos años. Aquellos que eran diagnosticados de esquizofrénicos debían seguir este tratamiento de por vida, lo que significaba que el tratamiento con neurolépticos se convertía en un nuevo instrumento de control no solo de la enfermedad mental sino de los mismos pacientes.

En la última década del siglo XX, gracias a los nuevos métodos de investigación disponibles, como la técnica de TEP (Tomografía por Emisión de Positrones), fue posible demostrar que el efecto antipsicótico se alcanzaba con tan solo una décima parte de la dosis habitualmente prescrita. Los efectos secundarios no eran un mal necesario y no deseado: más bien indicaban que la dosis era demasiado alta. De repente, comenzaron a tomarse en cuenta los problemas de los que los pacientes y sus familiares se habían estado quejando durante años. En muchos lugares del mundo se empezaron a utilizar dosis más bajas y razonables de fármacos. Estados Unidos y los países del bloque del este son todavía una excepción y lo mismo sucede con los países en vías de desarrollo, pero además éstos últimos padecen la falta de neurolépticos.

Psicoanálisis y psicoterapia

La década de 1950 fue también un punto de inflexión en lo que respecta al lugar ocupado por el psicoanálisis en el tratamiento de la psicosis. Las instituciones dedicadas a la formación psicoanalítica crecieron significativamente en las décadas de 1960 y 1970 a lo largo del mundo occidental y muchas instituciones académicas empezaron a aceptar el psicoanálisis. El psicoanalista e investigador estadounidense Otto Kernberg (nacido en 1928) jugó un papel importante en la adaptación académica del psicoanálisis, integrando la escuela inglesa de las relaciones de objeto con la psicología americana del yo (véase Capítulo 4). El psicoanálisis se convirtió en una teoría predominante en la formación en Psiquiatría y Psicología en Estados Unidos y, los que querían ejercer la Psiquiatría, iniciaban frecuentemente un psicoanálisis personal. A las personas con esquizofrenia se les aplicaba, cada vez con más frecuencia, terapia de orientación psicoanalítica, aunque principalmente fuera del sector público. Los tratamientos psicoterapéuticos y médico-farmacológicos de la psicosis, competían entre sí, en lugar de integrarse como un todo. Esto perjudicaba tanto a pacientes como al desarrollo de la teoría psicológica.

El único tipo de asistencia disponible para quienes no tenían la cobertura de un seguro privado eran hospitales mentales masificados y ruinosos. Se sobreestimaron los beneficios de la terapia psicoanalítica, generando un estancamiento clínico y creciente frustración. Las compañías de seguros, declinaron cubrir los largos y costosos tratamientos psicoanalíticos donde no existía una curación que justificara el gasto, retirando la mayor parte de la financiación a finales de los 80. Internacionalmente creció el interés por el desarrollo de la psicofarmacología junto con intervenciones breves de orientación conductual.

Democratización y control público

Podemos ahora recordar o leer sobre injusticias del pasado reciente en la seguridad de sentir la situación actual como más humana, pero los responsables de los cuidados de antes no eran diferentes o menos humanos que los de ahora. La necesidad de tratamiento curativo y de evitar el sufrimiento de los que están enfermos eran lo importante y todavía constituyen un desafío urgente. Dentro de la profesión médica, siempre surgirán nuevos y prometedores métodos, que serán aceptados durante un tiempo. Es importante recordar que todos los métodos de tratamiento mencionados en este libro parecían tener alguna eficacia terapéutica en ciertos pacientes. Debemos ser conscientes de la fragilidad y limitaciones de nuestra perspectiva actual, a pesar de lo humanitaria que pueda parecer.

Los cuidados psiquiátricos éticos y humanos surgen no sólo de estándares profesionales determinados internamente, sino también de factores externos organizativos, culturales y políticos. El hecho que hayan mejorado las condiciones en muchos aspectos, se debe principalmente al proceso intensivo de democratización y regulación oficial de la psiquiatría. No obstante, se trata de un sistema vulnerable y puede derrumbarse rápidamente con tan solo unos cambios de actitud y de las condiciones externas. Por este motivo, esbozaré algunas lecciones históricas que considero esenciales para la comprensión de cómo se deshumanizó el tratamiento psiquiátrico en el nombre de la ciencia médica. También quisiera resaltar el riesgo de que esos problemas vuelvan y dónde radica ese riesgo potencial en la situación actual:

- Un modelo médico predominante de enfermedad fomenta la actitud de que la experiencia sólo la tienen los psiquiatras y por tanto sólo ellos pueden hacer críticas válidas de métodos de tratamiento que, de hecho,

pueden ser represivos o inhumanos. Los estándares éticos pueden disminuir cuando ciertas prácticas son ratificadas médicamente (Milgram, 1958).

- Una gran parte del conocimiento académico y práctico se ha obtenido de pacientes ingresados. Los libros de texto estaban basados en el estudio de pacientes que habían estado enfermos durante períodos relativamente largos de tiempo. Para entonces, la enfermedad psiquiátrica se habría consolidado y es más difícil influir sobre ella. Sin reconocer los factores externos que conectan la institucionalización con la enfermedad crónica, pueden justificarse con más facilidad métodos drásticos de tratamiento.
- Los que originalmente eran ingresados en los hospitales psiquiátricos no tenían una capacidad jurídica plena sobre sus propias vidas. Después de un tiempo, se les tutelaba y perdían sus derechos. La visión de las personas con enfermedad mental como ciudadanos de segunda clase, sin derechos democráticos, aumenta el riesgo de deshumanización. En nombre de la medicina y de la ciencia es fácil permitir la experimentación y la ambigüedad en las indicaciones de tratamiento.
- Las organizaciones de usuarios y familiares han sido activas y esenciales en el proceso de reducción de la pérdida de derechos en la atención psiquiátrica. Los procesos organizativos y judiciales en relación a la hospitalización forzosa pueden parecer burocráticos y una pérdida de tiempo para aquellos que trabajan en Psiquiatría. A veces, también es difícil para el representante del paciente argumentar contra la experiencia psiquiátrica, aunque se sabe que ésta puede ser potencialmente engañosa y no centrarse en los intereses del paciente. Más bien, sin la poderosa y constante presencia de la vigilancia democrática y el *insight*, el tratamiento psiquiátrico puede convertirse fácilmente en un instrumento arbitrario de control y opresión.

Requisitos, exigencias y organización del tratamiento de la psicosis

Muchos aspectos del tratamiento de la psicosis en el mundo contemporáneo occidental son contraproducentes en lo que se refiere a maximizar la recuperación del paciente: es decir, la atención y el tratamiento están más centrados en la organización del cuidado de los enfermos que en sus verdaderas necesidades. Cuando la psiquiatría tomó a su cargo la atención del enfermo mental en el siglo XIX, muchas personas trabajaron, con inspiración humanitaria, para ofrecer las mismas oportunidades de tratamiento y cuidados que las disponibles para quienes padecían enfermedades físicas. Se construyeron centros mentales con grandes instalaciones para el cuidado de enfermos y se dotaron de personal médico cualificado. La atención psiquiátrica estaba relativamente aislada del resto de la comunidad, lo que hacía difícil obtener ayuda con la rapidez necesaria y al enfermo, una vez retenido, le resultaba aún más difícil salir del tratamiento. El resultado fue que gradualmente, pero de forma sostenida, aumentó la cantidad de personas que recibían atención psiquiátrica. A mediados del siglo XX, clínicas psiquiátricas en forma de anexos de los hospitales comenzaron a desempeñar el papel de hospitales mentales, lo que marcó una reforma humanitaria que neutralizó el aislamiento de la psiquiatría.

En la actualidad es necesario impulsar nuevas reformas, que se concentren específicamente en la atención especializada de quienes padecen psicosis. Ni los recursos médicos ni psicosociales disponibles hoy día, producen los resultados deseados y posibles. Para los profesionales, la población y quienes que toman las decisiones, es esencial ver el problema desde la óptica del paciente, por lo que nosotros utilizaremos ese ángulo para observar la hospitalización psiquiátrica del paciente agudo.

Sobre el ingreso de urgencia en una unidad psiquiátrica, desde la óptica del paciente

Cuando un paciente psicótico ingresa en una unidad de agudos, por lo general de forma involuntaria, se encuentra de repente en una situación de total desamparo, percibida por la mayor parte de las personas como una experiencia de shock que puede marcarles durante mucho tiempo después de la recuperación. El hecho de que algunos pacientes tengan una reacción positiva ante este primer contacto, no debe hacernos menospreciar la importancia de estas experiencias. Le suele suceder a personas sensibles que tienen alrededor de veinte años. Al paciente se le registra en busca de drogas ilícitas y, después de retirarle el cinturón y otros objetos que pudieran ser utilizados con fines suicidas, se le asigna una cama. A veces pacientes que llevan tiempo ingresados acosan a los recién llegados en busca de tabaco o dinero. Otros mascullan, hablan consigo mismos o deambulan por los pasillos, mientras que algunos se sientan y les miran fijamente.

Muchos pacientes describen sus experiencias en unidades psiquiátricas de agudos como un infierno del que temían no poder escapar nunca. Su temor a convertirse en enfermos mentales crónicos aumenta y se ve reforzado por el hecho de que nadie parece tratarles de la misma forma cómo les trataban fuera del hospital. A su alrededor suelen ver personas en quienes reconocen sus propios temores a la enfermedad mental y que, naturalmente, abundan entre quienes están enfermos. La noche puede ser todavía más aterradora cuando se escucha el llanto de pacientes abrumados por el desconcierto y la ansiedad. Muchos experimentan un abandono total cuando se les inyecta en contra de su voluntad después de haber dicho que no querían medicación alguna. Temen ser envenenados o dañados de alguna forma con la medicación y sienten que su rechazo estaba plenamente justificado. Sus temores pueden verse confirmados por efectos secundarios desagradables, que potencian una mayor aversión hacia la medicación. Muchos pacientes empeoran después de su ingreso

y se protegen de manera que sólo se produce una mayor pérdida de contacto con la realidad. En este tipo de entorno todo parece apuntar a que estas personas terminarán volviéndose locas.

Cada día el paciente encuentra alrededor de cincuenta caras diferentes. El personal cambia diariamente y, por lo general, acude al trabajo con ropa de calle. Si no llevan un distintivo con su nombre y cargo, lo que sucede con mucha frecuencia en numerosos centros, resulta imposible saber si son parte del personal o son pacientes. Con demasiada frecuencia se puede encontrar al personal en la cocina, despachos o alrededor de la puerta de entrada, en lugar de permanecer con los pacientes, que se sienten atrapados en su enfermedad. Los familiares y amigos que les visitan están confundidos ante las dificultades para encontrar a alguien que les explique lo que está sucediendo o por la falta de privacidad y de un lugar donde hablar.

El deseado efecto curativo de la medicación es contrarrestado con este tipo de ambiente, con la desafortunada consecuencia de prolongar el tratamiento y aumentar las dosis, lo que hace que la motivación del paciente para continuar con el tratamiento, una vez ha dejado el hospital, sea muy baja. Se puede decir que el ambiente en este tipo de unidades es tan contraproducente como administrar penicilina a un niño con infección que vive en una chabola, sin asegurarse también que el entorno sea más higiénico.

Muchos pueden encontrar injusta y exagerada esta descripción de las unidades psiquiátricas de agudos a finales del siglo veinte, pero aunque se han producido mejoras en clínicas y hospitales psiquiátricos, durante mis 40 años de profesión y de acuerdo con mi experiencia, el ambiente descrito anteriormente todavía prevalece en muchos servicios. Ante la crítica, el personal suele mantener una lealtad sorprendente hacia su lugar de trabajo. En ese tipo de ambiente es fácil perder la objetividad y defender estas condiciones con racionalizaciones: por ejemplo, que los pacientes no saben lo que es mejor para ellos o que los cambios necesarios serían demasiado costosos. Los dos argumentos son igualmente falsos. Las cuestiones sobre la solidaridad y la seguridad del personal pueden terminar dominando la política sindical.

Aspectos contraproducentes de la atención hospitalaria actual

- Alrededor de la mitad de todas las personas que han tenido un primer episodio psicótico han tenido síntomas durante seis meses o más y muchas de ellas han pedido ayuda, sin obtener un diagnóstico sobre su estado. Esto hace que se pierda una importante oportunidad de trata-

miento y el episodio psicótico tenderá a prolongarse más de lo necesario.

- Las unidades psiquiátricas de agudos que ofrecen los recursos normales para el tratamiento de un episodio agudo frecuentemente son incompatibles con las necesidades del paciente. Por ejemplo, desde el punto de vista arquitectónico, se construyeron de acuerdo con el enfoque médico del siglo XIX y esta estructura ha permanecido sin cambios esenciales durante los últimos cien años. Su diseño estaba originalmente inspirado en el aislamiento, el reposo, la medicación y el control. Esto se ha visto acentuado por las exigencias de sindicatos y los requisitos de seguridad, basados en el control inflexible: registros, puertas con cerrojos, rechazo de “permisos” o “libertad de movimientos” antes que el especialista lo decrete. Consecuentemente, la autonomía del paciente se ve estrictamente reducida o es inexistente.
- El proceso deshumanizado del ingreso, en el que se le despoja de todas aquellas cosas que aportan un sentido de identidad, puede afectar la integridad del yo del paciente. Esto agrava la conducta psicótica. La unidad comienza a adquirir indirectamente un contenido de castigo, algo de lo que, en raras ocasiones, el personal es consciente pero que, sin embargo, está muy presente en el paciente.
- Las unidades psiquiátricas son demasiado grandes. Se trata de lugares intimidatorios con una mezcla de pacientes con alteraciones agudas y crónicas, que muestran una ansiedad provocadora y, a veces, conductas agresivas. Frecuentemente los pacientes nuevos intentan protegerse retrayéndose en sí mismos, por lo que resulta más difícil implicarse con ellos. La necesidad de control y reclusión que precisan los pacientes más graves e impredecibles determina el marco general y reduce de forma adversa el potencial de recuperación de los demás pacientes.
- Muchos estudios de investigación indican que los pacientes psicóticos reciben mejor atención en un centro tranquilo, amigable, con un programa claro, ordenado y con un bajo nivel de agresión (Friis, 1986). Esta razonable actitud, obvia sin necesidad de investigación, es consistente con la gran sensibilidad al estrés del paciente psicótico y su “fina piel” con relación a influencias externas.
- El tratamiento con neurolépticos se introduce a menudo de forma inmediata, sin asegurarse de su necesidad. Debido al hecho de que frecuentemente el paciente empeora después de su ingreso y a la exigencia de una mejoría urgente, las dosis iniciales administradas son muchas veces demasiado elevadas y se aumentan demasiado rápido, lo que produce efectos secundarios dolorosos y atemorizantes, perju-

dicando la confianza del paciente en los fármacos, especialmente en los neurolépticos. En consecuencia, el potencial de cooperación (“adherencia”) del paciente disminuye marcadamente después del alta.

- El diálogo se sustituye por una entrevista y la constatación de los síntomas. No se involucra a la familia en el tratamiento y, con suerte, en lugar de esto reciben “información” sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. La despersonalización del paciente aumenta al identificarle exclusivamente con su enfermedad. Al valorar la recuperación, tanto el paciente como la familia aprenden a prestar atención a la naturaleza y el grado de síntomas psicóticos, ignorando y a veces olvidando los recursos personales del paciente. Esto puede agregar una *discapacidad* psicosocial iatrogénica (causada por el tratamiento) a una emergente discapacidad funcional neuropsicológica.
- Se crea inintencionadamente un principio de discontinuidad en la cadena de cuidados en la que se desenvuelven estos pacientes. Después de pasar una noche en urgencias, el paciente es trasladado a la unidad de agudos y de ahí, o bien es derivado a consulta externa o ingresa en una unidad de pacientes crónicos. Entonces intervendrá el equipo de recuperación y cuando se traslada bajo el auspicio de los servicios sociales la psiquiatría delegará su responsabilidad. Con cada traslado, se van perdiendo relaciones y raramente se transmiten los conocimientos adquiridos sobre la personalidad y recursos del paciente, por lo que esta información se va reduciendo, dando paso a descripciones de síntomas cada vez más estereotipadas y a una lista de prescripciones.

Una organización de atención óptima

¿Cuál debería ser la atención adecuada y racional de pacientes con psicosis? ¿Cómo debería adecuarse a las necesidades del paciente? Hay dos metas en el tratamiento de la psicosis. La primera es sustituir el pensamiento psicótico por uno no psicótico, es decir, reinstalar la función del yo. La otra es minimizar las consecuencias de cualquier discapacidad neuropsicológica funcional.

Cualquier organización diseñada desde el punto de vista psicológico debería ser capaz de realizar un trabajo clínico importante y difícil; para lo que resulta sencillo y obvio, requiere poca estructura organizativa. Trabajar con personas con psicosis es uno de los desafíos más complejos y difíciles para quienes proveen atención psiquiátrica. Con bastante frecuen-

cia aparecen nuevas informaciones y resultados de investigaciones, por lo que si queremos tener una organización que funcione, debemos concentrarnos primero en el conocimiento que tenemos sobre la naturaleza de la psicosis y su tratamiento. Entonces será posible formular el trabajo que debe hacerse y solo así podrá diseñarse racionalmente la organización. La organización final debe ser capaz de evolucionar y cambiar con el fin de adaptarse a los nuevos retos y al conocimiento científico.

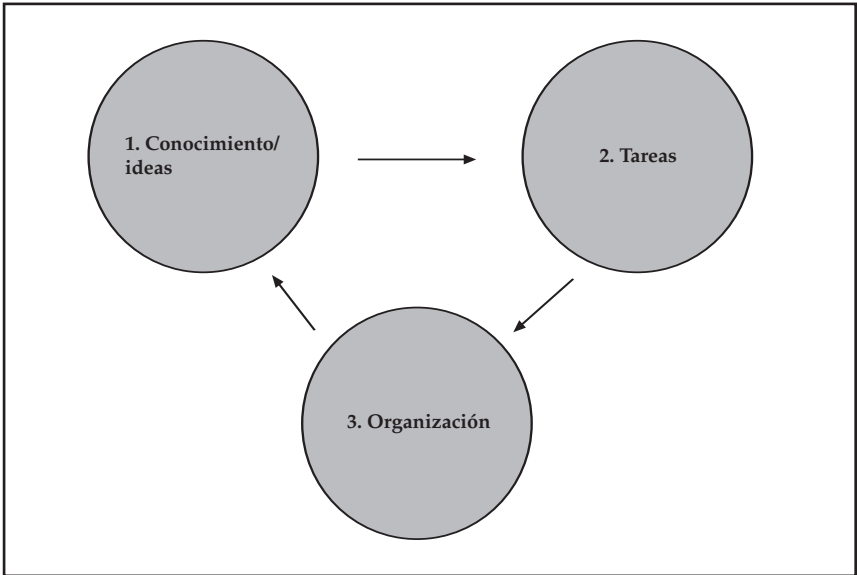


Figura 20.1
La relación entre competencia, tareas y organización.

La naturaleza y el tratamiento de la psicosis aguda

Esta sección resume los puntos clave sobre la naturaleza de la psicosis junto con la situación y necesidades de los afectados por este trastorno. Esto sienta las bases para la discusión en los próximos capítulos sobre cómo deberían organizarse las unidades para el tratamiento de la psicosis. Es el estado actual de nuestro conocimiento desde un punto de vista integrado; en décadas venideras podremos tener nuevas experiencias que, a su vez, nos dirigirán hacia una nueva forma de pensar.

1. Un primer episodio psicótico es un trastorno grave. Alrededor de un tercio de los casos se resolverán con los métodos actuales de tratamiento sin que el paciente precise seguimiento a largo plazo. No obstante, el trauma mental de haber estado tan enfermo es bastante serio. En otros casos, el trastorno psicótico remite y sigue un patrón de recaídas recurrentes y, en más de un tercio de los casos, se desarrolla en mayor o menor medida una discapacidad cognitiva crónica.
2. En los primeros episodios psicóticos es imprescindible investigar y excluir causas orgánicas, tales como enfermedad cerebral, alteraciones hormonales, sustancias tóxicas, etc. Además, los pacientes con enfermedades mentales crónicas padecen más problemas médicos no diagnosticados.
3. A mayor duración de la psicosis no tratada (DUP), se produce una mayor cristalización de los procesos psicóticos de pensamiento, resultando en un mayor aislamiento y exclusión social.
4. Los primeros cinco años son especialmente importantes para el pronóstico. Durante este tiempo el sentimiento de exclusión puede ser más o menos intenso. Sería un buen signo pronóstico que el individuo aprendiera a reconocer sus "signos de recaída", es decir, los síntomas que son indicadores precoces de recaída. Esto permite al individuo compensar la vulnerabilidad y los síntomas residuales de la enfermedad.
5. Aunque todavía no disponemos de investigaciones que confirmen esta afirmación, parece bastante claro que una intervención precoz orientada a objetivos mejora el pronóstico. Al mismo tiempo, muchas formas de tratamiento son un arma de doble filo. La medicación antipsicótica reduce en la mayoría de los casos la incidencia de recaídas, pero los efectos secundarios disminuyen la calidad de vida. La psicoterapia es esencial si se adapta a las fases de la enfermedad, a los recursos del paciente y a sus circunstancias externas; de otro modo, es inútil e incluso puede producir efectos negativos.
6. La teoría de la vulnerabilidad-estrés pone de relieve la fuerte sensibilidad del individuo psicótico a estímulos, tanto de naturaleza emocional como cognitiva. En términos científicos se ilustra mejor con las investigaciones sobre la emoción expresada, donde se demostró que la recaída ocurre más frecuentemente en situaciones donde hay un alto nivel de crítica y hostilidad, o bien un exceso de implicación emocional. Otra investigación sugiere que estos factores tienen igual relevancia en las unidades psiquiátricas. Con un estrés elevado, como el asociado a la inseguridad, exigencias abrumadoras y provocaciones

emocionales, el individuo vulnerable se encierra en sí mismo, aumentando de ese modo su tendencia a la escisión y a los procesos psicóticos de pensamiento.

7. No hay evidencia de que los padres sean la causa de la esquizofrenia. No obstante, si hay evidencias de que tanto en la infancia temprana como en la tardía, las dificultades en el hogar pueden acentuar la vulnerabilidad biológica para el desarrollo de la esquizofrenia. Muchas personas esquizofrénicas han tenido una infancia que podría ser considerada como bastante “normal”.
8. La familia puede actuar como un factor protector, reduciendo los efectos de la vulnerabilidad del paciente, aunque el progresivo desarrollo de la psicosis puede generar en los miembros de la familia respuestas de ansiedad, sobreprotectoras e incluso agresivas, que pueden empeorar estructuras disfuncionales. A veces un familiar puede “implicarse excesivamente” en la enfermedad, viéndose totalmente absorbido por la vida de la persona, lo que puede ser perjudicial para todos los afectados (véase Capítulo 27).
9. En algunas familias, uno o más miembros pueden tener problemas de personalidad, lo que podría producir límites poco definidos entre los familiares y el uso de mecanismos de defensa primitivos, tales como la identificación proyectiva. La dinámica familiar resultante complica aún más el desarrollo de la autoconfianza del paciente. Aparentemente, esto refleja una compleja mezcla de herencia genética y psicológica.
10. El individuo con un trastorno psicótico crónico parece vivir en un conflicto sin solución entre la necesidad de confianza y la dificultad para manejarla cuando se le da. Este “*dilema necesidad-miedo*” es característico de la psicosis, independientemente de que refleje principalmente una vulnerabilidad biológica o psicológica. El personal debe estar informado sobre la existencia de este dilema que constituye una exacerbación de un estado existencial que, en forma y grado variables, ocurre en la vida de todos.
11. El episodio de psicosis aguda tiene, al igual que el daño somático, una capacidad inherente de autocuración. Esta capacidad puede verse alterada si el entorno psicosocial está cargado de estímulos negativos, lo que puede tener como resultado nuevas crisis psicóticas. En el otro extremo, dicha capacidad también puede verse alterada por expectativas demasiado elevadas por parte de las personas que proporcionan el tratamiento.
12. Algunas psicosis agudas se resuelven de forma relativamente rápida sin medicación. En la mayoría de los casos, no obstante, una dosis ba-

ja de medicación antipsicótica puede ser útil en el proceso de recuperación. Por lo general, la medicación es necesaria en el caso de los trastornos esquizofrénicos crónicos.

13. Las benzodiazepinas y la nueva generación de fármacos hipnóticos pueden tener efectos beneficiosos sobre la ansiedad y las alteraciones del sueño en pacientes con una psicosis incipiente o aguda. Su prescripción juiciosa puede evitar la necesidad de medicación neuroleptica o, al menos, reducir las dosis.
14. El trauma psicológico de la enfermedad en sí misma, junto con la experiencia de la reacción de otras personas (incluido el personal médico) puede llevar a una depresión post-psicótica. A veces, lo que parecen ser "síntomas negativos" pueden ser efectos secundarios, resultado del exceso de medicación antipsicótica.
15. El riesgo de suicidio es significativo durante el debut de la psicosis aguda, al igual que en las fases posteriores de los trastornos esquizofrénicos. El riesgo es más alto en los primeros cinco años de la enfermedad, especialmente en las crisis agudas y después del alta hospitalaria.

En el próximo capítulo, trataré los problemas relativos al tratamiento y las necesidades de atención de los pacientes con trastornos psicóticos. Describiré algunos enfoques alternativos para la organización y provisión de servicios y analizaré la evidencia en la que se sustentan.

Evaluación y tratamiento de pacientes con un episodio psicótico agudo

Cuando una persona con síntomas psicóticos, o alguien cercano a ella, acude por primera vez en busca de asistencia psiquiátrica, los síntomas pueden haber estado presentes durante años. Puede haber tenido contactos previos con centros de atención primaria o servicios sociales, que hayan detectado la existencia de un problema de salud mental o no hayan podido colaborar con la persona. Normalmente se llega a una situación en la que la persona se siente controlada de forma abrumadora por un mundo atemorizante y se vuelve cada vez más suspicaz con las intenciones de ayuda de los demás. Sólo cuando se establece el diagnóstico de psicosis por primera vez, se puede adaptar la asistencia a las necesidades específicas de la persona. (De esta descripción deducimos que no sabemos la frecuencia con que se resuelven casos de psicosis sin haber sido diagnosticados, ya que muchos de ellos simplemente nunca solicitan ayuda). El objetivo de la intervención es optimizar el tratamiento de la psicosis. El objetivo subyacente del médico, durante el contacto inicial, es también obtener una comprensión preliminar de la naturaleza de la psicosis, tanto médica como psicológica.

Con el cierre de las grandes instituciones, a finales de las décadas de 1970 y 1980, se descentralizó la atención de las enfermedades mentales, en

sus diversas formas. No obstante, muchos profesionales tuvieron la necesidad de dedicarse a determinadas áreas de tratamiento en su trabajo, a modo de subespecialización. Se perfiló un primer grupo que fue el de los pacientes psicóticos crónicos y enseguida se hizo evidente que estos precisaban de un tipo de apoyo y de atención diferentes de los que se prestaban a los pacientes con trastornos de la personalidad y enfermedades mentales agudas. Desde entonces, se han desarrollado otras áreas de especialización (por ejemplo, neuropsiquiatría, psiquiatría forense y abuso de sustancias). Al competir todas ellas por conseguir mayores cotas de influencia, no es realista esperar que el profesional de la psiquiatría general pueda mantenerse al día de todos los nuevos hallazgos dada la rápida evolución del conocimiento sobre el tratamiento de la psicosis.

El tratamiento de la psicosis adaptado a las necesidades

El psiquiatra finlandés Yrjö Alanen ha resaltado la importancia de desarrollar una atención de la psicosis “adaptada a las necesidades” (Alanen *et al.*, 1991; Alanen, 1997). De acuerdo con Alanen, analizar las necesidades es un factor clave en la consideración psicoterapéutica y métodos concretos como medicación, terapia de familia, terapia individual, etc., deben ajustarse a las necesidades del paciente. La evaluación de esas necesidades debe orientarse según la fase de la enfermedad del paciente. Estoy de acuerdo con esta actitud y quisiera resumir y ampliar los puntos siguientes (con independencia de que afecten a un primer episodio o a una recaída):

- Provisión de atención inmediata.
- Intervención en crisis.
- Continuidad y accesibilidad.
- Dosis neuroléptica óptima mínima.
- Atención nocturna adecuada.

Provisión de atención inmediata

Tan pronto como una persona con síntomas psicóticos solicita o necesita ayuda, debería poder contactar con un miembro cualificado del personal, preferiblemente el mismo día. Por lo general, el paciente vive en un

mundo atemorizante y bizarro donde no hay nadie en quien confiar, ni siquiera sus propios cuidadores. El cuidador puede convertirse en otra amenaza a evitar. Los primeros encuentros, preferiblemente domiciliarios, deben enfocarse hacia aspectos de diagnóstico y, al mismo tiempo, intentar desarrollar una relación terapéutica. Es posible encontrar cierto grado de conciencia de la enfermedad, incluso en los pacientes más defensivos y, el rechazo puede deberse, en parte al temor a la institucionalización y retención. Si se concierta una visita domiciliaria con rapidez, la familia puede hacer frente a la crisis de manera que el paciente no necesite valoración en el servicio de urgencias y evitar así el ingreso hospitalario. De este modo, la intervención temprana de un miembro del equipo de psicosis puede evitar intervenciones en urgencias, que resulten innecesarias y potencialmente traumáticas.

Intervención en crisis: reuniones con la familia y formulación del problema

Reunión con la familia

La familia debe implicarse en el tratamiento, si es posible, desde el principio del proceso. Muchos pacientes con un primer episodio no viven con sus familias y puede que no tengan contacto con su familia de origen o incluso lo rechacen. En esos casos el trabajo debe hacerse de forma individual. A pesar de esto, quisiera resaltar el papel de la familia en este tipo de tratamiento. Sé lo fácil que resulta perder de vista la importancia de la familia. La importancia del contacto familiar está bien documentada y, según mi experiencia, su incorporación lo más pronto posible al tratamiento puede potenciar la red social y, por tanto, el proceso de curación.

Se puede establecer contacto con la familia si el paciente consiente. Se puede citar a los familiares que se necesite para entender la situación - padres, hermanos, pareja, hijos - a una consulta con el paciente, que se plantee como una invitación abierta, que no incluye ningún tipo de "terapia". El objetivo es permitir que todos puedan exponer sus puntos de vista en relación con lo que ha ocurrido, ayudar a reducir la ansiedad y maximizar la comunicación entre los miembros más relevantes de la familia. Los familiares sienten que a veces viven en el borde de un volcán y no comprenden lo que está pasando. Cuando menos lo esperan se produce la explosión y todos entran en *shock*, la ansiedad y la tristeza por lo que está sucediendo les lleva al agotamiento, con alteraciones del sueño y otras reacciones estresantes.

Durante un primer episodio de psicosis existe un gran riesgo de que el contacto con la familia y la comprensión entre sus miembros se desmoronen completamente y se ponga en marcha o incluso se determine un proceso de exclusión. Al implicar a la familia es más fácil saber cuáles son sus problemas y los recursos disponibles. Se presenta la posibilidad de comprender, tanto las necesidades del paciente como las de la familia, para el apoyo futuro.

El equipo debe intentar reunirse con el paciente y tantos familiares como sea posible y se debe prestar una atención muy cuidadosa al lugar de la reunión. Por ejemplo, si la reunión tiene lugar en el centro donde trabaja el equipo de psicosis, es importante que la sala utilizada sea lo suficientemente grande como para acomodar a todos de forma comfortable; también es de gran ayuda ofrecer café u otras bebidas. A veces un miembro del equipo puede servir de apoyo al paciente durante el encuentro mientras que otro atiende al resto de la familia. Puede que se necesiten varias horas para estas reuniones preliminares (Véase Andersen, 1990).

Una primera visita domiciliaria (caso presentado por la psicóloga Sonja Levander)

Siguiendo las indicaciones de su médico de cabecera, un hombre telefoneó, preocupado por su hijo. Desde el verano anterior, su hijo Steven se encerraba frecuentemente en su habitación en el sótano de la casa familiar y no quería tener ningún tipo de relación ni con su familia (su madre y su padre) ni con otras personas, incluida su novia, “una aristócrata persa”, a la que veía de vez en cuando. Algunas veces subía a comer, pero evitaba cualquier intento de su familia por entablar una conversación o cualquier otro tipo de actividad. No había vuelto a trabajar desde que terminó su trabajo en una biblioteca en primavera. Recientemente había vuelto a tocar el saxofón, hasta hacía dos años había sido saxofonista en una banda bastante famosa, pero ahora tocaba de forma ruidosa, sobre todo durante la noche. A su padre le preocupaba que su hijo parecía no dormir nunca. Cuando la enfermera de guardia, durante la llamada, se ofreció a visitar a la familia en su domicilio, el padre se horrorizó. Él solo buscaba consejo. ¿No se podía hacer nada médicamente?

El padre quería colgar y sugirió llamar más tarde, en un momento más conveniente, cosa que hizo al día siguiente. Tanto él como la madre estaban aún más preocupados, ya que Steven había encendido fuego en el jardín durante la noche y corría constantemente por

la casa. No sabían qué hacer, y les resultaba completamente imposible decirle a Steven que habían contactado con un psiquiatra. La enfermera intentó hacer ver al padre que sería más fácil no tener que hacer frente ellos solos a las dificultades con Steven y sugirió que lo mejor sería que él y su esposa fuesen a hablar con alguien del equipo. No podían hacerlo, ya que eran incapaces de dejar a Steven solo. Temían que terminara quemando la casa. Unos instantes después el padre acordó ir él, si era de forma inmediata, ya que Steven parecía estar dormido en el sótano.

El padre llegó en taxi y mostraba gran preocupación y ansiedad cuando se encontró con la doctora del equipo. Explicó que Steven había vivido fuera de casa durante dos años, al finalizar el colegio. Entre otras cosas, había pasado un año en Estados Unidos, donde había estado tocando el saxofón y tenido "malas compañías". Puede que también hubiera consumido drogas pero, por lo que el padre sabía, actualmente no consumía ninguna. Ante la pregunta directa de si había algo en lo que ellos pudieran ayudar, rompió a llorar y dijo que tenía la sensación de haber perdido a Steven cuando viajó a Estados Unidos y que tanto él como su mujer le tenían miedo. No sabían qué pensar. La doctora les dijo que era normal que las personas que pedían ayuda se sintieran así y sugirió que fueran todos al domicilio.

Cuando llegaron a la casa se sentaron en el salón y la madre se sentó en una silla a la entrada, señalando las escaleras del sótano y haciendo gestos para que no hablaran muy alto. La doctora sugirió que llamasen a Steven para presentarle. La madre llamó a Steven, quien se quedó a mitad de la escalera y permaneció allí. La doctora explicó que había venido ante la llamada de sus padres que estaban preocupados por él y que no sabían como podían ayudarle.

- "Yo no necesito ayuda".

- "Pero hay algo que preocupa a tus padres y además parece que no estás durmiendo debidamente".

- "No necesito demasiado sueño y estoy ensayando para una actuación".

- "Pero todo el mundo necesita dormir y especialmente si tienen que trabajar".

- "No, no es exigente, sólo estimulante".

- "¿No hay nada que pueda hacer para facilitar tus ensayos?"

- "No. Sí. Tengo dolor de espalda".

Comentario

El caso anterior presenta una situación bastante típica del tipo de dificultades que se encuentran en una primera visita domiciliar a una persona que está a punto de presentar una crisis psicótica. La familia está paralizada por el temor a hacer algo mal. También podemos sentir el temor de Steven a verse atrapado y a estar enfermo, al tiempo que tiene miedo de lo que está pasando en su mundo interior ¿Quizás su dolor de espalda abría la puerta a un contacto más cercano con él? Evitó cualquier contacto, aunque se hicieron varios intentos. Finalmente la policía le trajo, pasados unos días, con una psicosis completamente desarrollada.

La formulación del problema

Cuando se habla con la familia, se les pregunta por sus diferentes experiencias sobre lo ocurrido antes y durante el desarrollo de la psicosis y sobre cuál piensan que puede ser el problema actual. La psicosis aguda se encuadra como la reacción a una crisis de una persona vulnerable y se debe tomar en cuenta las experiencias del resto de los familiares, pudiendo de esta manera atenuar la reacción dramática generada por la psicosis. También constituye una manera de desafiar, con menor confrontación, la interpretación psicótica de la realidad que la persona hace, permitiéndole escuchar y eventualmente tomar en cuenta lo que dicen los demás.

Además, es necesario hacer planes claros y flexibles sobre el futuro inmediato, empleando todos los recursos disponibles como, por ejemplo, la posibilidad de un contacto cercano y continuado. El "personal de contacto", asignado para trabajar con la familia (normalmente dos) debería cubrirse el uno al otro para mantener la continuidad. Aún sin ser capaces de hacer predicciones definitivas, es necesario inculcar un sentimiento de esperanza en el futuro y ofrecer un contacto diario durante las fases iniciales.

Debemos señalar que las visitas domiciliarias a familias donde uno de sus miembros sufre una psicosis aguda, son especialmente desafiantes y generan ansiedad, poniendo a prueba la tolerancia y la creatividad del cuidador. Normalmente es necesario trabajar individualmente para apoyar al paciente, al tiempo que se mantienen los encuentros con la familia. Con independencia de la combinación de enfoques empleados, es esen-

cial que el plan de conjunto tenga estructura y claridad. Hablar y escuchar al paciente debe ser una prioridad. Naturalmente el trabajo médico y el diagnóstico debe combinarse con estas otras necesidades, de una manera cuidadosamente planificada.

Por mi propia experiencia y la de muchos otros, es bastante útil, durante la fase aguda, trabajar con lo que se conoce como un “mapa de familia” (o genograma). El mapa, que realmente es una historia médica ampliada, puede ser esbozado durante las primeras reuniones con la familia, después del ingreso del paciente. Puede considerarse una ilustración indirecta del modelo de vulnerabilidad-estrés. La idea es tener una imagen concreta del entorno emocional de la familia, en lo que se refiere a acontecimientos importantes, enfermedades, problemas mentales, muertes y catástrofes. Primero se debería centrar en los hermanos del paciente, después en los padres y sus hermanos y eventualmente en los abuelos paternos y maternos (Figura 21.1).

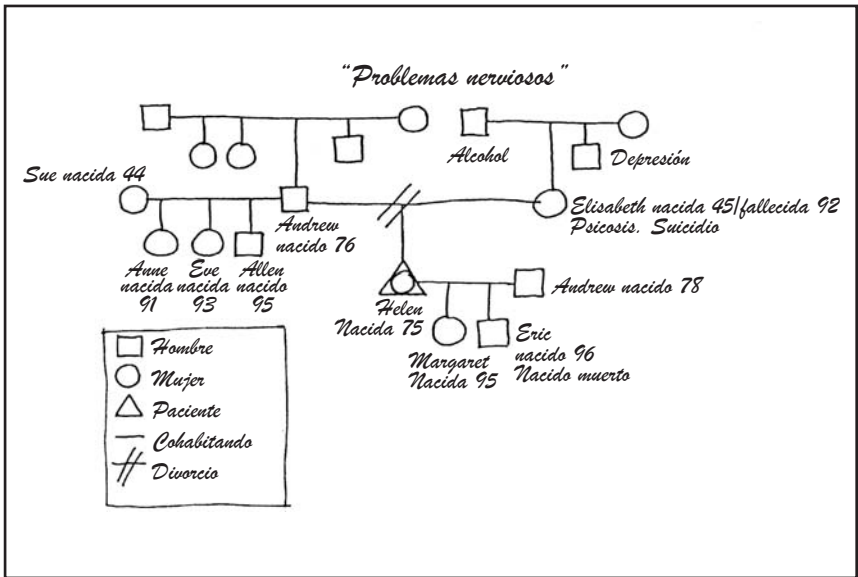


Figura 21.1
Un ejemplo de “mapa familiar” (genograma), dibujado con la ayuda del paciente y familiares durante una de las primeras reuniones. Se inicia con la paciente (Helen) y su marido e hijos. A continuación se colocó en el genograma a sus padres y hermanos y después, a sus abuelos. Se anotaron acontecimientos importantes, como muertes o enfermedades mentales. Este tipo de mapa ayuda a comprender los antecedentes psicológicos y sociales del paciente, así como factores especiales de vulnerabilidad. También es posible ver más claramente las relaciones del propio paciente y los demás implicados. En este caso, claramente el nacimiento del niño muerto de Helen se convirtió en la experiencia desencadenante central. La vulnerabilidad de la paciente puede entenderse con los antecedentes de depresión y psicosis de su madre.

Un mapa familiar ayuda a presentar de forma visual y con coherencia retrospectiva, la situación emocional de la familia. La experiencia muestra repetidamente que dibujar un mapa familiar durante los primeros encuentros, disminuye temporalmente la conducta psicótica del paciente y ayuda a los familiares a cooperar y a escucharse unos a otros, algo que muchos miembros de la familia seguramente no han experimentado durante años. Tanto a profesionales como a cuidadores puede preocuparles que hablar sobre los problemas de la familia sólo inquiete al paciente y empeore la psicosis. No obstante, no suele ser el caso, siempre que se respete el punto de vista de cada individuo en las reuniones familiares. Tras la primera fase de la enfermedad (véase p. 63) es menos evidente la necesidad de celebrar reuniones familiares y sólo deberían hacerse bajo la petición de familiares o de cuidadores.

Continuidad y accesibilidad

Mi experiencia es que las primeras reuniones son clave para establecer una relación de cooperación tanto con el paciente como con la familia. Uno de los riesgos de transferir la atención del paciente a la unidad de agudos, servicios de rehabilitación u hospital de día es que puedan perderse esas relaciones que son, por otro lado, un recurso muy valioso. Estas relaciones son fundamentales en el proceso de curación. Si el paciente permanece en la comunidad, es importante que tanto él como sus familiares puedan contactar con el equipo durante el día en el supuesto de una crisis. El contacto telefónico nocturno también debe estar disponible, de forma que los pacientes que ya han sido evaluados puedan ser atendidos en el domicilio, tan pronto como sea posible. En muchas clínicas se organizan visitas domiciliarias nocturnas a pacientes agudos. Con esta facilidad de acceso es más fácil prevenir o tratar una recaída a tiempo.

En principio, el mismo equipo que se reunió con el paciente y la familia al comienzo, debería continuar ocupándose de ellos. Esta continuidad es importante aún cuando sea necesario un tratamiento a largo plazo. La mayor parte de las recaídas se producen en los primeros cinco años. Consecuentemente es en este momento cuando se necesita la mayor ayuda y apoyo profesional disponibles.

Una dosis neuroléptica óptima mínima

Durante la primera semana se debe intentar hacer frente a la ansiedad y a las dificultades del paciente para conciliar el sueño. Esto se consigue, aparte de hablando con el paciente, con medicación hipnótica, como las benzodiazepinas. Si los síntomas psicóticos son perturbadores o suponen un riesgo significativo, pueden emplearse dosis bajas de neurolépticos. La dosis debe aumentarse lentamente para evitar efectos secundarios. Motivar al paciente a tomar la medicación puede llegar a convertirse en un arte. Puede ayudar recordarle su propia descripción de los problemas: por ejemplo, que “el proceso del pensamiento no funciona como debería”. Estos aspectos se ilustran de forma más completa en el Capítulo 24.

Atención nocturna adecuada

La experiencia nos muestra la importancia que debe prestarse en las unidades de agudos a la confianza, comprensión y a un nivel bajo de estimulación. Lo ideal sería que el paciente permaneciese en el domicilio, en un entorno familiar, con el fin de atender esas necesidades. No obstante, a veces, ese entorno puede ser inapropiado. Los familiares pueden estar demasiado preocupados o sobreimplicados, haciendo constantemente preguntas y sugerencias, lo que eleva el nivel emocional (emoción expresada) en lugar de disminuirlo. Si el paciente vive solo, la casa puede estar muy desordenada y sucia, después de un período de enfermedad. Finalmente, las experiencias de persecución, delirios y alucinaciones pueden hacer imposible vivir en casa, si ésta se ha convertido en el foco de sus temores.

Si el paciente necesita desplazarse para recibir atención y tratamiento, es preferible hacerlo a un centro especializado de crisis para personas con psicosis aguda. Desgraciadamente existen pocos centros de este tipo, pero la experiencia muestra que son muy útiles. Por lo general, se encuentran instalados en casas o pisos urbanos. Es importante que no sean ni demasiado grandes, ni impersonales, ni perturbadores, ni atestados y que tampoco tengan demasiados enfermos crónicos. Cada paciente debería contar con dos trabajadores de referencia o terapeutas, quienes mantengan también contacto con la familia. El ingreso en este tipo de centro normalmente contribuye a estabilizar la situación.

Con estos recursos de apoyo se puede prestar una atención 24 horas a la mayor parte de los pacientes psicóticos. Este tipo de atención no se adapta especialmente a los pacientes más problemáticos pero es adecua-

do para la mayoría de los pacientes psicóticos. Como parte de la evaluación, es importante asegurarse que el paciente es capaz de responder adecuadamente a la relativa permisividad, capacidad para negociar y libertad de restricciones que existen en estos centros especiales de crisis. Es muy raro que en este tipo de entornos se produzcan conductas violentas o suicidios (Cullberg *et al.*, 2000). Es preferible que haya poco personal, lo que con frecuencia disminuye la tensión, durante una crisis de este tipo. No obstante, en situaciones críticas hay que disponer de personal adicional de apoyo. Los pacientes con riesgo grave de suicidio o agresión deben ser atendidos en unidades psiquiátricas de agudos hasta que estos problemas se resuelvan. Aquí es posible mantener la relación de continuidad con el personal del equipo de psicosis asignado. Los centros de crisis no suelen ser adecuados para pacientes donde predominan síntomas maníacos.

Formulación y exploraciones diagnósticas

El manejo psiquiátrico debe incluir una formulación preliminar de la naturaleza y grado de la psicosis. También debe evaluarse la capacidad del paciente y de su red social para contener cualquier alteración de conducta que resulte de la psicosis. Deben tomarse decisiones sobre la necesidad de hospitalización y medicación. Además, debe hacerse una evaluación preliminar sobre cualquier causa o causas subyacente(s) o desencadenante(s): ya sean rasgos de enfermedad afectiva, enfermedad física o abuso de sustancias. Cualquier diagnóstico debe ser provisional, ya que puede producirse un gran cambio sobre la presentación inicial y ayuda a evitar el nihilismo terapéutico.

No debe recomendarse una exploración física hasta que sea aceptable para el paciente. En algunos casos, el paciente la rechaza y entonces es cuestión de acuerdos y pensar lo que verdaderamente exige la situación. Después de todo, la exploración física puede ser pospuesta a no ser que exista una clara evidencia de causa física.

No deberían realizarse pruebas como el EEG, TAC o RMN cerebrales hasta haber fomentado una buena relación con el paciente. No obstante, en casos donde puede haber problemas orgánicos, debe realizarse al principio y es esencial alentar al paciente a cooperar. La razón para llevar a cabo estas pruebas, relativamente molestas y costosas, es que en alrededor del 10 por ciento de los casos de primeros episodios se producen hallazgos cerebrales. En la mayor parte de los casos son insignificantes, pero pueden ser relevantes para el tratamiento. Mi experiencia es que los pa-

cientes, salvo algunas excepciones, aprecian la investigación cuidadosa y reaccionan positivamente cuando no se descubre nada patológico.

Las valoraciones neuropsicológicas (por ejemplo el WAIS-R)¹ deben hacerse preferiblemente una vez que se ha resuelto o al menos estabilizado la psicosis. Estas pruebas dan información de déficits cognitivos, que a veces hacen más comprensibles los procesos psicóticos. También pueden ayudar a planificar la rehabilitación.

Un equipo subspecializado para primeros episodios

En las últimas décadas se ha cotejado la investigación internacional con la experiencia, y el consenso es que resulta beneficioso ofrecer a personas que sufren un primer episodio psicótico, un entorno contenedor con una continuidad de cuidados a largo plazo. La necesidad de continuidad de cuidados es prioritaria para este grupo, dado el elevado riesgo de recaída y el desarrollo de discapacidades funcionales. La investigación sugiere que atender juntos a pacientes crónicos y de primer episodio puede crear problemas adicionales. A menudo los pacientes crónicos son más capaces de expresar sus necesidades, eclipsando las necesidades de los de primer episodio. Con un período prolongado de contacto con pacientes de primer episodio, se puede reevaluar de forma continua el grado de apoyo requerido, pudiéndose conocer con mayor certeza sus recursos y los de sus familiares. A continuación presento algunos proyectos que difieren en su organización pero tienen el mismo objetivo central, mantener las necesidades de sus pacientes como prioridad. Todos ellos han sido evaluados científicamente.

Los proyectos Soteria

Los proyectos Soteria (*soteria* en griego es el que rescata, el salvador) se desarrollaron por primera vez en California en la década de 1970 (Mosher *et al.*, 1995). Bajo el liderazgo del psiquiatra Loren Mosher, se trataba pacientes con psicosis aguda con métodos humanistas y psicoterapéuticos, principalmente. Sólo la mitad del personal tenía formación psiquiátrica, el resto eran contratados según sus cualidades personales. Sólo se prescribían neurolépticos como último recurso. Muchas de las ideas que sustentaban estos proyectos están inspiradas por la corriente anti-psiquiátrica entonces en boga. Esta es una de las razones por las que el "establishment" de la psiquiatría veía con escepticismo al movimiento Sote-

ria. Se evaluó este proyecto en comparación con un grupo control que recibió tratamiento en una unidad psiquiátrica convencional. El 67% de los pacientes de Soteria fueron tratados con éxito sin usar neurolépticos durante las seis primeras semanas, en contraste con el 0% de los pacientes del grupo control. A pesar de ello no hubo diferencias en la evolución de ambos enfoques. No se ha efectuado una comparación entre las experiencias subjetivas de las diferentes formas de tratamiento, pero cabe suponer que la diferencia sería considerable.

A mediados de la década de 1980 el psiquiatra suizo Luc Ciompi inició el proyecto Soteria Berna (Ciompi *et al.*, 1992). Se basaba en consideraciones teóricas sobre la vulnerabilidad psicobiológica y la sobreestimulación psíquica en la esquizofrenia y en sus estudios sobre factores que influyen en el pronóstico a largo plazo. El tratamiento se organizaba según el modelo de vulnerabilidad-estrés. Se trataba a los pacientes en una villa, donde se creaba un entorno de baja estimulación, en grupos de seis y los criterios de selección del personal se centraban más en sus cualidades personales que en su cualificación profesional. Trabajaban en turnos prolongados con el fin de garantizar al máximo la continuidad durante la primera fase de la psicosis, cuando todavía estaba activa. El uso de neurolépticos era mínimo. El tratamiento se efectuaba en estrecha cooperación con las familias y se dividía en tres fases, que suponían una exigencia de participación activa por parte del paciente cada vez mayor, en cada etapa. Este proyecto se ha comparado cuidadosamente con grupos controles aleatorios. Los resultados iniciales fueron muy positivos, con un 63% de los pacientes dados de alta en un estado mental bueno o muy bueno, virtual o completamente asintomáticos. En el seguimiento realizado a los dos años, los resultados fueron parecidos a los obtenidos por el grupo control que recibió atención tradicional de alta calidad. Una probable explicación para esto es que no había sido posible proporcionar tan alto nivel de contacto después del alta. Otra explicación es que el período de dos a tres años que sigue a la fase inicial, estudiada, de la enfermedad, representa un período de riesgo adicional, que debe tratarse con la misma implicación e intensidad que la primera fase. En la actualidad hay varios centros Soteria similares en Europa y se ha publicado una revisión recientemente (Ciompi, 2004).

EPPIC

Otro modelo es el EPPIC (abreviatura inglesa de Early Psychosis Prevention and Intervention Centre: Centro de Prevención e Intervención en

la Psicosis Precoz) bajo la dirección del psiquiatra Pat McGorry y la psicóloga Jane Edwards en Australia (McGorry *et al.*, 1996), en el área de Melbourne, con 800.000 habitantes. Reciben derivaciones de pacientes con un primer episodio psicótico y como máximo hacen seguimiento durante 18 meses. Proporcionan atención y tratamiento a pacientes agudos mediante visitas domiciliarias, educación y apoyo familiar, tratamiento farmacológico en dosis bajas, psicoterapia cognitivo-conductual sistemática y, si es necesario, hospitalización. La evaluación de este proyecto ha mostrado resultados muy positivos. Después de un año, se redujo la severidad de los síntomas y mejoró la calidad de vida de los pacientes. La debilidad principal del diseño del estudio fue el uso de un grupo control histórico. Todavía no se dispone de estudios de seguimiento controlados aleatorios y prospectivos a largo plazo.

Lo esencial no es buscar un modelo único para pacientes con un primer episodio psicótico sino centrarse en proporcionar todo el apoyo que sea posible en función de los recursos locales. Dentro del EPPIC también se ha realizado un proyecto combinado de investigación y tratamiento para jóvenes con signos precoces de trastorno psicótico (véase Capítulo 26 para una mayor elaboración).

El proyecto Paracaídas

El proyecto sueco Paracaídas (la metáfora sugiere un suave aterrizaje tras la psicosis) se inició en 1996 como un proyecto multicéntrico de dos años en el que participaron 17 clínicas (Cullberg *et. al.*, 2002). Examinaba tanto aspectos organizativos de la atención como investigación. El área de captación fue de 1,6 millones de habitantes, es decir, la sexta parte de la población de Suecia. El proyecto estudió todos los casos identificados de primer episodio psicótico en pacientes con edades comprendidas entre 18 y 45 años. Se excluyó a individuos con daño cerebral o historia reciente de abuso grave del alcohol o drogas. Se implantó un “tratamiento adaptado a las necesidades” definido según los criterios propuestos al comienzo de este capítulo.

Principios del tratamiento para primeros episodios psicóticos del proyecto Paracaídas

1. Intervención precoz (<24 horas).
2. Intervención en crisis y psicoterapéutica.

3. Reuniones familiares.
4. Continuidad y accesibilidad al servicio para primeros episodios durante cinco años.
5. Dosis mínima con eficacia terapéutica de medicación antipsicótica. Tratamiento inicial sin neurolépticos cuando sea posible.
6. Ambiente terapéutico durante la hospitalización (personal, baja estimulación, no institucional).

Durante los dos años, 253 pacientes cumplieron criterios de primer episodio psicótico según DSM-IV. Se incluyeron también quienes presentaron psicosis afectiva no congruente. Menos de un tercio rehusó participar en la investigación o no se pudo hacer seguimiento al cabo de un año. El número final de pacientes fue 175, a los que se hizo un seguimiento de cinco años estudiando numerosos parámetros clínicos, sociales, psicológicos y biológicos.

Se realizó un estudio comparativo con un grupo control histórico compuesto por pacientes con un primer episodio atendidos entre 1991 y 1992 en tres de las clínicas (Svedberg *et al.*, 2001). Un grupo control prospectivo (paralelo, iniciado a la vez y seguido desde el inicio) procedente de una clínica psiquiátrica con altos estándares de calidad aún ha completado el seguimiento. Los resultados a tres años confirman las expectativas (Cullberg *et al.*, 2005). El grupo tratado siguiendo los principios para primeros episodios muestra una mayor mejora de los síntomas que el grupo control histórico, que muestra una evolución similar a la del grupo control prospectivo. Además el grupo de tratamiento muestra menor discapacidad funcional, a pesar que fueron menores tanto la medicación antipsicótica (con muy poca medicación depot) como la necesidad de atención hospitalaria. Como resultado, el coste directo promedio total de la atención fue considerablemente inferior para los pacientes del proyecto Paracaídas.

Varias clínicas que participaron en el proyecto Paracaídas no pudieron proporcionar el nivel de atención estipulado, especialmente en lo relativo a asistencia domiciliaria en crisis. Sin embargo, aún tomando esto en consideración, podemos concluir que durante la psicosis aguda se puede ofrecer un tratamiento psicosocial intensivo que permite disminuir la dosis de medicación neuroléptica administrada, disminuye la necesidad de medicación depot y aumenta los niveles de funcionamiento. Ninguna de estas clínicas recibió recursos económicos adicionales para esta reorganización de la atención.

El ensayo OPUS

Este proyecto está en marcha en Copenhague, es superior desde el punto de vista metodológico, ya que se trata de un ensayo multicéntrico aleatorio de tratamiento combinado vs. tratamiento estándar, con 547 primeros episodios (Nordentoft *et al.*, 2004). El enfoque de tratamiento es similar en muchos aspectos al del proyecto Paracaídas y al del EPPIC. Los resultados del tratamiento combinado son significativamente mejores que los del tratamiento estándar, en términos de la mejora de los síntomas, menos días de hospitalización por paciente y mayor satisfacción con el tratamiento.

Tomando en consideración los resultados de estos proyectos, no parece ético y tampoco rentable continuar con el sistema asistencial tradicional para pacientes con un primer episodio (y potencialmente, para todos los pacientes psicóticos).

La última fase de la psicosis: apoyo a la parte sana de la personalidad

En la última fase de la psicosis, los pacientes se encuentran menos condicionados por delirios y alucinaciones. Los síntomas van disminuyendo y pueden llegar a desaparecer lentamente. Las “islas de salud” están más definidas (véase en el Capítulo 5 lo relativo a las diferentes fases de la psicosis). Se debe intentar contactar más con la “parte sana” de la personalidad del paciente, con el fin de fortalecer y apoyar su funcionamiento. Para esto, el cuidador debe asumir que el paciente tiene potencial para un funcionamiento sano, que coexiste con la parte psicótica, aunque no en apariencia. Se deben confrontar los delirios y alucinaciones con respeto y seriedad, en lugar de hacerlo con ligereza o de forma desdeñosa. Es frecuente que el paciente esté recibiendo tratamiento con neurolépticos y, si los síntomas psicóticos continúan, aunque la dosis sea la adecuada, puede que sea conveniente cambiar a un neuroléptico atípico o bien intentar aumentar la dosis con cuidado. En la medida de lo posible, esto debe hacerse en estrecha cooperación con el paciente.

La aceptación, por parte del paciente, de la existencia de la psicosis le ayudará a reconocer la aparición de otra recaída. Es conveniente ayudar a los pacientes a reflexionar sobre lo que ha sucedido, en lugar de hacerles olvidar sus experiencias psicóticas (“sellarlas”) y que más tarde nieguen la intervención que se produjo como consecuencia de dichas experiencias. Muchos pacientes, que acaban de recuperarse de un episodio

psicótico, consideran provocador que sus cuidadores les enfrenten a sus delirios y alucinaciones, lo que refuerza la tendencia a “sellar” y por tanto negar cualquier vulnerabilidad futura. A veces es útil volver a la formulación del problema presentada por el paciente durante la primera fase de la enfermedad, con el fin de ver lo que ha sucedido y cómo ha cambiado.

La *depresión*, que se ve con frecuencia cuando la psicosis empieza a remitir es, al menos en parte, una reacción comprensible a la enfermedad y las dolorosas experiencias que la acompañan. Muchos pacientes y familiares, que han experimentado un episodio de psicosis aguda, tienen la impresión que representa la primera expresión de una enfermedad mental crónica. Es importante hablar de esto y resaltar los aspectos positivos del pronóstico, así como del potencial para compensar su vulnerabilidad. También es importante que la familia participe en los planes de futuro (con el consentimiento del paciente).

La fase de recuperación: fortalecer el yo y reducir la vulnerabilidad

Cuando el paciente se ha liberado de la psicosis

Para los pacientes que parecen haberse recuperado completamente, es importante reconstruir el contacto con su red social anterior, para lo que reuniones conjuntas con familiares o con los compañeros de trabajo pueden ser de gran ayuda.

La mayoría de los que han sufrido un episodio psicótico tienen bastantes probabilidades de tener al menos una recaída. Por este motivo, también es importante repasar los signos iniciales de recaída y analizar de forma informativa y educativa los métodos para prevenirla. A veces es necesario que se produzcan varias recaídas antes que el paciente empiece a aceptar su enfermedad y su propia capacidad para influir en su desarrollo. Muchos de ellos comprenden mejor su condición psicótica cuando se les explica en términos de vulnerabilidad específica (véanse Capítulos 6 y 7). También es posible explorar lo que desencadenó la psicosis (Capítulo 8) que, a su vez puede estar vinculado a las vulnerabilidades identificadas. También pueden ser útiles las comparaciones con otros tipos de enfermedad. Podemos comparar un alto nivel de vulnerabilidad a la psicosis con la elevada vulnerabilidad a la infección en las inmunodeficiencias. Este enfoque puede aportar una explicación más realista que

ayude a sustituir la negación y la culpa y, a su vez, contribuya a aumentar el sentido de control del paciente. Esto facilita la discusión racional sobre lo que se puede hacer para reducir la vulnerabilidad, ya sea medicación, ayuda psicológica, adaptar las condiciones de vida y capacidad para detectar signos precoces de la enfermedad.

El apoyo psicológico dado varía según las necesidades del paciente y los recursos disponibles. Las discusiones grupales con otros pacientes que han experimentado un primer episodio psicótico estimulan a muchas personas a hacer frente a su vulnerabilidad y les permite tratar experiencias de estigmatización y exclusión.

También es importante decidir si debe recomendarse medicación de forma regular y durante cuánto tiempo. Para pacientes que se encuentran en las primeras etapas de la recaída es de crucial importancia. La dosis no debe ser tan alta como para alterar la capacidad de funcionamiento o producir efectos secundarios, ni obviamente tan baja como para que no produzca ningún efecto. La experiencia de las personas que trabajan en este campo sugiere que una dosis baja de neuroléptico, quizás el equivalente a 2mg. de haloperidol, puede tener un efecto preventivo a largo plazo. Incluso pueden utilizarse dosis más bajas con pacientes que tengan una buena capacidad de *insight* y una red social fuerte. A veces sólo es necesario prescribir medicación cuando hay signos de recaída.

En algunos pacientes, el desencadenante o contribuyente a la psicosis ha sido un problema de separación, permanente, pero sin resolver, u otro tipo de problemas evolutivos. El reajuste se vuelve más difícil y aumenta el riesgo de recaída, lo que hace que sea aún más importante ofrecer a estos pacientes la forma de psicoterapia apropiada. También es posible ver crisis depresivas recurrentes en la última fase del episodio, donde el paciente puede necesitar tanto tratamiento psicoterapéutico como farmacológico.

Muchos de los pacientes que han padecido una psicosis aguda han tenido experiencias traumáticas tempranas que han contribuido a su vulnerabilidad. La psicoterapia puede ser lo indicado, dependiendo de la fortaleza de la personalidad del paciente y su motivación (así como de los recursos del terapeuta). El paciente puede llegar a tomar posesión de su historia personal por primera vez. La experiencia (no psicótica) de coherencia también puede ser significativa en el proceso de curación.

Lo esencial, según mi experiencia, no es la escuela de pensamiento a la que pertenezca el terapeuta. El factor decisivo es la calidad de la relación paciente-terapeuta. Ésta debería fomentar la reinserción y dar esperanza adecuándose al grado de vulnerabilidad y discapacidad funcional. Debe

basarse en su experiencia y conocimiento para sopesar los beneficios psicofarmacológicos y sus riesgos. Los terapeutas que trabajan con pacientes psicóticos tienden a parecerse unos a otros en su actitud psicoterapéutica y comprensión del *insight*. Deben tener metas realistas y un elevado nivel de flexibilidad.

Cooperación precoz con centros de empleo, seguros y servicios sociales

Muchos pacientes con un primer episodio psicótico tendrán, durante un largo período, dificultades sociales, en sus estudios o en su trabajo. Tan pronto como la situación clínica lo permita, es importante averiguar cómo han funcionado en el colegio, en el trabajo o con los amigos. Muchos pacientes que pueden parecer "bien" desde una perspectiva psiquiátrica no cuentan con suficiente formación o son demasiado sensibles para competir en un mercado de trabajo abierto. Por esto, es importante apoyar al paciente desde el inicio en sus contactos con diferentes organismos de rehabilitación y asegurarse que los servicios sociales atienden la mejora de las condiciones de vida, etc. Fomentar el estudio o la formación vocacional durante enfermedades crónicas es una valiosa aportación, para evitar jubilaciones anticipadas a una edad temprana con la consiguiente pérdida de autoconfianza.

Síntomas psicóticos persistentes

Alrededor de un tercio de las personas que caen enfermas por primera vez no se recuperan hasta después de seis meses o más, y continúan sufriendo delirios y alucinaciones persistentes, o al menos vestigios de ellos. En estos casos se deben revisar las prescripciones farmacológicas y ajustarlas o complementarlas de forma apropiada. Se debe tomar la decisión sobre si está indicado un tratamiento psicológico específico para los síntomas que permanecen. En estos casos, las técnicas cognitivo-conductuales pueden reducir alucinaciones, delirios y síntomas depresivos produciendo en muchos pacientes un aumento del ajuste social (véase Capítulo 25). Este tipo de terapia puede llevarse a cabo por el personal habitual con la supervisión y entrenamiento adecuados.

Psicosis y suicidio

Desde una perspectiva metafórica y literal, un episodio psicótico es la muerte del *self*, ya que al propio *self* se le deja fuera de juego. Es bastante común escuchar a personas que han experimentado un episodio psicótico diciendo que “si no me hubiera vuelto psicótico, me habría matado”; la experiencia de una situación en la vida preocupante y sin solución podría haber sido demasiado. Además existen muchas similitudes dinámicas entre la idea de muerte y la psicosis. Perder la propia vida y la mente son situaciones que suponen renunciar a la propia identidad. No obstante, también hay importantes diferencias, entre las que cuales está que una persona suicida, con frecuencia, muestra una tendencia anterior a pensamientos suicidas. Puede que el “proceso suicida” se haya desarrollado incluso antes de la psicosis.

Incidencia

Hay muy pocas investigaciones sobre la frecuencia con la que se produce suicidio durante la psicosis. Sin embargo, son muchos los estudios sobre la incidencia del suicidio en el curso de un trastorno esquizofrénico-

co. Los datos más fiables sugieren que entre el 8 y el 12 por ciento de los pacientes esquizofrénicos, a la larga, se suicidan. Esto significa que la esquizofrenia junto con el trastorno bipolar y el alcoholismo, es uno de los trastornos psiquiátricos con una tasa de mortalidad más alta. Es probable que psicosis con rasgos afectivos más marcados, especialmente esquizofreniformes, esquizoafectivas y psicosis afectivas, puedan tener incluso un mayor riesgo de suicidio que la esquizofrenia. En estos casos, la combinación de psicosis y problemas afectivos agudos debilitan aún más las defensas contra impulsos suicidas.

“Casi una ejecución”

Hacía tres años que Helen había sufrido una psicosis depresiva de larga duración (descrita con más detalle en el Capítulo 25, p. 349). Fue medicada a la fuerza durante seis meses sin ningún resultado. No obstante, se recuperó plenamente al trasladarla a otra unidad y realizar una psicoterapia intensiva.

Algunos años después mostró signos de recaída, tras trabajar “día y noche” para terminar un importante informe para su trabajo. Cuando terminó, se encerró en casa sin contestar el teléfono. Sus padres me alertaron de la situación, puesto que la había tratado anteriormente y acudí directamente al domicilio de la paciente al que pude acceder con la llave de la madre. Encontré a Helen con grandes hematomas en el cuello, tras intentar colgarse y no conseguirlo porque se rompió el gancho del techo. Sus delirios no estaban lo suficientemente claros pero mostraba una profunda desesperación diciendo que no merecía la pena ingresar en un hospital. (Después se supo que había acudido a una comisaría de policía la noche anterior diciendo que quería entregarse, puesto que “entendía” que querían interrogarla, ya que era una criminal.) Dado el alto riesgo de suicidio se la ingresó de forma involuntaria. A pesar de tenerla bajo estrecha vigilancia, pudo escaparse de la unidad y se colgó de un árbol.

Comentario

La grave depresión psicótica de Helen evolucionó rápidamente, en días, tras un largo período de mucho estrés y poco sueño. Su estado mental general previo había sido bastante bueno. Había respondido bien a la psicoterapia y había cambiado su forma de vida para adaptarla a sus propios deseos. Esta recaída se había producido

por un estrés relacionado con el trabajo. Durante su inevitable ingreso forzoso, volvieron los terroríficos recuerdos de su anterior tratamiento obligatorio. Tenía ideas psicóticas de culpa y maldad. Su suicidio tenía casi un carácter de ejecución, donde ni siquiera se concedió un “aplazamiento” para poder pedir ayuda a su psiquiatra. Su abuela había pasado la mayor parte de su vida en un hospital psiquiátrico y, por tanto, debía haber una vulnerabilidad genética en esta paciente con talento. Este caso muestra también el increíble poder que puede movilizar un deseo de suicidio.

La tendencia al suicidio durante el desarrollo de la psicosis

Durante la fase prodrómica, la persona percibe resonancias difusas en su personalidad, precursoras de una posible catástrofe. Siente que sus recursos internos son insuficientes para controlar la situación. Así, una ansiedad depresiva junto con sentimientos de desesperanza, pueden conducir a actos suicidas desesperados, quizás como un último intento paradójico por recuperar el control. El diagnóstico puede aclararse al recuperar la consciencia, tras un intento de suicidio con medicación o veneno, si se descubren delirios (que pueden ser negados con posterioridad).

Cirugía plástica en una nariz normal

Se ingresó a un joven tras un intento grave de suicidio por sobredosis de somníferos. Algunos meses antes se había sometido a cirugía plástica en la nariz, que consideraba bulbosa y antiestética. Según las notas del cirujano no había nada especial en su nariz, pero éste no quiso contradecir los deseos del paciente. Tras la operación, el paciente no quedó satisfecho con el resultado y decía que también sus orejas parecían raras pero, en éste caso, se negaron a operarle y al parecer esto desencadenó su intento de suicidio. Al despertar en la unidad de cuidados intensivos, explicó al psiquiatra que había bandas que le buscaban y que había podido evitar su ataque durante los últimos seis meses. Creía que sospechaban que era homosexual, aunque no lo fuese, y ésta fue en parte la razón por la que quiso cambiar su apariencia física. Cuando unos días más tarde, el paciente volvió a ser examinado, estaba extrañado por esas ideas. No se detectaron síntomas de psicosis ni de depresión y fue dado de alta a petición propia.

Dos meses después su hermana informó que se había suicidado. Dijo que su conducta se había vuelto cada vez más extraña, sobre todo al final. No quería salir y decía que le perseguían.

Comentario

No es infrecuente que pacientes revelen información importante relacionada con su psicosis, una vez recuperada la consciencia, debido a los efectos de la anestesia. Más tarde pueden negar todo conocimiento e incluso sentir que se les engañó para hacer esas revelaciones. Por tanto, estamos ante un difícil acto de equilibrio entre la necesidad del terapeuta de conocer más y la legítima petición de privacidad e integridad del paciente. El psiquiatra sospechó que este paciente se encontraba en la fase prodrómica de un episodio psicótico, pero no pensó que pudiera hacer nada más, ya que el paciente no le permitió entrevistar a su familia y aparentemente daba la impresión de tener un control pleno.

Durante las primeras etapas de la psicosis, hasta su punto culminante, los actos suicidas son poco comunes. No obstante, pueden ser resultado de alucinaciones auditivas imperativas. Una o más voces pueden instar a la persona a saltar por un balcón o arrojarse al tráfico de una carretera; estas experiencias puede ser tan intensas, que es virtualmente imposible resistirse. En la psicosis, la autoinmolación (prenderse fuego) puede ser una forma de autocastigo o autosacrificio por la humanidad, incluso como resultado de algún tipo de delirio religioso de autoidentificación (por ejemplo, el que uno se crea Jesucristo; véase el estudio del caso en el Capítulo 15, p. 215). A menudo, se encuentra un componente depresivo en estas psicosis (véase también la descripción del caso Szandor en el Capítulo 10).

Abandonando su resistencia

Peter, un artista de 20 años con mucho talento, fue ingresado en el hospital con síntomas de un trastorno esquizofrénico, después de haber estado el año anterior en el extranjero, viviendo una existencia indigente miserable. Tras recibir informes sobre su comportamiento extraño, su padre solicitó ayuda psiquiátrica. Inicialmente Peter se negó a cooperar y adoptó una actitud despectiva y más bien arrogante

hacia el personal y demás pacientes. Estaba menos predispuesto aún a tomar medicación. No obstante, enseguida se detectó que sufría alucinaciones auditivas y creía que era el objeto de ciertos experimentos. Se hicieron grandes esfuerzos para establecer contacto y motivarle a tomar medicación. Pasado más de un mes, le dijo al personal que estaría dispuesto a tomar la medicación, siempre y cuando le fuera administrada por la doctora con quien más había estado hablando. Ahora parecía estar muy tranquilo e incluso se había arreglado el pelo y la barba. La doctora en cuestión no estaba de servicio ese día y se decidió que vería a Peter al día siguiente. Esa noche Peter se ahorcó con una soga que había elaborado con toallas. Todos estaban asombrados y profundamente conmocionados. Se hicieron grandes esfuerzos para intentar comprender por qué Peter se había quitado la vida en esa situación. La interpretación que parecía más plausible era que cuando abandonó su actitud de defensa para finalmente pedir ayuda, estableció contacto con su lado más débil y dependiente, que había mantenido alejado previamente, a través de su actitud de superioridad. Era incapaz de tolerar ese lado de sí mismo y despertó una desesperación, todavía más profunda.

Otro tipo de riesgo surge en las etapas finales de la enfermedad psicótica. Comprender la enfermedad puede desencadenar una reacción catastrófica porque las ideas que dominaron la vida del paciente en las semanas o meses precedentes han resultado ser falsas. El significado global y quizás el sentimiento grandioso de ser elegido que la psicosis dio a la propia vida, se vuelve insostenible. El sistema paranoide se colapsa, generando sentimientos de vergüenza, exposición y humillación por lo que dijo o hizo delante de amigos, familiares y compañeros de trabajo. Puede haber sentimientos de culpa por cosas que se han hecho bajo la influencia de la psicosis, quizás reforzados por una falta de juicio hipomaniaca, que también puede sentirse como aplastante. Además, la persona se ve obligada a hacer frente a los problemas que precedieron y quizás contribuyeron o desencadenaron la psicosis, conciliados durante la enfermedad y, cuyo resurgir puede hacer que el suicidio parezca la salida natural. Es de gran importancia que el personal psiquiátrico identifique la depresión post-psicótica y la trate debidamente (véase Capítulo 21).

Otro riesgo durante la fase de recuperación es que los efectos secundarios de dosis elevadas de medicación neuroléptica sean tan angustiosos

que puedan conducir a la persona al suicidio. Abundan descripciones en la literatura donde efectos secundarios de medicación neuroléptica como la acatisia (agitación psicológica y muscular) o la disforia (malestar mental) pueden ser interpretados, de forma incorrecta por el personal, como síntomas residuales de la enfermedad. Un aumento de medicación puede producir una mayor desesperación, lo que a su vez, puede llevar al suicidio. Inevitablemente la incidencia de estos suicidios está infravalorada, puesto que en algunos casos se informarán como resultado de síntomas psicóticos sin tratar.

Actos suicidas en pacientes que sufren esquizofrenia

Una gran parte de las personas que sufren esquizofrenia durante un largo período de tiempo tendrán, en algún momento, el pensamiento de acabar con su vida. En estos casos, las consecuencias sociales y psicológicas de la enfermedad despiertan, con frecuencia, problemas existenciales en la persona enferma que le conducen al suicidio. Los pacientes con mayor nivel de riesgo son los que tienen síntomas paranoides, mientras que aquellos con síntomas autistas/negativos no suelen tener ideas ni actos suicidas.

Recientemente he dirigido un estudio que analiza los intentos de suicidio en la esquizofrenia. Durante las entrevistas con el grupo de control (personas con esquizofrenia que nunca habían tenido intentos suicidas) surgió que todos estos pacientes habían tenido pensamientos o planes de suicidio serios que no pusieron en acción. Esto ilustra la fuerte relación entre pensamientos de suicidio y esquizofrenia (Stefenson y Cullberg, 2005). En otro estudio cualitativo, en esta ocasión proveniente de relatos del personal y de familiares de individuos que se habían quitado la vida, tras un largo periodo de esquizofrenia, surgió que muchos de estos pacientes habían expresado sentimientos de pérdida y desesperación en relación a aspectos importantes de su vida personal: familia, paternidad y actividades profesionales (Stefenson y Cullberg, 1995).

Muchos se suicidaron en una fase en la que tenían pocos síntomas y aparentemente funcionaban bien. No obstante, también habían expresado un temor a la recaída, diciendo que no serían capaces de soportar estar enfermos de nuevo. En algunos casos parecería que el suicidio se había desencadenado por los primeros signos de recaída.

En todos los casos, durante el periodo previo al suicidio, se había producido un acontecimiento grave en sus vidas. Un hallazgo común entre estos acontecimientos vitales fue algún tipo de experiencia de separación.

La muerte de un familiar o la pérdida de alguien cercano (incluyendo un miembro del equipo psiquiátrico) se convierten en un factor desencadenante, de gran importancia, para individuos de alto riesgo, cuya red social ya se ha debilitado.

Ursula tenía 35 años cuando se quitó la vida con una sobredosis de medicación antidepresiva. Había sido diagnosticada con esquizofrenia hacía 16 años y había tenido varias recaídas. Antes de caer enferma por primera vez tenía una buena vida social con amigos y muchas áreas de interés. Tras su primera psicosis, Ursula se casó y tuvo una hija. Cuando quiso amamantar al bebé se decidió retirar la medicación. Al poco tiempo cayó enferma de nuevo, padeciendo alucinaciones y delirios. Los años siguientes se caracterizaron por períodos alternantes de recaída y remisión. Si no tomaba la medicación sufría recaídas fácilmente y cuando la tomaba se sentía fatigada y sufría efectos secundarios de tipo neuromuscular. Finalmente su marido presentó una demanda de divorcio y Ursula perdió la custodia de su hija, obteniendo tan solo derechos de visita, tras lo cual y de forma frecuente expresó su desesperación por no permitírsele cuidar de su hija. Cada vez se obsesionaba más sobre cómo podría recuperar la custodia. Cuatro días antes de su suicidio escribió una carta bien estructurada a su ex marido (quien no había dejado de apoyarla). Describió cómo sentía que su vida había sido un fracaso desde el divorcio y deseaba regresar a los tiempos del nacimiento de su hija. No mencionó nada sobre querer quitarse la vida, aunque sí hizo referencia a ello en la conversación con una amiga.

El otro tema que surgió en este estudio tenía que ver con el fracaso para alcanzar una vida independiente: por ejemplo, ser incapaz de afrontar los intentos de rehabilitación o tener miedo a la perspectiva de empezar un nuevo trabajo. Tres mujeres se suicidaron a los tres meses de haber regresado al domicilio de los padres. Todas hablaron de ello en términos de un fracaso personal.

Los actos suicidas de esquizofrénicos pueden producirse en cualquier momento durante el curso de la enfermedad. En general, se considera que el primer año de enfermedad es el de mayor riesgo. Los suicidios relacionados con síntomas psicóticos son más impredecibles que los que se producen en una fase más tardía de la enfermedad. Pueden entenderse a veces en términos de dificultad para ajustarse a la realidad. Los métodos

empleados son frecuentemente más letales que los que habitualmente se observan en psiquiatría (p. ej., ahorcarse, saltar desde gran altura). Familiares y amigos han podido terminar acostumbrándose y desgastándose por los trastornos de conducta y, en consecuencia, pueden no percibir con antelación los signos de advertencia o bien no darse cuenta de su verdadera importancia. El alto riesgo de suicidio en pacientes psicóticos significa que es esencial que todos los profesionales de la salud mental revisen de forma regular sus casos para detectar posibles evidencias de riesgo. Como parte del proceso, los trabajadores clave deben recibir supervisión y apoyo permanente en su trabajo profesional.

Trabajar con pacientes con alto riesgo suicida, problemas éticos

Hay un grupo de pacientes de alto riesgo con recaídas y remisiones, quienes durante los períodos no psicóticos están inmersos en la desesperación depresiva y pensamientos de suicidio. Familiares y personal experimentan frecuentemente la ansiedad comprensible y muy inquietante que el paciente terminará suicidándose. En general, aparte de aumentar la dosis de medicación o utilizar inyecciones depot como formas de “asegurarse” contra el suicidio, no ven otra solución viable. No obstante, esto puede tener un efecto paradójico si los síntomas psicóticos están ya controlados. El peligro radica en el deterioro de la calidad de vida, a causa de los efectos sedantes que producen altas dosis de antipsicóticos. Esta sedación podría interpretarse como una respuesta positiva al tratamiento. Desde el punto de vista del paciente, es un efecto secundario no deseado y con dosis elevadas puede producirse alguno de los muchos efectos secundarios desagradables. La angustia subjetiva resultante (que puede estar enmascarada por la sedación) puede aumentar el riesgo de suicidio.

Hay un grupo de pacientes, poco definido, con trastornos de personalidad, que tiene una vulnerabilidad a la psicosis acentuada por cantidad de factores como dificultades en las relaciones, abuso de sustancias o falta de éxito social. Muchos de estos pacientes han vivido acontecimientos dramáticos durante su primera infancia o quizás más tarde, en el transcurso de su vida. Pueden realizar intentos de suicidio ante adversidades o decepciones. Para otros, con este tipo de alteración funcional debilitante, la vida puede carecer de sentido y la conciencia de los años perdidos les lleva a la desesperación y al suicidio.

El tratamiento de estos pacientes es complejo y desafiante. Los riesgos a corto plazo deben sopesarse con los beneficios a largo. Existen dilemas éticos serios que tienen implicaciones en la práctica. Estos problemas éti-

cos no pueden resolverse por regla general de forma simple, pero siempre deben ser tenidos en cuenta dentro de las unidades, por ejemplo:

- Donde hay conflicto entre la necesidad del profesional de proteger al paciente y la necesidad de éste de tomar sus propias decisiones.
- El riesgo de que la protección humanitaria se convierta en paternalismo o en una destructiva lucha de poder con el paciente.
- Cuidadores y profesionales corren el riesgo de “quemarse” (desmoralización y falta de motivación) como resultado del trabajo con un paciente que de forma repetida les produce altos niveles de ansiedad.
- Cuando terapeutas individuales o trabajadores son reacios a ocuparse de los pacientes de alto riesgo. En esta situación es esencial el apoyo y la supervisión.
- El objetivo de la psiquiatría no es el de prevenir el suicidio a toda costa, sino más bien de reducir sus riesgos, al tiempo que se proporciona tratamiento y cuidados.

El número de muertes por suicidio entre pacientes con psicosis, tal y como se ha mencionado antes, es alrededor del 10 por ciento, durante los primeros cinco a diez años. Por lo general, se trata de personas que no han tenido acceso a psicoterapia u otro tipo de ayuda y que han estado lamentándose por el tipo de vida que les esperaba tras caer enfermos. Al juzgar los riesgos, se debe tener presente este índice de suicidios subyacente, que es alto pero por otro lado considerado “normal”. Debe evitarse la indiferencia y la mentalidad de “¿Y qué?”, así como el paternalismo. Esto se consigue, en parte ofreciendo al paciente el mejor tratamiento posible y en parte siendo consciente de las restricciones inherentes a la práctica psiquiátrica, que puede involuntariamente tomar demasiada responsabilidad sobre la vida del paciente. Con un “tratamiento adaptado a las necesidades” (véase Capítulo 21) el riesgo de suicidio parece reducirse considerablemente (Cullberg *et al.*, 2002).

¿Qué significa “hacer todo lo posible”?

“Si has hecho todo lo posible, tienes derecho a fallar”, es una máxima de apoyo al personal que cuida a un paciente que se puede suicidar. “Hacer todo lo posible” también significa que el jefe del equipo clínico asuma la responsabilidad de asegurar la disponibilidad y supervisión del tratamiento psicoterapéutico necesario, además del tratamiento y conocimiento psiquiátrico general.

Algunos pacientes se vuelven destructivos ya sea viviendo con sus familias, solos o en unidades psiquiátricas. Para estos pacientes sería muy beneficioso contar con residencias gestionadas con criterios psicoterapéuticos, lo que reduciría su *acting* destructivo y, por consiguiente, su riesgo de suicidio. Este entorno parcialmente protegido puede estimular el proceso de recuperación a largo plazo y reintegrarse en la comunidad. Además, en este tipo de entorno, se facilita el apoyo al paciente y se le puede ayudar lentamente a responsabilizarse de su vida diaria (véase Capítulo 14 para más detalles sobre los períodos críticos de la psicosis y las posibilidades de recuperación).

Cuando uno o más pacientes parecen tener ideas suicidas, se suele producir un proceso de división entre el personal del equipo. Algunos apoyan una supervisión estricta con actitud paternalista, mientras otros prefieren promover la autonomía del paciente. Se puede esperar razonablemente que estas dos posturas, aparentemente contradictorias, puedan coexistir, pero es cada vez más difícil, a medida que los dos grupos acusan mutuamente a sus miembros de frialdad o de ingenuidad. El personal se convierte en una especie de campo de batalla externo donde se produce la lucha interna del paciente. Significa que el personal debe contar con una supervisión competente, que permita ver el grado de destructividad presente en las interacciones dentro del grupo. Resulta de gran ayuda comprender que éstas suelen ser el reflejo de las alteraciones del propio paciente. Una distinción clave es si estas posturas se adoptan inconscientemente o como resultado de un proceso reflexivo dentro del grupo. En esta última situación es más fácil hacer frente a la incertidumbre de la situación y a la ansiedad que conlleva.

Debe considerarse cuidadosamente cualquier intervención médica con antidepresivos o sedantes y, percibida como positiva tanto por el paciente como por el personal. Es importante distinguir entre las intervenciones médicas por razones terapéuticas, de las que se diseñan más para aliviar las ansiedades propias o las de otros miembros del personal. A estos pacientes se les suele prescribir varios fármacos simultáneamente, lo que puede tener un efecto en diferentes receptores y dificulta la evaluación del efecto global, al tiempo que puede ser negativo al comportar un mayor riesgo de efectos secundarios.

El mismo tipo de consideración debe hacerse respecto del tratamiento involuntario y la vigilancia. Un paciente con tendencia suicida grave necesita cierto grado de vigilancia para evitar que pueda hacerse daño, pero al mismo tiempo es fundamental saber que la conducta suicida puede convertirse en una herramienta de lucha desesperada entre el paciente y el equipo de tratamiento. Esto se complica aún más por el hecho de que

estas situaciones no son mutuamente excluyentes: el paciente puede tener ideas suicidas y puede estar atrapado en una lucha con el equipo de tratamiento.

Es muy doloroso ver cómo un paciente, dominado por el impulso de arruinar su vida o suicidarse, finalmente consigue su objetivo, a pesar de los intentos de tantas personas por detenerle. Es numeroso el personal, altamente competente, que abandona la psiquiatría por este motivo. Este tipo de tragedias no debe hacernos pensar que carece de sentido trabajar psicológicamente con pacientes suicidas vulnerables a la psicosis. De hecho, he visto los casos más convincentes de éxito psicoterapéutico en pacientes con trastornos de la personalidad y vulnerabilidad a la psicosis. No obstante, los costes emocionales y económicos a corto plazo, para todos los involucrados en estos tratamientos son normalmente altos, aunque los económicos son pequeños en comparación con el gasto que generan los pacientes crónicos. Este costo no difiere del que se produce al salvar vidas de personas que padecen enfermedades físicas.

Las necesidades emocionales del personal. La importancia de evitar "quemarse"

Las relaciones entre pacientes, personal e institución en su conjunto son muy complejas. El personal que trabaja con pacientes psicóticos o con personas con discapacidades funcionales psiquiátricas durante gran parte del día, puede desmoralizarse y perder la motivación por su trabajo. Esto puede ser el resultado del contacto diario con el pensamiento psicótico e impulsos primitivos de los pacientes y su consiguiente conducta destructiva. El compromiso individual de trabajo terapéutico del personal se ve frustrado por estos fenómenos. El personal que se encuentra en esta posición necesita apoyo y supervisión y también más oportunidades, como por ejemplo, formación adicional y posibilidades de trabajar en otras áreas.

En unidades psiquiátricas tradicionales, el agotamiento que produce el trabajo con pacientes psicóticos se supera con enfoques defensivos que suelen convertirse en un rasgo de la institución. Entre esos enfoques, se encuentra un creciente "distanciamiento" de los pacientes (por ejemplo, excesivo trabajo administrativo o utilización de un único modelo médico orientado al "síntoma", lo que evita afrontar problemas emocionales). Estos procesos reducen el componente de empatía y la intensidad en la relación profesional-paciente, teniendo varios efectos, el más importante la reducción del potencial para hacer un trabajo psicológico, que va en de-

trimento del resultado del tratamiento. Un nivel más reducido de implicación exige menos esfuerzo emocional por parte del personal y una supervisión menos organizada, al tiempo que facilita dejar su trabajo.

Está claro que en un nivel consciente o inconsciente, este proceso de “distanciamiento” presenta muchas ventajas a corto plazo para el sujeto y para la institución. No obstante, a largo plazo, tiene un impacto negativo en la moral del personal, ya que no se involucra y su trabajo se vuelve mecánico. La contratación y retención del personal también se ven afectadas y la supervisión se vuelve reactiva (a las crisis) en lugar de ser reflexiva y proactiva (no solo pensando en los pacientes cuando están en crisis). En este sentido, estas formas de trabajar pueden contemplarse como defensas institucionales.

Personas con psicosis crónica en la comunidad

Dentro de la tradición sueca de tratamiento para personas con psicosis crónica estaba su internamiento en remotos centros residenciales. Estos centros residenciales se complementaban, en los pacientes menos afectados, con “cuidados familiares”, una especie de internado en el campo sin ninguna expectativa de incorporar actividades significativas. En el pasado, estos métodos de atención representaban una necesidad obligada y humanitaria para la seguridad, alimentación, espacio y cuidado de pacientes que no lo podían hacer por sí mismos. Hoy día son expresión de una actitud psiquiátrica anticuada y contraproducente. Fortalece la identidad de “paciente crónico” e inhibe la tendencia natural hacia la curación, que depende de una estimulación adecuada y la autoconfianza lograda por métodos específicos de tratamiento.

En la última década, han sido cada vez menos los pacientes enviados a dichos centros. La tendencia predominante es que el mayor número de personas posible reciba el apoyo que precisa en sus propios domicilios y los que no pueden hacerlo, sean derivados a pisos protegidos o residencias que ofrezcan diferentes niveles de asistencia y donde recibirán tanto el apoyo como el estímulo necesarios, a través de una ocupación signifi-

cativa. Desafortunadamente en muchos lugares, todavía no se ha alcanzado este objetivo. Han surgido nuevas áreas deprimidas, ocupadas por antiguos pacientes "sin techo". El aislamiento social del antiguo hospital psiquiátrico podría haber sido sustituido por alojamientos de alquiler, que no garantizan un menor aislamiento. Esta carencia no puede aceptarse como argumento para justificar el retorno de los hospitales psiquiátricos que en la actualidad, se está produciendo en muchos países occidentales, sino que es más bien fruto de la ignorancia de la comunidad junto con la falta de colaboración entre psiquiatría y servicios sociales. Una alternativa mucho mejor es aprender de buenos ejemplos ya existentes, citaré aquí solo algunos, ya que todos funcionan con principios similares. Un primer hito en el movimiento hacia la integración en la comunidad de las personas con discapacidad funcional fue el proyecto Wisconsin.

El proyecto Wisconsin

Mientras en la década de 1970 el psiquiatra Franco Basaglia y su círculo transformaban a toque de trompeta la psiquiatría italiana de forma casi revolucionaria, en ciertas zonas de Estados Unidos y otros lugares del mundo tenía lugar una evolución más reformista. En Wisconsin, Estados Unidos, el psiquiatra Leonard Stein y la psicóloga Mary Ann Test, iniciaron un proyecto orientado desde la psiquiatría social en una área de 350.000 habitantes (Stein y Test, 1980). Demostraron que siguiendo ciertos métodos de tratamiento, tomados del sistema asistencial hospitalario dominante, muchos pacientes podían vivir en sus casas y muchos eran capaces de trabajar y mejorar su calidad de vida. Los recursos liberados fueron reinvertidos en equipos móviles abiertos y en las instalaciones de las unidades de agudos, ofreciendo servicio las 24 horas. Durante años, cuando los pacientes eran dados de alta de los hospitales y, debido a la falta de servicios sociales eficaces, el equipo móvil tenía que continuar su trabajo de apoyo buscándoles empleo y ayudando a aquellos con discapacidades funcionales a adaptarse a sus lugares de trabajo. Por encima del trabajo psiquiátrico específico necesario para el control de los síntomas y la prevención del suicidio, les buscaban alojamiento y apoyo que incluyese educación para el autocuidado y planificación económica. Los principios sobre los que se apoya el proyecto Wisconsin, todavía válidos para cualquier tipo de intervención en personas con discapacidad funcional, son sencillos:

1. Se debe mantener *una actitud enérgica* con personas cuya discapacidad funcional radica en su falta de motivación y su tendencia al aislamiento. Una actitud persistente hacia clientes¹ que no respetan sus citas, invertir energía en trabajar la motivación y, mucha tolerancia y calma, han demostrado que la mayoría de los clientes, a veces contra todo pronóstico, eran capaces de llevar a cabo el programa.
2. *El programa se dirige a las necesidades individuales de cada cliente* y a su nivel de funcionamiento. A cada uno se le asignan dos personas de contacto que están a cargo del programa y que pueden asegurar la continuidad.
3. *El entrenamiento tiene lugar en casa o en el trabajo*. Las personas con discapacidades funcionales pueden aprender a cocinar o a limpiar en un centro de rehabilitación pero suelen ser incapaces de trasladar su aprendizaje a su domicilio. Aprender a hacer estas cosas en un centro de enseñanza no es lo mismo que ser capaz de funcionar en un centro de trabajo abierto. También debe estimularse a familiares y compañeros de trabajo a ayudar en el aprendizaje.
4. *Es importante construir sobre la base de la experiencia de la persona y sus puntos fuertes* en lugar de centrarse persistentemente en los síntomas de la enfermedad. El paciente tampoco debe recibir un apoyo excesivo para no aumentar su pasividad.
5. Una parte vital del trabajo consiste en *mantener el rol del cliente como un ciudadano responsable*. Se debe resaltar el hecho que las personas viven en la comunidad porque es su derecho y no porque la comunidad se lo permite. En el pasado, muchos pacientes han aprendido que su enfermedad puede ser excusa para cualquier conducta. No debe promoverse esta actitud, sino que más bien se debe alentar y premiar la buena conducta. El mal comportamiento trae las mismas consecuencias que para cualquier otra persona de la comunidad. Obviamente, esto no se aplica a personas con psicosis aguda dónde se necesita una evaluación clínica para decidir lo más adecuado.
6. La posibilidad de un *sistema de apoyo durante las 24 horas* reduce significativamente la necesidad de unidades de hospitalización. La colaboración entre el equipo móvil y las actividades rutinarias de los servicios psiquiátricos asegura el apoyo.

Stein y Test también mostraron que los beneficiosos resultados alcanzados con este trabajo se desplomaron durante algunos años, cuando se retiraron los recursos, lo que hizo necesario empezar de nuevo con muchos de los clientes. Se aprendió una lección importante y es que muchas

personas con discapacidad funcional, a causa de su enfermedad mental, deben recibir apoyo durante toda su vida, con el fin de evitar que la discapacidad aumente demasiado. Los recursos disponibles en Wisconsin eran significativamente menores que los de Suecia. Por otro lado, tienen un mercado de empleo más accesible, lo que facilita la búsqueda de oportunidades de trabajo.

Desde el principio de asistencia al enfermo al principio de normalización

Durante la gran reforma de la psiquiatría ocurrida en Suecia en 1994, las comunidades locales asumieron la responsabilidad de la rehabilitación a largo plazo y del proceso de normalización de las personas donde la psiquiatría había hecho todo lo que podía durante el tratamiento del episodio agudo y para los que sus problemas en casa y en el trabajo eran una prioridad (Sou, 1992). Al mismo tiempo, se transfirieron los recursos económicos equivalentes desde las concejalías locales a las comunidades con el fin de construir apoyo y servicios para enfermos mentales crónicos con discapacidad funcional. Se identificaron 40.000 casos de los 9 millones de habitantes de Suecia, la mitad de los cuales tenían una discapacidad significativa. Esta bien intencionada reforma sufrió varios tropiezos, especialmente en las grandes ciudades, donde las comunidades todavía no habían tomado plena responsabilidad en la creación de lugares protegidos individuales o comunes para que las personas pudieran vivir con los necesarios recursos de apoyo. Todavía hay una manifiesta falta de puestos de trabajo protegidos, donde las personas puedan disfrutar del valor de formar parte de la comunidad trabajadora y que ayude a disminuir la necesidad de tratamiento y otro tipo de aportaciones asistenciales. Esto se debe a varias razones:

- Entre los servicios comunitarios y los políticos locales hay una grave falta de conocimiento, unida a actitudes negativas y prejuicios contra este grupo de personas. Por tanto, no debe sorprender que se dé prioridad al uso de los recursos en otros campos más familiares.
- La contribución de los servicios sociales tiende a desaparecer con demasiada facilidad, junto con un personal desmotivado y sin formación psiquiátrica, que se aparta rápidamente ante cualquier dificultad.

- En muchos casos, los servicios psiquiátricos transfieren personas a la comunidad sin asegurarse que sus discapacidades sean tomadas en cuenta e incluso, sin evaluar el tipo de discapacidades funcionales que pueden tener. La psiquiatría también ha dejado pasar la oportunidad de informar a los servicios sociales sobre cómo entender a los clientes psiquiátricos y cómo trabajar con ellos. Cuando estas personas recaen y necesitan apoyo intensivo y ayuda sensible, junto con medicación, el personal de psiquiatría debe estar disponible para evaluar lo que se precisa y preparado para realizar visitas domiciliarias o ingresarles en el hospital, en colaboración con el personal de los servicios sociales. Si no es así, la situación se agudiza y los vecinos, preocupados y molestos, terminan llamando a la policía. El ingreso en el hospital y el desalojo de la casa, podría haberse evitado con un servicio psiquiátrico atento e inmediato, que estuviera disponible las 24 horas.

Defensor personal (representante) (ombudsman)

En Suecia el establecimiento de un defensor personal representa un aspecto importante de la reforma de la psiquiatría. Todas las personas que forman parte de la LSS (Evaluación económica de la reforma sueca para los discapacitados), derivada de las leyes que dan derecho al apoyo y servicios a quienes tienen un tipo de discapacidad que impide el funcionamiento social, tienen derecho a tener un representante personal. La reforma sólo se ha llevado a cabo, por el momento, a título de prueba pero los resultados han sido muy positivos en la disminución de la asistencia hospitalaria y la mejora de la calidad de vida. El representante personal es el “defensor” de los intereses de su cliente en la comunidad y se asegura que se produzca una colaboración efectiva entre las diferentes personas implicadas. El representante personal no debe ayudar al cliente con la alimentación y la limpieza, función que se espera que realicen los servicios sociales. La necesidad de alguien que vele por los derechos de las personas discapacitadas se ha vuelto indiscutible.

Alojamiento protegido

Algunas personas no están capacitadas para vivir por su cuenta, a pesar de las aportaciones de los servicios sociales, porque su discapacidad

es demasiado grave o se ha afianzado a causa de la prolongada institucionalización. A estas personas, se les debe buscar ubicación en residencias con personal disponible durante parte del día o incluso durante las 24 horas. Si la persona tiene historia de abuso de sustancias y es difícil mantenerle, puede ser necesario un alojamiento especial para este tipo de pacientes con problemas psicóticos. Otro factor que se suma a las dificultades es el daño cerebral y puede significar problemas adicionales de control de impulsos que llevan a alteraciones de conducta, que pueden hacer necesario el aislamiento.

Cuando una persona no puede cuidar de sí misma en casa

La discapacidad de ciertas personas con esquizofrenia puede manifestarse con una marcada falta de capacidad para mantener el orden y la higiene en casa. Los alimentos se estropean en el refrigerador o se dejan esparcidos por la casa, la basura se acumula y el inodoro se atasca. Personas que no reciben ayuda durante algún tiempo tienen que abrirse camino entre el polvo, periódicos viejos, ropa y todo tipo de basura para poder moverse por casa. También suelen descuidar su higiene personal.

Se desatienden las comidas, produciendo malnutrición a causa de dietas repetitivas o incluso por falta de alimentación. Muchas personas sólo salen a la calle cuando es de noche y hacen la compra tan rápido como pueden. Otros no toman alimentos habituales y optan por alternativas como cereales o harina mezclada con agua. Cocinar es algo demasiado difícil. La psicosis se acentúa por el abandono de las necesidades nutricionales. Se dejan abierta la puerta de la nevera, encendido el horno eléctrico, no apagan las colillas de los cigarrillos, creando un riesgo serio de incendio.

Las relaciones con los vecinos pueden volverse tensas. Cuando la persona no se encuentra bien mentalmente y parece inusualmente extraña o atemorizada, es comprensible que los vecinos tengan miedo, especialmente por sus hijos. Los temores pueden aumentar si la persona empieza a gritar insultos, deambula hablando sola, golpea paredes o radiadores al creer que está siendo espiada. Esta conducta es un signo de soledad. Es patente que el nivel de atención recibido es muy bajo o que la persona necesita más medicación o quizás ambas cosas. Aún así puede provocar que los vecinos exijan al casero que desaloje al inquilino. Cuando las cosas llegan hasta ese extremo es inútil intentar influir en la situación con medios psicológicos. A un corto período en el hos-

pital debe seguirle algún tipo de contacto con los vecinos y el apoyo de la comunidad. No debe minimizarse el problema de vivir cerca de una persona con esquizofrenia. Los vecinos pueden necesitar apoyo y consejo sobre cómo comportarse. Puede ser vital contar con información sencilla que explique la naturaleza de la discapacidad, así como ofrecer acceso a un contacto telefónico con alguien, si los problemas continúan. Si la situación es difícil de modificar, es signo de que debe aumentarse el nivel de atención, bien sea con visitas diarias por parte de una persona de contacto o trasladando a la persona a un albergue.

Reacciones vecinales ante un nuevo centro residencial para enfermos mentales

Frecuentemente, cuando se abre una residencia, los vecinos se sienten muy preocupados (Palmlad y Cullberg, 1990). Algunas de las familias más activas pueden empezar a hacer circular peticiones para su cierre y aunque para algunos vecinos sea difícil resistirse a firmar, para otros muchos es una expresión de sentimientos intensos y amargura. Se implica a propietario y ayuntamiento y en muchos casos, se impide la apertura del centro. Por este motivo es importante enviar con antelación toda la información relevante a los residentes más cercanos. Se debería invitar a una reunión informativa local, donde los responsables puedan dar una explicación detallada sobre la naturaleza de las personas que vivirán en ese centro. Las preocupaciones principales que manifiestan los vecinos son que sus hijos pueden estar expuestos a violaciones sexuales y que puedan introducirse drogas en la zona. Otra preocupación bastante común es que los enfermos mentales causen alteraciones y se revelan ansiedades con relación a la depreciación del valor de la vivienda causada por el centro.

Es importante escuchar respetuosamente estos recelos, expresados por personas que ven amenazada por las autoridades la inversión en sus viviendas. También hay que destacar que muchas personas tienen un poderoso e irracional temor a la locura latente, ya que inconscientemente tienen la creencia que pueda ser "contagiosa". Se debe facilitar información, explicando que las personas afectadas no son peligrosas y describir los tipos de discapacidad que tienen, así como asegurarles que no hay peligro de alcohol ni de narcóticos. A veces puede ser necesario mantener varias reuniones y dar un número de teléfono de contacto, a través del que se puedan canalizar las preguntas y quejas.

El problema del abuso de sustancias. Diagnóstico dual

El abuso de sustancias es un problema grave para muchas personas que sufren discapacidades mentales. Normalmente se trata de formas simples de adicción con escaso impacto en la salud mental, como el tabaco y los dulces; pero el abuso puede, desde luego, tomar una forma mucho más seria: el excesivo consumo de alcohol o fumar marihuana, por ejemplo, es relativamente común en las grandes ciudades. En ciertas áreas del centro de las ciudades, se detectaron problemas con el alcohol o drogas en alrededor de la mitad de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Las razones para este patrón de abuso son múltiples:

- La discapacidad funcional crea aislamiento y disminución de la competencia social que, en sí misma, aumenta el riesgo para que los pacientes entren en círculos donde se consumen drogas y donde hay un cierto grado de tolerancia social.
- La medicación neuroléptica disminuye el sentido del placer, inhibiendo receptores dopaminérgicos. La nicotina y el alcohol pueden contrarrestar este efecto. Dosis mínimas de neurolépticos y el cambio a neurolépticos atípicos disminuiría el riesgo. (Drogas como la marihuana y las anfetaminas pueden desencadenar psicosis debido al aumento de estímulos y constituir un riesgo adicional si las consumen personas vulnerables).
- Un efecto secundario bastante común de los nuevos neurolépticos es el aumento del apetito. Esto puede ocasionar gran ansiedad por los dulces, que realmente sólo puede controlarse con un cambio de prescripción; de lo contrario se producirá obesidad, que contribuirá a deteriorar aún más la autoconfianza.
- La automedicación con drogas ilícitas y alcohol son consecuencias peligrosas y bien conocidas de la ansiedad y las alteraciones experimentadas en la psicosis sin tratar.

Es importante estar alerta al abuso de sustancias en unidades psiquiátricas de agudos. La medicación para combatir efectos secundarios y una dosis más baja de neuroléptico puede hacer algo para prevenir que suceda. El consumo será un problema permanente en la medida en que las personas con discapacidad funcional asociada a trastornos mentales encuentren la forma de unirse a otros grupos de personas desfavorecidas.

Tratamiento farmacológico de la psicosis

Los investigadores franceses Delay y Deniker descubrieron en 1952 que la clorpromazina (Largactil) no sólo era útil para controlar la temperatura en operaciones en las que el organismo era congelado (hibernando), sino que además tenía efectos antipsicóticos. Esto generó un gran optimismo entre los profesionales dedicados a la atención de personas con esquizofrenia. Poco a poco, se fue avanzando en la síntesis de nuevas sustancias que tenían efectos similares y a los que sus descubridores denominaron neurolépticos (del griego *lepsis*, atar, asir; literalmente, coger el nervio). Medicación antipsicótica es el término con el que se les denomina en la actualidad. Durante las últimas décadas, las investigaciones han comenzado a aportar evidencias sobre centros y mecanismos de acción de estos fármacos en el cerebro. Se han desarrollado nuevos fármacos, conocidos como neurolépticos atípicos, cuyo efecto antipsicótico tiene como diana centros y mecanismos de acción sutilmente diferentes.

Farmacología de los receptores

El cerebro humano contiene alrededor de 100.000.000.000 células nerviosas o *neuronas* conectadas entre sí por medio de sus ramificaciones (dendritas).

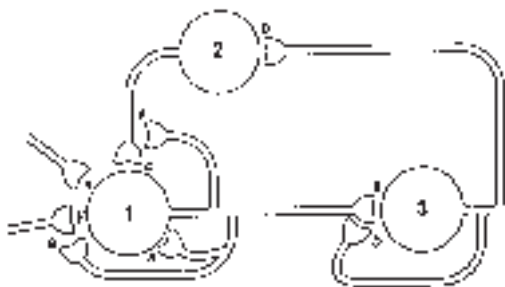


Figura 24.1

Dibujo esquemático de una red neural que muestra el mecanismo de transmisión de los impulsos nerviosos a través de las sinapsis (a, b, c, x, y) y los circuitos de retroalimentación.

En los puntos de contacto, es decir, las *sinapsis*, la transmisión de la señal se realiza a través de un proceso químico que tiene lugar entre las dos neuronas y mediante el cual cierto neurotransmisor que, por lo general, consiste de una molécula sintetizada a partir de uno o varios aminoácidos, se une temporalmente a una *molécula receptora* y libera la señal que estimula la neurona receptora (“post-sináptica”). El neurotransmisor puede ser reabsorbido y reutilizado o metabolizado. En la actualidad se conocen y se han identificado cerca de cien neurotransmisores y al menos 300 receptores. La identificación de su localización en el cerebro, equivalencia genética o funciones farmacológicas y fisiológicas aún es insuficiente. Algunos de los receptores de especial interés para la psiquiatría de la psicosis son los siguientes:

1. *Receptores dopaminérgicos*. Según nuestros conocimientos actuales, hay cinco subtipos: D1-D5. El sistema dopaminérgico se forma por la acumulación de núcleos celulares en el cerebro medio y está implicado en la modulación de la conducta motora a través del *núcleo estriado*. Tiene conexiones con el sistema *límbico* que modula experiencias sensitivas y con áreas corticales, principalmente prefrontales, que controlan los procesos cognitivos. El sistema dopaminérgico tiene una importancia crucial en los sistemas de *motivación y recompensa* del cerebro y regula nuestro estado de ánimo. Las anfetaminas y la cocaína aumentan la liberación de dopamina en el cerebro, mientras que los neurolépticos clásicos bloquean la acción de la dopamina liberada.
2. *El sistema serotoninérgico*. Tiene diferentes tipos de receptores y también procede del cerebro medio desde donde se proyecta a tra-

vés de varias rutas, tanto al sistema *límbico* como al área *cortical*. Sustancias alucinógenas como la mescalina y el LSD-25 estimulan el funcionamiento de la serotonina mientras que, por ejemplo, la clozapina lo inhibe. (Muchos de los modernos antidepresivos bloquean la recaptación de serotonina en los receptores en los que se acumula este neurotransmisor).

3. *El complejo-receptor del GABA*. Es un importante receptor inhibidor que se extiende por gran parte del sistema nervioso central. La *amígdala*, situada en los lóbulos temporales, es rica en receptores GABA y juega un papel central en las emociones, aprendizaje, reacciones de miedo, etc. Estos receptores son estimulados, entre otras sustancias, por las benzodiazepinas, que reducen la ansiedad y relajan la tensión muscular.

Ciertamente, son muchos los sistemas de receptores relevantes para la psiquiatría de la psicosis. Los neurolépticos “clásicos” interactúan con muchos de éstos y, en consecuencia, tienen efectos multifacéticos y a veces indeseados.

Medicación antipsicótica

Mediante estudios de tomografía por emisión de positrones (PET), en los que se registra la radioactividad de moléculas marcadas que se unen a receptores específicos del cerebro, ha sido posible demostrar que los denominados neurolépticos clásicos, por ejemplo, la clorpromazina (Largactil) y el haloperidol (Haldol), se ligan a receptores D2 que, de este modo, inhiben la liberación de dopamina. Después de tomar una dosis mínima, en pocas horas, los efectos farmacológicos inmediatos son una disminución de la actividad emocional, alteraciones de la coordinación muscular extrapiramidal y alteraciones hormonales, que los clínicos han considerado como efectos secundarios indeseables. Aún no está claro cómo se produce el efecto antipsicótico, que aparece mucho más tarde. No obstante, se ha demostrado que muchos antipsicóticos tanto convencionales como atípicos, pueden producir un bloqueo del receptor D-2 (con efecto antipsicótico) con dosis que no causan efectos secundarios de tipo neuromuscular (Figura 24.3).

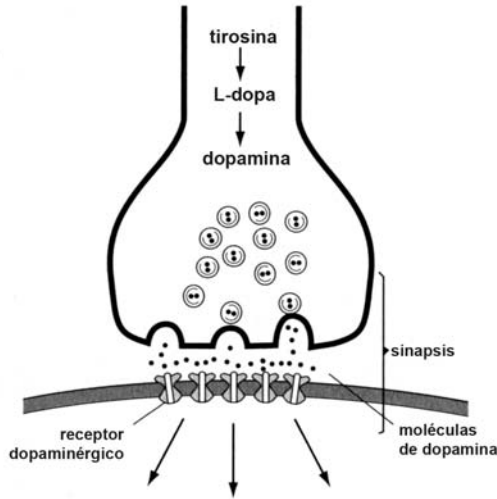


Figura 24.2

Dibujo esquemático de la sinapsis de un receptor dopaminérgico. En la parte presináptica se produce la síntesis, almacenamiento y metabolismo de las moléculas de dopamina. Éstas son recibidas por receptores específicos en la neurona siguiente y la señal continúa hacia la próxima sinapsis. Las moléculas de dopamina abandonan entonces el receptor y se produce la recaptación por la neurona presináptica

Dado que muchos pacientes rehúsan tomar neurolépticos convencionales a causa de sus efectos secundarios, se ha llevado a cabo una búsqueda intensiva de sustancias que tengan acción sobre otros receptores. Se han sintetizado fármacos, denominados neurolépticos atípicos, que también se ligan e inhiben receptores de serotonina. Aunque producen muy pocos efectos extrapiramidales, no significa que no tengan efectos secundarios.

Neurolépticos que bloquean la dopamina

La clorpromazina original (Largactil) es una fenotiazina como la mayoría de los primeros neurolépticos. Otras fenotiazinas son la tioridazina (Melleril), levomepromazina (Nominan) y otros preparados de baja potencia. En la actualidad se emplean cada vez con menos frecuencia debido a la dificultad para controlar sus efectos adversos. Dado que influyen sobre muchos sistemas de receptores a la vez, se les considera “fármacos

sucios". Además del efecto antipsicótico, sus efectos sedantes y aplanamiento son notables.

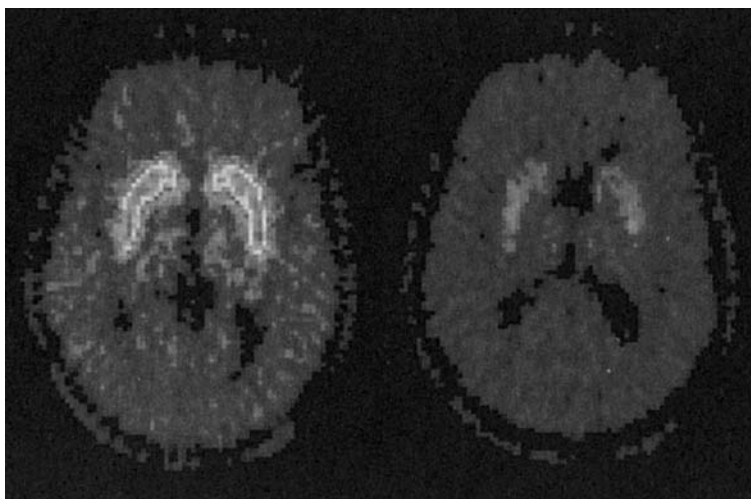


Figura 24.3

Imágenes de PET del cerebro en una sección horizontal. La imagen de la izquierda muestra receptores D-2 (no medicados) situados específicamente en núcleos cerebrales profundos, el denominado núcleo estriado. Se visualizan mediante la sustancia radiactiva 11c-raclorpride, que se liga específicamente a receptores D-2. La imagen de la derecha muestra el mismo individuo tras ingerir una dosis de 6 mg. de Risperidona. Aquí los receptores están bloqueados por la medicación. Las zonas claras en las imágenes indican elevada actividad D-2 (modificado según S. Nyberg y L. Farde).

En etapas iniciales se descubrieron compuestos, también antagonistas de la dopamina, pero con una apariencia molecular diferente y que podían darse en dosis más bajas, por tanto, tenían una alta potencia. Haloperidol (Haldol), flufenazina (Siqualone, Mediten), perfenazina (Trilafon, Fentazin), flupentixol (Fluanxol) y zuclopentixol (Cisoridnol, Clopixol) son fármacos de alta potencia.

Neurolépticos atípicos inhibidores de la serotonina

La *Clozapina* (Clozaril) fue el primer fármaco neuroléptico atípico. Es un compuesto de baja potencia con efectos beneficiosos en muchos pacientes esquizofrénicos crónicos que eran resistentes al tratamiento. Sus

efectos se deben principalmente a una potente inhibición de receptores serotoninérgicos. Por esta razón, no produce los comunes efectos secundarios extrapiramidales, es decir, los síntomas musculares de tipo parkinsoniano (véase más adelante). No obstante, tiene otros efectos secundarios que reducen su utilidad, tales como aumento de peso que puede obligar a un cambio de medicación. La fatiga y palpitaciones también pueden producir problemas a muchos pacientes. Otro inconveniente importante es el riesgo de una reacción tóxica en la médula ósea acompañada de un grave descenso en el número de glóbulos blancos (agranulocitosis). Aunque es relativamente poco frecuente, debe detectarse de forma precoz a través de un seguimiento cuidadoso con hemogramas para evitar una enfermedad grave.

La *Risperidona* (Risperdal) es un fármaco de alta potencia que se une tanto a receptores dopaminérgicos como serotoninérgicos. Por tanto, los síntomas extrapiramidales son menos relevantes que los del haloperidol. Las dosis de risperidona y haloperidol son comparables. El patrón de efectos secundarios es similar pero menos marcado.

La *Olanzapina* (Zyprexa) tampoco produce efectos secundarios de tipo extrapiramidal. Con frecuencia, el aumento de peso es bastante pronunciado; el fármaco comparte este efecto con la clozapina y, por lo general, genera cansancio. Sin relación con el aumento de peso, la olanzapina (al igual que la clozapina) también puede provocar diabetes Tipo II.

La *Ziprasidona* (Zeldox) es una sustancia comercializada recientemente dentro del rango de potencia media. Sus efectos secundarios se describen como leves.

La *Quetiapina* (Seroquel) también es un fármaco nuevo de baja potencia con efectos secundarios de tipo extrapiramidal y aumento de peso insignificantes. Aparte de su alto coste, aún se desconocen sus aspectos negativos, los cuales suelen aparecer tras unos pocos años de uso.

Con frecuencia se afirma que los neurolépticos atípicos tienen un mejor efecto sobre los síntomas negativos (apatía, falta de voluntad, pérdida del habla) que los neurolépticos típicos, pero esto no es necesariamente cierto. En varios estudios controlados se han comparado sus efectos con los del haloperidol. Las dosis de haloperidol fueron demasiado altas, 15 mg al día o más y, por tanto, las comparaciones con las nuevas sustancias son "injustas". Muchos de los denominados síntomas negativos con haloperidol podrían ser efectos secundarios causados por el exceso de medicación.

Modos de administración

Los neurolépticos convencionales vienen en varias presentaciones: tabletas, forma líquida, inyectable e inyecciones depot. Esto último significa que el fármaco se libera lentamente desde el punto de la inyección en el músculo y es recomendable para pacientes que tienen dificultades para tomar la medicación de forma regular. El efecto de las inyecciones puede durar de tres a seis meses después de su administración, si bien la frecuencia recomendada es a intervalos de dos a cuatro semanas. La mayoría de los neurolépticos atípicos no disponen aún de esta formulación (véase Tabla 24.1).

Estudios de relación dosis-efecto

A diferencia de los tratamientos con fármacos antidepresivos, los tratamientos con neurolépticos no muestran una relación clara entre niveles plasmáticos del fármaco y su efecto terapéutico; por otra parte, permite conocer si la sustancia aparece o no en sangre: es decir, si el paciente toma la medicación y si los niveles plasmáticos son significativamente bajos o elevados en comparación con la dosis estándar. Esto indicará si la persona metaboliza la sustancia de forma rápida o lenta. En la medida que el metabolismo sea más lento, aspecto asociado a factores de tipo genético, mayores serán los niveles plasmáticos que actúen sobre los receptores. En aproximadamente el 5 por ciento de los casos, se producen efectos secundarios con dosis bajas a causa de su lenta metabolización. Alrededor del 1 al 2 por ciento tiene una rápida metabolización y requiere dosis más elevadas que la estándar.

En casos donde el tratamiento no produce efecto, aunque la concentración plasmática sea suficiente, estaría indicado el cambio a un neuroléptico atípico. De forma alternativa, si la situación lo permite, se puede correr el riesgo de disminuir la dosis gradualmente y observar si los síntomas cambian. Paradójicamente, con relativa frecuencia se observa una mejoría, un aumento de la vitalidad que, a su vez, produce una mayor receptividad a intervenciones psicoterapéuticas. En la actualidad, la mayoría de las directrices recomiendan el uso de atípicos como primera línea de actuación y clozapina después del fracaso de dos ciclos de tratamiento diferentes con otros fármacos.

Una forma fiable para estimar la relación entre dosis y efecto es comprobar la unión a receptores mediante una cámara PET (Nyberg *et al.*, 1999; Sedvall y Farde, 1995). Como resultado de esta técnica, se ha demostrado que las dosis recomendadas de neurolépticos eran demasiado elevadas para iniciar el tratamiento y que suelen ser contraproducentes debido a sus efectos secundarios (Farde *et al.*, 1992).

Tabla 24.1
Relación entre efectos y dosis de los neurolépticos más comunes (3=fuerte; 2=moderada; 1=débil)

Fármaco	Antipsicótico	Sedativo	SEP	Efectos autónomícos	Preparados depot	Dosis equivalente
Clorpromazina (Largactil)	3	3	1	3	D	50
Flufenazina (Siqualone, Mediten)	3	1	3	1	D	5
Flupentixol (Fluanxol)	3	1	2	1	D	1
Haloperidol (Haldol)	3	1	3	1	D	1
Perfenazina (Trilafon, Fentazin)	3	1	2	1	D	5
Zuclopentixol (Cisordinol, Clopixol)	3	2	2	2	D	5
Clozapina (Leponex, Clozartil)	3	3	1	3	-	50
Olanzapina (Zyprexa)	3	1	1	2	-	5
Risperidona (Risperdal)	3	1	1	1	D:liberación lenta sin excipiente oleico	1
Ziprasidona (Zeldox)	3	2	1	3	-	10-15
Quetiapina (Seroquel)	3	2	1	3	-	50

Se obtiene un efecto antipsicótico máximo con un bloqueo de 70-80 % de los receptores D-2. Este es el equivalente a una dosis de 2-4 mg. diarios de haloperidol o risperidona. El efecto antipsicótico no aumenta al elevar la dosis. Por otra parte, los efectos extrapiramidales y otros se producen con un nivel de saturación del 80 por ciento. Hasta hace poco, en la literatura británica y estadounidense se recomendaba dosis entre cinco y diez veces superiores a la dosis óptima. Una serie de estudios clínicos realizados principalmente con primeros episodios muestran que el tratamiento con dosis bajas es bastante aceptable y aparentemente los efectos terapéuticos son mejores que los obtenidos con las dosis habituales (Kopala *et al.*, 1996, 1997; McEvoy *et al.*, 1991).

No todos los pacientes con esquizofrenia se liberarán de la psicosis a pesar del tratamiento con neurolepticos. Algunos responderán mejor a neurolepticos atípicos, pero otros seguirán enfermos. En estudios controlados con placebo se ha comparado el efecto entre los pacientes a los que se prescribe neurolepticos y a los que no. El efecto neto global era 20-40 por ciento mejor con neurolepticos que sin ellos. Esto significa que hay un efecto positivo, estadísticamente significativo, con relación a la tasa de recaída. Si bien es cierto que los neurolepticos son indispensables en el tratamiento actual de la psicosis, también es importante reconocer los límites y los aspectos negativos de estas sustancias.

Efectos directos de los neurolepticos

Embotamiento mental. El síndrome deficitario inducido por neurolepticos (NID, en inglés Neuroleptic Induced Syndrome).

El grupo de los neurolepticos se separó de los sedantes debido a que sus cualidades psicotrópicas no eran comparables a las encontradas en fármacos de efecto sedante. En estudios realizados, una sensación de malestar, vacío emocional, dificultades para iniciar cualquier actividad y dificultades en la planificación, son efectos habituales de la administración de neurolepticos a personas sanas en dosis equivalentes a pocos miligramos de haloperidol. Aproximadamente un tercio de los sujetos refieren experiencias de desconcierto, dificultad para hacer las cosas y, en algunos casos, dificultades para dormir. Los efectos pueden durar varios días después de haber ingerido una única dosis (Healy y Farquhar, 1998). En estos casos, surge una sensación de embotamiento y falta de iniciativa, sien-

do experiencias negativas y diferentes al efecto de sedación producido, por ejemplo, por las benzodiazepinas. Este estado se ha denominado síndrome deficitario inducido por neurolépticos (NID, en inglés Neuroleptic Induced Syndrome; Lewander, 1994). Paralelamente a este efecto, ciertos neurolépticos tienen efectos sedantes. Pacientes que han usado neurolépticos por un período de tiempo prolongado tienen menos probabilidades de experimentar efectos secundarios con dosis bajas y necesitan dosis más elevadas para obtener los mismos efectos terapéuticos.

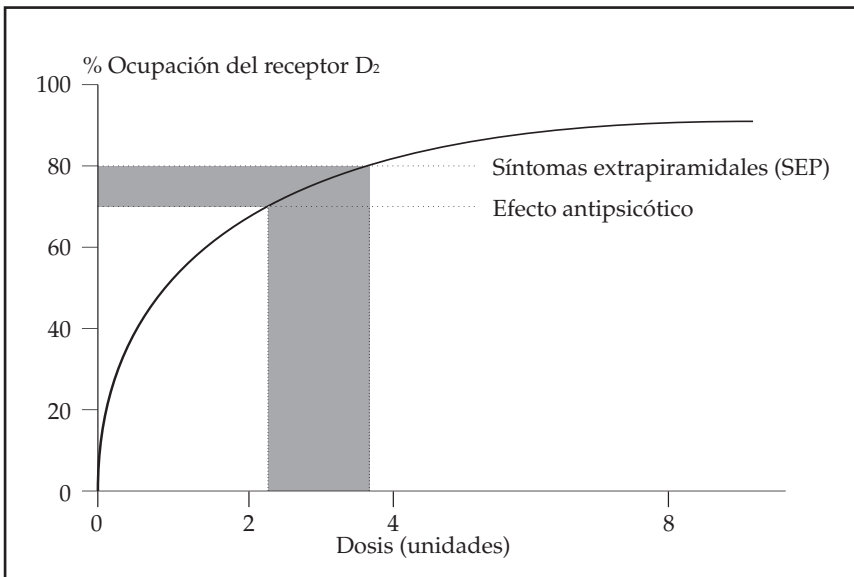


Figura 24.4

Dosis de tratamiento antipsicótico y los síntomas extrapiramidales con medicación antipsicótica clásica. Debido a la forma hiperbólica de la curva para el bloqueo D-2, alcanzada con medicación antipsicótica a cierta dosis, el intervalo para un tratamiento óptimo es un área bastante estrecha. Este intervalo ("ventana terapéutica") se encuentra entre 2 y 4 mg de haloperidol o risperidona, en la mayoría de los casos. No obstante, en alrededor del 5 por ciento de pacientes tiene un metabolismo lento, lo que aumenta los efectos secundarios y exige una dosis más baja. Unos pocos, entre el 1 y el 2 por ciento, tienen un metabolismo rápido y, por tanto, requieren dosis más elevadas (Dahl y Sjöqvist, 1997).

Síntomas extrapiramidales musculares (SEP)

- Síntomas de tipo parkinsoniano con rigidez muscular, "fenómeno de rueda dentada" (resistencia espasmódica al doblar y estirar el codo) y temblor.

- *Acinesia*, es decir, disminución de la actividad motora.
- La *acatisia* es una desagradable sensación interna de ansiedad que obliga a la persona a mantenerse en movimiento y pasearse de forma característica. Los miembros del personal con poca experiencia malinterpretan la acatisia como una alteración psicótica y aumentan la medicación neuroléptica. Puede ser tan angustiada que lleve a la desesperación y, llevada al extremo, impulse al suicidio.
- La *distonía aguda* puede producirse incluso con una dosis moderada, especialmente en varones jóvenes tratados por primera vez. Es dolorosa y muy desagradable, con calambres en la garganta, lengua, ojos o, en la musculatura empleada para la deglución. Una inyección de medicación anticolinérgica alivia rápidamente este estado.
- La *discinesia tardía (DT)* es un efecto secundario que aparece, en particular, tras un largo período de tratamiento neuroléptico en dosis bajas. Consiste en hacer muecas, tragar o movimientos circulares con la lengua de forma estereotipada y compulsiva, que son desagradables para las personas del entorno del paciente, y crean dificultades de ajuste social. Se produce entre un 10 y 40 por ciento de casos que han estado en tratamiento durante años, y suele aparecer tras la disminución de las dosis. La DT depende de la dosis lo que significa que es menos probable que ocurra con dosis bajas. También parece que los neurolépticos atípicos causan menos DT que los tradicionales. En las DT ciertos centros extrapiramidales (coordinación muscular) cerebrales se han sensibilizado por el uso de neurolépticos, de manera que su funcionamiento está alterado. Por lo general, los síntomas desaparecen al aumentar la dosis, pero resultan difíciles de manejar cuando se desea suspender la medicación. Si la situación del paciente lo permite, la retirada total del tratamiento neuroléptico conduce a una remisión gradual de la DT en la mayoría de los pacientes, pero no en todos.

Aumento de peso, efectos secundarios autonómicos y hormonales

Muchos neurolépticos producen un aumento de prolactina que puede, entre otras cosas, causar galactorrea. La sensación de hambre y un marcado aumento de peso constituyen otros efectos secundarios problemáticos. Es particularmente notable con clozapina y olanzapina y puede llevar al paciente a suspender la medicación. También se producen alteraciones autonómicas como palpitations, sudoración o aumento de la salivación, dependiendo del receptor afectado.

El efecto antipsicótico: ¿la inhibición de los receptores proporciona un “respiro” psicológico?

En el Capítulo 17 señalé que no conocemos ningún correlato biológico para la psicosis. La psicosis sólo está definida en términos fenomenológicos y psicológicos. La experiencia no psicótica de la realidad es producto del trabajo de integración de las percepciones internas con las externas, realizado por el yo de forma consciente y permanente. A partir de nuestras experiencias tempranas (recuerdos) creamos una “*gestalt*” significativa e integrada de nuestra realidad interna y externa, cuya correcta interpretación constituye un requisito indispensable para la supervivencia, al menos a largo plazo. Es decir, que para la comprensión esencial de los fenómenos del mundo circundante es necesario que exista un acuerdo relativo a por qué ocurren las cosas y sobre las actitudes de las personas, compartido por quienes pertenecen a un mismo grupo cultural. Debido a su valor para la supervivencia, cabe suponer que esta función integradora del yo tiene una potente base genética.

Nuestro sentido de la realidad está bajo un ataque permanente. Tenemos fantasías durante el día y soñamos mientras dormimos. Ambas actividades tienen cualidades psicológicas pero se diferencian por la facilidad con la que pueden interrumpirse. Cuando estamos sometidos a estrés o a una amenaza psicológica o, cuando nuestro funcionamiento cerebral está alterado, esta función integradora del yo se ve afectada. No podemos evitar que fantasías regresivas amenazantes o sueños ilusorios proporcionen explicaciones particulares que dominan los acontecimientos y que, normalmente, no contemplaríamos. Al mismo tiempo, sabemos que una persona con tendencia a la psicosis puede, hasta cierto punto, refrenar un estado mental crítico, no psicótico, mediante concentración y entrenamiento mental. A través del trabajo mental es posible neutralizar el riesgo de abandonarse a las propias fantasías, de manera que no conduzcan a una psicosis incontrolable. Esta es la razón de muchos éxitos terapéuticos obtenidos en estos casos.

Como ya he mencionado, los efectos secundarios posteriores a una inyección de neurolépticos (que estrictamente hablando son los efectos farmacológicos inmediatos de la medicación) aparecen en el lapso de una hora. El efecto antipsicótico deseado es, por otra parte, difícil de predecir en casos específicos y, por lo general, lleva días o semanas, si es que se consigue. En la actualidad, sabemos que hasta el 50 por ciento de quienes presentan un primer episodio psicótico, no requieren los neurolépticos si se cumplen los requisitos psicosociales óptimos (Cullberg, 1997). Hay una tendencia “natural” a la recuperación de la psicosis que puede, no obstante, facilitarse mediante una prescripción cuidadosa de antipsicóticos.

Parece poco probable que podamos encontrar una explicación enteramente farmacológica para explicar que el efecto antipsicótico se retrase más que otros efectos clínicos. Es posible además, demostrar que los procesos psicológicos interactúan con los de tipo farmacológico. (El mismo razonamiento puede aplicarse a los fármacos antidepresivos).

La psicosis, según la teoría del aprendizaje, puede contemplarse como un estado de hiperactividad mental que conlleva el dominio de procesos como fantasías y recuerdos sobre el pensamiento (Miller, 1987). El sistema dopaminérgico es el sistema de recompensa, que aumenta la motivación y aprendizaje, con independencia de que lo aprendido sea correcto o no. Los antagonistas de la dopamina como los antipsicóticos, reducen la tendencia a desarrollar reflejos condicionados en animales de laboratorio. Desde esta perspectiva, los antipsicóticos evitan el aprendizaje de nuevas fantasías psicóticas en los seres humanos, estas fantasías no podrán tener el efecto de nuevos aprendizajes y se producirá un "respiro" psicológico, que ofrece un gran potencial para la recuperación de una forma normal de pensamiento.

Desde el punto de vista fenomenológico podemos ver que, en realidad, los antipsicóticos no producen paz mental sino indiferencia (Healy, 1989). Esta indiferencia implica que no estemos tan implicados ante estímulos emocionales (del entorno o de las fantasías internas) y, por tanto, éstos no generen conflictos. La capacidad yoica, crítica y de verificación de la realidad, aumenta y pueden evitarse las ilusiones con mayor facilidad. Si entendemos la psicosis como una alteración exclusiva y principalmente biológica del funcionamiento del cerebro,¹ es natural tratar a cada paciente que tiene síntomas psicóticos con medicación, de forma inmediata, y continuar con la medicación durante un período de tiempo prolongado y dar por sentado que este tratamiento será eficaz sin preocuparse demasiado por tratamientos psicosociales.

No obstante, es importante observar que los antipsicóticos, por medio de una serie de procesos psicológicos interactivos, no sólo combaten delirios o alucinaciones sino que también tienen consecuencias clínicas, ya sea desde una perspectiva dinámica como desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje. Como he planteado con anterioridad, una cantidad de episodios de psicosis aguda remiten tras un período razonable de tiempo sin tratamiento antipsicótico. Por este motivo, es razonable posponer el tratamiento una o dos semanas siempre que la situación lo permita. Los antipsicóticos se administrarán inicialmente, en una dosis baja óptima que no produzca efectos secundarios, para evitar dificultades en el futuro. Antes de aumentar la dosis debe darse tiempo a que la inhibición de los receptores tenga efecto sobre las funciones yoicas, junto con el

apoyo psicosocial. Cuando la psicosis haya desaparecido tras un largo tratamiento, la medicación debe retirarse gradualmente durante semanas o meses. Se ha demostrado que la retirada brusca de los antipsicóticos aumenta el riesgo de recaída, probablemente debido a que los receptores se alteran por el cambio súbito. Si el riesgo de recaída es significativo, es necesario tratar de aumentar la motivación del paciente a favor de un tratamiento prolongado.

Este razonamiento es válido para el tratamiento de la psicosis. En los casos de manía u otro tipo de exaltación destructiva, con fuerte agitación o agresión, el hecho de que la medicación tenga un efecto aplanador puede motivar un mayor aumento de la dosis.

Tratamiento de los síntomas extrapiramidales (SEP)

1. Con SEP moderados, la primera medida a tomar es reducir la dosis de neurolepticos. Si esto no es suficiente, deberá prescribirse un fármaco anticolinérgico como biperideno (Akineton) u orfenadrina (Disipal) en tabletas.
2. En los casos de distonía aguda es necesario aplicar una inyección intramuscular de prociclidina (5-10 mg), que tiene un efecto inmediato.
3. Con el tratamiento antipsicótico moderno en bajas dosis, los SEP suelen constituir un problema relativamente menor. Es importante destacar que los fármacos anticolinérgicos (“anti-parkinsonianos”) también tienen efectos secundarios de tipo cognitivo produciendo, entre otros, problemas de concentración. Todavía a pacientes crónicos mayores se les prescribe dosis demasiado elevadas de neurolepticos cuyos efectos secundarios se contrarrestan de forma inadecuada con potentes fármacos anti-parkinsonianos. La experiencia desesperada de vacío existencial y pérdida de motivación producida por la combinación del tratamiento con la enfermedad subyacente, con mucha frecuencia se compensa con el abuso de *cannabis* y/o alcohol. En general, hay un aumento del abuso de sustancias.

Fármacos sedantes e hipnóticos

Con el fin de contener el deseo de prescribir neurolepticos con demasiada rapidez, puede resultar de utilidad ser “generoso” con los sedantes

durante las primeras fases de la psicosis. El síntoma más doloroso y perturbador de los pacientes con psicosis aguda es principalmente la ansiedad. Las personas con una psicosis aguda también tienen problemas para dormir, lo que exacerba los síntomas psicóticos, por lo que regular el sueño es de vital importancia. La ansiedad y los problemas de sueño, por lo general, responden bien a las benzodiazepinas que pueden administrarse en dosis normales, si bien algunos pacientes psicóticos agudos requieren dosis significativamente elevadas. Como consecuencia, puede que el tratamiento antipsicótico no sea necesario. Desafortunadamente, las benzodiazepinas no tienen ningún efecto antipsicótico significativo y, por esta razón, una psicosis que no remita en un lapso de una o dos semanas, debe tratarse con antipsicóticos. Como medicación alternativa para el sueño puede prescribirse zopiclona (Zimovane 7,5 mg.) o zolpidem (Stilnoct 10 mg.).

Al igual que pacientes con otros trastornos, los pacientes psicóticos tienen las mismas probabilidades de desarrollar síntomas de abstinencia y dependencia tras estar tomando benzodiazepinas y fármacos similares durante un tiempo. Por este motivo, es importante que seamos prudentes en la prescripción o que reduzcamos la dosis lo más pronto posible. Naturalmente, esto es de especial relevancia en el caso de personas con antecedentes de abuso de sustancias.

Medicación antidepresiva y tratamiento con litio

El tratamiento de la depresión

Por lo general, personas que están en proceso de recuperación de una psicosis presentan síntomas depresivos lo que, como se analiza en el Capítulo 14, suele constituir una reacción a la experiencia de la psicosis. Tanto la experiencia de “haberse vuelto loco” como la de haber sido ingresado de forma involuntaria en un centro psiquiátrico, socavan la seguridad en sí mismas de la mayoría de las personas. Se trata de reacciones comprensibles que deberían tratarse principalmente de forma psicoterapéutica. Otra causa para reacciones de tipo depresivo puede ser el exceso de medicación neuroléptica.

Tras un período de tiempo más prolongado, cuando la discapacidad asociada al trastorno esquizofrénico o las pérdidas vitales que ocurren in-

evitablemente en relación con la enfermedad comienzan a ser evidentes, muchos pacientes sucumben a trastornos depresivos prolongados que conllevan un alto riesgo de suicidio. En estas situaciones, la medicación antidepresiva en combinación con el apoyo psicológico puede atenuar los síntomas. Naturalmente, las personas con esquizofrenia, al igual que cualquier otra persona, pueden sufrir una depresión debida a otras causas y, en estos casos, la medicación también está indicada.

No hay razón alguna para que los neurolépticos no puedan combinarse con antidepresivos. No obstante, hay observaciones clínicas que sugieren que la medicación antidepresiva puede disminuir en ciertos pacientes el umbral para la psicosis, si bien esto aún no se ha confirmado científicamente.

Tratamiento con litio

En las psicosis esquizoafectivas recurrentes al igual que en otras psicosis caracterizadas por las oscilaciones afectivas (por ejemplo, psicosis breves recurrentes), el tratamiento con litio suele ofrecer un mejor pronóstico. El litio se prescribe en forma de sales y se conoce muy poco sobre su mecanismo de acción. El litio actúa sobre el sistema serotoninérgico y tiene también efecto sobre la transmisión de señales a nivel intracelular. Su indicación principal es el trastorno bipolar (maníaco-depresivo), reduciendo la frecuencia de recaídas o haciendo que las crisis sean más manejables. Desafortunadamente, no se dispone aún de tratamiento de depot por lo que la medicación debe administrarse varias veces al día. Este tratamiento requiere fuerte motivación por parte del paciente que debe realizarse analíticas regulares para monitorizar los niveles séricos de litio. Durante los primeros meses, deberán hacerse con frecuencia semanal hasta alcanzar niveles estables y posteriormente, a intervalos menos frecuentes.

El litio tiene un rango limitado de eficacia terapéutica. Si la concentración es elevada, pueden presentarse efectos secundarios como mareo, temblor y diarrea; incluso niveles muy elevados pueden causar insuficiencia renal y coma. Algunas personas pueden padecer erupciones cutáneas y aumento de peso. A veces, estos efectos secundarios son tan desagradables que el tratamiento debe suspenderse. Alrededor de la cuarta parte de los pacientes manifiestan una experiencia subjetiva de que la vida les resulta menos colorida y con menos sentido que antes; los artistas pueden sufrir esta experiencia de forma más intensa. En estos casos, es

importante valorar si se debería correr el riesgo asociado a la suspensión de la medicación y compensarlo con un contacto más frecuente durante un período de tiempo prolongado. Es recomendable implicar y asesorar a los miembros de la familia para que puedan reaccionar a tiempo si notan una reaparición de los síntomas. El tratamiento debe continuar años antes de tomar la decisión de suspenderlo. Muchos pacientes y sus familiares prefieren que continúe de por vida con tal de evitar una recaída. En la actualidad, algunos fármacos antiepilépticos constituyen una alternativa al tratamiento con litio, y se considera que el valproato tiene una eficacia casi similar. Por lo general, la carbamazepina requiere un aumento de dosis transcurrido algún tiempo.

Resumen de directrices para el tratamiento farmacológico de la psicosis

- 1 Cuando predominen los síntomas de ansiedad, las benzodiazepinas son los fármacos de elección para iniciar el tratamiento.
- 2 Los problemas de sueño deben regularse lo antes posible.
- 3 No esperar el efecto de los neurolépticos durante los primeros días del tratamiento.
- 4 Si la psicosis es destructiva y difícil de sobrellevar el tratamiento con neurolépticos deberá iniciarse antes.
- 5 Comenzar con una dosis baja de neurolépticos. En el caso de pacientes a los que se administra tratamiento por primera vez, prescribir 0,5-1 mg. equivalentes de haloperidol una o dos veces al día.
- 6 En pacientes que ya han sido tratados con neurolépticos con anterioridad, puede ser necesaria una dosis más elevada para iniciar el tratamiento.
- 7 Si se producen SEP, primero tratar de reducir la dosis y a continuación prescribir un neuroléptico atípico.
- 8 Los preparados depot sólo representan una alternativa en los casos de psicosis crónica y cuando el paciente no cumple con el tratamiento en forma de tabletas.
- 9 No utilizar varios neurolépticos simultáneamente.
- 10 Cuando la psicosis remita, deberá intentarse una retirada gradual o sustitución de los neurolépticos.

- 11 Si el paciente no responde al tratamiento en uno o dos meses, en lugar de aumentar la dosis, deberá comprobarse la concentración plasmática. En caso que sea satisfactoria, deberá cambiarse a un neuroléptico atípico. Si aún así no hay respuesta, tratar de reducir la dosis por completo y observar si los síntomas cambian.
- 12 Los pacientes de edad avanzada por lo general requieren dosis menores o incluso mínimas.
- 13 Cuando se ha utilizado neurolépticos durante muchos años, se debe intentar reducirlos gradualmente, quizás durante un período de seis meses a un año.
- 14 En casos de recaída frecuente de episodios psicóticos con rasgos afectivos, se recomienda el tratamiento con litio.
- 15 “Negociar” con el paciente y permitir que tenga voz y voto en el tratamiento. Después de varias recaídas la mayoría de las personas se acostumbran a los neurolépticos.
- 16 Sea el consultor del paciente, no su guardián. Si el paciente no tiene capacidad de colaboración y hay probabilidades de que se produzca una situación destructiva, la medicación deberá administrarse por la fuerza. Deberá hacerse de forma “amable pero firme” y acompañado de una clara explicación al paciente sobre las razones de la obligatoriedad del tratamiento.

Tratamientos psicológicos de la psicosis

Muchas personas esquizofrénicas recuperan la salud sin necesidad de tratamiento médico. El diagnóstico de esquizofrenia no constituye en sí mismo una razón inmediata para recurrir a la medicación [...] Ser capaz de conducir el tratamiento de la persona esquizofrénica sin medicación es un arte especial, pero suele ser en beneficio del paciente. (Manfred Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, 1979).

Pocas preguntas han generado tanta controversia con respecto al tratamiento de la psicosis como la relativa al lugar del psicoterapeuta. Si bien esto ha constituido una preocupación activa a lo largo de mi carrera como psiquiatra, no me siento listo aún para contestarla de forma completa. No faltan los alegatos relativos a cuál es el método de tratamiento más eficaz o ineficaz. Como suele suceder cuando se trata de psicoterapia, tenemos que preguntarnos ¿qué paciente psicótico debería ser tratado y en qué fase de la enfermedad debería realizarse el tratamiento? ¿a qué metas podemos aspirar y quién debería llevar a cabo el tratamien-

to? Estas preguntas indican principalmente que se trata de la capacidad para desarrollar una relación terapéutica caracterizada por la contención. El conocimiento técnico y teórico constituyen herramientas importantes pero deben estar subordinadas a la capacidad para mantener una comprensión empática del dilema del paciente entre su necesidad de apartarse y, al mismo tiempo, de establecer contacto.

Analizaré estudios científicos que investigan los métodos de tratamiento dinámicos versus cognitivos y, a continuación, haré una valoración sintética basada en mi propia experiencia. Al mismo tiempo, me gustaría destacar que el objetivo principal de este libro no es ofrecer un manual sobre el tratamiento en la práctica.

La tradición psicoanalítica

La historia de dos casos clínicos fueron de suma importancia para estimular la esperanza en la cura de pacientes esquizofrénicos con tratamiento psicoanalítico. La psicoanalista suiza Marie-Anne Sechehaye publicó *La réalisation symbolique* en 1947, donde describe el tratamiento de Renée, una chica psicótica profundamente regresiva que recibía cuidados en un hospital y que recuperó la salud lentamente mediante una terapia centrada en la satisfacción simbólica de su necesidad frustrada de recibir el amor de su madre. Renée, que fue adoptada por su analista una vez finalizado el tratamiento, llegó a convertirse en una académica destacada. La edición alemana del libro incluye el diario de la paciente.

En 1964 Hannah Green documentó en forma de novela su dramático tratamiento con la psicoanalista Frieda Fromm-Reichmann en *I Never Promised You a Rose Garden*, que se convirtió en *bestseller* e inspiró una película. En un estudio sobre su diario, que tuvo continuación en su seguimiento personal 30 años después de concluido el tratamiento, los investigadores dedujeron que su diagnóstico original era esquizofrenia de acuerdo con el DSM-III, pero las características de su enfermedad eran inusuales y de tipo afectivo (McGlashan y Keats, 1989). Más tarde, Green tuvo una carrera exitosa como escritora y después de haber estado en psicoterapia no volvió a necesitar ayuda psiquiátrica. En ambos tratamientos, que se llevaron a cabo sin neurolépticos, la capacidad creativa de las pacientes para dibujar y pintar de forma periódica jugó un papel muy importante.

Durante los períodos relativamente largos en los que las terapias tuvieron lugar, la juventud de las pacientes, su alto nivel intelectual, la regresión intensa, los delirios y la autodestructividad desempeñaron un rol importante. Ambas pertenecían a un grupo social privilegiado. Desde entonces, se han publicado muchos relatos similares que muestran de forma clara que el éxito no se habría logrado sin un tratamiento tan intenso y prolongado. En Suecia, la psicoterapeuta Barbro Sandin se ha dado a conocer por la similitud de su método de trabajo, fuertemente estructurado y personalizado. Incluso la descripción de su método (Sandin, 1986) se ha completado con la presentación de la autobiografía de uno de sus pacientes (Jonsson, 1986). He seguido personalmente a este paciente, diagnosticado originalmente de esquizofrenia según criterios DSM-III y a los otros siete pacientes psicóticos tratados con éxito y que pude localizar, a través de los historiales clínicos, entrevistas con los pacientes y con sus terapeutas (Cullberg y Levander, 1991). La recuperación está claramente relacionada con la psicoterapia, que en la mayoría de los casos, detuvo un proceso crónico consolidado (para mayor información véase Capítulo 16, p. 229).

Estudios sistemáticos sobre el efecto de las terapias de orientación psicoanalítica

Fue un shock para la psicoterapia de orientación psicoanalítica cuando Thomas McGlashan, jefe de investigación en Chestnut Lodge, publicó un seguimiento detallado de pacientes que habían sido tratados en este hospital en 1984. De los más de 100 pacientes con esquizofrenia crónica (DSM-III), sólo una décima parte podían considerarse completamente restablecidos. Los restantes vivían con grados variables de discapacidad y dependencia a pesar de haber realizado una psicoterapia larga e intensiva, aunque habían mejorado y tenían una mejor calidad de vida. Al año siguiente, se publicó en Boston un estudio en el que se comparaba psicoanálisis con psicoterapia de apoyo en pacientes esquizofrénicos (Gunderson *et al.*, 1984) y cuyos resultados eran favorables a la psicoterapia de apoyo. No obstante, aquellos pacientes cuyos terapeutas tenían, con anterioridad al tratamiento, una mejor formación dinámica obtuvieron los mejores resultados (Glass *et al.*, 1989). Si bien estos resultados deben analizarse cuidadosamente, ya que apenas se pudo hacer seguimiento a la mitad de los pacientes, se hizo evidente que la noción de psicoterapia en la esquizofrenia tenía que ser reevaluada.

Tabla 25.1*Estudios sistemáticos de tratamientos psicodinámicos de la psicosis/esquizofrenia*

Autor	Método	Resultados	Observaciones
May <i>et al.</i> , (1968)	Estudio aleatorio de 4 grupos de pacientes con un primer episodio, en 4 modalidades terapéuticas: medicación neuroléptica, psicoterapia, una combinación de ambas, o ningún tratamiento.	La combinación de neurolépticos y psicoterapia fue la modalidad más eficaz. La psicoterapia sola no fue más efectiva que la ausencia de tratamiento.	Poca competencia psicoterapéutica. Métodos psicoterapéuticos inadecuados según los estándares modernos. Sólo atención hospitalaria.
Karon <i>et al.</i> , (1972)	Estudio aleatorio de 3 grupos, formados por 12 pacientes esquizofrénicos agudos, en 3 modalidades de tratamiento: psicoterapia psicodinámica, psicoterapia+medicación, o tratamiento estándar.	El grupo de psicoterapia sin medicación obtuvo resultados significativamente mejores que los otros grupos después de 2 años.	Criterios diagnósticos poco claros, grupos pequeños, el grupo control no es comparable.
Sjöström (1985)	14 pacientes esquizofrénicos crónicos (DSM-III) hospitalizados, en psicoterapia psicodinámica prolongada. El grupo control recibió tratamiento estándar.	Los resultados del grupo con psicoterapia fueron significativamente mejores transcurridos 6 años mucho menos medicación neuroléptica.	El grupo control era adecuado pero no aleatorizado con el grupo experimental. Tratamiento realizado o supervisado por terapeuta sin entrenamiento formal pero con talento.
McGlashan (1984)	163 pacientes esquizofrénicos crónicos (DSM-III) hospitalizados, en psicoterapia psicoanalítica intensiva 4-5 veces por semana.	14 % con mejoría significativa o recuperados.	Principalmente un grupo crónico. No hubo rehabilitación social sistemática. No hubo esfuerzos por integrar la medicación neuroléptica.
Gunderson <i>et al.</i> , (1984)	95 pacientes con primer episodio esquizofrénico (DSM-III), en psicoterapia psicoanalítica orientada al <i>insight</i> o psicoterapia psicodinámica de apoyo.	Resultados relativamente mejores con la psicoterapia psicodinámica de apoyo. Los terapeutas "mejor considerados" desde el punto de vista psicodinámico obtuvieron mejores resultados	Índice de abandonos superior al 50%

Tabla 25.1 (cont.)*Estudios sistemáticos de tratamientos psicodinámicos de la psicosis/esquizofrenia*

Autor	Método	Resultados	Observaciones
Stone (1986)	72 pacientes con esquizofrenia (DSM-III) en psicoterapia psicoanalítica durante una media de 12 meses.	10% se recuperó, 20% sintomatología leve, >50% con síntomas residuales, 20% se suicidó.	Períodos de tratamiento breves, con protocolos de tratamiento poco claros.
Cullberg (1991)	Estudio de casos de pacientes suecos esquizofrénicos (DSM-III) en completa remisión, tratados con psicoterapia psicodinámica de larga duración. Se compararon con 10 pacientes no recuperados con el mismo tipo de psicoterapia.	Se hallaron 8 casos con recuperación permanente. Hubo diferencias entre los grupos, particularmente alucinaciones auditivas persistentes en aquellos que no se recuperaron, y evidencia de problemas tempranos de personalidad en los que se recuperaron.	7 de los 8 pacientes recuperados fueron tratados por terapeutas que eran supervisados por el mismo terapeuta del estudio de Sjöström (1985), lo que indica la importancia de la selección y la técnica.

Estos estudios son difíciles de comparar. En los primeros estudios, los criterios diagnósticos no eran claros. Algunos estudios se realizaron con personas que habían tenido un primer episodio durante un tiempo breve, en otros el trastorno había persistido durante años. La competencia de los terapeutas y la intensidad del tratamiento son variables. En muchos casos, el índice de abandonos durante el seguimiento fue muy elevada. Por otra parte, no se controlaron los efectos terapéuticos o anti-terapéuticos del entorno de la unidad.

El tratamiento de orientación psicoanalítica clásica, tal y como se realizaba en muchos hospitales privados de Estados Unidos, no es adecuado a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos. Hoy en día sabemos que el escenario psicoanalítico puede resultar "anti-terapéutico" debido a su encuadre relativamente impersonal, conversaciones no directivas, falta de contacto con la red familiar y social del paciente o con quienes están implicados en su rehabilitación, además del escaso interés en disminuir los síntomas del paciente mediante la medicación. Este método estricto de trabajo que puede ser adecuado para personas con trastornos de personalidad, se ha descartado para el tratamiento de la psicosis.

Después de haber tratado durante años a pacientes psicóticos con diferentes tipos de intervención, psicoanalíticos y cognitivos, y con la posibilidad para seguir de cerca el trabajo de muchos colegas, mi experiencia es la siguiente. La terapia de orientación psicodinámica, combinada frecuentemente con intervenciones de tipo familiar y medicación, resulta de gran utilidad para el extenso grupo de pacientes psicóticos con rasgos afectivos, es decir, psicosis esquizofreniformes agudas, depresivas y episodios psicóticos breves. Con la expresión “de orientación psicodinámica” me refiero al método orientado a aumentar la comprensión psicológica del paciente sobre la relación entre su psicosis y cualquier vulnerabilidad específica que pueda tener. Este tipo de psicoterapia busca identificar las fuentes de estrés en la vida cotidiana del paciente que podrían desencadenar otro episodio, lo que no significa que el terapeuta interprete los conflictos inconscientes del paciente o que le ofrezca explicaciones simbólicas de diferentes aspectos de la psicosis. El factor primordial es restablecer una visión realista de experiencias internas y externas, y aumentar la capacidad de *insight* sobre el *self*. Quisiera además manifestar que debería hacerse, a cada paciente que padece un episodio psicótico agudo por primera vez, una valoración para psicoterapia breve con el fin de aumentar su comprensión sobre su situación presente y cómo ha llegado a producirse esa reacción psicótica. Naturalmente, un terapeuta con formación, ya sea cognitiva o dinámica, puede responder a esta necesidad. No puedo respaldar esta experiencia clínica con datos provenientes de investigaciones controladas ya que, de momento, no disponemos de estudios de este tipo.

Sin embargo, en la esquizofrenia crónica “kraepeliniana”, caracterizada por el aislamiento psíquico, alucinaciones auditivas permanentes y/o conducta desorganizada, nunca he observado progresos por medio de técnicas psicodinámicas.

Entre quienes han propuesto teorías psicoanalíticas con formulaciones metapsicológicas acerca de la esquizofrenia, destacan Wilfred Bion (1967) y Donald Meltzer (1992). Hasta ahora, se trata más de un desarrollo teórico que de un planteamiento con significado clínico. Los representantes más importantes de las formulaciones actuales dentro de la tradición psicoanalítica integradora moderna son Michael Robbins (1993), Murray Jackson (1994) y Yrjö Alanen (1997). Sus puntos de vista se basan en la teoría de las relaciones de objeto (véase Capítulo 4), en combinación con la terapia familiar y la consideración de factores de vulnerabilidad psicológica y biológica, de modo que los objetivos del tratamiento están relacionados con la vulnerabilidad psicológica del paciente.

Una característica importante del pensamiento dinámico es que el hombre es un creador de significados. Por consiguiente, desde esta pers-

pectiva, los síntomas se conciben como llenos de significado, aunque disfuncionales. Esto tiene la misma relevancia, con independencia de que la vulnerabilidad del individuo se deba a una alteración orgánica o no. En la actualidad, los métodos terapéuticos se están ampliando, siendo más prácticos y de mayor utilidad clínica.

La tradición terapéutica cognitivo-conductual (TCC)

La indicación de que las terapias verbales de síntomas psicóticos son eficaces y satisfactorias para el paciente deberían hacer reflexionar a aquellos que sólo ven el pensamiento psicótico como una actividad cuasi-epiléptica. (Birchwood, 1999)

En la última parte del siglo XX ha surgido una importante tradición terapéutica cognitivo-conductual en contraposición al pensamiento psicoanalítico. Para entender los síntomas, además de sus orígenes, es esencial verlos como expresión de una forma de pensamiento y conducta disfuncionales. En el tratamiento, se invita al paciente a que preste atención y apunte su forma de pensar y actuar (y recientemente, también sus sentimientos). Se sugieren métodos sistemáticos de cambio a partir del propio relato del paciente. Desde su comienzo, la TCC, basándose en la valoración de los síntomas antes y después del tratamiento en estudios controlados, ha tenido una aceptación relativamente elevada por parte de la psiquiatría. Durante las dos últimas décadas, estos métodos se han desarrollado extraordinariamente, incluso en el área de la esquizofrenia, sin competir con los tratamientos farmacológicos.

Simplificando existen dos orientaciones principales dentro de la TCC. Una consiste en la separación definitiva de todos los aspectos psicoanalíticos relativos a intenciones inconscientes, importancia del desarrollo durante la infancia temprana, etc. La corriente más reciente se inspira, entre otros, en el trabajo de Aaron Beck y John Bowlby y expresa un pensamiento más dinámico en el que no se niega el significado de los símbolos y de la motivación inconsciente (Perris, 1988; Fowler *et al.*, 1995).

En comparación con métodos psicoanalíticos, la TCC es más activa. Es una forma de trabajo sistemática y de apoyo a las personas, para ayudarles a identificar sus procesos de pensamiento disfuncionales (psicóticos, depresivos, etc.) y encontrar formas de modificarlos. Sin negar la importancia de la transferencia (y la contratransferencia) se intenta crear una relación terapéutica relajada y segura que sea abierta y clara y donde, en la medida de lo posible, se trata al paciente como un colaborador activo.

Áreas de interés

La TCC ha tenido un efecto importante en la práctica clínica y a partir de la reciente investigación clínica realizada por Jackson *et al.*, (1999) se han identificado tres áreas de disfunción que responden favorablemente a esta modalidad de tratamiento:

- resolución de problemas y pensamiento operativo
- delirios y alucinaciones
- efectos negativos sobre el *self*

El apoyo en el área del pensamiento racional y la resolución de problemas es un área tradicional de la TCC. Este tipo de apoyo se proporciona también a familias de pacientes jóvenes durante la fase prodrómica, para ayudar a los miembros de la familia a contener el estrés que deben afrontar durante esta situación (Falloon *et al.*, 1985). El método también es útil en el tratamiento no farmacológico de la depresión o ansiedad que se observa frecuentemente en la psicosis.

Los métodos de la TCC suelen reflejar la influencia del pensamiento psicodinámico ya que, la relación terapéutica facilita la comprensión del significado de los delirios con relación a la personalidad y circunstancias de la vida (Fowler *et al.*, 1998). El cuestionamiento sistemático, persistente e inofensivo de los delirios del paciente, que pueden entenderse como un mecanismo de defensa, difiere del tratamiento psicodinámico tradicional. También se intenta fortalecer la visión positiva del *self*. Los delirios suelen ser difíciles de desalojar, pero una serie de casos muestra la eficacia del método (véase la descripción del caso de Chris en el Capítulo 16).

La tercera área cognitiva de interés se centra en el efecto de la enfermedad sobre el *self* y sobre su capacidad de adaptación. En este aspecto hay una influencia más clara del pensamiento psicodinámico. En el trabajo del psiquiatra sueco Carlo Perris se observa la influencia internacional tanto de las teorías cognitivas psicoterapéuticas de Aaron Beck como las del psicoanalista John Bowlby sobre el apego y la separación en la infancia temprana. El apego temprano de la persona a figuras parentales y su capacidad de separarse sin traumas se complican si están presentes factores de vulnerabilidad biológica. Además, estas vulnerabilidades biológicas hacen que el individuo sea más sensible a alteraciones en las relaciones tempranas (Bowlby, 1969-80).

Los estadounidenses John Strauss y Gerard Hogarty (Hogarty *et al.*, 1997), al igual que el australiano Patrick McGorry (1999), son figuras clave en la revitalización de la importancia del *self*, resaltando la forma en que una identificación pasiva con la enfermedad se agrega a la "construcción" de una identidad crónica (véase Capítulo 16). Estos autores han publicado modelos psicoterapéuticos, evaluados cuidadosamente, que se adaptan a la fase de enfermedad en la que se encuentra el individuo. Hogarty señala la importancia no sólo de intervenciones psicoterapéuticas precoces sino también de las que tienen lugar entre el segundo y el tercer año, por su contribución a la futura adaptación. Este aspecto no se ha abordado en otros estudios pero corrobora lo que Manfred Bleuler y otros han afirmado sobre el papel decisivo de la experiencia de los primeros cinco años posteriores al desencadenamiento de la enfermedad.

En resumen, la TCC tiene efectos beneficiosos significativos en grupos de psicosis no seleccionados, si bien algunos pacientes no son capaces de seguir este tipo de tratamiento. Con respecto a la eficacia global del tratamiento y a la pregunta sobre la relevancia clínica de las mejorías estadísticas, aún es muy pronto para decir algo al respecto. No obstante, se puede afirmar que el personal que trabaja en unidades para el tratamiento de la psicosis debe tener formación tanto médica como psicoterapéutica.

Tabla 25.2

Estudios controlados de terapia cognitivo-conductual vs otras intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia.

Autor	Método	Resultados	Observaciones
Drury <i>et al.</i> , (1996)	40 pacientes psicóticos agudos en TCC o terapia de apoyo.	La TCC permite una reducción significativa de los síntomas positivos y un período de recuperación más breve.	El 33% de los pacientes no era adecuado para la TCC.
Hogarty <i>et al.</i> , (1997)	151 pacientes esquizofrénicos en "terapia personal", "terapia familiar" o terapia de apoyo.	La "terapia personal" reduce en un 50% la frecuencia de recaídas durante 3 años en comparación con otros métodos.	Sólo resultó productiva con pacientes que tienen familia. Es menos eficaz en los pacientes con bajo nivel socio-económico.

Tabla 25.2

Estudios controlados de terapia cognitivo-conductual vs otras intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia.

Autor	Método	Resultados	Observaciones
Kuipers <i>et al.</i> , (1998)	60 pacientes con esquizofrenia crónica resistente al tratamiento, en TCC o apoyo social.	Sólo el grupo en TCC mejoró de forma significativa. En el seguimiento realizado a los 18 meses, el 65% de los pacientes en TCC mejoró, en contraste con el 17% del grupo control.	No se informan dosis neurolépticas. Las mejoras en el síntoma justifican los costes del tratamiento.
Terrier <i>et al.</i> , (1999)	70 pacientes con esquizofrenia crónica resistente al tratamiento, en TCC, terapia de apoyo o tratamiento convencional	Resultados superiores al final con TCC. Los efectos eran menos claros en el seguimiento a los 12 meses. Mejores resultados con la terapia de apoyo que con el tratamiento de rutina.	Método riguroso. Dosis neurolépticas no controladas. Sin efectos sobre la frecuencia de recaídas. Efecto reducido del tratamiento en pacientes de bajo nivel socio-económico.

Hacia una síntesis de la psicología dinámica y los métodos cognitivos

Me he dado cuenta de que existe una creciente similitud entre terapeutas con experiencia, ya tengan formación dinámica o en TCC, en sus respectivos enfoques de trabajo. De forma activa y dando apoyo, establecen contacto y confianza, lo que implica estar alerta para cambiar desde la cercanía a la distancia en función de las señales del paciente. Desde el comienzo, predomina una actitud concreta y de apoyo con un fuerte componente cognitivo. Entre los terapeutas psicodinámicos, esto se suele expresar como la formulación del problema. En este libro, hago énfasis en la importancia de la propia formulación del paciente sobre su problema. Al pedirle que explique con sus propias palabras la valoración del problema que le llevó a contactar con el servicio de psiquiatría, no sólo estamos solicitando información. Si le parece una pregunta significativa, podemos estar seguros que tratará de movilizar su pensamiento y capacidad para

expresarse lo mejor que pueda, es decir, precisamente las capacidades específicas alteradas por el proceso psicótico. Nada incita más a esforzarse por elaborar una formulación comprensible que una relación de colaboración en la que la otra parte muestra interés, escucha y está informada.

Helen. Una separación interrumpida

Helen, una mujer de 31 años, tenía un puesto de responsabilidad en una corporación. Era muy talentosa, pero le faltaba asertividad. Diez años antes, cuando trabajaba como *au pair* en el extranjero, se deprimió y tuvo ideas suicidas. Había vivido con su pareja durante ocho años. Sentía que este hombre la utilizaba y la había amenazado físicamente. Motivada por la reciente separación de una amiga, quería abandonarle, pero no tenía la energía necesaria para tomar la decisión final. Durante un período de más de seis meses, tenían peleas agotadoras cada noche que finalmente hicieron que Helen abandonara su resolución. Reaccionó con una casi total falta de sueño durante un mes. En el trabajo, comenzó a sentirse observada, pensaba que sus compañeros experimentaban con ella y que los acontecimientos estaban amañados para que tuviera una crisis y renunciara a su trabajo. No tenía alucinaciones. Se encerró en su casa. Su pareja llamó a la policía y la ingresaron a la fuerza en una clínica psiquiátrica. Desde el comienzo, la depresión dominaba el cuadro y había una seria amenaza de suicidio. La medicación antidepresiva no hizo efecto. Poco a poco se fue revelando un cuadro paranoide y Helen creía que todo el hospital era una organización policial que quería acusarla de un crimen que ella no había cometido, y en la que el personal y los pacientes eran agentes secretos. Cuando rehusó tomar la medicación antipsicótica, se le ofreció que eligiera entre los neurolépticos depot y TEC. “Elegió” los neurolépticos pero básicamente se le administró este tratamiento mediante coacción durante tres meses. La medicación no hizo efecto sobre los delirios, pero produjo una marcada apatía. En ese momento, por primera vez, fue derivada a la unidad para primeros episodios psicóticos.

Después de esto, Helen pudo reanudar su exitosa carrera. Encontró un apartamento, dejó a su novio y sintió que redescubría el placer de vivir. Dado que aún necesitaba continuar la psicoterapia, fue derivada a un psicoterapeuta privado.

Comentarios

El diagnóstico de Helen fue psicosis depresiva. Si se le hubiera ofrecido un espacio para la comprensión psicoterapéutica desde el primer contacto con los servicios de psiquiatría, cabe suponer que el desarrollo de su enfermedad habría sido menos complicado. En ese momento, el tratamiento se orientó a construir una nueva confianza y disminuir los efectos traumáticos del tratamiento inicial llevado a cabo contra su voluntad. El análisis sistemático de sus delirios paranoides y la clarificación de los aspectos conflictivos de su vida, que desencadenaron la crisis psicótica, le aportaron una mayor auto-comprensión. En todo caso, seguía teniendo una vulnerabilidad personal y quería seguir en psicoterapia. Varios años más tarde y como consecuencia de un período de exceso de trabajo e insomnio, volvió a caer en una profunda depresión. El final fue trágico (este aspecto se trató en el Capítulo 22, p. 302).

La competitividad previa entre escuelas terapéuticas debería ceder el paso a una amplia especialización de los tratamientos psicológicos de la esquizofrenia y otras psicosis. El conocimiento psicodinámico de los procesos psicológicos en general y de los trastornos psicóticos en particular, según las diferentes necesidades de los pacientes en distintas fases de la enfermedad, deberían combinarse con técnicas cognitivas y una actitud empírica. Obviamente, algunos terapeutas (y algunos pacientes) se sentirán más inclinados personalmente hacia la comprensión psicodinámica y otros hacia una más cognitiva. El factor esencial es reconocer que un método no es suficiente y que ambos tienden a complementarse.

Terapia personal

Una expresión de esta actitud es la "terapia personal" que el grupo de Hogarty en Pittsburg, Estados Unidos, desarrolló específicamente para pacientes con discapacidades asociadas a la esquizofrenia (Hogarty *et al.*, 1995). Se lleva a cabo en tres fases, siendo la primera apoyar al paciente a tomar conciencia de enfermedad, junto con un sentimiento de esperanza. Se introduce el concepto de vulnerabilidad-estrés y el terapeuta establece un "contrato" con el paciente sobre cómo afrontará el futuro con el fin de reducir el riesgo de una recaída.

La segunda fase tiene que ver con la adquisición de una mayor conciencia de sus pensamientos y sentimientos, una especie de entrenamiento básico para que el paciente comience a ser reflexivo con respecto a sí mismo. Con este objetivo, se le enseñan también técnicas de relajación. La duración de esta fase es variable aunque, en general, puede durar alrededor de un año.

Los pacientes que logran alcanzar esta meta pasan a la fase tres, en la que se enseña al paciente a ver la conexión entre los acontecimientos del mundo externo y sus sentimientos internos. El trabajo se centra en enseñarles a afrontar los comentarios críticos y a resolver conflictos. Con este fin, se siguen protocolos especiales y se les asignan deberes para realizar en casa.

Un seguimiento de tres años realizado a 151 pacientes con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo, que recibían este tratamiento por primera vez, reveló que los que vivían con sus familias obtenían del tratamiento un efecto más positivo, mientras que los que vivían solos tendían a recaer. Probablemente, estos últimos tenían menos capacidad para beneficiarse de esta terapia a causa de su privación social. Naturalmente, no es posible seguir estrechamente las fases de recuperación. Con frecuencia, resulta difícil motivar a los pacientes, abandonan el tratamiento con facilidad, empeoran repentinamente o solicitan otras soluciones por diferentes motivos. El trabajo psicoterapéutico moderno con pacientes psicóticos crónicos suele estructurarse en torno a ideas similares.

Entrenamiento en habilidades sociales de Robert Liberman

Este método, que ha adquirido mucha popularidad en diversos países, está dirigido específicamente a pacientes que desarrollan un trastorno funcional cognitivo y está diseñado para ser aplicado como complemento de otras modalidades terapéuticas: psicoterapia dinámica o cognitiva, farmacológica o rehabilitación. Un aspecto central es que el paciente establezca sus propios objetivos. Se combina una actitud positiva y de apoyo con intentos sistemáticos por medir resultados. El método se ha desarrollado adicionalmente con el fin de enseñar temas relativos a la medicación, control de los síntomas, resolución de conflictos, comportamiento diario, etc. El tratamiento se ofrece de forma individual o en grupos de cuatro a ocho personas con dos líderes de grupo. Las actividades están dirigidas a motivar a los participantes e implicarlos en el trabajo. Para aumentar la comprensión se utilizan métodos como deberes para realizar en casa, "role-playing" y grabación de vídeos. Se han realizado estudios con-

trolados que muestran un aumento en la capacidad global para llevar una vida independiente aunque no hay una clara evidencia de que los síntomas disminuyan (Lieberman *et al.*, 1998).

Centros residenciales que ofrecen atención psicoterapéutica

En los Capítulos 14 y 16 resalté la necesidad de un período de tiempo en un ambiente protegido que pudiera estimular el proceso de recuperación y apoyar el trabajo de desarrollo personal. En la práctica, los problemas surgen con los nuevos ingresos en el hospital que muchos experimentan como contraproducentes para el proceso de recuperación a largo plazo. El ambiente del hogar puede no ser el más apropiado, entre otras cosas, porque los familiares quizás no estén en condiciones para afrontar el estrés que esto supone a largo plazo. El alojamiento individual no supervisado, combinado con la atención médica y social, por lo general, es insuficiente para evitar nuevas recaídas. El resultado puede ser quedarse “sin techo”, especialmente cuando se ha agotado el apoyo de amigos y familiares. En esta fase hay además un alto riesgo de abuso de sustancias y suicidio.

Un recurso importante para adultos jóvenes que no se han recuperado plenamente de la psicosis son centros con ambiente terapéutico donde se proporcionen tratamientos psicológicos. Algunos centros tienen una orientación más psicodinámica, mientras otros están centrados en el tratamiento cognitivo. Ambos han sido evaluados científicamente y funcionan bien con este grupo de pacientes (Werbart, 1997; Svensson, 1999). Al identificar un centro residencial es importante asegurarse que es el adecuado para el paciente en términos de la capacidad del personal, su nivel potencial de compromiso y la estructura interna del centro.

Arte-terapia

Una forma de aumentar las oportunidades de ofrecer psicoterapia es por medio de dibujos o pinturas realizados por los pacientes y hablar sobre ellos. Muchos pacientes psicóticos tienen capacidad para expresar sus problemas de forma creativa y se sienten aliviados cuando pueden pintar. Poder hablar sobre los contenidos de las pinturas sin adoptar una postu-

ra demasiado interpretativa, por lo general, puede complementar el trabajo terapéutico verbal.

Conocimiento del cuerpo y fisioterapia

La relación de los pacientes psicóticos crónicos con sus cuerpos, sus límites, necesidades y cuidados, por lo general, es problemática. En Suecia, durante las últimas décadas los fisioterapeutas han adquirido una creciente relevancia en la atención a pacientes psicóticos, ayudándoles a experimentar la representación interna de sus cuerpos. Esto incluye recuerdos conscientes e inconscientes agradables y placenteros, así como también de sufrimiento y vulnerabilidad. Muchos pacientes psicóticos, especialmente los que tienen trastornos de personalidad, han sido víctimas de algún tipo de abuso cuando eran jóvenes. Otros tienen por razones desconocidas, quizás genéticas, una percepción distorsionada de sus cuerpos con límites difusos. A veces, los pacientes con esquizofrenia no saben lo que llevan puesto, si sus zapatos combinan, si su camisa está del derecho o del revés o si necesita ajustarse los pantalones con un cinturón. Muchos no se molestan en protegerse de la suciedad o en evitar tirarse la comida. Estos problemas pueden empeorar a causa de la institucionalización o incluso ser una consecuencia de ésta. La educación sobre el cuerpo mejora la capacidad de integrar el cuerpo en la experiencia total del *self*, en otras palabras, aprender a “mantenerse erguido y bien plantado con los pies en el suelo”.

Reuniones familiares, terapia familiar y psicoeducación

Reuniones familiares

Si es posible, debería incluirse a la familia en el tratamiento de cada paciente con un primer episodio psicótico. La importancia de esto se ha subrayado muchas veces en este libro. El interés de la familia variará dependiendo de la fase de la enfermedad. Durante la fase aguda, es normal que los miembros de la familia sientan la necesidad de compartir y formular su visión de la historia. Las reuniones pueden centrarse en los problemas familiares, así como en sus fortalezas y capacidad de apoyo y có-

mo puede entenderse la psicosis en ese momento de la historia familiar. Por esta razón, se puede invitar a los familiares más cercanos a reuniones conjuntas con el paciente (siempre que esto sea posible y el paciente no se niegue) y con dos terapeutas con experiencia. Puede ayudar un “mapa familiar” que los miembros de la familia dibujan bajo la supervisión de los terapeutas. Hay diferentes maneras de hacer esto (La Figura 21.1, Capítulo 21, p. 289 ilustra este tipo de modelo).

Terapia familiar

Las reuniones familiares no son de tipo terapéutico sino informativo y crean una oportunidad para el contacto. Recibir tratamiento sin haber sentido ni manifestado la necesidad de ello, puede experimentarse como una violación por la mayoría de las personas. Por otra parte, si el terapeuta detecta tensiones familiares que están dificultando la recuperación, tiene sentido plantear los problemas y ofrecer reuniones familiares con el fin de analizarlos y elaborarlos. Un enfoque de apoyo que evite la búsqueda de chivos expiatorios y la provocación, promueve el compromiso y la revelación de información delicada y confidencial.

Hasta la terapia familiar está “enredada” con la teoría que la sostiene. El enfoque psicoanalítico clásico, a pesar de los muchos esfuerzos realizados, refuerza los sentimientos de culpa que muchos padres de niños con trastornos mentales albergan hacia sí mismos o hacia el otro padre. Por tanto, se ha abandonado dicho modelo con este tipo de pacientes.

Los modelos sistémicos son de mayor utilidad para la comprensión de tensiones familiares. Este modelo concibe a la familia como un sistema dinámico cuyos miembros son interdependientes entre sí. Las personalidades de los diferentes miembros y las estrategias personales con las que enfocan sus vidas influyen al resto que, como consecuencia, se comportará de manera diferente. Si uno enferma, los demás pueden alejarse de forma física o emocional o, por el contrario, recurrir a fuertes dependencias o alianzas. El modelo sistémico muestra también la forma en que la exclusión puede cronificarse y el riesgo de recaída de una persona vulnerable aumentar o disminuir en función de las actitudes de los demás. En un seguimiento naturalista, Lehtinen (1993) estudió el riesgo de recaída de pacientes con un primer episodio psicótico. Un grupo estuvo en terapia sistémica y el otro en terapia familiar orientada a la crisis. No se hallaron diferencias entre los grupos durante el primer año. Durante los cuatro años siguientes, el índice de recaídas disminuyó notablemente en el grupo que estuvo en terapia sistémica.

Con una selección apropiada de las familias, se pueden ofrecer sesiones dirigidas a reducir su nivel de expresión emocional (EE, véase Capítulo 7). Leff *et al.*, (1985) han demostrado que el trabajo sistemático orientado a disminuir el nivel de EE disminuye los índices de recaída (véase Figura 7.1, Capítulo 7, p. 103). Gerald Hogarty y su grupo (1991) han demostrado también que la terapia familiar reduce claramente la frecuencia de recaídas en comparación con la simple prescripción de neurolépticos (véase Tabla 25.3).

Tabla 25.3

Efectos de la intervención familiar (Hogarty et al., 1991).

Tipo de tratamiento	Nº de pacientes	Porcentaje de recaídas	
		Año 1	Año 2
Terapia familiar + neurolépticos	21	19	20
Habilidades sociales + neurolépticos	20	20	50
Terapia familiar + habilidades sociales + neurolépticos	20	0	25
Sólo neurolépticos (grupo control)	29	38	62

El efecto de la intervención familiar no es menor que el efecto de los neurolépticos. La información de apoyo trata sobre los diferentes aspectos de la esquizofrenia y su tratamiento. El mensaje central es que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta al cerebro, lo que puede ayudar a contrarrestar la creencia que los padres tienen la culpa y disminuir los sentimientos de culpabilidad. La modificación de interacciones disfuncionales en el sistema familiar puede además reducir la vulnerabilidad a la recaída (Kuipers *et al.*, 1992), aportando una orientación esclarecedora sobre cómo afrontar este aspecto.

Psicoeducación

Se han desarrollado varios modelos para ayudar a la familia a afrontar las situaciones cuando los pacientes tienen un bajo umbral para la recaída o una recuperación incompleta. La meta es aumentar su conocimiento sobre los trastornos psicóticos, sus causas, tratamiento y pronóstico. Se realiza invitando a varias familias a participar en series cor-

tas de exposiciones combinadas con discusiones de grupo. Es muy similar al método de entrenamiento en habilidades sociales de Liberman. También se puede invitar a los familiares de forma individual. Todos estos enfoques no son simplemente educativos, sino que además fomentan la identificación de nuevos problemas y sus posibles soluciones. En las familias en las que uno o más de sus miembros tienen trastornos de la personalidad importantes, puede ser difícil comprender la comunicación dentro de la familia. El enfoque psicoterapéutico sistémico puede ser de gran utilidad en estos casos.

Hoy en día se dispone de métodos que funcionan mediante exposiciones sistemáticas, discusiones de grupo y conversaciones individuales con la familia, lo que permite brindar apoyo a la familia en el desarrollo de una forma de vida con el paciente que favorezca la comunicación y establezca el clima emocional. Como antecedente está el conocimiento de que las recaídas se reducen al disminuir la comunicación hostil en familias que expresan abiertamente la crítica y el enfado. Con frecuencia, estos problemas indican el grado en el que la familia está desbordada por la situación y que sus miembros necesitan ayuda y apoyo para poder cambiar. El contacto con grupos de apoyo puede ser decisivo. En Gran Bretaña, Rethink (anteriormente National Schizophrenia Fellowship) es un ejemplo. En otros países existen organizaciones hermanas que pueden influir tanto sobre el gobierno como sobre los servicios de salud mental y, en definitiva, sobre la calidad de vida de los enfermos mentales.

Prevención de la psicosis

Las siguientes áreas de prevención son clave:

- *Prevención primaria* – anticiparse a la aparición de la enfermedad
- *Prevención secundaria* – reducir la duración de la enfermedad y asegurar un tratamiento eficaz y
- *Prevención terciaria* – prevenir o reducir manifestaciones adicionales de la enfermedad, o lo que es lo mismo, rehabilitación

En la psicosis grave y discapacitante son de suma importancia los aspectos preventivos de cada fase de la enfermedad.

Prevención primaria

Anticiparse a la aparición de la enfermedad

Para que la prevención sea eficaz es necesario conocer las causas de la enfermedad. La esquizofrenia y otras psicosis forman un grupo heterogéneo

donde los antecedentes y las posibles aportaciones preventivas pueden variar. Factores genéticos esenciales puede subyacer en una vulnerabilidad, que puede ser tanto una ventaja como un problema. Rasgos de personalidad, en muchos casos determinados genéticamente de forma parcial, pueden reforzar un pensamiento introvertido, que bien puede ser un factor de riesgo para la psicosis; pero por otro lado, estos rasgos combinados con cierta habilidad artística, pueden fortalecer las dotes creativas. No se ha vinculado ningún gen específico a la enfermedad y es difícil creer que un gen específico o unos cuantos genes expliquen la mayoría de los aspectos de la psicosis. En su estudio sobre individuos de alto riesgo, Tienari (1991) encontró que había menos niños con psicosis en familias con bajo nivel de conflictos. Esto significa que se puede influir positivamente en la expresión de la vulnerabilidad genética (fenotipo), con una red familiar de apoyo. (No obstante, Tienari no tuvo en cuenta en su estudio otros factores de riesgo, tales como el daño pre y perinatal). Un paso preventivo, quizás idealista, sería el apoyo a los padres de niños vulnerables facilitándoles el mejor entorno posible, con fácil acceso a asesamiento, mejoras en la escolaridad, etc.

El estrés pre y perinatal aumentan significativamente el riesgo de esquizofrenia, especialmente cuando hay disfunciones familiares. Desafortunadamente esta observación fáctica no ha sido explicada todavía en términos específicos (p. ej., la identificación de una vía causal). Una consecuencia desgraciada del creciente índice de supervivencia de bebés muy prematuros (con el riesgo asociado de daño cerebral menor) puede ser el aumento del riesgo subsiguiente para desarrollar una psicosis. Naturalmente, se debe asumir que un efecto beneficioso sería una mejor salud de la madre y los cuidados prenatales. La intensificación del apoyo psicológico a padres en situación de riesgo, también mejoraría el pronóstico futuro. No obstante, puesto que la frecuencia de la esquizofrenia es tan baja, resulta difícil evaluar el impacto de cuidados psicológicos perinatales sobre dicha frecuencia.

En conjunto, los programas concernientes a la prevención primaria no desempeñan un papel esencial en la actualidad. La prevención secundaria es mucho más importante.

Prevención secundaria

Obtener asistencia eficaz de forma precoz durante el debut de la enfermedad

Hemos considerado los primeros signos de enfermedad mental grave y, es importante llegar a la persona antes que éstos sean demasiado mar-

cados y arraigados, ya que entonces es frecuente que el proceso de exclusión ya se haya producido. La figura 14.1 (p.194) muestra un modelo de enfermedad psicótica, desde la fase premórbida a la prodrómica, donde pueden experimentarse los síntomas iniciales.

En algunos casos es imposible saber si síntomas inespecíficos son signos de una psicosis incipiente o no. Una investigación reveló que cuando a niños de secundaria, se les pedía rellenar un cuestionario donde se les preguntaba por los síntomas prodrómicos de esquizofrenia según el DSM-III, casi la mitad de ellos cumplían criterios para ese diagnóstico (Yung y McGorry, 1996). Esto sugiere que la formulación de las preguntas no era aceptable, en parte porque se necesita tener un conjunto de características más reducido y específico para ser mínimamente precisos en la búsqueda de síntomas prodrómicos. En la actualidad las características prodrómicas, de acuerdo con el DSM-III, han sido abandonadas.

En consecuencia, no estamos en posición de hablar de alto riesgo hasta que no se produzcan síntomas breves de tipo psicótico. La “duración de la psicosis no tratada” (DUP) o “en estado de riesgo”, implica un creciente aislamiento para la persona que ha está experimentando estos síntomas. Los malentendidos y la desconfianza se arraigan cada vez más en su pensamiento y su capacidad para trabajar y estudiar se resienten significativamente. Alrededor de la mitad de los pacientes con un primer episodio psicótico tienen una DUP superior a un mes, y probablemente ganarían mucho con una intervención psiquiátrica precoz e intensiva. Muchos de los grandes proyectos de investigación se centran en cómo identificar a estas personas lo antes posible, cómo decidir si se encuentran en alto riesgo para el desarrollo de la psicosis y, si así fuese, cómo puede prevenirse (Figura 26.1).

En un proyecto australiano (Yung *et al.*, 1996), “el estado de riesgo”, se ha definido como:

- Síntomas psicóticos subclínicos o “diluidos”. Corresponden a los rasgos de personalidad esquizotípica.
- Síntomas psicóticos transitorios, breves, quizás en combinación con abuso de drogas o bajo otras formas de estrés.
- Disminución de la capacidad de estudio o trabajo, que es un indicador grave si se presenta junto con los otros signos.
- Antecedentes familiares de psicosis.

De las primeras veinte personas que fueron derivadas a este proyecto australiano, un tercio desarrolló psicosis en un período de seis meses. Se

creó entonces un sistema de tratamiento donde las personas jóvenes, identificadas como de alto riesgo, fueron asignadas, de forma aleatoria, a dos grupos. A un grupo se le proporcionó psicoterapia y, en caso de necesidad, dosis bajas de neuroléptico. Al otro se le hizo seguimiento sin ningún tratamiento específico. Los resultados preliminares mostraron que los jóvenes que recibieron tratamiento fueron menos propensos a una crisis psicótica. Resultados posteriores son menos concluyentes.

Un gran proyecto en Stavanger, una ciudad en la costa oeste de Noruega, se ha propuesto dar a conocer los síntomas precoces de psicosis a la población general de una amplia zona de Noruega, por medio de una intensa cobertura mediática (Larsen *et al.*, 1998). De forma similar, se han comparado extensas áreas de los alrededores de Oslo y de Dinamarca, para ver si es posible acortar el período de psicosis no tratada y también reducir la frecuencia de la esquizofrenia, con mensajes difundidos a través de los medios de comunicación. El primer objetivo se ha conseguido, pero todavía es pronto para juzgar los resultados del segundo.

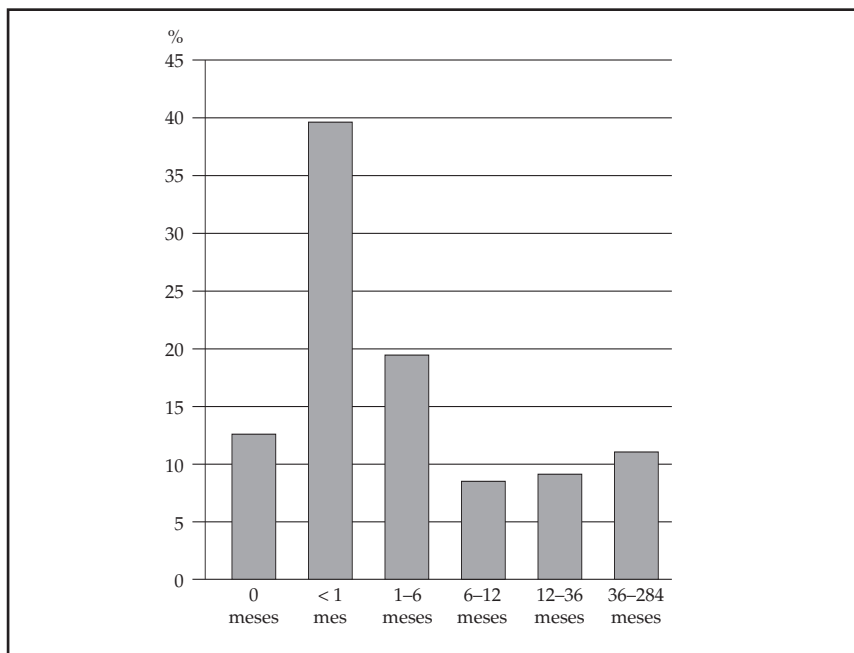


Figura 26.1
Duración de la psicosis no tratada (DUP) en 208 casos de primer episodio psicótico en el proyecto Paracaídas (Cullberg *et al.*, 2002)

Aspectos éticos

Si se puede salvar a una persona de desarrollar esquizofrenia, el trabajo realizado habrá valido la pena, tanto desde un punto de vista humanitario como económico. Es demasiado pronto para determinar cómo puede conseguir esto la intervención precoz. El período de tiempo posterior a la pubertad, hasta los 25 años de edad, está lleno con frecuencia de problemas tales como depresión e incertidumbre sobre la identidad. Muchos necesitan apoyo psicoterapéutico, pero éste debe proporcionarse sin aumentar el riesgo de desencadenar un episodio psicótico. En los proyectos de investigación que estudian la prevención de la psicosis, es difícil para el personal controlar su preocupación por el riesgo de psicosis, incluso cuando los jóvenes y sus familias están motivadas por el tratamiento. La experiencia nos dice que estos jóvenes experimentan una fuerte ansiedad ante el temor a perder su sentido de integridad y a menudo abandonan el contacto terapéutico. Otra gran preocupación en esta área de trabajo son los falsos positivos, es decir un diagnóstico erróneo de quienes sólo pasan por una crisis de desarrollo "normal". Aquellos identificados como "en riesgo" pueden ser estigmatizados y angustiarse innecesariamente. Debido a la misma naturaleza del trabajo preventivo, no es posible identificar las personas o saber en qué casos se ha evitado el desarrollo de la psicosis.

Otro problema ético es que no se ha probado que el tratamiento con neurolépticos no tenga riesgos en estos casos. Es posible que los neurolépticos y los nuevos antipsicóticos tengan un efecto permanente en los sistemas de receptores. Por tanto, las indicaciones para su uso en la prevención de la psicosis deben considerarse muy seriamente.

Por estas razones, creo que no deberíamos empezar a generalizar la detección precoz o los proyectos de selección diagnóstica, hasta que no poseamos un mayor grado de conocimiento procedente de la investigación científica. Por otro lado, esto no es aplicable en lo relativo a la mejora de las intervenciones dirigidas a personas con un primer episodio psicótico. Es evidente, que en lugares donde ya existen servicios óptimos para los pacientes con un primer episodio, éstos solicitan ayuda en una fase mucho más temprana de su enfermedad. En consecuencia, se acortará "automáticamente" el período de la DUP.

Intervención precoz en el primer episodio psicótico

Ya se han descrito en este libro los principios de tratamiento aplicables a estos casos. En la actualidad, parece ser un hecho bien establecido que

hay grandes ventajas al proporcionar instalaciones específicas para la intervención en pacientes con un primer episodio psicótico, donde puedan encontrar ayuda sin sentirse estigmatizados (McGorry y Jackson, 1999). El entorno terapéutico de las unidades psiquiátricas y de las clínicas también debe evolucionar para optimizar los cuidados de estos pacientes.

Prevención terciaria

Reducir la discapacidad derivada de la enfermedad psicótica

La prevención terciaria está íntimamente vinculada con las aportaciones preventivas secundarias. Es particularmente importante optimizar el acceso y contacto del paciente con los servicios de atención, durante los primeros cinco años después del primer episodio psicótico. Después de ese período hay un menor riesgo de recaída. Si los pacientes aprenden, lo antes posible, a contrarrestar su enfermedad y reconocer la naturaleza de su discapacidad, habrá menos probabilidades de que se produzca la exclusión social que suele seguir al proceso. Esto significa que pacientes, que desde el principio no muestren signos de recuperación completa, deben aprender a asimilar y sobrellevar la recurrencia de la enfermedad, así como sus discapacidades. Sus familiares deben ser incluidos y formar parte del proceso.

Para los que son incapaces de competir en el mercado laboral, poder mantener un tipo de vida tan independiente como sea posible y tener la oportunidad de trabajar o realizar una actividad significativa, es tan importante como la medicación y otros tipos de tratamiento. En definitiva, los discapacitados mentales también deben forjar una vida social con otras personas con el fin de mejorar su calidad de vida, a pesar de su discapacidad residual.

Ser un familiar

Los cuidadores y la red de apoyo inmediata

El problema con los vínculos de dependencia difiere durante las diversas etapas del desarrollo de la psicosis y naturalmente también es diferente para los familiares, dependiendo de si son padres, hermanos o hijos del paciente.

El familiar adulto o hermano

Para un padre, la primera fase de la enfermedad está dominada por un sentimiento de impotencia, de no tener ninguna influencia sobre acontecimientos espantosos y destructivos, así como por el dolor de no comprender lo que está pasando. Se pregunta si la conducta extraña es signo de pereza o crianza inadecuada y si debe mostrarse duro ante la situación. Con frecuencia hay diferentes puntos de vista sobre las razones que han conducido a esa situación. La atribución de culpas por la enfermedad o por los problemas resultantes crean conflictos y aumentan las tensiones entre los que viven en la casa.

Cuando ya no es posible cerrar los ojos ante los síntomas de psicosis, el impacto de los acontecimientos puede suponer un auténtico

shock. A veces, hay que llamar a la policía y después se le culpa por ello. La familia se encuentra en situación de crisis y tiene gran necesidad del apoyo de expertos. ¿Qué ha pasado y qué pasará? ¿Hay alguna esperanza? ¿Hay razones comprensibles para la crisis? Con frecuencia los representantes de la psiquiatría ofrecen información exigua y nadie parece tener interés ni asumir responsabilidades. La dolorosa interacción con el familiar enfermo es una carga añadida. ¿Cómo debo reaccionar? ¿Cómo debo hablar con mi hijo? Muchas personas consideran que lo único que sucede es que se recetan medicamentos.

Si la psicosis no remite completamente o si se trata con dosis altas de medicamentos durante años, se intensifica el temor a que la enfermedad se pueda cronificar. Esta fase suele estar ocupada por la búsqueda de formas alternativas de ayuda, posiblemente provocada por el rencor hacia la psiquiatría. Este rencor puede suponer que el paciente o la familia no se sientan apoyados, suficientemente atendidos o comprendidos y que soportan demasiada responsabilidad. El daño producido en la vida familiar, a estas alturas, suele ser grave y las relaciones entre los familiares se descuidan. Uno de los padres suele asumir la responsabilidad, mientras que la pareja y los demás hijos sienten que no se les toma en cuenta.

Transcurridos un par de años, la esperanza de recuperación puede haber disminuido y, si ha habido una recaída más o menos traumática, la siguiente fase se caracteriza por una sensación de pena y amargura. Hay mucha tristeza por la pérdida que se ha producido, porque un miembro de la familia haya cambiado tanto y amargura por la falta de comprensión con la que se han encontrado. Durante esta etapa, es cuando la mayor parte de las personas establecen contacto con organizaciones de familiares que pueden ser decisivas para el curso de futuros acontecimientos. Al ir aceptando la situación, la tristeza se curará tarde o temprano, al menos superficialmente.

Muchos padres encuentran que este proceso ha reducido su red social. Temen permanentemente que el hijo enfermo altere las cosas y consideran que sus energías no dan para tratar con nada más. La tensión emocional es tal, que trae consigo alteraciones psicósomáticas y muchos tienen que coger bajas laborales, de forma periódica, para poder hacer frente a la situación. Los hermanos pueden reaccionar implicándose profundamente o apartándose de la familia. Muchos abrigan el temor de que ellos mismos, si se implican demasiado, puedan entrar en crisis y temen que la enfermedad mental sea hereditaria y que se pueda transmitir a sus hijos. En esta situación necesitan, sobretodo, información que les ayude a despejar sus temores. El riesgo de tener un

hijo que herede la enfermedad sólo aumenta ligeramente si uno de los padres o hermanos tienen un trastorno esquizofrénico y en ningún caso sería una razón para aconsejarles no tener hijos.

Los padres sobreinvolucrados

Una evolución bastante común en familias con un hijo que padece una discapacidad esquizofrénica, es que uno de los padres, incluso los dos (y ocasionalmente algún hermano), se identifican cada vez más con el paciente. Para ellos, la vida cotidiana ha dejado de tener valor e interés y tan sólo interesa la vida del familiar enfermo. En el propio paciente se va produciendo un lento desaliento y la relación con el círculo familiar pierde vitalidad y significado. Se dedica mucho tiempo a asear al enfermo, lavar, cocinar o planear excursiones. A la larga, este tipo de implicación resulta de poca ayuda puesto que precisamente las personas diagnosticadas de esquizofrenia necesitan independencia, con el fin de mantener su integridad. ¿No es acaso necesario, después de todo, que un visitante llame antes anunciando su visita? Se debe tolerar cierta libertad desorganizada y se puede llegar a un acuerdo mutuo para establecer los límites.

El problema de un padre “sobreinvolucrado” es que, paradójicamente, el estado del hijo puede empeorar clínicamente por el nivel de expresión emocional que genera esta sobreinvolucración, tal y como se ha demostrado científicamente. También puede que haga disminuir la implicación de otros miembros de la familia y que se dificulten los intentos de las autoridades para proporcionar asistencia. El padre siempre es quien mejor sabe lo que se necesita y puede adoptar una actitud demasiado crítica, que irrita y molesta.

¿Qué se puede hacer al respecto? Los grupos de apoyo de familiares han empezado a tomar nota de este tipo de situación y pueden apoyar a los familiares, ya sea individualmente o en grupo, a abandonar su sobreinvolucración y dejar que, en su lugar, sean los profesionales quienes presten la ayuda. El familiar que ha estado tan implicado con el enfermo, debe encontrar válvulas de escape. Es importante aceptar que no es posible mantener un control total sobre la vida de la persona discapacitada. Suele ser de gran ayuda inscribirse en cursos que ayuden a comprender mejor las discapacidades mentales del familiar y cómo trabajar con ellas. Normalmente las organizaciones locales gestionan este tipo de cursos.

El hijo de un padre con trastorno mental

El problema de ser hijo de un padre/madre psicótico/a ha despertado gran interés en los últimos años. Aunque la psiquiatría no había prestado suficiente atención a esta situación, se espera que tanto la psiquiatría de adultos como la infantil piensen en la familia y trabajen con ella.

Uno de cada tres pacientes con un primer episodio psicótico tiene hijos. Un número desconocido de niños menores de edad tiene a uno de sus padres que padece una psicosis crónica. Esto tendría un efecto todavía mayor en un niño que solo tenga a uno de sus padres, sería el tipo de niño con dificultades para encontrar amigos en su tiempo libre, porque el padre está alejado de la sociedad. También tienen el riesgo de caer en el sistema delirante del padre y, a veces, pueden estar muy descuidados físicamente. Una experiencia aún peor para el niño sucede cuando es difícil establecer contacto emocional con el padre, quien está más preocupado por sus propios pensamientos internos. El sentimiento de soledad del niño es entonces muy fuerte. Al mismo tiempo, estos niños mantienen una profunda lealtad hacia el padre y les resulta muy difícil hablar de los problemas con alguien en quien no confíen plenamente. Los problemas pueden llevar al absentismo escolar, difícil de entender si no se está al corriente de la enfermedad del padre. La depresión puede ser una consecuencia del abandono. La falta de implicación del padre en las actividades escolares puede ser un signo de alerta no específico para los profesores.

Es importante que los profesionales sanitarios de los colegios estén al corriente de que estos problemas no son excepcionales. En la actualidad, en muchos lugares se realizan importantes actividades de apoyo, en las que a los niños se les da la oportunidad de hablar, junto con otros niños que se encuentran en la misma situación, de cómo son las cosas en casa. Debe identificarse su gran necesidad de apoyo. Se les debe facilitar información que les ayude a comprender la enfermedad del padre para poder afrontarla, pero de forma que no sientan que es una deslealtad hacia él. Este tipo de recursos de apoyo para los niños debe estar disponible en las grandes ciudades. Además, es necesario que desde la psiquiatría de adultos se trabaje más estrechamente con los niños, con el fin de darles el apoyo adecuado durante los episodios agudos de la psicosis del padre. El riesgo que el hijo de padre psicótico, desarrolle una psicosis en su edad adulta, se puede situar alrededor del 10 por ciento, pero sostengo que éste podría reducirse significativamente si se cuida el entorno psicosocial.

Cuando se trata de una madre psicótica que está amamantando a su hijo, es vital decidir cómo se le puede brindar apoyo y cómo colabora el

personal de la maternidad y el de psiquiatría. Durante el periodo postnatal la madre psicótica que amamanta, plantea muchos retos, tanto para el personal de la maternidad como para el equipo psiquiátrico. ¿Habrá familiares que puedan ayudar? ¿Están los síntomas bajo control y la madre entiende realmente la necesidad de apoyo y ayuda? La mayoría pueden afrontar su maternidad de forma satisfactoria pero suelen necesitar contención adicional. Se debe mantener un cuidadoso equilibrio: las dosis de medicación antipsicótica no deben ser tan altas que aumenten los efectos secundarios psicológicos y neurológicos, al tiempo que se necesita proporcionar una protección aceptable frente a la recaída. Si la dosis es demasiado alta, la madre tendrá dificultades para responder de forma adecuada y sensible a su bebé. Además, la presencia del fármaco en la leche materna puede sedar al bebé reduciendo la interacción. El riesgo de usar dosis más bajas puede compensarse con una estrecha vigilancia de los síntomas y la conducta de la madre por parte de la familia y profesionales. Tanto la madre como la familia requieren también un alto nivel de apoyo psicológico y social por parte de estos profesionales. Esto significa que, en ciertos casos, se puede permitir una dosis de mantenimiento muy baja, que podría aumentarse si fuese necesario. Tampoco deben olvidarse las necesidades emocionales del bebé. Trasladar al bebé a un centro de cuidados sólo debe considerarse si todos los demás intentos de ayudar a la madre han fracasado y otros recursos de apoyo son inadecuados.

Epílogo

Mi hermano Erland, tres años mayor que yo, desarrolló una esquizofrenia a mitad de la década de 1950, mientras estudiaba pintura en la Real Academia de las Artes. Durante muchos años luchó con comas insulínicas, terapia electroconvulsiva y su exclusión de la vida humana ordinaria. La asistencia profesional era la habitual y recuerdo el irritado rechazo del especialista ante las quejas de mis padres por el trato de enfermo físico recibido por Erland. Finalmente fue trasladado a otro hospital, donde le administraron terapia electroconvulsiva e insulina en lugar de medicación.

En estos entornos había algunos elementos agradables. El Sr. Härsing, jefe del departamento de insulina, persona seria y atenta, hacía que las personas se sintieran respetadas. El terapeuta artístico Johanne Grieg-Cederblad, dio a Erland la oportunidad de pintar. El Dr. Segnestam, especialista del Hospital Sundby, encontró tiempo para hablar con nosotros, los familiares, siempre que lo solicitamos. Finalmente Erland fue dado de alta “a petición propia”. Sufrió y todavía sufre a causa de su enfermedad y sus experiencias hospitalarias, pero desde entonces se las ha ido arreglando, más o menos, para vivir en el mundo exterior. Con una fuerza mental increíble, también ha sido creativo y ha tenido éxito como artista.

Cuento la historia de mi hermano porque no habría escrito este libro sin Erland, quien me ha enseñado tanto sobre lo que significa tener un trastorno esquizofrénico. Al mismo tiempo, puedo ver cómo han cambiado las condiciones de la psiquiatría tras seguir de cerca su evolución durante casi medio siglo, como terapeuta y como familiar. Como hermano de Erland, he sentido impotencia al observar los efectos humillantes de un sistema asistencial que no está en sintonía con las necesidades del paciente. Pero también debo admitir que, como médico he cometido muchos de los errores de apreciación por los que, como familiar, he criticado a mis colegas.

Trabajar en la asistencia médica conlleva una tendencia casi inevitable a insensibilizar a los médicos ante el hecho de tratar y atender a personas que son como ellos. Muchos alegan que tienen que disociar sus sentimientos para poder funcionar en las unidades; sencillamente, no es el caso. Hay mucho más en la atención que principios éticos y formación profesional. También se requiere una organización que dé prioridad a la empatía y a la humanidad, sin que eso suponga la pérdida de estándares profesionales. He visto muchos lugares donde ha sido posible lograrlo. Es fundamentalmente una cuestión de voluntad y ser lo suficientemente valientes para romper con las actitudes profundamente arraigadas. Una organización en la que no es viable una auténtica atención humana es una mala organización. En otras palabras, tiene que ver con la política asistencial en su sentido más amplio.

Clasificación

CIE-10 y DSM-IV

En la actualidad se utilizan dos sistemas de diagnóstico en psiquiatría. Uno de ellos es la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades mentales y conductuales, 10ª edición; en inglés ICD: *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*). El otro es el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición), publicado en 1995 por la Asociación Americana de Psiquiatría. Los dos sistemas coinciden en la mayor parte de sus características esenciales.

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV detallan un cierto número de criterios para el diagnóstico de cada trastorno y se ha publicado un manual de investigación para cada uno. Las clasificaciones son intencionadamente atóricas, lo que quiere decir que no se comprometen con ningún punto de vista específico en relación con la etiología de los trastornos psicóticos. La clasificación se reduce a lo que se puede observar directamente, sin darle una posible interpretación de acuerdo con una teoría específica, o al menos esa es la intención. Por tanto, se puede hacer operativos diferentes síntomas y signos, o lo que es lo mismo, puede expresarse en términos cuantitativos

y “medirse” por medio de diferentes tipos de escalas de puntuación.

Esto implica que la *fiabilidad*, es decir, el acuerdo al que diferentes jueces llegan, es elevada; la *validez* más baja. Si es clínicamente posible o útil delimitar con precisión o separar los diferentes trastornos psicóticos, es un tema que suscita mucho debate. El psiquiatra interesado en aspectos psicodinámicos encontrará que carece de un sistema de diagnóstico que incluya aspectos de desarrollo e intención (p. ej., antecedentes y significado psicológico de los síntomas), por lo que tendrá que añadirlo. Además, los trastornos conductuales, de ansiedad, afectivos, psicóticos y de la personalidad se conectan entre sí, influyéndose mutuamente, frente a diferentes estados externos e internos. Estos sistemas presentan la errónea impresión de que los diferentes tipos de trastornos son claramente distinguibles entre ellos. En la actualidad es más frecuente encontrar las formas transicionales que formas “típicas”.

Esto no significa que el pensamiento fenomenológico no sea útil para una psiquiatría orientada científicamente. Los sistemas operacionales de clasificación son indispensables, especialmente en lo que se refiere al desarrollo de la investigación.

La psicosis en relación con otros trastornos mentales

Puede ser útil pensar que muchos trastornos mentales constituyen reacciones a estados internos y externos o bien estrategias fallidas para adaptarse a dificultades de la vida. La noción de “enfermedad”, es un término que ignora la posibilidad de que se trate de un fenómeno adaptativo o de reacciones biológicas “naturales”, y en lugar de eso, hace hincapié en lo desviado y patológico, en forma de síntomas abstractos. De esta manera, se reduce con facilidad cualquier interés por comprender los factores intencionales y psicodinámicos subyacentes. Se termina socavando cualquier intento por abordar estos procesos subyacentes, lo que permitiría o facilitaría una recuperación o curación natural. El concepto de “trastorno” se utiliza tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV. El uso del término “enfermedad” en psiquiatría se asocia fácilmente con situaciones de causa-efecto y con una cultura medicalizada. De hecho, la realidad psiquiátrica es mucho más compleja y son indispensables las teorías humanistas de la comprensión y la metodología psicossocial. La noción de “síndrome”, como grupo de síntomas que tienden a suceder conjuntamente, es más flexible para la práctica clínica en esta área.

Por otro lado, es evidente que la atención centrada en factores psicodinámicos a mediados del siglo XX, se tradujo en un menor interés por el estudio e investigación de factores biológicos relacionados con enfermedades mentales. No obstante, la situación se ha invertido en las últimas décadas con los avances realizados en las áreas neuropsiquiátrica y biomédica. El inmenso apoyo económico de la industria farmacéutica a investigadores clínicos en el campo biomédico, ha marginado el interés por la investigación humanista y las actitudes psicosociales. En algunos lugares se les otorga un estatus honorario, pero evidentemente como fenómenos de segundo rango.

Por lo tanto, a veces hablamos de problemas psíquicos, otras veces de trastornos, enfermedades, discapacidades o *handicaps*. En este libro, utilizo el término que considero más relevante para lo que estoy describiendo. En general, significa que hablo de *trastornos* o de *síndrome*. En casos donde prima un tratamiento biológico o cuando la patología del cerebro es evidente, utilizo la noción de *enfermedad*. La *discapacidad* psicológica se refiere a la alteración conductual o los trastornos del pensamiento que llevan a la persona a tener dificultades para mantener ciertas exigencias psicosociales. Cuando la persona no puede compensar una discapacidad por sí misma o con apoyo social, entonces nos referimos a ella como *handicap*. (Una analogía somática puede ser una discapacidad visual, a la que no podemos referirnos como *handicap*, si puede corregirse con gafas).

Los grupos diagnósticos psiquiátricos

La Figura A.1 muestra los grupos diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con la CIE-10.

El primer grupo consiste en trastornos debidos a daños orgánicos en el sistema nervioso central (SNC) (es decir el cerebro y la columna vertebral) o trastornos evolutivos que generan diferentes formas de *demencia* (una reducción permanente y progresiva de la capacidad cerebral para pensar, en relación a su capacidad previa) y trastornos cognitivos de otro tipo. También se incluyen los *trastornos por daño cerebral*, que causan alucinaciones (por ejemplo, ciertas formas de epilepsia) o delirios (por ejemplo, las fases tempranas de la demencia).

Hay muchos trastornos psicóticos que se deben a sustancias psicoactivas (incluyendo el alcohol), ya sea en estado de intoxicación o como consecuencia de la abstinencia.

El grupo que incluye otros trastornos psicóticos y esquizofrénicos se caracteriza por el hecho de que todavía no tenemos conocimiento de sus posibles causas orgánicas. Algunas veces se denominan psicosis funcionales en contraposición a las psicosis orgánicas. Se espera que en las próximas décadas la investigación aporte hallazgos que permitan describir rasgos orgánicos característicos y esenciales de muchos trastornos, que actualmente están incluidos en el grupo de las psicosis funcionales.

Los síndromes afectivos o trastornos del estado de ánimo incluyen diferentes formas de estados depresivos o maníacos. Muchos de estos pacientes también pueden sufrir síntomas psicóticos transitorios de gravedad variable. En estos casos es esencial identificar el rasgo afectivo subyacente, de forma que no se deje pasar la oportunidad de tratamiento. Además, muchas psicosis no afectivas tienen trastornos depresivos secundarios que, de hecho, son consecuencia de la enfermedad psicótica.

Un grupo importante agrupa los diferentes trastornos o síndromes de ansiedad. Incluyen *trastornos de adaptación*, *somatomorfos* (que significa expresados a través del cuerpo) y *trastornos disociativos*, de tipo neurótico y relacionados con el estrés.

Los trastornos de la alimentación, los problemas sexuales, etc. se incluyen en el grupo de los trastornos conductuales asociados a alteraciones fisiológicas.

Los trastornos de personalidad suponen un tipo de conducta y un patrón de experiencia, que se desvía de lo que cabría esperar dentro del entorno cultural. Para poder realizar el diagnóstico, el nivel de sufrimiento de la persona o de los que la rodean debe ser clínicamente significativo. (véase en el Capítulo 7 lo concerniente a la conexión entre la psicosis y la personalidad).

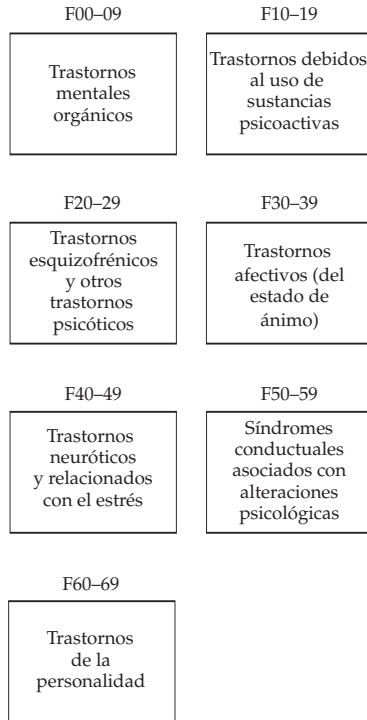


Figura A.1
 Grupos diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con la CIE-10.

Una visión general y comparación entre los sistemas de clasificación para la psicosis en el DSM-IV y la CIE-10

Es importante señalar que estos sistemas no serán demasiado útiles para aquellos que han abordado el trabajo con los pacientes en las fases tempranas de la psicosis. El contenido y la forma de la psicosis aguda puede cambiar rápidamente y sorprender incluso a los mejores expertos en diagnóstico (véase Capítulo 5 para un cuadro más completo de la evolución de la psicosis aguda).

Se utilizan los sistemas de diagnóstico descritos en este libro, a la espera de la llegada de un sistema más claro y más exhaustivo. Estoy seguro de que dentro de unos años serán sustituidos o completados por otros sistemas construidos sobre un conocimiento biológico y psicológico más profundo.

Definiciones

El DSM-IV define al psicótico como el que sufre delirios y alucinaciones sin *insight* que acompañe a su naturaleza patológica. También se sugiere una definición más amplia, en la que se incluyen los estados alucinatorios en los que la persona es consciente de (comprende) la naturaleza alucinatoria de las sensaciones. Una dimensión adicional a la definición también incluye discurso confuso, conducta catatónica o desorientación aguda. Junto con esto, en el DSM-IV, se sugiere una definición de orientación más psicodinámica que incluye la pérdida de límites del yo y un profundo deterioro de la prueba de realidad.

La CIE-10 utiliza una amplia definición del concepto de psicosis, incluyendo alucinaciones, delirios u otros trastornos conductuales marcados, tales como excitación e hiperactividad, lentitud psicomotora marcada y conducta catatónica.

En este libro coincido con una combinación de las definiciones descriptivas y dinámicas, donde una pérdida más o menos importante de los límites del yo (precisamente del *self*) contra el mundo se termina expresando en forma de delirios y alucinaciones sin una comprensión de su verdadera naturaleza. Significa que hay una clara limitación del juicio de realidad y de la comprensión (*insight*). No se puede considerar como psicosis una experiencia alucinatoria acompañada de un pleno reconocimiento de su naturaleza alucinatoria, algo que por ejemplo experimentan ciertos esquizofrénicos, después de varios años. Se trata más bien de un trastorno de la percepción. El yo quedaría entonces intacto y el paciente habría alcanzado un cambio de paradigma en relación a sus alucinaciones y a la dependencia de su enfermedad.

Aunque los criterios para la esquizofrenia son, en alguna manera, diferentes entre los dos sistemas, ambos se basan en los síntomas y la duración de la enfermedad. La CIE-10 se inclina hacia los síntomas de primer rango de Schneider (véase Capítulo 11), ya que incluyen manifestaciones de robo, inserción y transmisión del pensamiento (otros pueden escuchar los pensamientos propios en la radio), etc. El DSM-IV destaca la ocurrencia de varios síntomas psicóticos junto con el componente bizarro de los mismos.

Ambos necesitan por lo menos un mes de fase activa de enfermedad, mientras el DSM-IV además precisa que todo el curso de acontecimientos haya perdurado durante al menos seis meses, si se incluyen tanto los síntomas prodrómicos (Capítulo 5, p. 61) como los residuales (Capítulo 11, p.

169). Esto significa que, de acuerdo con el DSM-IV, no sería posible hacer un diagnóstico antes de seis meses, como muy pronto. Además el DSM-IV exige que haya una reducción de la capacidad de funcionamiento en aspectos importantes de la vida. A pesar de sus expresados principios no teóricos, el DSM-IV, en mayor medida que la CIE-10, se inclina hacia un punto de vista que asume un proceso degenerativo básico. De ahí que el diagnóstico de esquizofrenia, de acuerdo con la clasificación americana del DSM-IV, sea más grave, lo que sugiere que habrá una tendencia a diagnosticar erróneamente a individuos con buen pronóstico. Esta diferencia tendrá consecuencias en las actitudes hacia los pacientes y se trata ampliamente en el Capítulo 11.

La ICD-10 incluye como subtipo específico un estado inusual llamado *esquizofrenia simplex* o *esquizofrenia simple*. Describe un cambio paulatino de la personalidad con una disminución en la capacidad de funcionamiento, junto con una extraña conducta pasiva y desprovista de afecto, sin ningún síntoma psicótico obvio. El DSM-IV considera este trastorno como una variante del *trastorno esquizotípico de la personalidad*.

Ambos sistemas tienen un subtipo llamado *trastornos esquizoafectivos*, un estado en el que coexisten un trastorno afectivo (depresivo o maníaco) y síntomas esquizofrénicos. Los síntomas esquizofrénicos deben ocurrir sin síntomas afectivos durante un período de al menos dos semanas, de otro modo, este estado se atribuirá a la *psicosis afectiva*.

Las psicosis de tipo esquizofrénico (es decir, psicosis que cumplen con el criterio de los síntomas de esquizofrenia pero de corta duración), de acuerdo con el DSM-IV, se denominan *psicosis esquizofreniformes*, si duran entre uno y seis meses. Las psicosis que duran menos de un mes se conocen como *psicosis breves*.

La ICD-10 menciona los *trastornos psicóticos transitorios o agudos* si no duran más de un mes. Además debe considerarse si se producen síntomas de naturaleza esquizofrénica. Un ejemplo de psicosis transitorias agudas son las *psicosis polimorfos agudas* (también conocidas como psicosis cicloides, que en gran parte se solapan con las psicosis esquizoafectivas), que se caracterizan por síntomas afectivos muy cambiantes y variables.

Los *trastornos delirantes*, de acuerdo con la CIE-10, deben tener una duración superior a los tres meses, de otro modo corresponden a *otro trastorno delirante agudo*. De acuerdo con el DSM-IV, los delirios deben estar presentes durante al menos un mes y no deben tener ningún contenido bizarro, es decir, el tipo de cosas que serían completamente imposibles, de acuerdo con la cultura del individuo. Ejemplos de ideas bizarras

incluyen (en la cultura europea establecida) la transmisión del pensamiento o la creencia de que uno puede controlar la climatología con su propia mente.

Comentarios finales

Un sistema de clasificación debería tener un valor práctico. Debería ser capaz de ayudarnos a resaltar los cuadros que tienen un buen o mal pronóstico e identificar las modalidades de tratamiento a las que los pacientes responderán más favorablemente. No está claro si la CIE-10 o el DSM-IV tienen tal validez. ¿Quizás todos estos subgrupos esconden más de lo que revelan? Hay una manera simple de agrupar las psicosis precoces que es clínicamente útil (véase Capítulo 10 para más detalles). Esperamos que el futuro nos provea clasificaciones completamente nuevas, basadas en nuevas investigaciones de factores clínicos, neuropsicológicos, psicodinámicos, de la fisiología de los receptores y morfológicos (anatómicos).

Síndromes psicóticos

Ver tabla A.1

Tabla A.1

Criterios para la psicosis (algo simplificados) de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10 (Véanse Capítulos 10 y 11).

	DSM-IV	ICD10
DSM-IV: Trastornos psicóticos breves ICD-10: Psicosis transitoria aguda	Síntomas: Delirios/alucinaciones/desorganización Duración: Más de un día, menos de un mes, con o sin estresores evidentes	Como DSM-IV
DSM-IV: Trastorno psicótico esquizofreniforme ICD-10: Trastorno psicótico tipo esquizofrénico agudo (o polimorfo)	Síntomas: Los mismos que para la esquizofrenia Duración: Más de un mes y menos de seis meses	Menos de un mes
DSM-IV: Trastornos esquizoafectivos ICD-10: Síndromes esquizoafectivos	Síntomas y duración: enfermedad continua con síntomas esquizofrénicos y afectivos simultáneos durante un periodo. También alucinaciones o delirios, al menos durante dos semanas, sin síntomas afectivos. Síntomas afectivos presentes durante una parte considerable de la enfermedad	Como DSM-IV
Esquizofrenia	Síntomas: dos o más síntomas psicóticos (sólo uno si son bizzarros). Funcionamiento social disminuido (rendimiento en el trabajo, relaciones o autocuidado). Duración: Síntomas continuos durante seis meses, durante seis meses, uno de los cuales contiene síntomas activos.	Al menos un síntoma de Schenieder (bizzarro) o al menos dos síntomas psicóticos no bizzarros. Más de un mes
Trastorno delirante	Síntomas: Delirios no bizzarros. Disminución de funcionamiento no perceptible Duración: Más de un mes. Menos de tres meses para "trastorno delirante agudo". Más de tres para "trastorno delirante crónico"	Como DSM-IV
DSM-IV: Psicosis no especificada (Trastorno psicótico no especificado) ICD-10: Psicosis no orgánica no especificada	Síntomas psicóticos y conducta sin información suficiente o que no se refiere a otro grupo específico	Como DSM-IV

Notas

1 La razón – un fino velo sobre el caos.

- 1 Muchos sugieren que la experiencia de estar enamorado, en la cual se unen la intimidad psíquica y la física, es una realidad con connotaciones psicóticas, una negación con una mínima prueba de verificación de la realidad. Se construye sobre el hecho de que las representaciones internas idealizadas de nosotros mismos y del otro pueden proyectarse sobre un receptor que puede o no corresponder al deseo. Lo que vemos materializado en la representación de esa persona tiene más que ver con nuestro propio mundo interno idealizado que con la otra persona. A veces resulta evidente que fantasía y realidad pueden adaptarse entre sí bajo la égida del principio de realidad.

3 El concepto de psicosis, delirios y alucinaciones

- 1 Conocido como el equilibrio del terror entre Este y Oeste durante la última mitad del siglo XX, incluía la aparición constante de este tipo de incidentes: la diferencia era que el temor se relacionaba con la presencia de armas atómicas en ambos bandos. La amenaza aumentaba por

las dificultades para percibir las actividades dependiendo apenas de radares y supervisión aérea. Naturalmente, las dificultades de interpretación son mucho más difíciles para alguien con un problema de personalidad narcisista y paranoide, con una tendencia a reacciones rápidas y, a ver los acontecimientos en términos de blanco y negro, bueno o malo.

- 2 Una presunción similar de ideas y delirios alejados del *self* racional puede darse también en el caso de las sectas religiosas o políticas extremistas en las que el líder tiene una personalidad carismática y narcisística que quiere moldear a todos los miembros y es incapaz de aceptar pensamientos disidentes. En el ambiente democrático actual subestimamos la necesidad de muchas personas de someterse totalmente a ideologías o personalidades autoritarias. Estas personas prefieren obedecer a un líder estricto y exigente antes que vivir con un solitario e incierto *self*, con poco reconocimiento externo.
- 3 La diferencia entre este tipo de delirio y, por ejemplo, la vocación misionera cristiana es que ésta se experimenta como una invitación o llamada que no contiene la creencia grandiosa de que Dios esté más cerca de la persona que de nadie más. Selma Lagerlöf describió en detalle esta situación en su libro "Jerusalén" (1901-1902). La historia trata de un movimiento evangelista en un distrito rural del sur de Dalecarlia a finales del siglo XIX, que bajo el liderazgo de un predicador evangelista, convenció a todas las personas que vivían allí de vender sus granjas y trasladarse a Jerusalén.

4 El yo, el *self* y la psicosis

- 1 La palabra "objeto" se refiere a las representaciones internas de personas significativas del entorno. Este término es empleado con el fin de establecer una distinción entre objeto y sujeto, en la que este último alude al individuo mismo.

5 Fases de la psicosis aguda

- 1 Un amigo del autor August Strindberg le preguntó seis meses después de su psicosis paranoide en 1985, sobre sus pensamientos acerca de su experiencia paranoide, a lo que le respondió "tres cuartas partes de mi ser creen en la realidad de esas constelaciones, pero con la otra cuarta parte me pregunto si todo no serán en el fondo mis propios pensamientos, todo es lo mismo".

6 Factores de vulnerabilidad neurobiológica

- 1 Para Tienari (1991) el concepto de estados límitrofes esquizofrénicos incluye tanto las psicosis no esquizofrénicas como el trastorno límite de la personalidad.
- 2 El hecho de investigar la enfermedad de la madre y no la del padre se debe estrictamente a razones de tipo práctico. No significa que los genes de los padres sean menos importantes.
- 3 Es posible que los casos de trastornos tempranos del desarrollo manifestados en forma de trastornos del espectro autista que ocurren en 4 de cada 1000 niños (0,4%), estén asociados a un factor de vulnerabilidad a la psicosis elevado. Aún no se dispone de evidencia de esto en la literatura científica (para mayor información véase Capítulo 12).
- 4 Podría establecerse una comparación, no exenta de polémica, entre el concepto de psicosis y el desvanecimiento. Se puede obtener un consenso diagnóstico entre diferentes clínicos con respecto al desvanecimiento (la fiabilidad es alta) pero todo el mundo coincide en que el valor explicativo (la validez) de la noción de desvanecimiento es baja. Detrás del síntoma, puede haber un tumor cerebral, un bajo nivel de glucosa en sangre, hipotensión, inestabilidad emocional y mucho más. Se trata de una propensión clara aunque no específica a reaccionar de cierto modo. Si tuviéramos que dar una recomendación referente al tratamiento del desvanecimiento, el resultado sería inaceptablemente inexacto y de poca utilidad. ¿Acaso la investigación sobre psicosis ha avanzado mucho más? La psicosis, al igual que el desvanecimiento es un canal común a un conjunto de factores patológicos de tipo genético, evolutivo y psicosocial, entre los cuales existe una potencial interacción.
- 5 La Tomografía por Emisión de Positrones o PET (Positron Emission Tomography) es un método por medio del cual se marcan radiactivamente ciertas moléculas, por ejemplo, la glucosa, que participa en el metabolismo cerebral y se dirige al receptor de la sustancia señal. Posteriormente, las imágenes tomográficas ilustran las variaciones en la función metabólica al detectar el punto exacto de emisión de esta radiación en el cerebro. Este método nos permite estudiar el funcionamiento de diferentes áreas del cerebro bajo determinadas condiciones.
- 6 Un metanálisis es un estudio basado en la integración, según criterios científicos específicos, de los hallazgos de diferentes investigaciones realizadas por ciertos centros científicos. De este modo, es posible estudiar un número mayor de sujetos confiriendo un mayor poder al análisis estadístico.

- 7 La generación de imágenes por Resonancia Magnética o MRI por la abreviación de su denominación en inglés (Magnetic Resonance Imaging), es una técnica mediante la cual el cerebro es expuesto a un campo magnético que induce cambios detectables en sus diferentes estructuras. Estos cambios son computarizados y visualizados en imágenes de alta resolución de las diferentes estructuras cerebrales. La Tomografía Computarizada (CT) es un método más económico de neuroimagen que aporta una diferenciación menos clara de las estructuras del cerebro.
- 8 La preeclampsia consiste en una elevación de la presión arterial y la presencia de proteínas en la orina durante el embarazo. En estos casos, se evidencia un mal funcionamiento placentario que puede influir de forma negativa sobre la nutrición del feto.

7 Factores de vulnerabilidad psicodinámica

- 1 Recientemente el péndulo ha basculado en la otra dirección por lo que resulta difícil argumentar científicamente la importancia que tienen en el desarrollo psicótico, las experiencias de la infancia y las relaciones familiares. En general, los investigadores que se interesan por esta área no han recibido apoyo y sus trabajos no han sido publicados al considerarse, *a priori*, poco científicos. Esta postura, fácil de entender, ha sido apoyada por organizaciones de familiares de pacientes esquizofrénicos con cierta influencia.
- 2 El DSM – III, que se utilizó durante la década de 1980, no muestra grandes diferencias en el diagnóstico de la esquizofrenia comparado con el actual DSM - IV
- 3 Cada vez hay un mayor cuerpo de conocimiento sobre cómo una seria deficiencia en la vida de los bebés de mono provoca subdesarrollo en determinados centros del cerebro. Este subdesarrollo se relaciona con la incapacidad de la madre para funcionar como estímulo durante un período crítico de la infancia. Se pueden ver los efectos negativos en el mono más adelante, cuando se convierte en adulto, en forma de trastornos conductuales, agresión o introversión. Se desencadena un estado psicótico con dosis bajas de anfetamina lo que indica que el sistema dopaminérgico se ha sensibilizado, consecuencia de la temprana deprivación (Kraemer *et al.* 1984). Si faltan los estímulos necesarios en la primera etapa de la infancia, tan importantes en la crianza para construir el “sistema de recompensas” dopaminérgico del cerebro, las funciones esenciales del cerebro se descompensan o no se desarrollan

suficientemente. Esto se trata también más adelante en este capítulo, en relación con las características esquizoides de la personalidad.

- 4 En los diferentes mitos sobre Fausto, éste hace un pacto con el diablo, por el cual todos sus deseos se podrán cumplir a cambio de dar su alma al diablo.
- 5 El hablar de elección aquí, puede parecer poco realista. Desde luego, no tiene nada que ver con el tipo de elección que pueden hacer los niños mayores o los adultos. El bebé no tiene la libertad para reflexionar sobre diferentes alternativas. El uso de la palabra en este caso tiene que ver con un proceso específico, donde el *self* rudimentario juega una parte, que constituirá el centro del *self* adulto.
- 6 La aparición de rasgos alexitímicos ha sido estudiada por el psicoanalista Aaron Karush (1969), quien concluyó que su presencia constituye una contraindicación de tratamiento con psicoterapia dinámica. Hizo una división con un grupo de 30 personas con colitis ulcerosa con el fin de averiguar si la psicoterapia orientada al *insight* era apropiada. Seis pacientes fueron considerados como posibles candidatos para este tipo de terapia, pero no se consideró apropiada para la mayoría. Todos estos casos tenían un alto grado de alexitimia y se consideró que sería mejor el tratamiento de apoyo o la terapia conductual. .

8 Factores desencadenantes de la psicosis

- 1 Naturalmente, incluso el estrés fisiológico puede medirse (como ratios) en términos de experiencia. En este caso lo que se mide es la experiencia subjetiva del estrés, que puede relacionarse, en mayor o menor medida, con los marcadores biológicos que miden reacciones fisiológicas del organismo.
- 2 El diseño de las unidades post-operatorias puede haber contribuido a estas psicosis. Por razones de índole práctica, se ordenaban inintencionadamente de forma que aumentaba el riesgo de privación sensorial. Se dejaba a los pacientes sin poder moverse, escuchando un sonido monótono, con una luz tenue que no cambiaba entre el día y la noche como lo haría la luz natural. Cuando se intentó que estas salas post-operatorias fueran más estimulantes, desde el punto de vista psicológico, la duración de la psicosis disminuyó drásticamente. (véase Capítulo 13 para más detalles).
- 3 El término transición se emplea en la literatura antropológica en los rituales de iniciación que marcan los grandes cambios de la vida, y pres-

tan apoyo al individuo y su entorno durante esos cambios.

- 4 El antropólogo y psicoanalista estadounidense Eric H. Ericsson introdujo el término moratoria en *Infancia y Sociedad* (1950) e *Identidad: Juventud y Crisis* (1968). Desarrolló ideas sobre la maduración psicosocial, en las que sostiene que la conducta divergente y la enfermedad pueden tener un papel en el desarrollo de individuos sensibles: pueden permitir la maduración por una vía indirecta. La fijación de la psiquiatría en los síntomas puede conducir fácilmente a no considerar los contenidos creativos en estas situaciones. Consecuentemente la moratoria supone un período de tiempo donde lo que parece ser una actividad poco saludable se convierte en algo psíquicamente significativo (véase Capítulo 14).
- 5 Como vimos en el Capítulo 4, el proceso primario se refiere al pensamiento que no es dependiente de la lógica ordinaria de consistencia, tiempo o lugar. Este es el caso en el bebé, en los sueños y en la psicosis. En contraste, el proceso secundario normal del pensamiento, consiste esencialmente en la reflexión lógica.
- 6 El propio Strindberg dramatizó su experiencia en "Inferno" (1897), que presenta un panorama más esquizofrénico que el de sus cartas, las anotaciones de su diario y los comentarios de testigos visuales contemporáneos.

9 Factores de protección

- 1 Para más evidencia, véase la investigación de Tienari (1991), realizada con familias de niños adoptados de alto riesgo (p. 74).

10 Trastornos psicóticos I

Tal fundamento diagnóstico puede parecer académico. No obstante, tiene cierto valor en relación al tratamiento ya que los síntomas psicóticos en la esquizofrenia, por lo general, responden a la medicación. En el caso del trastorno delirante, la medicación rara vez es eficaz.

11 Trastornos psicóticos II: Esquizofrenia, la enfermedad del *self*

- 1 A pesar de la clara relevancia clínica del concepto de espectro, se puede correr el riesgo de utilizarlo de forma muy superficial. Tendemos a etiquetar como esquizotípicas, es decir, pre-esquizofrénicas, a perso-

nas a las que no comprendemos, sin haber hecho una consideración cuidadosa. Por tanto, un concepto amplio de esquizofrenia puede ser mal empleado al incluir a personas introvertidas que simplemente no piensan como los demás. Hemos visto este tipo de situaciones en la psiquiatría soviética que, al utilizar un concepto muy amplio de esquizofrenia (que no seguía los síntomas fundamentales anteriormente descritos), incluía a muchas personas a las que se sometió a procesos de tratamiento involuntario por sus ideas disidentes.

- 2 Con el fin de estimular este tipo de experiencia, se ha invitado a personas sanas a escuchar sus propias voces a través de auriculares con una demora de pocos segundos. Describen sus acciones al investigador y a sí mismos a través de un micrófono. Suelen abandonar la tarea tras un corto período de tiempo a causa de un sentimiento de impotencia o pierden las ganas de hablar.

12 Trastornos del espectro autista y psicosis infantiles

- 1 El neurólogo y escritor Oliver Sacks nos ha presentado una acertada descripción de un número importante de personas con talento con síndrome de Asperger en su libro *Un Antropólogo en Marte* (1995).

14 Los dos períodos críticos de la psicosis y el potencial para la recuperación

- 1 "Tóxico" podría entenderse como una metáfora que alude a una influencia perjudicial que avanza lentamente. No obstante, se corre el riesgo que esta palabra predomine de tal forma que el concepto quede asociado a su significado concreto. Merece la pena descifrar el proceso alternativo al tratarse de un punto muy importante: una concepción menos concreta y más psicosocial de la "psicosis tóxica" admitiría efectos reforzadores negativos dinámicos (y por tanto modificables), tales como el estigma y la subestimulación, que dificultan la recuperación, haciéndola a veces inviable.

15 Los trastornos cognitivos y el proceso psicótico del pensamiento

- 1 Por lo general, el uso de las ideas metafóricas y simbólicas tiende a solaparse. Una metáfora implica que por similitudes asociativas o acuerdos internos (correspondencias), un objeto o una parte de la conducta

es intercambiable por otra idea u otra forma de conducta. Un asunto del que nadie desea ocuparse se convierte así en una “patata caliente”; los poetas hablan de “el caldero rojo de la luna de otoño” o del camello como “el barco del desierto”. En nuestra cultura, normalmente se emplean metáforas para hacer que las ideas con relación al tiempo sean concretas y espaciales: por ejemplo, antes de Navidad, dentro de tres días, etc. En ciertas culturas, las personas al igual que los niños pequeños, viven de forma concreta esta visión espacial del tiempo en la que, por ejemplo, el ayer yace en el otro lado del bosque.

- 2 La noción de símbolo es amplia e implica signos, iconos o cuadros concentrados representan un contenido complejo: por ejemplo, los iconos de los programas de ordenador para las diferentes funciones. El símbolo puede tener un aspecto estético-metafísico que está ausente en la metáfora: por ejemplo, “el camino de la cruz” y “la manzana de Eva”. Un requisito para su eficacia en el lenguaje es que la persona que la utiliza sea consciente de su doble significado. De este modo, es posible conectar la función de simbolización con la fantasía del juego infantil (véase Capítulo 1).

17 Hacia un modelo biopsicosocial de la psicosis

- 1 Quiero decir que el yo no “existe en realidad” sino como un modo de pensamiento. Es de gran utilidad como medio para expresar la existencia de un principio organizativo biopsicosocial.
- 2 La expresión “gestalt”, en su significado psicológico, se refiere a que el todo es más que simplemente la suma de las partes.

18 Tradiciones de pensamiento en la historia de las ideas psiquiátricas

- 1 Véase, por ejemplo, *El error de Descartes* de Antonio Damasio (1996) y *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* de Oliver Sacks (1998). Otro ejemplo es el *International Journal of Neuro-Psychoanalysis* (Karnak).

19 Las actitudes hacia el tratamiento de la psicosis durante el siglo XX

- 1 En el libro *Faces in the Water*, de la escritora neozelandesa Janet Frame (1961), se presenta un relato autobiográfico y crudo sobre el sufrimiento marcado por la angustia y el desamparo de una paciente so-

metida e este tipo de tratamiento electroconvulsivo.

- 2 El término “psiquiatría social” se utiliza aquí en su contexto original, para transmitir el desarrollo de una “comunidad terapéutica” y de trabajo grupal. Gradualmente adquirió un significado más teórico, como un sistema explicativo de la enfermedad psíquica, además de las teorías de la psiquiatría biológica y dinámica. La salud psíquica depende de relaciones contenedoras y de una red social óptima. La psiquiatría social se convirtió en la rama de la psiquiatría que examinaba la relación entre la aparición de la enfermedad psiquiátrica en la población (epidemiología) y diferentes factores del entorno social.

20 Requisitos, exigencias y organización del tratamiento de la psicosis

- 1 *Adherencia* realmente significa ser dócil u obediente. La expresión se introdujo en la psiquiatría como la reminiscencia de una actitud más autoritaria. Puesto que la docilidad no está considerada en el mundo actual como un estado mental especialmente deseado, la palabra cooperación es más plausible.

21 Evaluación y tratamiento de pacientes con un episodio de psicosis aguda

- 1 El WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale, versión revisada) ha sido utilizado para la valoración del funcionamiento cognitivo. Está compuesto por 11 subtests, divididos en subescalas verbales y manipulativas.

23 Las personas con psicosis crónica en la comunidad

- 1 En el proyecto Wisconsin, se utiliza la palabra “cliente” en lugar de “paciente” puesto que supone un papel más energético y activo.

24 Tratamiento farmacológico de la psicosis

- 1 En la actualidad, esta actitud es común dentro de la psiquiatría. Se basa en la idea que los procesos mentales son producto del contexto biológico y molecular y, por tanto, secundarios a éste. Esta forma de pensamiento es cuestionada por la mayoría de los neurofisiólogos y teóricos científicos modernos que, en lugar de esto, sostienen que los

fenómenos mentales implican una percepción (consciente e inconsciente) de procesos que tienen lugar entre nuestro mundo interno, externo y, entre ambos. El sistema mental garantizará la supervivencia por medio de optimizar de nuestra capacidad de adaptación a las exigencias de la vida. Los procesos psicológicos influyen y alteran los procesos neuropsicológicos. En otras palabras, la esfera mental no es primaria ni secundaria a lo molecular, sino que ocurre de forma simultánea y expresa otro aspecto de la actividad biológica. La psicología, en su significado exacto, es tan biológica (en tanto que teoría de la vida) como la neurofisiología.

Referencias

- Alanen, Y. O. (1968) From the mothers of schizophrenic patients to interactional family dynamics, *Journal of Psychiatric research*, 6, suppl 1, 202-212.
- (1997) *Schizophrenia – Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rääkköläinen, V. *et al.* (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients. Experiences and results of the Turkey project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372-
- Allebeck, P., Adamsson, C., Engström, A. *et al* (1993) Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of cases treated in Stockholm County, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88, 21-24.
- American Psychiatric Association (APA) (1995) *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, T. (1990) *The reflecting team*. Broadstairs: Borgmann.
- Antonovsky, A (1987) *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arnold, S. E., Hyman, B. T., Van Hoesen, G. W. *et al* (1991) Some cytoarchitectural abnormalities of the entorhinal cortex in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 48, 625-632.
- Balint, M. (1972) *the doctor, his patient and the illness*. New York: International Universities Press.

- Baron, M., Gruen, R., Asnis, L. and Kane, J. (1983) Age-of-onset in schizophrenia and schizotypal disorders: Clinical and genetic implications, *Neuropsychobiology*, 10, 199-204.
- Basaglia, F. (1964) *The doctrine of the mental hospital as a palace of institutionalism*. paper presented at the First International Congress of Social Psychiatry, London.
- Begbington, P., Wilkins, S., Jones, P. et al. (1993) Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study, *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.
- Beck, J. C. and van der Kolk, B. (1987) Reports of childhood incest and current behaviour of chronically hospitalized psychotic women, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1474-1476.
- Beckman, V. (1984) *Sinnesjuket. Bilder ur psykiatrins historia*. Stockholm: Norstedts.
- Bion, W. (1967) *Second thoughts*. London: Heinemann.
- Birchwood, M. (1999) Psychological and social treatments: Course and outcome, *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 61-66.
- Bleuler, E. (1950-1911) *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Bleuler, M. (1972) *Die schizophrenen Geistesstörungen in Lichte lang-jähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- (1974) The long-term course of schizophrenic psychoses, *Psychological Medicine*, 4, 244-254.
- (1984) Das alte und das neue Bild des Schizophrenen, *Scheizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 135, 143-149.
- Bowlby, J. (1969-1980) *Attachment and loss* (Vols 1-3). London: Hogarth Press.
- Buber, M. (1962) *Ich und Du*. Leipzig: Inselverlag.
- Cannon, M., Jones, P., Huttunen, M. O. et al (1999) School performance in Finnish children and later development in schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 56, 457-563.
- Cannon, T. D. and Mednick, S. A. (1993) The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: Three decades of progress, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl 370, 33-47.
- Cappelen-Smith, C. Tunström, G. and Öhnell, A. (1994) *Inge Schiöler*. Uddevalla: BohuslänsMuseum.
- Castle, D. J. and Murray, R. M. (1991) The neuro-developmental basis of sex differences in schizophrenia, editorial, *Psychological Medicine*, 21, 565-575.
- Chapman, J. (1966) The early symptoms of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 112, 225-251.
- Ciompi, L. (1980) The natural history of schizophrenia in the long term, *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- (1997) The concept of affect-logic: An integrative psycho-social-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia, *Psychiatry*, 60, 158-170.
- Ciompi, L. and Hoffman, H. (2004) Soteria Berne: An innovatie milieu therapeutic approach to acute shizophrenia based on the concept of affect-logic, *World Psychiatry*, 3, 140-146.

- Ciampi, L., Dauwalder, H.-P., A, E., et al (1992) A new approach of acute schizophrenia. Further results of the pilot project Soteria Bern. In A. Werbart and J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructive factors* (pp. 95-109). Oslo: Scandinavian University Press.
- Conrad, C. (1958) *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Coryell, W., Endicott, J., Keller, M. et al. (1989) Bipolar affective disorder and high achievement. A familiar association, *American Journal of Psychiatry*, 146, 983-988.
- Crow, T. J. (1980) Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process??, *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Cullberg, J. (1997) Effekten av psykodynamisk terapi på neuroleptikaanvändningen vid psykoser [The effect of psychodynamic therapy on the use of neuroleptics], *Behandling med neuroleptika*. Report 133/1 from the Swedish Council on Technology Assessments in Health care, 181-192.
- (2002) Stressful life events preceding the first onset of psychosis, An explorative study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 209-214.
- Cullberg, J. and Levander, S. (1991) Fully recovered schizophrenic patients who received intensive psychotherapy. A Swedish case-finding study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 45, 253-262.
- Cullberg, J. and Nybäck, H. (1992) Persistent auditory hallucinations correlate with the size of the third ventricle in schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 469-472.
- Cullberg, J., Stefansson, C. G. and Wennersten, E. (1981) Psychiatry in low status dwelling areas, *Psychiatry and Social Science*, 1, 118-123-.
- Cullberg, J., Thorén G., Åbb, S. et al (2000) Integrating intense psychosocial and low dose neuroleptic treatment. A three year follow-up. In B. Martindale (Ed.), *Psychosis - Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 200-209). London: Gaskell.
- Cullberg, J., Levander, S. and Homqvist, R. (2002) One-year results in first episode patients in the Swedish Parachute project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 276-285.
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S. et al (2005) *Three-year outcome for the Swedish Parachute Project*. Manuscript submitted for publication.
- Dahl, M. L. and Sjöqvist, F. (1997) Faktorer som påverkar neuroleptikas omsättning i Kroppen [Factors influencing the metabolism of neuroleptics], *Behandling med neuroleptika*. Report 133/2 from the Swedish Council on Technology Assessments in Health Care, 103-128.
- Dalén, P. (1978) *Season of birth. A study of schizophrenia and other mental disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Dalgaard, O. S. (1980) *Bomiljø og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalman, C. and Cullberg, J. (1999) Neonatal hyperbilirubinaemia - a vulnerability factor for mental disorder?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 469-471.
- Dalman, C., Allebeck, P., Cullberg, J. et al.(1999) Obstetric complications and the risk of schizophrenia. A longitudinal study of a national birth cohort, *Archives of General Psychiatry*, 56, 234-240.

- Damasio, A. (1996) *Descartes' error*. London: Papermac.
- Der, G., Gupta, S. and Murray, R. M. (1990) Is schizophrenia disappearing?, *Lancet*, 335, 513-516.
- Drury V., Birchwood, M., Cochrane, R. and Macmillan, F. (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on symptoms. II. Impact on recovery time, *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-607.
- Eggers, C. (1978) Course and prognosis of childhood schizophrenia, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 21-36.
- (1989) Schizo-affective psychoses in childhood: A follow-up study, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 327-342.
- Eivergård, M. and Jönsson, L. E. (1993) *Sidsjöns sjukhus 1943-1993. From Den moderna sinnesjukvårdens historia*. Sundsvalls: Sundsvalls Museum.
- Elkis, H., Friedman, L., Wise, A. and Meltzer, H. (1995) Metaanalyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. Comparisons with controls or patients with schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 52, 735-746.
- Eriksson, E. H. (1950) *Childhood and society*. New York: WW Norton.
- (1968) *Identity: Youth and crisis*. New York: WW Norton.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W. et al. (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study, *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Farde, L. (1997) Brain imaging of schizophrenia – the dopamine hypothesis, *Schizophrenia Research* 8, 157-162.
- Farde, L., Wiesel, F.-A., Stone-Elander, S. et al. (1990) D2-Dopamine receptors in neuroleptic-naïve schizophrenic patients, *Archives of General Psychiatry*, 47, 213-219.
- Farde, L., Nordström, A.-L., Wiesel, F.-A., et al. (1992) Positron emission tomographic analysis of central D1-and D2-dopamine receptor occupancy in patients treated with classical neuroleptics and clozapine – relation to extrapyramidal side effects, *Archives of General Psychiatry*, 49, 538-544.
- Farde, L., Gustavsson, J.P. and Jönsson, E. (1997) D2-Dopamine receptors and personality traits, *Nature*, 590.
- Fish, B., Marcus, J., Sydney, H. L. et al (1992) Infants at risk for schizophrenia: Sequelae of a genetic neurointegrative defect, *Archives of General Psychiatry*, 49, 221-235.
- Foucault, M. (1961) *Histoire de la folie à l'age classique*. Paris: PUF.
- Fowler, D., Garety, P. and Kuipers, E. (1995) *Cognitive behaviour therapy for psychoses. Theory and practice*. New York: Wiley.
- (1998) Cognitive therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications, *Journal of Mental Health*, 7, 123-133.
- Frame, j. (1961) *Faces in the water*. New York: Georges Braziller.

- Freud, S. (1923) *The Ego and the Id*. London: Hogarth Press.
- (1940 [1938]) *Abriss der Psychoanalyse*, SE. London: Hogarth Press,
- Friis, S. (1986) Characteristics of a good ward atmosphere, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 469-473.
- Frith, C.D. (1995) *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Geijer, E. G. (1856) *Föreläsningar öfver människans historia* [Lectures on the history of man]. Upsala: P A Norstedt & Söner.
- Glass, L. L., Katz, H. M. Schnitzer, R. D. *et al.* (1989) Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome, *American Journal of Psychiatry*, 146, 603-608.
- Goffman, E. (1990) *Asylums*. New York: Doubleday.
- Goldstein, K. (1943) The significance of psychological research in schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 97, 261-279.
- Goldstein, M. (1992) The family in schizophrenia – some current issues. In A. Werbart and J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructing factors*. Oslo: Scandinavian Universities Press.
- Green, H. (1964) *I never promised you a rose garden*. New York: Holt.
- Green, J. F. (1988) *Schizophrenia from a neurocognitive perspective – Probing the impenetrable darkness*. Boston: Allyn and Bacon.
- Grotstein, J. S. (1995) Orphans of the “real”: I. Some modern and postmodern perspectives on the neurobiological and psychosocial dimensions of psychosis and other primitive mental disorders, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50, 287-311.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F. and Katz, H. M. (1984) Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Häfner, H., der Heiden, W. and Behrens, S. (1998) Causes and consequences of the gender differences in age at onset of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 99-113.
- Harding, C. M., Brooks, C. W., Ashikaga, T. *et al.* (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II: Long term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Healy, D. (1989) Neuroleptics and psychic indifference: A review, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, 615-619.
- (1990) Schizophrenia: Basic, release reactive and defect processes, *Human Psychopharmacology*, 5, 105-121.
- Healy, D. and Farquhar, G. (1998) Immediate effects of Droperidol, *Human Psychopharmacology*, 13, 113-120.
- Hegarty, J. D. *et al.* (1994) One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.

- Hoek, H. W., Brown, A. S. and Susser, E. (1998) The Dutch famine and schizophrenia spectrum disorders, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 373-379.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J. *et al.* (1991) Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment, *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D. *et al.* (1995) Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 379-393.
- Hogarty, G., Greenwald, D., Ulrich, R. *et al.* (1997) Three-Year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with of independent of family. II: Effects on adjustment of patients, *American Journal of Psychiatry*, 154, 1514-1524.
- Horrobin, D. F. (1999) the phospholipid concept of psychiatric disorders and its relationship to the neuro-developmental concept of schizophrenia. In M. Peet, I. Glen and D. Horrobin (Eds.), *Phospholipid spectrum disorder in psychiatry*. Carnforth: Marius Press.
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. *et al.* (1980) Longitudinal studies of schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 592-605.
- Hughlings-Jackson, J. (1958/1894) *The factors of insanities. Selected writings. Vol 2: Evolution and Dissolution of the Nervous System*, James Taylor (Ed.). London: Staples Press.
- Huttunen, M. O. and Niskanen, P. (1978) Prenatal loss of father and psychiatric disorders, *Archives of General Psychiatry*, 35, 429-431.
- Huxley, A. (1954) *The door of perception*. London: Chatto & Windus.
- (1956) *Heaven and hell*. London: Chatto & Windus.
- Ingvar, D. H. and Franzén, G. (1974) Abnormalities of blood flow distribution in patients with chronic schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 50, 425-462.
- Isohanni, M., Isohanni, I., Jones, P., Järvelin, M.-R. *et al.* (1999) School predictors of schizophrenia in the 1966 Northern Finland birth cohort study. Paper presented at the Conference for Schizophrenia Research, Santa Fé.
- Jackson, H., Edwards, J., Hulbert, C. and McGorry, P. (1999) Recovery from psychosis: Psychological interventions. In P. McGorry and H. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jackson, M. (1994) *Unimaginable storms*. London: Karnac.
- Jakob, H. and Beckmann, H. (1986) Prenatal developmental disturbances in the limbic allocortex in schizophrenics, *Journal of Neural Transmission*, 65, 303-326.
- Jaskiw, G. E., Juliano, D. M., Goldberg, T. E. *et al.* (1994) Cerebral ventricular enlargement in schizophreniform disorder does not progress. A seven year follow-up study, *Schizophrenia Research*, 14, 23-28.
- Johnson, E. (1968) *The days of his grace*. (E. Harley Schubert, Trans.). London: Chatto & Windus.
- Jones, M. (1970) *The therapeutic community*. New York: Basic Books.

- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R. and Marmot, M. (1994) Child developmental risk factors for schizophrenia in the British 1946 birth cohort, *Lancet*, 344, 1398-1402.
- Jonsson, E. (1986) *Tokfursten*. Stockholm: Rabén and Sjögren.
- Kapur, S. (2003) Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 160, 13-23.
- Karon, B. and VandenBos, G. (1972) The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 11-19.
- Karush, A. (1969) The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis, *Psychosomatic Medicine*, 31, 201-207.
- Keenan, B. (1992) *An evil cradling*. London: Vintage.
- Kernberg, O. (1980) *Internal world and external reality. Object relations theory applied*. New York: Jason Aronson.
- (1984) *Severe personality disorders*. Cambridge, MA: Yale University Press.
- Kety, S. S., Wender, P. H., Jacobsen, B., Ingraham, L. J., Jansson, L., Faber, B. and Kinney, D. K. (1994) Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees, *Archives of General Psychiatry*, 51, 442-455.
- Kinney, D. K., Holzman, P. S., Jacobsen, B., Jansson, L. et al. (1997) Thought disorder in schizophrenic and control adoptees and their relatives, *Archives of General Psychiatry*, 54, 475-479.
- Klein, M. (1988) *Love, guilt and reparation. Envy and gratitude*. London: Virago.
- Knoll, J. L., Garver, D. L., Ramberg, J. E. et al (1998) Heterogeneity of the psychoses: Is there a neurodegenerative psychosis?, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 365-379.
- Kopala, L. C., Fredrikson, D., Good, K. P. et al. (1996) Symptoms in neuroleptic naïve first episode schizophrenia: Response to risperidone, *Biological Psychiatry*, 39, 296-298.
- Kopala, L. C., Kimberley, P. G. and Honer, W. G. (1997) Extrapyramidal signs and clinical symptoms in first-episode schizophrenia: Response to low dose Risperidone. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 308-313.
- Kraemer, G. W., Ebert, M. H., Lake, C. R. et al. (1984) Hypersensitivity to d-amphetamine several years after early social deprivation in rhesus monkeys, *Psychopharmacology*, 82, 566-271.
- Karaepelin, E. (1971/1919) *Dementia praecox and paraphrenia*. New York: Huntington.
- Kretschmer, E. (1966) *Der sensitive Beziehungswahn* (4th ed.). Berlin: Springer-Verlag.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garey, P. et al. (1998) London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III. Follow-up and economic evaluation at 18 months, *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.
- Kuipers, L., Leff, J. and Lam, D. (1992) *Family work for schizophrenia. A practical guide*. London: Gaskell.
- Lagerlöf, S. (1901-1902) *Jerusalem*. Stockholm: Bonnier.

- Laing, R. D. (1960) *The divided self*. London: Tavistock.
- Laing, R. D. and Esterson, A. (1964) *Sanity, madness and the family*. London: Tavistock.
- Larsen, T. K., Johannesen, J. O. and Opjordsmoen, S. (1998) First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 172, suppl 1, 45-52.
- Lawrie, S. M. and Abukmeil, S. S. (1998) Brain abnormality in schizophrenia – a systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies, *British Journal of Psychiatry*, 172, 110-120.
- Leff, J. P., Kuipers, L., Berkowitz, R, et al. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: A two-year follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Lehtinen, K. (1993) Need-adapted treatment of schizophrenia: A five-year follow-up study from the Turkey project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96,101.
- Lehtinen, K. and Cullberg, J. (1999) Neonatal hyperbilirubinaemia – a vulnerability factor for mental disorder?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 469-471.
- Leighton, A. (1963) *The character of danger*. New York: Basic Books.
- Levander, S. and Cullberg, J. (1993) Sandra: Successful psychotherapeutic work with a schizophrenic woman, *Psychiatry*, 56, 284-293.
- Lewander, T. (1994) Neuroleptics and the neuroleptic-induced deficit syndrome, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, suppl 380, 8-13.
- Lieberman, R., Wallace, C. J., Blackwell, G. et al (1998) Social skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 155,1087-1091.
- Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvier, J. M. J. et al (1992) Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- Luborsky, L., Singer, B. and Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies. Is it true that everyone has won and all must have prizes?, *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Barber, J. P. and Beutler, L. (1993) Introduction to special section: A briefing on curative factors in dynamic psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 539-541.
- Lundquist, G. (1949) *Modern svensk sinnessjukvård*. Stockholm: Modern Litteratur.
- McEvoy, J. P., Hogarty, G. E. and Steingard, S. (1991) Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia. A controlled study of the neuroleptic threshold and higher haloperidol dose, *Archives of General Psychiatry*, 48, 739-745.
- McGlashan, T. H. (1984) The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders, *Archives of General Psychiatry*, 41, 414-144.
- McGlashan, T. H. and Johannesen, J. O. (1996) Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale, *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-222.
- McGlashan, T. H. and Keats, C. J. (1989) *Schizophrenia – treatment process and outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- McGorry, O. P. K. and Jackson, H. J. (Eds.) (1999) *The recognition and management of early psychosis*. A preventive approach. Cambridge: Cambridge University Press.
- McGorry, P. D. (1994) The influence of illness duration on syndrome clarity and stability in functional psychosis: Does the diagnosis emerge and stabilize with time?, *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 607-619.
- McGorry, P.D., Channen, A., McCarty, E. et al (1991) Post traumatic stress disorder following recent-onset psychosis; an unrecognized post-psychotic syndrome, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179, 251-258.
- McGorry, P.D., Edwards, J. Mihalopoulos, C. et al. (1996) EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management, *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-326.
- McGuire, P. K., Shah G. M. S. and Murray, R. M. (1994) Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia, *Lancet*, 342, 702-706.
- Masterman, D. L. and Cummings, J. L. (1997) Frontal-subcortical circuits: The anatomical basis of executive, social and motivated behaviours, *Journal of Psychopharmacology*, 11, 107-114.
- May, R. A., Tuma, A. H. and Dixon, W. J. (1968) *Treatment of schizophrenia. A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House.
- Mednick, S. A., Machon, R. A., Huttunen, M. O. et al. (1988) Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic, *Archives of General Psychiatry*, 45, 189-192.
- Meltzer, D. (1992) *The claustrum*. Worcester: Clunie Press.
- Merwin, W. S. (1970) A Garden. In W. S. Merwin, *The Miner's Pale Children* (pp. 213-214). New York: Atheneum.
- Meuser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A. and Trumbetta, S. L. (2002) Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: An interactive model, *Schizophrenia Research*, 53, 123-143.
- Milgram, S. (1958) Some conditions of obedience and disobedience to authority, *International Journal of Psychiatry*, 6, 259-276.
- Mill, J. S. (1859) *On liberty*. London.
- Miller, R. (1987) The time course of neuroleptic therapy for psychosis; role of learning processes and implications for concepts of psychotic illness, *Psychopharmacology*, 92, 405-415.
- Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Westergaard, T. et al (1999) Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia, *New England Journal of Medicine*, 340, 603-608.
- Mosher, L. R., Vallone, R. and Menn, A. (1995) The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology data from the Soteria project, *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 157-173.
- Munk-Jørgensen, P. and Mortensen, P. B. (1992) Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark, 1971-1987, *British Journal of Psychiatry*.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L. et al. (2004) The Opus trial: A randomised multi-center trial of integrated versus standard treatment for 547 first-episode patients. Poster presentation, Davos.

- Nyberg S., Eriksson, O. Oxenstierna, B. *et al* (1999) Suggested minimal effective dose of risperidone based on PET measured D2-and 5-HT_{2A}-receptor occupancy in schizophrenic patients, *American Journal of Psychiatry*, 156, 869-875.
- Ödegard, Ö. (1964) Pattern of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of psychotropic drugs, *American Journal of Psychiatry*, 120, 772-778.
- Palmblad, E. and Cullberg, J. (1990) Grannars reaktioner på ett psykoterapeutiskt behandlingshem [Neighbours' reactions to a psychotherapeutic residence for treatment], *Nord Psykiatrika Tidsskrift*, 44, 551-558.
- Pao, P. N. (1979) *Schizophrenic disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Paulesu, E., Frith, C. D. and Frackowiak, R.S.J. (1993) The neural correlates of the verbal components of working memory, *Nature*, 362, 342-344.
- Perris, C. (1988) *Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Rabkin, J. G. (1980) Stressful life events and schizophrenia: A review of recent literature, *Psychological Bulletin*, 87, 408-425.
- Räkköläinen, V. (1977) *Onset of psychosis*. A clinical study of 68 cases. Unpublished PhD thesis, University of Turku.
- Rang, H. P., Dale, M. M. and Ritter, J. M. (1999) *Pharmacology*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Read, J. (1997) Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice, *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 448-456.
- Robbins, M. (1993) Experiences of schizophrenia. *An integration of the personal, scientific and therapeutic*. New York: Guilford Press.
- Romme, M. and Escher, S. (1989) Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- (2000) *Making sense of voices – a guide for mental health professionals working with voice-hearers*. London: MIND Publications.
- Rosenbaum, B. (2000) *Tankeformer og talemåder* [Kinds of thinking and talking]. Copenhagen: Multivers forlag.
- Rosenbaum, B. and Sonne, H. (1986) *The language of psychosis*. New York: New York University Press.
- Sacks, O. (1995) *An anthropologist on Mars*. New York: Knopf.
- (1998) *The man who mistook his wife for a hat*. New York: Simon and Schuster.
- Sandin, B. (1986) *Den Zebrarandiga pudelkärnan*. Stockholm: Rabén and Sjögren.
- Schneider, K. (1967) *Klinische Psychopathologie* (8th ed.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schwartz, M. L. and Goldman-Rakic, P. (1990) Development and plasticity of the primate cerebral cortex, *Clinics in Perinatology*, 17, 83-102.
- Searles, H. (1965) *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. London: Hogarth Press.

- Sechehaye, M. (1947) *La réalisation symbolique*. Bern: Huber.
- Sedvall, G. and Farde, L. (1995) Chemical brain anatomy in schizophrenia, *Lancet*, 346, 743-749.
- Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I. and Smeeton, N. (1989) The natural history of schizophrenia: A five year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics, *Psychological Medicine*, suppl. 15.
- Siegel, D. J. (1999) *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. London: Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sjöström, R. (1985) Effects of psychotherapy in schizophrenia. A retrospective study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 513-522.
- Slade, P. D. (1984) Sensory deprivation and clinical psychiatry, *British Journal of Hospital Medicine*, 32, 256-260.
- Solomon, G. S. (1987) Psycho-neuroimmunology. Interactions between central nervous system and immune system, *Journal of Neuroscience Research*, 18, 1-9.
- SOU (1958) Mentalsjukvården – Planering och organisation, 38.
- SOU (1992) Välfärd och valfrihet service, stöd och vård för psykiskt störda, 73.
- Stefenson, A. and Cullberg, J. (1995) Committed suicide in a total schizophrenic cohort: In the search of the suicidal process, *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 429-437.
- Stein, L. I. and Test, M. A. (1980) Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Stern, D. (1985) *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stone, M. H. (1986) Explorative psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients: A reevaluation in the light of long-term follow up of schizophrenic and borderline patients, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50, 287-306.
- Strauss, J. S. (1989) Mediating processes in schizophrenia – towards a new dynamic psychiatry, *British Journal of Psychiatry*, 55, suppl 5, 22-28.
- Strauss, J., Carpenter, W. T. and Bartko, J. J. (1974) An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia. III: Speculations on the processes that underlie schizophrenia symptoms and signs, *Schizophrenia Bulletin*, 2, 61-69.
- Suddath, R. L., Christison, G. W., Torrey, E. F. et al (1990) Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia, *New England Journal of Medicine*, 322, 789-794.
- Svedberg, B., Mesterton, A. and Cullberg, J. (2001) First episode non-affective psychosis in a total urban population: A five year follow-up, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 332-337.
- Svensson, B. (1999) *Treatment process and outcome for long-term mentally ill patients in a comprehensive treatment program based on cognitive therapy*. Academic dissertation, Lunds University.

- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C. *et al* (1999) Durability of the effects of cognitive behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up, *British Journal of Psychiatry*, 174, 500-504.
- Tienari, P. (1991) Interactions between genetic vulnerability and family environment: The Finnish adoptive family study of schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 460-465.
- Torrey, E. F., Taylor, E. H., Bracha, H. S. *et al.* (1994) Prenatal origin of schizophrenia in a subgroup of discordant monozygotic twins, *Schizophrenia Bulletin*, 20, 423-432.
- Tranströmer, T. (1983) Carillon. In T. Tranströmer, *Det vilda torget*. Stockholm: Bonnier; trans. R. Fulton, *New Collected Poems*, Newcastle, Bloodaxe Books (2002).
- Tsuang, M. T., Woolson, R., Fleming J. A., (1979) Long-term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions, *Archives of General Psychiatry*, 39, 1295-1301.
- Van Os, J. and Selten, J. P. (1998) Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 172, 324-326.
- Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Verdoux, H. and Cournard, A. (2003) The early detection and treatment controversy in schizophrenia research, *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 175-179.
- Wahlberg, K. E., Wynne, L. C., Oja, H., Keskitalo, P. *et al.* (1997) Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: Findings from the Finnish adoptive family study of schizophrenia, *American journal of Psychiatry*, 154, 355-362.
- Warner, R. (1994) *Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy* (2nd ed.). London: Routledge.
- Weinberger, D. (1995) From neuropathology to neurodevelopment, *Lancet*, 346, 552-557.
- Werbart, A. (1997) Separation, termination-process, and long-term outcome in psychotherapy with severely disturbed patients, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 16-43.
- Widerlöv, B., Borgå, P. and Cullberg, J. (1989) Epidemiology of long-term functional psychosis in three different areas in Stockholm county, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 40-46.
- Wing, J. (1960) A pilot experiment of long hospitalized male schizophrenic patients, *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 14, 173-180.
- Winnicott, D. W. (1971) *Playing and reality*. London: Tavistock.
- World Health Organization (WHO) (1994) *ICD-10, International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Genève: World Health Organization.
- Yung, A. R. and McGorry, P. D. (1996) The prodromal phase of first episode psychosis: Past and current conceptualisations, *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A. *et al.* (1996) Monitoring and care of young people at incipient at incipient risk of psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, 22, 283-303.
- Zubin, J. and Spring, B. (1977) Vulnerability – a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Índice Analítico

Los números de página de los títulos principales que tienen subtítulos se refieren a aspectos generales de ese tema.

Los números de página en **negrita** se refieren a las tablas, figuras y diagramas.

- Abraham, prueba de, 8-9;
abuso del alcohol, crónico, 47, 48, 112;
actividad de los receptores dopaminérgicos-DA,
 medicación antipsicótica, 245;
adopción, estudios de, 72-74, 79;
aislamiento: y psicosis breve, 139;
 contrarrestar, 243-244;
 y salud mental, 6, 111;
ajuste/adaptación, la psicosis como, 157-158, 178, 241,
 372; *insight sobre*, 197, 200;
 véase también mecanismos de defensa.
Alanen, Yrjö, 284, 344;
alexitimia, 99-101;
alteraciones afectivas, 156, 160-161;
alteraciones asociativas, 156, 159;
alteraciones del lenguaje, 180;
alteraciones metabólicas, y delirium, 188;
alucinaciones auditivas, 40, 43, 166;
 activación del área de Broca, 47;
 agudas, 45;
 escucha de voces y riesgo de psicosis, 44-45;
 esquizofrénicas, 45-47;
 fase temprana de la psicosis, 65;
 imperativas, 166, 304;
 psicoterapia cognitiva de, 47;
 psicóticas, 45-47;
 refractarias, 47;
 véase también delirios; alucinaciones.
alucinaciones imperativas, 166, 304; *véase también* alu-
 cinaciones auditivas.
alucinaciones, 31, 32, 33, 37, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49;
 imperativas, 166, 304;
 normales, personas en duelo, 43-44;
 olfativas/gustativas, 49;
 sensoriales, 166;
 táctiles 43; *véase también* alucinaciones auditivas;
 delirios; alucinaciones visuales
alucinógenos, 188;
ambivalencia, 157;
amígdala, 323;
anfetaminas, uso de, 76, 112;
Ángela (caso de estudio), 15-16, 29;
 análisis/diagnóstico psiquiátrico, 24-25;
ansiedad, 323, 335;
anticolinérgicos, fármacos, 334;
antidepresiva, medicación, 335-336;
anti-psiquiatría, movimiento de la, 254, 264;
Antonovsky, Aaron, 129;
apatía, 67;
apego/separación problemas de, 89-90, 93, 346;
 acontecimientos vitales como desencadenantes, 115-
 118, 306-307;
área de Broca, corteza cerebral, 47;
arte: creatividad, psicología de la, 6;
 pacientes esquizofrénicos; 220, **222**, **223**;
 arte-terapia, 340-352;
Asperger, Hans, 179;
Asperger, síndrome de, 179-180, 181-182;

- "Assylums", Erving Goffman, 264;
 atención y comunidad, 264-265, 313;
 abuso de sustancias, 320;
 alojamiento protegido, 317-318;
 apoyo recursos/comunidad, 316-317;
 medicación, 320;
 principio de normalización, 316-317;
 proyecto Wisconsin, 314-316;
 reacciones vecinales, 319;
 representantes/defensores personales, 317;
 síntomas residuales, 169-170;
 temas de autocuidado, 318;
 atención humana, 271, 275-276, 370;
 atención: en la comunidad, *véase* atención comunitaria.
 adaptada a las necesidades, 284;
 confianza, desarrollo de la, 58;
 residencial, 352;
 atribución de la culpa, 180, 363;
 Balint, Michael, 250;
 baños, utilizados como tratamiento, 257-258;
 Basaglia, Franco "L'instituzione negata", 265, 314;
 Beck, Aaron, 345-346;
 benzodiazepinas, 48, 268, 281, 323, 335, 337;
 Beth (caso de estudio), 17-18; análisis/diagnóstico
 psiquiátrico, 25-26;
 Bion, Wilfred, 220, 344;
 bizarro, pensamiento, 38, 165-166, 177;
 Bleuler, escuela de/síntomas fundamentales de
 esquizofrenia, 156, 160;
 Bleuler, Eugen, 156, 160, 198, 206;
 Bleuler, Manfred, 1, 78, 155, 156, 174, 178, 339;
 Bowlby, John, 345, 346;
 Buber, M., 6, 58;
 búsqueda de placer, 4, 5, 6;
 cannabis, 112, 183, 188, 334;
 capsulotomía, 261;
 carbamazepina, 337;
 cardiazol - terapia electroconvulsiva, 262;
 Carina (caso de estudio), 18-20, 29; análisis/diagnóstico
 psiquiátrico, 26-27;
 casos de estudio:
 Ángela, 15-16, 24-25, 29;
 August Strindberg, 8, 120-121, 382;
 Beth, 17-8, 25-6, 29;
 Carina, 18-20, 26-27, 29;
 Charles, 143-144;
 Chris, 234-235, 236;
 David, 20-21, 27, 29;
 desimbolización, 214-215; 215-216;
 Elizabeth, 21-22, 27-28, 29;
 Eric, 41-41, 116-117;
 Erland, hermano del autor, 369-370;
 Eve, 96-97;
 Helen, 302-303; 349-350;
 Inge Schiöler, 170-171;
 Joanna, 201-202;
 Johan Cullberg (el autor), 22-24, 28-29;
 John, 98-99;
 Karen, 119;
 María, 137-139;
 Nina, 151-153;
 no especificado, 203, 303-304;
 Peter, 304-305;
 Simon, 189-190;
 Stephen, 117-118;
 Steven, 286-288;
 Szandor, 146-147, 304;
 Ulla, 136-137;
 Úrsula, 307;
 Vera, 148-149;
 Yvonne, 141-142;
 catarsis, 252;
 catatonia, 136, 162, 167;
 Centro de Prevención e Intervención en la Psicosis Pre-
 coz (EPPIC), 294-295, 297;
 centros residenciales, atención psicoterapéutica, 352-
 353;
 Cerletti, Ugo, 262;
 Charles (caso de estudio), 143-144;
 chivos expiatorios, padres, 101;
 Chris (caso de estudio), 234-235, 236;
 CI (Coeficiente Intelectual), 209;
 ciclo menstrual/período post-natal, psicosis breve, 139;
 CIE - 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades
 Mentales y Conductuales), 371-372;
 grupos diagnósticos, 373-375, 375;
 Ciompi, Luc, 220, 294;
 Cisordinol, 325, 328;
 ciudadanos, desarrollo de roles, 314-315;
 clasificación de enfermedades; *véase* clasificación diag-
 nóstica.
 clasificación diagnóstica CIE-10/DSM-IV, 371-372;
 comparación/visión general, 375-377;
 definiciones, 372-373; 376-377;
 esquizofrenia, 159-160, 161, 177-178;
 fialibilidad/validez, 372;
 grupos diagnósticos, CIE-10, 373-375, 375;
 psicosis y otros trastornos mentales, 372-373;
 síndromes psicóticos, 376-377, 379;
 Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales
 y Conductuales, *véase* CIE-10.
 Clopixol, 325, 328;
 clorpromazina (Largactil), 268, 321, 323, 324, 328;
 clozapina (Clozaril), 323, 325, 326, 327, 328, 331;
 código moral, 4;
 y sexualidad, 6-7;
 coma, insulínico, 259-260;
 complicaciones durante el nacimiento,
 véase complicaciones durante el embarazo/nacimiento.
 compulsiones, 166;
 concentración, problemas de, 61, 104, 158, 166, 172, 185,
 207, 209, 210, 226, 334;
 consciencia, 52;
 conciencia, *véase* insight.

- conducta, alteraciones de, 32;
 confianza, desarrollo de la, 58;
 conflictivos, sin solución, 118;
 confusión artereosclerótica, 28; *véase también*
 delirium.
 confusión del pensamiento metafórico/concreto,
 véase desimbolización.
 confusión, *véase* delirium.
 Conrad, Klaus, 60;
 contacto simbiótico con el otro, 6;
 convulsiones epilépticas, y delirium, 187;
 Copernicana, revolución, 63, 66, 68, 218;
 cordura, islas de, 66, 68, 297;
 corticosteroides, 112, 188;
 y psicosis breve, 139;
 creatividad: y delirios, 13;
 psicología de la, 6;
 y vulnerabilidad a la psicosis, 73-74, 78-79;
 crisis evolutivas/de transición, 113-114, 115;
 crisis de Infierno, 8, 120;
 cuatro A,
 alteraciones asociativas, afectivas, ambivalencia y
 autismo, 156-157, 160;
 cuidadores, *véase* personal/cuidadores.
 Cullberg, Johan (caso de estudio), 22-24, 28-29;
 culpabilización padres,
véase chivos expiatorios, padres.
 cumplimiento/pasividad, 66;
 curación:
 terapia cognitivo conductual, 229, 233;
 autoestima, 227, 228;
 espontánea, 280-281, 332, 339;
 estrategias de tratamiento, 233-235;
 medicación, 225, 226;
 papel de la red familiar/del personal, 225;
 papel del individuo, 225;
 respeto a las necesidades del paciente, 228;
 restauración de la integración del yo, 226;
 terapia psicoanalítica (orientada al *insight*), 233, 234-
 235, 236;
 tratamiento de psicoeducativo de apoyo, 233;
 Cushing, enfermedad de, 112;
 daño cerebral, esquizofrénico/traumático, 212-213;
 David, (caso de estudio), 20-21, 29;
 análisis/diagnóstico psiquiátrico, 27;
 defectos genéticos poligénicos, 75-76; 88;
 deficiencias auditivas, 34;
 definiciones de enfermedad, 29, 372, 376;
véase también clasificación diagnóstica.
 deixis, 219
 delirios, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 49;
 alcance, 35;
 congruentes/incongruentes con el estado de ánimo,
 142-143;
 sobre los demás, 36-37;
 sobre uno mismo, 38;
 dismorfofobia, 38;
 e ideas inusuales, 13;
 en forma de pesadillas diurnas, 41-42;
 en la psicosis aguda, 63, 66, 67;
 esquizofrénicos, 39-40;
 de grandeza, 38;
 pensamiento bizarro, 38, 165-166, 177;
sensitiver beziehungswahn (delirios sensitivos de
 referencia), 38;
 tristeza por la pérdida de los, 67;
véase también mecanismos de defensa;
 alucinaciones.
 delirios de grandeza, 38, 97-99;
 colapso de los, 305;
 delirium (confusión/psicosis orgánica), 28, 29, 32, 112,
 185, 189, 190, 191;
 alucinaciones visuales, 186;
 causas, 187-188, 191;
 casos de estudio, 27, 189-190;
 exclusión de causas orgánicas, 279;
 post-operatorio, 189-190;
 síntomas diagnósticos, 185-187;
 y psicosis, 190-192;
 delirium tremens, 48;
 delirium/psicosis post operatoria, 113, 189-190;
 demencia precoz, 155, 156, 160, 206, 211;
 depot, inyecciones, 268, 269, 308, 327, 328, 337, 349;
 depresión, 45, 55;
 como desencadenante de la psicosis, 113, 119;
 post-psicótica, 226, 233, 281;
 síntomas secundarios de la, 173;
 tratamiento, 335;
 y psicosis, 66, 67, 68, 298, 299;
 y trastorno delirante, 146;
 y vulnerabilidad a la psicosis, 78;
 depresiva, posición, 54-55, 119;
 derechos del ciudadano, 270-271;
 desarrollo infantil, 81-82, 88;
 retraso en, 114-115, 172;
 desencadenantes de la psicosis, 42, 107, 110, 120-122;
 abuso del alcohol/drogas/veneno, 112-113, 244;
 acontecimientos de la vida, 115-118, 307;
 aislamiento/soledad, 111;
 conflictos sin solución, 118;
 crisis evolutivas/transicionales, 113-114, 115;
 depresión mayor, 119;
 depresión/manía, 113;
 desequilibrio endocrino, 112;
 enfermedad somática, 112, 139;
 envejecimiento, 111, 115;
 estrés, 25, 107-110, 108, 139;
 caso de estudio (August Strindberg), 8, 120-121;
 caso de estudio (Eric), 116-117;
 caso de estudio (Karen), 119;
 caso de estudio (Stephen), 117-118;
 factores de protección, 110;

- falta de sueño, 111, 244;
 funcionamiento del proceso primario, 115-116;
 herida narcisista, 120-121;
 percepciones individuales de, 108, 110;
 pérdida/separación, 115-116;
 psicosis afectiva, 143-144;
 psicosis breve, 139;
 retraso madurativo, 114-115;
 situaciones de crisis/conflicto, 109, 110;
 sordera, 111;
 y recaída/recurrencia, 109, 122;
 y vulnerabilidad/sensibilidad, 90, 93, 109, **110**;
- desequilibrio endocrino, 112;
 deshumanización, 271, 275-276, 370;
 desimbolización (confusión del pensamiento concreto/metafórico), 213-216, 220-222 ;
 conducta estereotipada, 216;
 casos de estudio (no especificados), 214, 215-216;
 resimbolización a través del tratamiento, 214, 216;
- desorganización, síntomas de, 165, 167, 178;
 diagnóstico/criterios diagnósticos, 72-73, 88;
 definición, 12;
 diagnóstico erróneo de esquizofrenia, 179, 182;
 episodios psicóticos agudos, 292-293;
 identificación con la enfermedad, 347;
 primer episodio psicótico, 132-133, **133**;
 trastornos del espectro autista, 180;
 trastornos psicóticos, 140;
- dialéctica, crisis/patología, 12;
 dilema necesidad-miedo, 93-94, 280;
 discapacidad funcional, 133, 207, 373;
 minimización de, 277;
- dismorfofobia, 38;
 discinesia tardía (DT), 331;
 distanciamiento profesional, 311-312, 369-370;
 dopamina: medicación bloqueadora de, 246, 324;
 hipótesis, 63;
 receptores, 322, **324**, **325**;
- dosis, medicación, 226, 233, 327-329, **328**, **330**;
 dosis demasiado altas, 66, 268-269,
- drogas: uso de anfetaminas, 76;
 mescalina, 22-24, 28-29;
 y psicosis inducida, 112, 244;
véase también medicación; tratamientos farmacológicos.
- DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales); 206, 371-372,
véase también clasificación diagnóstica.
- dualismo/monismo, 254;
 duración de la psicosis no tratada (DUP), **194**, 195, 275;
 reducción de la, 359-360, **360**, 360-361;
 y problemas crónicos, 279;
véase también fase prodrómica.
- edad: y psicosis breve, 135; y la incidencia de la psicosis, 114;
 Edwards, Jane, 295;
- efecto neurodegenerativo de la psicosis, teoría del, 195-196;
 “El yo dividido”, Ronald Laing, 264;
 Elizabeth (caso de estudio), 21-22, 29;
 análisis/diagnóstico psiquiátrico, 27-28;
 embarazo/nacimiento, complicaciones durante el, 83-86,88;
 falta de oxígeno durante el nacimiento, 86;
 e incidencia de esquizofrenia, 86;
 estrés materno físico/psicológico, 84, 85;
 estudio Jerusalén sobre el peso al nacer, 85;
 estudios epidemiológicos, 85-86;
 ictericia infantil, 86;
 infecciones virales/influenza, 83, 84;
 nacimientos durante el invierno, 84 / **84**;
 pobreza, 85;
 preeclampsia/placenta, alteraciones de, 86;
 prematuridad, 85, 86;
- emoción expresada (EE), 101, 102-104, **103**, 355;
 encefalitis, y delirium, 187;
 enfermedad mental, enfoques históricos, 249-250;
 “*talking cure*”, 253;
 anti-medicación, 254;
 catarsis, 252;
 desinstitucionalización, 254;
 dualismo/monismo, 254;
 enseñanzas de los cuatro humores (Hipócrates), 251-252;
 Ilustración, 249, 252-254;
 movimiento antipsiquiátrico, 254;
 pasiones, teoría de las (Platón), 249, 252-253;
 pensamiento mágico-demoníaco, 250-251;
 primeros modelos de enfermedad, 69-70, 88;
 teoría psicoanalítica del inconsciente, 252-253;
 y psicofarmacología, 251-252;
- enfermedad, como desencadenante de la psicosis, 112, 139;
 envejecimiento: y delirium, 187; e interpretaciones erróneas, 33-34; y psicosis, 111;
 epidemiología, síndrome de Asperger, 182;
 esquizofrenia, 85-86, 162-165, **163**, **164**;
 trastornos del espectro autista, 181;
 epilepsia del lóbulo temporal, 48, 187;
 EPPIC (Centro de Prevención e Intervención en la Psicosis Precoz), 294-295, 297;
 Eric (caso de estudio), 41-42, 116-117;
 Erland (caso de estudio), hermano del autor, 369-370;
 escisión, 55-56, 57, 94,95;
 sexualidad, 6-7;
 esperanza, mantenimiento de la, 196-197, 199, 250;
 esquizoafectiva, psicosis, 26, 78-79, 177;
 esquizofrenia,
 catatónica, 168, 216;
 crónica, *véase* factores de curación; identidad;
 esquizofrenia/síndromes esquizofrénicos.
 hebefrénica (desorganizada), 168;

- indiferenciada, 169;
- latente *véase* trastorno esquizotípico de la personalidad.
- esquizofrenia/síndromes esquizofrénicos, **379**;
- categorización diagnóstica, 159-160, 161-162, 177-178;
- como enfermedad/discapacidad, 161-162;
- concepto descriptivo, 177-178;
- concepto, 177-178;
- definición, 29;
- en niños, 183;
- epidemiología, 162-165, **163, 164**;
- caso de estudio (Inge Schiöler), 170-171;
- estudios de seguimiento a largo plazo, 173-175, **174**;
- factores de vulnerabilidad, 90;
- inicio, 171-173;
- progresión de la enfermedad, 171-175, **174, 175**;
- rehabilitación, 173-175;
- síntomas de desorganización, 167-168, 178;
- síntomas depresivos secundarios, 173;
- síntomas negativos, 160-161, 167, 178;
- síntomas positivos, 160-161, 165-167, 178;
- subgrupos, 168-171;
- trastorno esquizo-afectivo, 26, 78-79, 176-177, **379**;
- trastorno esquizofreniforme, 175-176, 178;
- y nivel intelectual, 172;
- y género, 163, 164;
- y suicidio, 306-308;
- y trastorno esquizotípico de la personalidad, 161;
- y trastornos del espectro autista, 179, 183;
- véase* también historia del concepto de esquizofrenia: etapa prodrómica; tratamientos.
- “esquizofrenia americana”, 140;
- esquizofreniforme, trastorno, 175-176, 178;
- esquizofrenógenos, padres, 57, 89-91, 101-102;
- esquizoide/esquizotípica, personalidad, 95;
- esquizotípico, trastorno de la personalidad, 73, 88, 95, 132, 161;
- estereotipada, conducta, 216, 219-220, 222, **223**;
- esterilización, 263, 264;
- Esterson, A., “Salud, locura y familia”, 264;
- estigmatización, 227-228, **228**;
- estímulos, umbrales, 91, 93, 109, **110**;
- estrés: físico/psicológico de la madre e incidencia de esquizofrenia; 83, 84, 85;
- como desencadenante de la psicosis, 25, 139;
- estrógenos, efecto protector de los, 163, 164;
- estructura cerebral, anormal, 79-81, **80, 86-88**;
- estudios de seguimiento, esquizofrenia, 173-174, **175**;
- etapas de la enfermedad *véase* fases de psicosis aguda;
- progresión de la esquizofrenia.
- ética, 361;
- cumplimiento de la medicación, 326, 338;
- dilemas para el personal, 308-309;
- Eve (caso de estudio), 96-97;
- expectativas/resultados, 177-178;
- experiencias metafísicas, y psicosis, 78;
- experiencias místicas, 67;
- exploraciones cerebrales, *véase* técnicas de neuroimagen.
- éxtasis, 183;
- extrapiramidales, síntomas (SEP), **328, 330, 330-331**;
- tratamiento de, 334;
- factores de protección/riesgo, **110, 123-124**;
- actividades laborales/creativas significativas, 128;
- cambios elevados de población, 125-128;
- ciclos viciosos, 129;
- desintegración social, 125-128, 129;
- intentos de suicidio y tipo de alojamiento, **126**;
- movilidad social rápida, 129;
- psicosis y tipo de alojamiento, 127;
- psicosocial, 124;
- red de apoyo social, 124-125;
- secularización, 129;
- sentido de coherencia (SDC)/significado, 129;
- véase también* desencadenantes.
- factores de riesgo para la psicosis, *véase* factores de protección/riesgo; desencadenantes.
- factores psicosociales en la psicosis, 74, 124;
- falso *self*, 93;
- familiares de los pacientes *véase* familias.
- familias de pacientes, 363;
- atribución de la culpa, 363;
- dinámica familiar y esquizofrenia, 101-104, **103**;
- efectos protectores, 74;
- falta de diálogo/colaboración, 277;
- familiares adultos, 363-365;
- grupos de apoyo, 364, 365;
- hijos de pacientes, 366-367;
- mapas familiares (genogramas), **289, 289-290**;
- padres sobreinvolucrados, 365;
- rol terapéutico, 225;
- recursos/dinámica, 279-280;
- reuniones, 353-354;
- terapia, 354-355;
- y pronóstico/curso de la enfermedad, 364;
- fantasía, 4-6, 95-96;
- fantasías diurnas, 4, 5;
- farmacología de los receptores, 321-323, **322, 361**;
- complejo-receptor del GABA, 323
- receptores dopaminérgicos, 322, **324, 325**;
- sistema serotoninérgico, 245, 322-323;
- farmacológicos, tratamientos específicos, 321, 337-338;
- anticolinérgico, 334;
- antidepresivo, 268, 335-337;
- antipsicótico (neuroléptico), 195, 197, 202, 204, 245-246, 280-281, 323-325;
- benzodiazepinas, 48, 268, 281, 291, 323, 335, 337;
- bloqueadores de la dopamina, 246, 324-325;
- bloqueadores de la serotonina, 245, 325-326;
- clorpromazina (Largactil), 268, 321, 323, 324, 328;
- clozapina (Clozaril), 323, 325, 326, 327, **328, 331**;

- flufenazina (Siqualone, Moditen), 325, **328**;
 flupentixol (Fluanxol), 325, **328**;
 haloperidol (Haldol), 323, 325, 326, **328**, 329;
 ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina), 112;
 litio, 268, 335-337, 338;
 neurolépticos atípicos, 321, 323, 324, 325, 326, **327, 328, 329, 331**;
 olanzapina (Zyprexa), 326, **328**, 331;
 perfenazina (Trilafon, Fentazin), 325, **328**;
 quetiapina (Seroquel), 326, **328**;
 risperidona (Risperdal), **325**, 326, **328**, 329, **330**;
 síndrome deficitario inducido por neurolépticos (NID), 329-330;
 ziprasidona (Zeldox), 326, **328**;
 zopiclona/zolpidem (Zimovane/Stilnoct), 334-335;
 zuclopentixol (Cisordinol, Clopixol), 325, **328**;
véase también dosificación; medicación; farmacología de los receptores.
- fase de recuperación del episodio psicótico agudo, 193-194, 196;
 necesidades curativas, 197;
 prevención de recaídas, 196
- fase inicial de la psicosis, 63-65;
- fase prodrómica, 61-62, 171-173, 176, 194 / **194**, 195-196;
 alteraciones perceptivas, 61-62, 68;
 defensiva, actitud, 61;
 proceso primario de pensamiento, 61;
 reducción de la capacidad de trabajo/concentración, 61, 68;
 riesgo suicida, 303-306;
 teoría del efecto neurodegenerativo de la psicosis, 195-196;
véase también duración de la psicosis no tratada (DUP).
- fase tardía de la psicosis, 66-67, 68;
 y suicidio, 304-305;
- fases de la psicosis aguda, 59-60;
 alteraciones del sueño, 62;
 apatía, 67;
 cumplimiento/pasividad, 66;
 delirios/alucinaciones, 62, 66, 68;
 depresión, 66, 67, 68, 298, 299;
 fase post-psicótica nueva orientación, 67-68
 fase prodrómica, 61-62, 68;
 fase tardía, 66-67, 68;
 islas de cordura, 66, 68, 297;
 pre-psicosis, 62-63, 68;
 fase inicial, 63-66;
 recaída, 68, 297;
 revolución copernicana, 63, 66, 68, 218;
 violencia, 63, 64, 65;
véase también episodios psicóticos agudos; intervención en crisis; períodos críticos en la psicosis aguda; fase prodrómica;
- progresión de la esquizofrenia; fase de recuperación.
 "Fausto", Goethe, 135;
 fenomenológica, escuela/síntomas básicos, 157-159, 178;
 alteraciones no psicóticas, 157-158;
 síntomas de primer/segundo rango, 158-159, 177;
 síntomas psicóticos, 158-159, 178;
- Fentazin, 325, **328**;
 fisioterapia, 353;
 flupentixol (Fluanxol), 325, **328**;
 flufenazina (Siqualone, Moditen), 325, **328**;
folie à deux / trastorno psicótico compartido, 33, 37;
 Foucault, Michel "Historia de la locura", 264;
 fractales, 220-221, **223**;
 Freud, Sigmund, 4, 156, 254;
 "La interpretación de los sueños", 252;
 modelo estructural, 237;
 Frith, Christopher, 216, 217, 218, 219;
 Fromm-Reichmann, Frieda "I never promised you a rose garden", 340
 función integradora del yo, 61, 76;
 fracaso de la, 105;
 pérdida de la, 89, 116, 211;
 restauración de la, 226;
- función ejecutiva, 79, 209, 238, 239, 260;
 GABA, sistema receptor, 323;
 género y esquizofrenia, 163-165
 genogramas (mapas familiares), **289**, 289-290;
 Goffman, Erving, "Asylums", 264;
 Goldstein, Kurt, 211;
 Grotstein, James, 92;
 gustativas, alucinaciones, 49;
 haloperidol (Haldol), 323, 325, 326, **328**, 329, **330**, 337;
 "Hamlet", Shakespeare, 135;
 handicaps, *véase* discapacidad funcional.
 Harding, C., 174;
 Helen (caso de estudio), 302-303, 349-350;
 herencia, vulnerabilidad *véase* factores de vulnerabilidad genética.
 Hill, Carl Fredrick, **222**, **223**, **232**, **232**;
 Hipócrates, 249, 251;
 hipofrontalidad, teoría de la, 79-80, **80**
 hipótesis fosfolipídica, 86-87;
 histéricos/histriónicos, rasgos de personalidad, 95-96;
 histórica, psicosis, 48, 49, 150-153;
 "Historia de la locura", Michel Foucault, 264;
 historia del concepto de esquizofrenia,
 escuela de Bleuler/síntomas fundamentales, 156, 160;
 escuela de Kraepelin/demencia precoz, 155, 159, 168;
 escuela fenomenológica/síntomas básicos, 157-159, 177;
- Hogarty, Gerard, 347, **347**, 350, 355;
 hormonales: efectos de la medicación, 331;
 factores desencadenantes, psicosis breve, 139;

- Hospital Chestnut Lodge, 214, 241;
 Huber, Gerd, 157;
 Hughlings-Jackson, John, 160
 humores, enseñanza de los (Hipócrates), 249, 251, 253;
 Huxley, Aldous:
 "Las puertas de la percepción", 22;
 "Cielo e infierno", 24;
 ictericia infantil, 86;
 ideas históricas sobre la enfermedad mental, *véase* enfermedad mental;
 tratamiento de la psicosis, actitudes durante el sigl. XX.
 ideas sobre la enfermedad mental, históricas *véase* enfermedad mental.
 identidad, esquizofrénica crónica, **228**;
 depresión post-psicótica, 226, 233;
 dosis de la medicación, 226-227, 233;
 estigmatización/rechazo, 227-229;
 factores que dificultan la recuperación, 225-226
 institucionalización, 229, 232;
 la psicosis como estrategia defensiva, 229-230, 236;
 persona normal tras una fachada esquizofrénica, **232**;
 psicoterapia y, 230;
 síntomas negativos, 233;
 trastorno por estrés post-traumático (TEPT), 226;
 véase también factores de curación.
 identificación proyectiva, 57, 95, 96;
 ilusiones, 37, 43, 49;
 visuales, 47;
 véase también delirios; alucinaciones visuales.
 Ilustración, 249, 253-254;
 dualismo/monismo, 254;
 movimiento anti-psiquiátrico, 254;
 indiferencia, efecto de, 246, 333;
 inducción de la fiebre, 259;
 infancia:
 antecedentes durante la, 280;
 desarrollo, 81-83, 88, 171-172;
 trauma, 89-91;
 infantil, esquizofrenia, 183;
 infantil, ictericia, 86;
 infecciones intracraneales y delirium, 187;
 infecciones: y delirium, 187-188;
 inducción de la fiebre como tratamiento, 259;
 influenza, 83;
 ingreso psiquiátrico de urgencia, desde la perspectiva del paciente, 274-275;
 inmadurez, 95;
insight: terapia dirigida al, 116, 132, 233, **342**, 344, 351;
 falta de, en la fase inicial de la psicosis, 66;
 sobre los síntomas, 197, 200;
 institucionalización: salas de agudos, 275-276;
 desventajas de la, 229;
 movimiento contra la, 254, 270-271;
 y esquizofrenia crónica, 229;
 insulínico, coma, 259-260;
 intelectual, coeficiente, 209;
 interdisciplinar, enfoque, 88;
 internalización, procesos de, 52;
 "Interpretación de los sueños", Sigmund Freud, 252;
 interpretaciones erróneas, 33, 34, 35;
 ideas sobrevaloradas, 35;
 y proceso de envejecimiento, 34;
 intervención en crisis, episodios psicóticos agudos, 285-286;
 atención nocturna, 291;
 ayuda inmediata, 284-285;
 caso de estudio (Steven), 286-288;
 formulación del problema, 288;
 mapas familiares (genogramas), **289**, 290;
 medicación óptima, 291;
 intervención precoz, 361;
 véase también duración de la psicosis no tratada (DUP), tratamientos.
 intoxicación, 10;
 véase también abuso del alcohol; drogas.
 introversión, 73, 77-78, 160, 165, 167, 201, 233, 384;
 islas de cordura, 66, 68, 297;
 Jackson, Murray, 344;
 "Unimaginable Storms", 215;
 Jerusalén, estudio de, sobre el peso al nacer, 85;
 Joanna (caso de estudio), 201-202;
 John (caso de estudio), 98-99;
 Johnson, Eyvind, "Los días de su Majestad", 243-244;
 Jones, Maxwell, 266;
 juego, 5, 6;
 Kanner, Leo, 179;
 Karen (caso de estudio), 119;
 Kernberg, Otto, 52, 94, 269;
 Klein, Melanie, 54;
 Kraepelin, Emil, 83, 155, 159, 160, 206, 210, 344;
 Kraepeliniana, escuela/demencia precoz, 155, 160, 211;
 Laing, Ronald "El yo dividido", 264;
 Largactil, 268, 321, 323, 324, **328**;
 Liberman, Robert, 351;
 litio, 268, 335-336, 337, 338;
 lobotomía, 260-261, **261**;
 LSD, 188;
 manía, 78-79, 119;
 véase también trastorno bipolar.
 María (caso de estudio), 137-139;
 Marx, Karl, 253;
 McGlashan, Thomas, 341, **342**;
 McGorry, Patrick, 295, 347;
 mecanismos de defensa, 7;
 autistas, 230-232, 233;
 de los cuidadores, 311-312;
 filtros protectores, 92;
 la psicosis como, 229, 235, 346;
 negación, 95, 96, 203;
 primitivos/inadecuados, 95;
 prodrómicos, 61;

- medicación antipsicótica *véase* medicación; tratamientos farmacológicos.
- medicación, 265, 266, 268;
 “lobby” anti-medicación, 254;
 administración, 327;
 cumplimiento, 326, 338;
 efecto de indiferencia, 245-246, 333;
 efecto de respiro, 324, 332, 333;
 efectos permanentes, 361;
 evitar el uso innecesario, 361;
 ideas históricas, 251-252;
 inyecciones depot, 327, 349;
 limitaciones, 327-329;
 óptima, 291, 299;
 para esquizofrenia crónica, 225, 226-227;
 primer episodio psicótico, 132;
 psicosis aguda, 195, 196, 197, 201-202, 204, 280-281, 291, 299;
 sedante/inductora del sueño,
 y trastornos cognitivos, 207;
 y vulnerabilidad neurobiológica, 76-77, 79;
véase también dosificación; tratamientos farmacológicos; efectos secundarios.
- Meduna, Ladislaus von, 262;
- Meltzer, Donald, 344;
- membrana del yo, 240-241, 242;
- memoria, 207, 209, 210, 211, 221, 229;
- meningitis, y delirium, 187;
- menopausia, 114, 116;
- mescalina, 22-24, 28, 29;
- meta-representación, defectuosa, 216-218, 220-221;
- Mill, John Stuart, “*On liberty*”, 263;
- modelo biopsicosocial de la psicosis, 237, 246;
 adaptación reparadora, 241;
 construcción psicótica de la realidad, 241-243;
 influencias psicológicas en la psicosis, 243-4;
 medicación, 245-246;
 neurosis, 243;
 pánico orgánico, 241;
 personalidad/*self*, 238;
véase también yo, modelo funcional del.
- modelo estructural, 237, 238;
- modelo neurodinámico, 103, 104, 104-105;
- Moditen, 325, 328;
- monismo, 254;
- Moniz, Egan, 260;
- Mosher, Loren, 293;
- necesidad-miedo, dilema, 93-94, 280;
- negación: como mecanismo de defensa, 95, 96, 203;
 post-psicótica, 67;
- neumonía, y delirium, 188;
- neurocognición, 208-210;
 CI (Coeficiente Intelectual), 209;
 función ejecutiva/operativa, 209, 221;
 inhibición pre-pulso (PPI), 208;
 seguimiento visual, 208;
- véase también* alteraciones cognitivas en la esquizofrenia.
- neuroevolutivos, trastornos: desarrollo durante la primera infancia, 81-82, 88;
 teoría de la hipofrontalidad, 79-81, 80;
- neuroimagen, cerebral, 292;
- neuroléptica, medicación *véase* medicación; tratamientos farmacológicos.
- neuropsicodinámica, vulnerabilidad *véase* vulnerabilidad psicodinámica.
- neuropsicológicas, pruebas, 293;
- neurosis, modelo biopsicosocial, 243;
- neurótica, personalidad, 94
véase también Eve (caso de estudio).
- NID (Síndrome deficitario inducido por neurolépticos), 329-330;
- Nina (caso de estudio), 151-153;
- nivel intelectual y esquizofrenia, 172;
- normativa para la salud mental, secciones, 273, 274;
- objeto: constancia de, 53-54, 55, 56;
 representaciones/relaciones de, 52, 53, 54, 55, 56;
 obsesivo-compulsivos, rasgos, 7, 96;
- Ødegard, Ørnulf, 265;
- olanzapina (Zyprexa), 326, 328;
- olfativas/gustativas, alucinaciones, 49;
- optimismo, mantener el, 198, 201, 204;
- OPUS, ensayo, 297
- orgánica, psicosis *véase* delirium.
- orgánico, pánico, 241;
- oxígeno, privación durante el nacimiento, 82, 86, 88;
- paciente, perspectiva del, 274-275;
- palpitaciones, 326, 331;
- paranoide: posición esquizo-, 55-56, 119;
 esquizofrenia, 168;
 síntomas, psicosis breve, 137;
- Parkinsoniano, síntomas tipo (extra piramidales), 330, 330-331;
 tratamiento de los, 334;
- pasiones, teoría de las (Platón), 251, 252-253;
- pasividad, 66;
- paternalismo, personal/cuidadores, 309, 310;
- patología/crisis, dialéctica, 12;
- pensamiento,
 bizarro, 38, 165-166, 177-178;
 concreto, 211-212, 218;
 estructura de, 207-208;
 mágico, 10, 58, 77, 117, 250-251;
 normal/anormal, 11-12, 13;
 proceso primario, 4-5, 12, 53, 58, 61, 116;
 racional/irracional, puentes entre, 5;
véase también trastornos cognitivos en la esquizofrenia; neuro-cognición.
- pensamiento concreto, 211-212; y confusión del pensamiento metafórico, *véase* desimbolización.
- pensamiento mágico, 10, 60, 73, 77, 161, 250;
véase también trastorno esquizotípico de la personalidad.

- pensamiento normal/anormal, 11-12, 13;
pensée opératoire, 100;
 perceptivas: alteraciones, 31, 32, 49, 61-62, 68;
 filtro/interpretación, 212-213, **213**, 218;
 pérdida *véase* separación/apego, aspectos de.
 perfenazina (Trilafon, Fentazin), 325, **328**;
 períodos críticos de la psicosis aguda, 193-194;
 estrategias de afrontamiento, **199**;
 casos de estudio, 201-202, 203;
 fase de recuperación, 196;
 fase prodrómica/psicosis no tratada, 194, 195-196;
 fluctuación/oscilación, curso fluctuante, **199**, 202-204;
 introversión, 201;
 medicación, 195, 197, 201-202, 204;
 necesidades de curación, 197;
 negación, 203;
 optimismo/esperanza, 198, 199-200, 201;
 prevención de recaídas, 169;
 punto bajo de inflexión, **199**, 199-200, 204;
 rehabilitación, 201-202, 204;
 requisitos de tratamiento, 197-198;
 síntomas, comprensión de los, 197-198;
 "tocando fondo", 203;
 y pronóstico, 195-196;
 "woodshedding", 200-201, 233;
 Perris, Carlo, 346;
 persistentes, síntomas, 300;
 personal, terapia, 350-351;
 personal/cuidadores: quemarse (burn out); 307, 308, 309-312;
 dilemas éticos, 308-309;
 estrategias defensivas, 312, 369-370;
 personalidad narcisista, 97-99;
 personalidad paranoide: y trastorno delirante, 145;
 tipo, 95;
 personalidad, trastornos de la, 94-101;
 alexitimia, 99-101;
 caso de estudio (Eve), 96-97;
 caso de estudio (John), 98-99;
 límite, 55, 94, 96;
 narcisista, 97-99;
 neurótico, 94;
 psicótico, 94-95, 96;
 y psicosis, 95-97;
 personalidad: teorías del desarrollo de la, 92-94;
 tipos, 77-78;
 y el self, 238;
 personas en proceso de duelo, alucinaciones, 43;
 peso, aumento de, 326, 331, 336;
 Peter (caso de estudio), 304-305;
 Pinel, Philippe, 253;
 placentarias, alteraciones, 86;
 Platón, 252-253;
 pobreza, e incidencia de esquizofrenia, 85;
 post-psicótica: depresión, 226, 233, 281;
 fase de nueva orientación, 67, 68;
 riesgo suicida, 302-303, 306;
 PPI (inhibición pre-pulso), 208;
 pre-eclampsia/placenta, alteraciones de, 86;
 prematuridad, 85, 86;
 premenstruales, cambios endocrinos, 112, 139;
 pre-pulso, inhibición (PPI), 208;
 prevención, 357;
 aspectos éticos, 361;
 duración de la psicosis no tratada (DUP), reducción de la, 358-359, 360 / **360**, 361;
 estado de riesgo, 359-360;
 evitación del uso innecesario de la,
 falsos positivos, 361;
 intervención precoz, 361, 362;
 medicación, evitar uso innecesario, 361;
 prevención primaria, 357-358;
 prevención secundaria, 358, 360;
 prevención terciaria, 362;
 síntomas precoces de recaída, 358-359, 360, 361;
 primer episodio psicótico, 131;
 diagnóstico, **133**, 134;
 medicación, 132-133;
 tipo A (episodio único), 132;
 tipo B (recurrente), 132;
 tipo C (discapacidad funcional crónica), 133;
 proceso primario de pensamiento, 4, 5, 12, 53, 58, 61, 116, 386;
 progresión de la esquizofrenia, 171-175, **174**;
 estudios de seguimiento a largo plazo, 173-175, **175**;
 inicio, 171-173
 retrasos en el desarrollo evolutivo, infancia, 172
 síntomas depresivos secundarios, 173;
 síntomas prodrómicos, 172-173;
 véase también fases de la psicosis aguda.
 prolactina, 331;
 pronóstico: psicosis aguda, 195-196;
 episodios psicóticos breves, 140;
 influencia de la familia, 365;
 trastorno delirante, 149;
 y signos de recaída, 279
 proyección, yo, 7, 57;
 proyecto Paracaídas, Suecia, 295-296, **360**;
 psicoanalítica (orientada al *insight*), terapia, 233, 269-270, 350;
 caso de estudio (Chris), 234-235, **236**;
 psicoanalítica, teoría del inconsciente, 252-253;
 psicoanalítica, tradición, 340-341;
 naturaleza anti terapéutica, 343
 psicodinámico, tratamiento de la psicosis, 253, 344;
 indicaciones para, 343-345;
 psico-farmacología *véase* medicación;
 tratamientos farmacológicos, específicos.
 psicológicas, influencias en la psicosis, 243-245;
 psicológicas, pruebas, 293;
 Test de Inteligencia para Adultos de Wechsler

- (WAIS), 209, 293;
- psicosis afectiva, 140-143;
- caso de estudio (Charles), 143-144;
- caso de estudio (Yvonne) 141-142;
- incidencia, 142;
- síntomas, 142-143;
- factores desencadenantes/antecedentes, 143-144;
- psicosis aguda, 52, 56, 58, 283;
- alteración del *self*, 58, 59, 60;
- antecedentes en la infancia, 280;
- atención nocturna, 291;
- autolimitación/curación del trastorno, 280-281;
- ayuda inmediata, 284-285;
- como interrupción de la relación "tú", 58;
- continuidad de la atención, 290;
- depresión post-psicótica, 226, 233, 281;
- depresión, 298;
- diagnóstico, 292-293;
- dinámica y recursos familiares, 279-280;
- duración de la psicosis no tratada (DUP) y problemas crónicos, 279;
- enfoque no crítico, 299;
- EPPIC, 294-295, 297;
- equipos subespecializados, 293;
- establecimiento de una red de apoyo social, 298-299;
- estrategias de afrontamiento, 198, 199;
- excluir causas orgánicas, 279;
- exploración física, 292;
- fase de recuperación, 298-300;
- gravedad del trastorno, 279;
- islas de cordura, 297;
- medicación, 195, 196, 197, 201, 202, 204;
- pronóstico y signos de recaída, 279;
- proyecto OPUS, Copenhague, 297;
- proyecto Paracaídas, Suecia, 295-296, 360;
- proyectos Soteria, 293;
- pruebas neuropsicológicas, 293;
- psicoterapia, 299;
- recaída, 297-299;
- rehabilitación, 300;
- relación terapéutica, 299;
- riesgos de suicidio, 281;
- "sellar" las experiencias psicóticas, 297;
- síntomas persistentes, 300;
- teoría de la vulnerabilidad al estrés, 279;
- técnicas cognitivo conductuales, 300;
- neuroimágenes del cerebro, 292;
- tratamiento adaptado a las necesidades, 284-285;
- tratamiento, 197-198, 278-281;
- última fase de la psicosis, 297;
- véase también* intervención en crisis; períodos críticos de la psicosis aguda;
- fases de la psicosis aguda; tratamientos.
- psicosis breve: y confusión aguda, distinción entre, 135;
- características esquizofreniformes, 139;
- caso de estudio (María), 137-139;
- caso de estudio (Ulla), 136-137;
- evolución/pronóstico, 140;
- factores desencadenantes, 139;
- psicosis puerperal, 135;
- rasgos principales, 134-135;
- síntomas paranoides, 137;
- síntomas, 135-139;
- psicosis cicloide, 176-177;
- psicosis post-parto *véase* psicosis puerperal.
- psicosis puerperal, 112, 135, 139;
- caso de estudio (Ulla), 136-137;
- psicosis: concepto, 31-32;
- aspectos depresivos, 49;
- como interrupción de la continuidad del *self*, 58, 60;
- como estrategia adaptativa fallida, 241, 372;
- como interrupción de la relación "tú", 58;
- como mecanismo de defensa, 229-230, 236, 346;
- conducta, alteraciones de la, 32;
- definiciones, 376-377;
- disociativa/histérica, 48, 49;
- explicaciones relativas a la coherencia/significado, 39-40;
- folie à deux*/trastorno psicótico compartido, 33, 37;
- ilusiones, 37, 43, 47, 49;
- interpretaciones erróneas, 33-35, 49;
- percepción, alteraciones de la, 31, 49, 61-62, 68;
- tratamiento psicodinámico, 253, 344;
- véase también* episodios psicóticos agudos; modelo biopsicosocial;
- delirium; delirios; alucinaciones;
- psicosomática, expresión de sentimientos, 99-100;
- psicoterapia, 91-92; 269-270;
- en esquizofrenia crónica, 230;
- en la fase de recuperación de los episodios psicóticos agudos, 299;
- para alucinaciones auditivas, 47;
- psicótica: construcción de la realidad, 241-243;
- personalidad, 94-96;
- psicóticos, trastornos:
- cambios de diagnóstico/clasificación, 140;
- disociativos (histéricos), 150-152;
- no especificado, 149-150;
- tipo A (episodio único), 132;
- tipo B (recurrente), 132;
- tipo C (discapacidad funcional crónica), 133;
- véase también* psicosis afectiva; psicosis breve; trastorno delirante; primer episodio psicótico; esquizofrenia.
- pubertad, 114, 182, 361;
- punto bajo de inflexión, 199, 199-200, 204;
- "quemarse" (*burn out*), personal/cuidadores, 307, 309, 311-312;
- quetiapina (Seroquel), 326, 328;
- racionalidad, fragilidad, 4, 32;
- rasgo, fenómenos de, 206, 210;
- véase también* esquizofrenia residual.

- razón, fragilidad, 3, 4, 34;
 realidad: pérdida de contacto, 4, 15, 28-29;
 construcción psicótica, 241-243;
 prueba de realidad, 94-95, 96, 237-239;
 recaída, 67-68;
 falsos positivos, 361;
 identificación/prevención de, 196, 297, 298;
 signos precoces, 244, 359, 361; (*véase también* fase prodrómica)
 signos, 279;
 terapia familiar, 354, 355, 355;
 umbral de vulnerabilidad bajo, 109, 121-122;
 recuperación natural, de la psicosis, 332, 339;
 recurrencia (*véase* recaída).
 redes neurales, *véase* farmacología de los receptores,
 reflexiva, capacidad, 351; *véase también insight*.
 regresión al servicio del yo, 4, 5, 7, 13;
 defensas, 7;
 fantasía/juego, 5-6;
 intoxicación, 10-11;
 pensamiento mágico, 10;
 relaciones íntimas, 6;
 religión, 8-10;
 sexualidad, 6-7;
 véase también funcionamiento de proceso primario.
 rehabilitación: psicosis aguda, 201-202, 204, 300;
 esquizofrenia, 173-175;
 prevención terciaria, 357-362;
 síntomas residuales, 169-170;
 relaciones: importancia de las, 220-221;
 conflicto necesidad/miedo, 93-94, 280;
 íntimas, 6;
 terapéuticas, 299-300, 339-340, 346;
 relajación, 351;
 religión: prueba de Abraham, 8-9;
 como puente al inconsciente, 7, 8, 10;
 experiencias místico-religiosas, 67;
 simbolismo, 8;
 y la psicosis, 9, 10;
 reparadora, adaptación, 241;
 repetitiva, conducta, 216, 220-222, 223;
 represión, 7, 94, 104;
 residual, esquizofrenia/discapacidad funcional, 160-170;
 véase también fenómeno de rasgo.
 respeto al paciente, 228;
 retirada, síntomas de, y delirium, 188;
 riesgo, objetivo de reducción del, pacientes suicidas, 309-311;
 risperidona (Risperdal), 326, 328;
 rituales, conductas, 93, 96;
 Robbins, Michael, 344;
 Rosenbaum, Bent, 74, 219;
 Rousseau, J.J., 253;
 Rubin, florero de, 213;
 Sakel, Manfred, 259, 260;
 “Salud, Locura y Familia”. A. Esterson, 264;
 Sandin, Barbro, 341;
 Schiöler, Inge (pintora), 170;
 Schneider, Kurt, 158, 159, 160, 177;
 SDC (sentido de coherencia), 129;
 Searles, Harold, 213, 214;
 secciones, Ley de salud mental, 273, 274;
 Sechehaye, Marie-Anne *La réalisation symbolique*, 340;
 secundario, pensamiento de proceso, 4, 5;
 secundarios, efectos, medicación, 323, 324, 325, 326;
 aumento de peso, 331;
 discinesia tardía, 98-99, 331;
 hormonales (aumento de la prolactina), 331;
 palpitaciones, 331;
 síntomas extrapiramidales (SEP), 330, 331, 334;
 secundarios, síntomas depresivos, 173;
 sedación/sueño, medicación inductora, 335, 336;
 seguimiento visual, 208;
 segundo rango, síntomas de, 158, 159, 177;
 seguridad/apego, aspectos de, 89-91, 93, 346, 347;
self: modelo bio-psicosocial de la psicosis, 237;
 alteración de la continuidad del, 58, 59, 60;
 alteraciones, 157;
 autocontrol, 217;
 castigo, 305;
 desintegración/reorganización, 199;
 diferenciación de objetos, 52;
 estima, 226-227, 228;
 falso *self*, 93;
 representaciones, 52, 56;
 y ego, 51-52, 53, 54, 55;
 sellar, 297, 298;
 semiótica, teoría, 74, 219;
 sensibilidad, 91, 92, 109, 110;
Sensitiver Beziehungswahn (locura relacional), 38;
 sensorial, procesamiento, 208, 209, 221, 230;
 sentido de coherencia/significado (SDC), 129;
 sentimientos, expresión psicósomática de, 100;
 SEP (síntomas extrapiramidales), 328, 330, 330-331;
 tratamiento de, 334;
 separación/apego, aspectos de, 89-90, 92, 93, 346, 347;
 acontecimientos de la vida como desencadenantes, 115-118, 307;
 Seroquel, 326, 328;
 serotonina: medicación bloqueadora de la, 325, 326, 327, 328;
 inhibición de receptores de la, 245;
 sistema de la, 322;
 sexual, abuso, 90;
 sexualidad, 6-7;
 desinhibición, 167, 178;
 Sifneos, Peter, 99;
 simbolismo: La Sagrada Comunión, 7, 8;
 Simon (caso de estudio), 189-190;
 simple, esquizofrenia, 169;
 sinapsis, cerebrales *véase* receptores,

- farmacología,
- sindicato sueco de empleados hospitalarios, 256;
- síndrome deficitario inducido por neurolépticos (NID), 329-330;
- sinestesia, 22-24, 28;
- síntomas de primer y segundo rango, 158-159, 177;
- síntomas fluctuantes, 199, 202-204;
- síntomas fundamentales de esquizofrenia, 156-157, 160;
- síntomas negativos, esquizofrenia, 160-161, 167, 178, 233;
- fracaso en generar actividad consciente, 217-218;
- síntomas fluctuantes, 199, 202-204;
- síntomas positivos, 160-161, 165-166, 178;
- alucinaciones, 166;
- compulsiones/órdenes, 166;
- delirios bizarros, 165-166, 177;
- síntomas: como estrategias adaptativas, 197, 200;
- básicos (escuela fenomenológica), 157-159;
- de desorganización, 167-168, 178;
- de primer y segundo rango, 158-159;
- depresivos secundarios, 173;
- fundamentales, 156, 160;
- introversión, 201;
- persistentes, 300;
- psicóticos, 158, 178;
- significado, 345;
- véase también* síntomas negativos; síntomas positivos.
- Siqualone, 325, 328;
- sistema atencional de supervisión, 217-218;
- social: alteraciones conductuales, 181;
- desarrollo de habilidades, 351;
- establecimiento de redes de apoyo, 298-299;
- soledad *véase* aislamiento.
- somática, enfermedad, como desencadenante de la psicosis, 109, 139;
- sordera, 111;
- Soteria, proyectos, 293-294;
- Stein, Leonard, 314, 315;
- Stephen (caso de estudio), 117, 118;
- Stern, Daniel, 52;
- Steven, (caso de estudio), 286-288;
- Stilnoct, 335;
- Strauss, John, 198.347;
- Strindberg, August, 8, 120-121;
- sueño: privación del, y psicosis, 111, 244;
- alteraciones, 62;
- medicación inductora, 334
- sueños, 4-5;
- suicidio, 301;
- alucinaciones imperativas, 304;
- auto-castigo, 304;
- depresión post-psicótica, 302-303, 305;
- dilemas éticos para el personal, 308-309;
- caso de estudio (Helen), 302-303;
- caso de estudio (Peter), 304-305;
- caso de estudio (sin especificar), 303-304;
- caso de estudio (Ursula), 307;
- estudios cualitativos, 306;
- fase prodrómica, 303-306;
- fase tardía, 305-306;
- incidencia, 301-302, 309;
- pacientes esquizofrénicos, 306-308;
- psicosis afectiva, 143;
- psicosis aguda, 281;
- quemarse (*burn out*), personal/cuidadores, 307, 308-309, 309-311;
- reducción del riesgo en lugar de objetivo de prevención total, 309-311;
- y herida narcisista, 120-121;
- y situaciones de separación, 89-90, 93;
- y trastorno delirante, 145-146, 146-147;
- superstición *véase* pensamiento mágico; *véase también* trastorno esquizotípico de la personalidad.
- sustancias, abuso de, 132, 320;
- Szandor (caso de estudio), 146-147;
- táctiles, alucinaciones, 48, 49;
- tacto/sensaciones, alteraciones del, 34;
- "talking cure", 253;
- TEC (Terapia electro-convulsiva), 261-263;
- tensión muscular, 323, 351;
- teoría de la mente, ausencia de, 216-217, 219, 221;
- terapéutica, comunidad, 266-267, 267;
- terapéutica, relación, importancia de, 299, 339-340, 346;
- terapia cognitivo conductual (TCC); 345-348, 347-348;
- episodios psicóticos agudos, 300;
- esquizofrenia crónica, 229, 233;
- respuesta a la, 345-347;
- terapia electro-convulsiva, 261-263;
- Test, Mary Ann, 314, 315;
- Tienari, Pekka, 74, 358;
- tirotoxicosis, 112;
- tocar fondo, 202, 203;
- tóxica, psicosis, 183, 195-196, 387;
- TPET (trastorno por estrés post-traumático), 226;
- trabajo corporal/fisioterapia, 353;
- transicionales, espacio/objetos, 5-6, 93;
- trastorno bipolar, 78-79;
- tratamiento, 336;
- trastorno delirante: caso de estudio (Szandor), 146-147, 304;
- diferenciación con respecto al trastorno paranoide de la personalidad, 145;
- estados de irritabilidad/depresivos, 146;
- caso de estudio (Vera), 148-149;
- evolución/pronóstico, 149;
- incidencia, 144;
- riesgo suicida, 146-147;
- síntomas, 145-146;
- trastorno múltiple de la personalidad, 150-153;
- trastorno por estrés post-traumático (TEPT), 226;
- trastornos cognitivos en la esquizofrenia, 205-206, 221-223;

- arte, esquizofrénico, 220, **222**, **223**;
 autocontrol, falta de, 217;
 capacidad cognitiva, 207-209, 221-223;
 comparación entre daño cerebral
 esquizofrénico/traumático, 212-213;
 demencia precoz, 155, 160, 206, 210;
 estructura del pensamiento, 207-208;
 fenómeno de estado, 207, 210-211;
 fenómeno de rasgo, 207, 210-211;
 filtro/interpretación perceptiva, 174, **175**, 217-218;
 fractales, 220-221, **222**, **223**;
 naturaleza primaria/secundaria, 210-211;
 neurocognición, 208-211;
 pensamiento concreto, 211, 214, 218;
 relaciones, importancia de las, 220-221;
 repeticiones estereotipadas, 220-221, **222**, **223**;
 síntomas negativos, 216-218;
 sistema atencional de supervisión, falta de control
 del, 218;
 teoría de la mente, ausencia de, 216-218;
 teoría vulnerabilidad-estrés, 213, 221;
 teoría semiótica, 219;
véase también desimbolización; neurocognición.
 y medicación, 207;
 trastornos del espectro autista, 157, 160, 179-181, 383,
 387;
 atribución de la culpa, 180;
 defensas autistas, 230-232;
 rasgos diagnósticos, 180-181;
 epidemiología/etiología; 182;
 diagnóstico erróneo de esquizofrenia, 179, 182;
véase también síndrome de Asperger.
 trastornos disociativos/histéricos, 48, 49, 150-151;
 trastornos límite de de la personalidad, 55, 94, 96;
véase también John (caso de estudio).
 tratamientos actuales, 273;
 aspectos contraproducentes de la atención actual,
 275-277;
 esquizofrenia crónica, 233-235;
 ingreso psiquiátrico de urgencia, perspectiva del pa-
 ciente, 274-275;
 metas/ideales, 277-278, **278**;
 pros y contras, 279-281;
 psicosis aguda, 278-281;
 restauración de la función del yo, 277;
 secciones, ley de salud mental, 273, 274;
 tratamientos heroicos, 1930-1960, 258-263;
 coma insulínico, 259-260;
 esterilización, 263;
 inducción de la fiebre, 259;
 lobotomía, 260-261, **261**;
 TEC, 261-263;
 tratamiento convulsivo, cardiazol, 261;
 tratamientos, actitudes en el siglo XX, 255-257;
 alta hospitalaria, 265-266, **266**;
 anti-psiquiatría, 264-265;
 baños prolongados, 257-258;
 cardiazol, 261;
 coma insulínico, 259-260;
 democratización/control público, 270-271;
 derechos de los ciudadanos, 271;
 esterilización, 263-264;
 evitación de la deshumanización, 270-271;
 inducción de la fiebre, 259;
 institucionalización, 254, 271;
 lecciones aprendidas, 270;
 lobotomía, 260-261, **261**;
 medicación neuroléptica, 265-266, **266**;
 modelo médico de enfermedad, 270;
 pre-1930, 257-258, **258**;
 psicoanálisis/psicoterapia, 269-270;
 psico-farmacología, 268-269;
 TEC (terapia electro convulsiva), 261-263;
 tratamientos heroicos (1930-1960), 258-264;
 tratamiento psico-educativo de apoyo, 233;
 tratamientos psicológicos, 339;
 arte-terapia, 340, 352;
 aspectos de apego/separación, 346;
 centros residenciales con atención psicoterapéutica,
 352;
 de orientación psicodinámica, 344;
 delirios como mecanismos de defensa, 346;
 desarrollo de habilidades sociales, 351-352;
 escuelas de pensamiento, rivalidad entre, 345,350;
 Helen (caso de estudio), 302-303;
 estudios sistemáticos, 341-345, **342-343**;
 psico-educación, 355-356;
 relación terapéutica, importancia de, 339-340, 346;
 reuniones familiares, 353-354;
 significación de los síntomas, 344,345;
 síntesis, métodos psicodinámicos/cognitivos, 348-
 350;
 terapia familiar, 354-355;
 terapia personal, 350-351;
 trabajo corporal/fisioterapia, 353;
 tradición psicoanalítica, 340-341;
 tradición terapéutica cognitivo-conductual (TCC),
 345-347, **347-348**;
 y recaída, 354-355, **355**;
 trauma, 89-92;
 TEPT (trastorno por estrés post-traumático), 226;
 tricíclicos, antidepresivos, 268;
 Trilafon, 325, **328**;
 "tú", experiencia con el, 6, 58;
 Ulla, (caso de estudio), 136-137;
Unimaginable Storms, Jackson, Murray, 215;
 Ursula (caso de estudio), 307;
 valproato, 337
 Vera (caso de estudio), 148-149;
 violencia, 95, 98, 109, 126, 150, 173, 268;
 virales, infecciones/influenza, 83;
 visuales, alucinaciones, 47-48, 150, 166, 183, 186;

- vivienda/alojamiento: y psicosis, **127**;
e intentos de suicidio, **126**;
- voces, escucha de, *véase* alucinaciones auditivas;
alucinaciones imperativas.
- Voltaire, F.M.A. de, 253;
- vulnerabilidad afectiva, 78-79;
- vulnerabilidad-estrés, modelo de, 69-71, **71**; 212-213,
221, 279, 350;
dimensiones de vulnerabilidad, **104**;
véase también vulnerabilidad genética; vulnerabili-
dad neurobiológica; vulnerabilidad psicodinámica.
- vulnerabilidad genética, 72, 91, 101, **104**;
defectos genéticos, 74-75;
entornos familiares protectores, 74;
estudios de adopción, 72, 79;
herencia, 72-74;
trastorno esquizotípico de la personalidad, 73, 88, 95;
- vulnerabilidad neurobiológica: estructura cerebral anor-
mal, 79-81, **80**, 87;
criterios diagnósticos, 71, 72-73, 88;
investigaciones, 71;
desarrollo durante la primera infancia, 81-82, 88;
hipótesis dopaminérgica, 76-77;
hipótesis fosfolipídica, 86-87;
modelo de vulnerabilidad al estrés, 69-72, **71**;
neuropatología, 82-83;
primeros modelos de enfermedad, 69-70, 88;
semiótica, 74;
teoría de la hipofrontalidad, 79-81, **80**;
tipos de personalidad, 77-78;
uso de anfetaminas, 76-77;
vulnerabilidad afectiva, 78-79;
y medicación antipsicótica, 76-77, 80;
y simbolización/creatividad, 73-74, 78, 79;
véase también vulnerabilidad genética; complicacio-
nes durante el embarazo/parto.
- vulnerabilidad psicodinámica, 89;
abuso sexual, 90;
aspectos de seguridad/apego, 89-91, 93;
conductas rituales, 93, 96;
dimesiones de vulnerabilidad, **104**;
emoción expresada (EE), 101-102, 102-104, **103**;
escisión, 93;
falso *self*, 93;
filtros de protección, 92;
modelo neurodinámico, **103**, **104**, 104-105,
relaciones/retirada, 93;
sensibilidad, 90, 92-93;
teorías del desarrollo de la personalidad, 92-94;
trauma infantil, 89-92;
véase también trastornos de la personalidad.
- vulnerabilidad: dimensiones, **104**;
factores, 90, 92, 108, **110**;
véase también modelo de vulnerabilidad al estrés.
- Wagner Jauregg, Julius von, 259;
- Wechsler, test de inteligencia para adultos (WAIS), 209;
- Winnicott, D.W., 5, 6, 55;
- Wisconsin, proyecto de, 314-315;
- Wisconsin, test de clasificación de cartas (WCST), 209-
210;
- woodshedding*, 198, **199**, 200, 201;
- yo, modelo funcional/biopsicosocial, 237-239, **239**, 245-
246;
función analítica, 240-241;
función de prueba de realidad, 238;
función representativa, 238;
función ejecutiva del, 239;
membrana, 240, 241, **242**;
véase también función integradora; regresión al
servicio del.
- yo, teorías psicodinámicas/cognitivas, 51-52;
alteración de la continuidad del *self*, 58, 60;
escisión, 55-56, 57;
restaurar la función del, 277;
identificación proyectiva, 57;
interrupción de la relación "tú", 58;
posiciones paranoide-esquizoide/depresiva, 54-55,
119;
proyección, 57;
representaciones/relaciones de objeto, 52, 53-54, 56;
trastornos evolutivos, 105;
y psicosis, 52;
y *self*, 51-54, 56;
- Yvonne, caso de estudio, 141-142;
- Zeldox, 326, **328**;
- Zimovane, 335;
- ziprasidone, 326, **328**;
- zopiclone/zolpidem, 335;
- Zubin, Joseph, 70;
- zuclopentixol, 325, **328**;
- Zyprexa, 326, **328**;