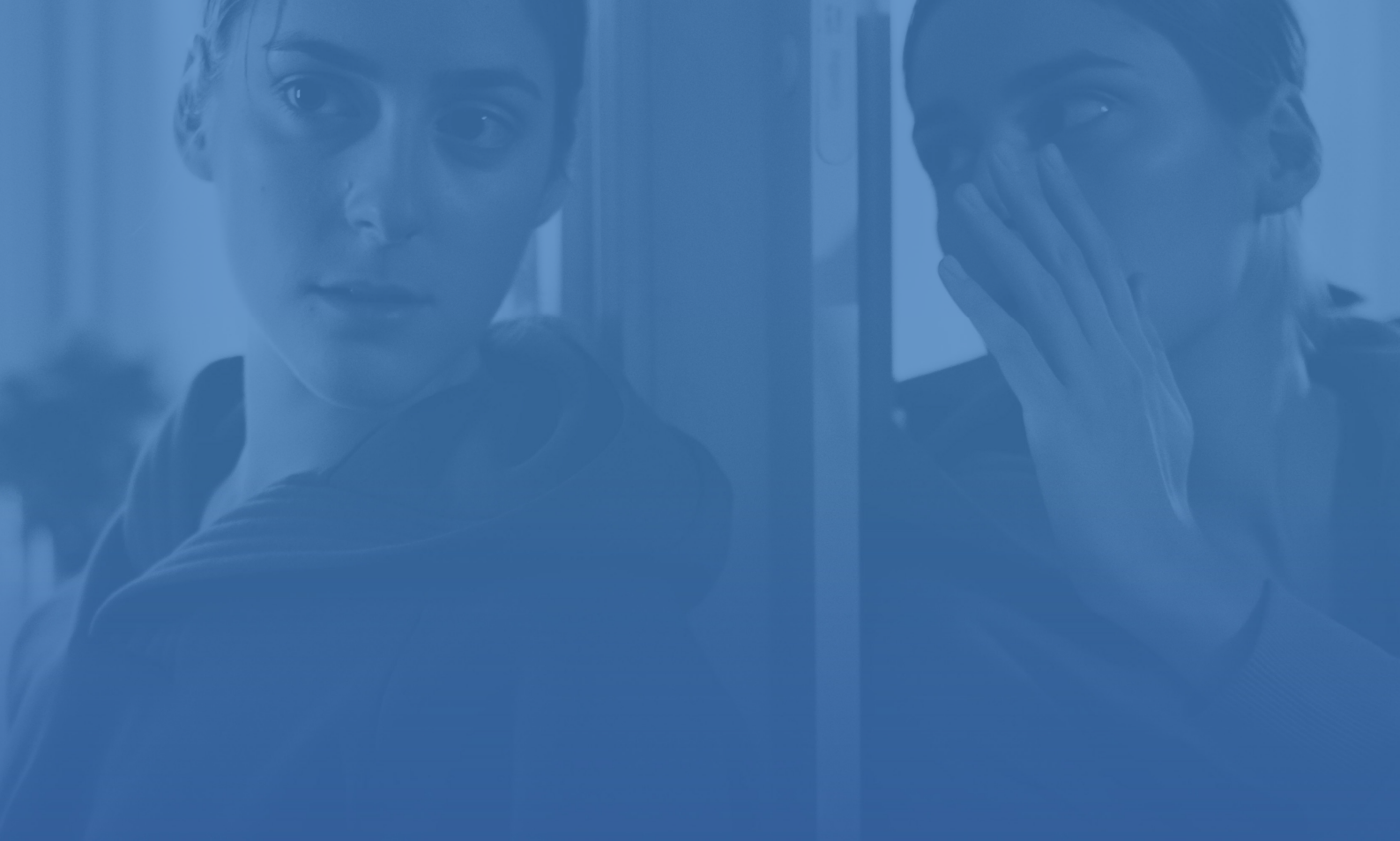


PSICOSIS

Herramientas clínicas de abordaje

NeuroClass

Psicosis

Herramientas clínicas de abordaje

Este documento es un resumen que recoge los apuntes y contenidos académicos del curso *online* Psicosis: Herramientas clínicas de abordaje.

Objetivos:

1. Comprender los fundamentos teóricos de las psicosis: Explorar las teorías biológicas, psicológicas y sociales que subyacen a las psicosis para desarrollar una comprensión integral de sus bases etiológicas.

2. Desarrollar habilidades para el diagnóstico temprano y la evaluación de psicosis: Conocer técnicas de evaluación clínica para identificar tempranamente signos y síntomas de psicosis, utilizando herramientas estandarizadas y métodos de entrevista estructurados.

3. Explorar intervenciones terapéuticas eficaces: Evaluar la efectividad de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en el manejo de síntomas psicóticos y la mejora del bienestar global del paciente.

4. Promover estrategias de manejo y prevención de crisis: Desarrollar habilidades prácticas en la gestión de crisis psicóticas, incluyendo técnicas de desescalada y coordinación con servicios de emergencia para asegurar la seguridad del paciente.

5. Fomentar la colaboración interdisciplinaria: Reconocer la importancia del trabajo en equipo entre profesionales de la salud mental, médicos y trabajadores sociales para proporcionar un cuidado integral y personalizado a personas con psicosis.

Disertante:

Elena Flores, PhD(c)

Graduada en Psicología por la Universidad de Salamanca (USAL), en Salamanca, España. *Máster* Universitario en *Neuropsicología* por la USAL. *Máster* en *Psicología Clínica y de la Salud y Máster* en *Psicoterapia Cognitivo Conductual* por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), en Madrid, España. *Grado de experto en docencia de la Neuroeducación e inteligencia emocional en la primera infancia* por la Universidad Nebrija, en Madrid, España. Candidata a Doctorado en la USAL. Cofundadora de NeuroClass y ponente en diversos cursos.

Índice

Presentación 1

MÓDULO I
La psicosis en el panorama actual 2

Etiología 3

Tres enfoques fundamentales 3

- Enfoque biológico 4
- Enfoque psicológico 4
- Enfoque social 5

Epidemiología 6

Fisiopatología 6

Mitos sobre la psicosis 7

Historia y evaluación 9

Fases del psicodiagnóstico clínico 11

- 1. Recopilación de información inicial 11
- 2. Evaluación y pruebas psicológicas 11
- 3. Entrevistas clínicas 12
- 4. Análisis e interpretación 12
- 5. Formulación del diagnóstico 13
- 6. Planificación de tratamiento 13
- 7. Seguimiento y reevaluación 13

MÓDULO II
La importancia de un correcto análisis psicológico en psicosis ...14

Evaluación integral 15
1) Biopsicosocial 15
2) Multidimensional 15
Proceso sistematizado 15
1) Métodos estandarizados 15
2) Entrevistas clínicas 16
Orientación clínica 16
1) Focalizado en el paciente 16
2) Colaborativo 16
Lo objetivo y subjetivo 17
1) Medición objetiva 17
2) Percepción subjetiva 17
Contextual y cultural 17
1) Sensibilidad cultural 17
2) Adaptabilidad 17
Orientado al diagnóstico 18
Identificación de trastornos 18
Evaluación diferencial 18
Formulación clínica 18
1) Análisis de caso 18
2) Hipótesis clínicas 18
Planificación de intervenciones 19
1) Diseño de tratamiento 19
2) Monitoreo y evaluación 19
Características y diferencias con otros cuadros 19
Distinciones claves 19

Alteraciones clasificadas 20
Alteraciones de la percepción 20
Alucinación 21
Pseudoalucinación 21
Alucinosis 22
Alteraciones del pensamiento 22
Alteraciones del contenido 22
Alteraciones de la forma 24
Alteraciones del ritmo del pensamiento 24
Alteraciones de la continuidad del pensamiento 25

MÓDULO III
Diagnóstico de la psicosis 26
Diagnóstico diferencial con otros trastornos 28
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios 28
Trastornos del estado de ánimo con características psicóticas 30
Trastornos de la personalidad 31
Trastornos por consumo de sustancias 32
Condiciones médicas generales 32
Otros trastornos 32
El diagnóstico de psicosis por patología psiquiátrica (no orgánica, primaria o idiopática) 33
Principales causas de psicosis orgánicas 34
De psicosis psiquiátricas 34
¿Qué tiene un diagnóstico completo en psicosis? 34
Aspectos que no hay que olvidar en el diagnóstico 35
Historia de trauma 35
Patrones de sueño y ritmo circadiano 36

Síntomas prodrómicos 36
Abuso de sustancias 36
Infecciones y enfermedades sistémicas 37
Función tiroidea 37
Deficiencias nutricionales 37

MÓDULO IV
Evaluación de la psicosis 40
Cuestionarios y escalas 41
¿Para qué sirve la evaluación neuropsicológica en psicosis? 43
Partes generales 44
Evaluación neuropsicológica en la psicosis 45
Pruebas que pueden utilizarse en psicosis 46
Psicosis simulada en evaluaciones clínicas 48
1. Observación clínica y entrevista 49
2. Uso de pruebas psicológicas 50
3. Revisión de información colateral 50
4. Estrategias adicionales 51
5. Consideraciones éticas y profesionales 51

MÓDULO V
Tratamiento y manejo 52
Tratamientos para la psicosis 53
Antipsicóticos 53
Terapia Electroconvulsiva (TEC) 56
TCC para psicosis 57
Intervenciones psicosociales 60

MÓDULO VI
Pronóstico 67

¿La psicosis se puede curar? 68

Complicaciones 69

Gestión de crisis psicóticas: Métodos de desescalada y coordinación con servicios de emergencia 72

MÓDULO VII
El compromiso del paciente en la terapia para psicosis como pilar fundamental para el éxito terapéutico 77

Estrategias efectivas 78

Si surgen problemas 81

MÓDULO VIII
Casos clínicos 83

Caso 1 84

Recopilación de Historia Clínica 84

Evaluación Psicométrica y Diagnóstica 85

Formulación del Caso 85

Plan de Tratamiento 86

Monitoreo y Evaluación 87

Consideraciones Éticas 87

Caso 2 87

Esquizofrenia Catatónica 87

Caso 3 90

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) 90

Referencias bibliográficas 88

Presentación

Queridos estudiantes,
Soy Elena y os doy la bienvenida a esta formación básica en tratamientos psicológicos para psicosis, un curso diseñado específicamente para proporcionaros una comprensión integral y práctica del tratamiento de las psicosis que se desarrollará de forma online autogestionable, permitiéndoos avanzar a vuestro propio ritmo de formación en la plataforma de NeuroClass.

Nuestro primer objetivo es que comprendáis los fundamentos de las psicosis. Exploraremos juntos aspectos subyacentes a estos trastornos, para que podáis desarrollar una visión completa de sus bases etiológicas. Esta comprensión teórica será la base sobre la cual construiremos las técnicas prácticas de evaluación e intervención.

Aprenderéis, además, a desarrollar habilidades para el diagnóstico temprano y la evaluación de la psicosis. Enseñaremos técnicas de evaluación clínica que permitirán identificar tempranamente los signos y síntomas de la psicosis, utilizando herramientas estandarizadas y métodos de entrevista estructurados. Estas habilidades son esenciales para intervenir a tiempo y de manera adecuada. Además, exploraremos las intervenciones terapéuticas más eficaces. Evaluaremos juntos la efectividad de diversos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en el manejo de los síntomas psicóticos y en la mejora del bienestar global de los pacientes. Pues el objetivo de todo esto es que se sienta una cierta seguridad para aplicar estas intervenciones de manera eficaz en su práctica profesional.

También desarrollaremos estrategias de manejo y prevención de crisis. Por lo que se expondrán técnicas prácticas para la gestión de crisis psicóticas, incluyendo métodos de desescalada y la coordinación con Servicios de Emergencia, garantizando así la seguridad de los pacientes en situaciones críticas.

Y, por supuesto, fomentaremos la colaboración interdisciplinaria, reconociendo la importancia del trabajo en equipo entre profesionales de la salud mental, médicos y trabajadores sociales. Siempre proporcionando un cuidado integral y personalizado a personas con psicosis, trabajando en estrecha colaboración con otros profesionales.

Espero que tengáis una grata formación y esta sea de vuestro agrado.

Elena Flores García NeuroClass

MÓDULO I

La psicosis en el panorama actual

La psicosis es una combinación de síntomas psicológicos que resultan en una desconexión con la realidad. Aunque entre el 1,5% y el 3,5% de las personas cumplirán con los criterios de diagnóstico para un trastorno psicótico, una proporción significativamente mayor experimentará al menos un síntoma psicótico en algún momento de su vida. La psicosis es una característica común en diversas condiciones psiquiátricas, neuropsiquiátricas, neurológicas, del neurodesarrollo y médicas. Es la característica principal del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, un aspecto asociado con muchos trastornos del estado de ánimo y el uso de sustancias, y un síntoma desafiante en numerosas afecciones neurológicas y médicas. Debido a los altos niveles de angustia que causa en los pacientes y sus seres queridos, la psicosis es un objetivo principal de tratamiento para los profesionales médicos.

Etiología

La psicosis puede ser consecuencia de una enfermedad psiquiátrica primaria, uso de sustancias o de otra condición neurológica o médica. Las anomalías cerebrales, como la reducción de la materia gris prefrontal, superior y temporal medial, se han relacionado con trastornos psicóticos del primer episodio. Los trastornos psicóticos primarios se consideran anomalías del neurodesarrollo que se desarrollan en el útero, aunque la manifestación de síntomas psicóticos y la enfermedad plena a menudo están correlacionadas con factores epigenéticos o ambientales, como el abuso de sustancias, el estrés, la inmigración, las infecciones, el período posparto y otras causas médicas. También hay una evidencia significativa de factores de riesgo genéticos en la patogénesis de los trastornos psicóticos.

Tres enfoques fundamentales

Para entender plenamente las bases etiológicas de las psicosis, es necesario explorar tres enfoques teóricos principales: biológico, psicológico y social.

Enfoque biológico

Se centra en las bases neurobiológicas y genéticas de la enfermedad. Se ha demostrado que las alteraciones en los neurotransmisores, particularmente la dopamina y el glutamato, desempeñan un papel crucial en el desarrollo de los síntomas psicóticos. La hipótesis dopaminérgica sugiere que una hiperactividad en las vías dopaminérgicas mesolímbicas puede causar alucinaciones y delirios, mientras que una hipoactividad en las vías mesocorticales está asociada con síntomas negativos como la anhedonia y el aplanamiento afectivo (Abi-Dargham y Moore, 2017). La disfunción en la transmisión dopaminérgica no solo contribuye a los síntomas positivos de la psicosis, sino que también afecta la capacidad cognitiva y emocional del individuo, complicando aún más la gestión de la enfermedad.

Además, estudios de neuroimagen han revelado anomalías estructurales en el cerebro de personas con psicosis, como la reducción del volumen del hipocampo y la corteza prefrontal, áreas cruciales para la memoria y la regulación emocional (Sheffield y Barch, 2016). Estas anomalías pueden ser consecuencia de un desarrollo cerebral anómalo, posiblemente influenciado por factores genéticos y ambientales durante las etapas críticas del desarrollo neurológico. Las investigaciones también sugieren la existencia de circuitos neuronales disfuncionales que involucran el tálamo, el estriado y la corteza prefrontal, lo cual podría explicar la amplia gama de síntomas observados en los pacientes.

Los factores genéticos, por su parte, juegan un papel significativo en la susceptibilidad a la psicosis. El riesgo de desarrollar psicosis es mayor en individuos con antecedentes familiares de la enfermedad. Los estudios de gemelos han mostrado una alta concordancia para la esquizofrenia, sugiriendo una fuerte componente hereditaria (Cardno y Owen, 2014). La identificación de varios genes de susceptibilidad, como DISC1 y NRG1, ha proporcionado una mayor comprensión de las bases genéticas de la psicosis, aunque el cuadro completo de la genética de esta enfermedad sigue siendo complejo y multifactorial.

Enfoque psicológico

Antes de nada, hemos de señalar que la terminología y conceptualización de la psicosis han evolucionado significativamente gracias a contribuciones de varios autores clave en la historia. En primer lugar, Emil Kraepelin, que fue pionero en clasificar los trastornos mentales de manera sistemática, introduciendo el término "dementia praecox" para lo que hoy conocemos como esquizofrenia y diferenciándolo de la "psicosis maniaco-depresiva" (trastorno bipolar). Eugen Bleuler acuñó el término "esquizofrenia" en 1908, destacando conceptos como "autismo" y "ambivalencia", y subrayando la variabilidad de los síntomas entre los individuos. Bleuler también argumentó que la esquizofrenia no siempre conducía a la demencia y podía aparecer a cualquier edad. Y, Sigmund Freud, aunque no se centró en la psicosis, la consideraba dentro de sus teorías psicoanalíticas, sugiriendo que los trastornos psicóticos eran resultado de un fracaso del ego para mantener la realidad.

Desde el enfoque psicológico, las psicosis se entienden en términos de procesos cognitivos y emocionales. La teoría del trauma sugiere que experiencias traumáticas tempranas, como abuso infantil o estrés crónico, pueden predisponer a una persona a desarrollar psicosis. Estos eventos traumáticos pueden alterar el desarrollo del cerebro y el sistema de respuesta al estrés, haciendo que el individuo sea más susceptible a desorganizar su percepción de la realidad (Varese et al., 2012). La exposición a eventos traumáticos repetidos puede llevar a una sensibilización del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), que a su vez podría influir en la aparición y gravedad de los síntomas psicóticos.

La teoría cognitiva de la psicosis postula que los delirios y las alucinaciones pueden surgir de interpretaciones erróneas de experiencias sensoriales o internas. Por ejemplo, una persona que experimenta altos niveles de estrés puede interpretar pensamientos internos negativos como voces externas. Las distorsiones cognitivas, como el pensamiento paranoide o las creencias de grandeza, también juegan un papel en el mantenimiento de los síntomas psicóticos (Garety et al., 2001). Las teorías cognitivas sugieren que estos procesos son sostenidos por sesgos atencionales y de interpretación, donde los individuos tienden a atribuir significados amenazantes a eventos neutrales o benignos.

Intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual (TCC) han demostrado ser efectivas en la modificación de estos patrones de pensamiento distorsionados. La TCC se centra en ayudar a los pacientes a reconocer y cuestionar sus creencias delirantes, así como a desarrollar habilidades para manejar el estrés y mejorar la realidad perceptual. Además, las intervenciones basadas en el trauma buscan procesar y sanar las experiencias traumáticas subyacentes, lo que puede reducir la vulnerabilidad a episodios psicóticos futuros.

Enfoque social

El enfoque social enfatiza el impacto de los factores ambientales y sociales en el desarrollo y la evolución de las psicosis. La adversidad social, como el aislamiento social, la discriminación y la pobreza, ha sido vinculada a un mayor riesgo de desarrollar psicosis (Morgan et al., 2010). Las condiciones de vida adversas pueden incrementar el estrés crónico y la desregulación del sistema de respuesta al estrés, contribuyendo a la aparición y exacerbación de los síntomas psicóticos.

Las experiencias de migración y las barreras culturales también pueden aumentar la vulnerabilidad a la psicosis, al crear estrés adicional y desafíos de adaptación (Cantor-Graae y Selten, 2005). Los migrantes, especialmente aquellos de minorías étnicas, pueden enfrentarse a un estrés significativo debido a la discriminación, la pérdida de apoyo social y las dificultades económicas, lo cual puede aumentar su riesgo de desarrollar psicosis. Además, el estigma asociado a la enfermedad mental puede dificultar el acceso a servicios de salud adecuados y el apoyo social necesario para la recuperación.

La intervención social en el tratamiento de la psicosis incluye programas de apoyo comunitario, rehabilitación psicosocial y educación para la salud mental. Estas intervenciones buscan mejorar la integración social del paciente, reducir el aislamiento y proporcionar herramientas para el manejo del estrés y la adaptación a nuevas situaciones. Siempre, la colaboración interdisciplinaria entre psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar un cuidado integral y efectivo a las personas con psicosis.

Epidemiología

La incidencia de un primer episodio de psicosis es de aproximadamente 50 por cada 100,000 personas, mientras que la incidencia de esquizofrenia es de aproximadamente 15 por cada 100,000 personas. La edad pico de inicio es durante la adolescencia y los veintitantos años en los hombres, y en la adolescencia hasta finales de los veinte en las mujeres. Un inicio más temprano se correlaciona con peores resultados, aunque la intervención temprana se asocia con mejores pronósticos. La psicosis es extremadamente rara en los niños.

Fisiopatología

El neurotransmisor más estrechamente vinculado a la fisiopatología de los trastornos psicóticos es la dopamina, con los síntomas positivos de los trastornos psicóticos atribuidos a un exceso de dopamina en el tracto mesolímbico. El glutamato, un neurotransmisor excitatorio, también está implicado, con estudios indicando una disminución de la función del receptor de glutamato de N-metil-D-aspartato (NMDA). Además, se ha señalado el ácido gamma-aminobutírico (GABA), un importante neurotransmisor inhibidor, con estudios mostrando disfunción en pacientes con esquizofrenia. Finalmente, se ha observado un desequilibrio en la acetilcolina, con la nicotina aumentando su función y mejorando algunos déficits y la cognición en pacientes que fuman.

Mitos sobre la psicosis

Dentro de la conceptualización de la psicosis, es fundamental abordar y desmitificar los mitos asociados con esta condición debido a varias razones críticas. Los mitos sobre la psicosis contribuyen significativamente al estigma y la discriminación que enfrentan las personas con esta condición. Creencias erróneas, como que las personas con psicosis son violentas o peligrosas, perpetúan el miedo y la marginación social, lo que puede llevar a un aislamiento social y un trato injusto en diversas áreas de la vida, como el empleo y la atención médica. Además, los mitos pueden disuadir a las personas de buscar tratamiento al crear falsas percepciones sobre la incurabilidad de la psicosis o la inutilidad de los tratamientos disponibles. Esto puede resultar en un retraso en la intervención temprana, que es crucial para un mejor pronóstico.

Asimismo, la internalización de dichos mitos por parte de los propios pacientes puede afectar negativamente su autoestima y su motivación para participar activamente en su propio proceso de recuperación. Por último, educar a la sociedad y a los profesionales de la salud sobre la realidad de la psicosis y desmentir los mitos es esencial para fomentar un entorno de apoyo y comprensión, lo cual es vital para la integración social y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Veamos algunos ejemplos de afirmaciones erróneas:

"Las personas con psicosis son violentas y peligrosas".

"Dicen que soy violento solo porque tengo psicosis".

La mayoría de las personas con psicosis no son violentas. De hecho, tienen un mayor riesgo de ser víctimas de violencia en lugar de perpetradores. La violencia entre personas con psicosis es rara y generalmente se relaciona con otros factores como el abuso de sustancias.

"La psicosis es lo mismo que tener una personalidad múltiple".

“La psicosis implica una pérdida de contacto con la realidad, lo que puede incluir alucinaciones y delirios, pero no significa que tenga múltiples personalidades. En mi caso, he experimentado voces y creencias falsas que me hicieron sentir desconectado de la realidad, pero siempre he sido consciente de mi identidad única”.

La psicosis implica una pérdida de contacto con la realidad, que puede incluir alucinaciones y delirios, pero no implica tener personalidades múltiples, lo cual es un trastorno completamente diferente llamado trastorno de identidad disociativo.

"La psicosis es incurable y no se puede llevar una vida normal".

"Me han dicho que nunca podré llevar una vida normal, pero con tratamiento y apoyo, he logrado alcanzar muchos de mis objetivos".

Con el tratamiento adecuado, muchas personas con psicosis pueden manejar sus síntomas y llevar una vida productiva y satisfactoria. La intervención temprana y el apoyo continuo son clave para la recuperación.

"Solo las personas con una psicosis severa necesitan medicación".

"Escucho que solo los casos graves necesitan medicación, pero incluso con síntomas leves, los medicamentos me ayudan a mantenerme estable".

La medicación puede ser beneficiosa para cualquier persona con psicosis, no solo para los casos severos. Ayuda a prevenir la exacerbación de los síntomas y permite a los pacientes llevar una vida más equilibrada.

"Las personas con psicosis no pueden trabajar ni estudiar".

"Me dicen que no podré mantener un trabajo o estudiar, pero conozco a muchas personas con psicosis que son profesionales exitosos y estudiantes dedicados".

Muchas personas con psicosis pueden y de hecho trabajan y estudian con éxito. Con adaptaciones adecuadas y apoyo, pueden realizar tareas laborales y académicas de manera efectiva.

"La psicosis es causada por una debilidad de carácter".

"En mi caso, desarrollar psicosis no tuvo nada que ver con mi carácter. Ha sido un desafío inmenso, pero con tratamiento y apoyo, he aprendido a manejar mis síntomas y seguir adelante con mi vida. Decir que la psicosis es una cuestión de debilidad es ignorar la complejidad de esta condición y el esfuerzo que ponemos los pacientes para mejorar. Es esencial que las personas comprendan que la psicosis es una enfermedad real y seria que requiere tratamiento médico, no un juicio sobre la personalidad o la fortaleza de alguien".

La psicosis es una enfermedad mental que tiene causas biológicas, psicológicas y ambientales. No es el resultado de una debilidad de carácter o falta de voluntad.

"Si tienes psicosis, estarás en el hospital toda tu vida".

"He escuchado muchas veces que si tienes psicosis, estarás en el hospital toda tu vida. Al principio, esa idea me aterrorizaba y me hacía sentir que mi futuro estaba condenado. Pero, la realidad es muy diferente. Aunque tuve que ser hospitalizado durante un episodio agudo, con el tiempo y el tratamiento adecuado, he podido vivir en mi casa y llevar una vida relativamente normal".

Con el tratamiento y el apoyo comunitario adecuado, la mayoría de las personas con psicosis pueden vivir en sus hogares y no necesitan hospitalización continua.

"Tener psicosis significa que no puedes tomar decisiones por ti mismo".

"Tener psicosis no significa que esté incapacitado para siempre; puedo tomar decisiones por mí mismo y vivir una vida plena y activa".

Con el tratamiento adecuado, muchas personas con psicosis pueden tomar decisiones informadas y gestionar su vida de manera efectiva. Es importante empoderar a los pacientes y apoyarlos en su proceso de recuperación.

Historia y evaluación

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V, en inglés) define los trastornos psicóticos a través de anomalías en cinco dominios principales:

- Delirios
- Alucinaciones
- Pensamiento desorganizado
- Comportamiento desorganizado
- Síntomas negativos

Muy brevemente, los delirios son creencias fijas y falsas que persisten a pesar de la evidencia en contra. Las alucinaciones, por su parte, son experiencias perceptuales sin estímulos externos suficientes. El pensamiento desorganizado se manifiesta en el habla y patrones de comunicación. Y, el comportamiento desorganizado incluye actividad defectuosa que afecta el funcionamiento diario. Por último, los síntomas negativos son disminuciones o pérdidas en el funcionamiento normal, frecuentemente confundidos con trastornos depresivos. Ahora, La psicosis no solo consiste en padecer de delirios y alucinaciones.

Para evaluar la psicosis, es esencial una entrevista psiquiátrica detallada y un examen del estado mental (*Mental Status Examination*, MSE, en inglés), complementados con pruebas médicas para descartar causas no psiquiátricas, como análisis de sangre y de orina (mínimo hemograma y bioquímica básica), pruebas de función hepática, vitamina B12, VIH, y estudios de imagen como tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN). También se puede evaluar el electroencefalograma (EEG) ante sospecha de patología comicial y la punción lumbar, si hay sospecha de meningitis o encefalitis, *delirium* de causa no identificable o cambios en nivel de conciencia no explicables por otras causas.

En cuanto a estas últimas, hay que tener en cuenta que las pruebas de imagen se utilizan cuando hay una sospecha clínica de que una patología estructural o neurológica subyacente podría estar contribuyendo a los síntomas psicóticos. Algunas situaciones en las que se podrían usar incluyen:

1. Síntomas atípicos: Si el paciente presenta síntomas inusuales, como cambios neurológicos agudos, dolores de cabeza intensos, convulsiones, o déficits neurológicos focales, que no son típicos de los trastornos psicóticos primarios.

2. Edad atípica de inicio: Cuando los síntomas psicóticos aparecen de manera repentina en una persona de edad avanzada, es más probable que se investigue la posibilidad de una causa neurológica subyacente.

3. Historial médico: Si hay antecedentes de trauma craneal, infección del sistema nervioso central, o condiciones médicas que pueden afectar el cerebro.

4. Evaluación inicial: En la evaluación inicial de síntomas psicóticos, especialmente si es el primer episodio, algunos médicos pueden optar por realizar una imagen cerebral para descartar causas orgánicas, aunque esto no es una práctica rutinaria en todos los casos.

En muchos casos de psicosis, especialmente si los síntomas son típicos y no hay señales de alarma, la evaluación se basa principalmente en el historial clínico, la evaluación psiquiátrica y las pruebas neuropsicológicas. El uso de TC o RMN se reserva para casos donde hay indicaciones específicas que sugieren la necesidad de descartar otras condiciones médicas o neurológicas. Ante casos de focalidad neurológica, traumatismo craneoencefálico, convulsiones, sospecha de encefalitis o meningitis, deterioro cognitivo significativo de causa desconocida, alteraciones del estado mental de causa desconocida, psicosis de nuevo inicio en los siguientes supuestos (además de en los previos): en menores de 12 años o mayores de 40 años, fiebre sin foco, inmunosupresión, historia de uso de sustancias intravenosas, cefalea con signos de malignidad, incapacidad para realizar un examen neurológico completo.

Fases del psicodiagnóstico clínico

Las fases del psicodiagnóstico clínico proporcionan un marco estructurado para evaluar y tratar a los pacientes con trastornos mentales. Como ya hemos constatado, cada fase es esencial para asegurar una comprensión completa y precisa del paciente, lo que permite diseñar e implementar un tratamiento efectivo y adaptado a sus necesidades específicas. Veamos brevemente los pasos más resumidos:

1. Recopilación de información inicial

Esta fase se centra en la obtención de una historia clínica detallada del paciente, así como en la recopilación de antecedentes familiares y del contexto social y cultural en el que vive el paciente. La información inicial incluye detalles sobre síntomas actuales, duración y severidad, así como cualquier tratamiento previo recibido.

- **Historia clínica**: Proporciona información sobre el curso de los síntomas y posibles desencadenantes.

- **Antecedentes familiares**: Permite identificar patrones genéticos o familiares de trastornos mentales.

- **Contexto social y cultural**: Ayuda a entender los factores ambientales que pueden influir en el estado mental del paciente.

Muy brevemente, los delirios son creencias fijas y falsas que persisten a pesar de la evidencia en contra. Las alucinaciones, por su parte, son experiencias perceptuales sin estímulos externos suficientes. El pensamiento desorganizado se manifiesta en el habla y patrones de comunicación. Y, el comportamiento desorganizado incluye actividad defectuosa que afecta el funcionamiento diario. Por último, los síntomas negativos son disminuciones o pérdidas en el funcionamiento normal, frecuentemente confundidos con trastornos depresivos. Ahora, La psicosis no solo consiste en padecer de delirios y alucinaciones.

2. Evaluación y pruebas psicológicas

Aquí, tendremos en cuenta la administración de una variedad de test psicométricos y otros instrumentos de evaluación para medir diferentes aspectos de la función psicológica y cognitiva del paciente. Estas pruebas pueden incluir evaluaciones de inteligencia, memoria, atención, habilidades verbales y no verbales, y estados emocionales.

- **Identificación de déficits cognitivos**: Ayuda a detectar áreas específicas donde el paciente puede estar teniendo dificultades.

• **Medición de síntomas específicos**: Para poder hacer una evaluación cuantitativa de la gravedad de los síntomas.

• **Base para comparación futura**: Facilita datos que pueden ser utilizados para comparar el progreso del paciente a lo largo del tiempo.

3. Entrevistas clínicas

Las entrevistas clínicas son sesiones estructuradas o semi-estructuradas donde el psicólogo o psiquiatra interactúa directamente con el paciente y, en algunos casos, con sus familiares o allegados. Asimismo, están diseñadas para obtener información detallada sobre el estado mental del consultante, sus experiencias y perspectiva sobre sus síntomas.

• **Profundización en la historia del paciente**: Pues así obtenemos información detallada sobre los síntomas y su impacto en la vida diaria.

• **Evaluación del estado mental**: Proporciona una oportunidad para observar el comportamiento, el lenguaje y el estado emocional del paciente en un entorno controlado.

• **Participación de familiares**: Finalmente, puede aportar información adicional y proporcionar un contexto más amplio de la situación del paciente.

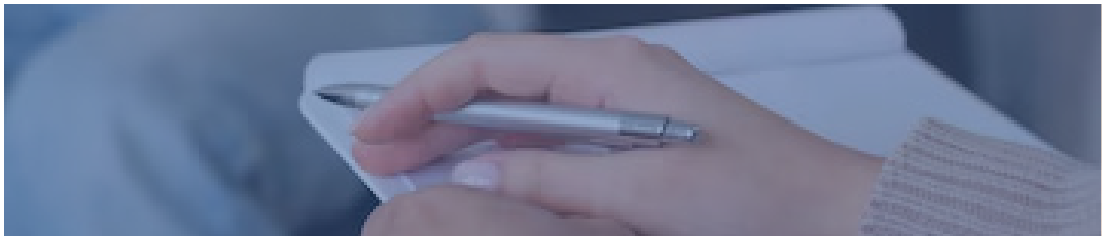
4. Análisis e interpretación

En esta fase, el clínico integra los datos obtenidos de la historia clínica, las pruebas psicológicas y entrevistas para generar un perfil diagnóstico del paciente. De este modo, se conforma un análisis que nos ayuda a entender la naturaleza y extensión de los problemas del paciente.

• **Integración de datos**: Aporta una visión holística del paciente, combinando información cuantitativa y cualitativa.

• **Identificación de patrones**: Sirve para identificar patrones y correlaciones entre diferentes aspectos de la función psicológica y los síntomas.

• **Base para el diagnóstico**: Nos da la información necesaria para formular un diagnóstico preciso.



5. Formulación del diagnóstico

Basándose en los datos recopilados y analizados, el clínico establece un diagnóstico utilizando criterios establecidos, como el DSM-V o la CIE-11. Esta fase implica la identificación precisa del trastorno o trastornos presentes y su severidad.

- **Diagnóstico preciso**: Es crucial para la planificación del tratamiento y la intervención.

- **Comunicación clara**: Permite comunicar de manera clara y consistente el estado del paciente a otros profesionales de la salud.

- **Guía para el tratamiento**: El diagnóstico establece la base para el diseño de un plan de tratamiento adecuado.

6. Planificación de tratamiento

En este caso, el clínico diseña un plan de intervención basado en el diagnóstico y las necesidades específicas del consultante. Lo que puede incluir terapia psicológica, medicación, intervenciones psicosociales y recomendaciones para cambios en el estilo de vida.

- **Intervención personalizada**: Asegura que el tratamiento esté adaptado a las necesidades únicas del paciente.

- **Objetivos claros**: Establece metas específicas y alcanzables para el tratamiento.

- **Colaboración interdisciplinaria**: Puede incluir la colaboración con otros profesionales de la salud, como psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

7. Seguimiento y reevaluación

Esta fase implica el monitoreo continuo del progreso del paciente y la evaluación de la efectividad del tratamiento. El plan de tratamiento puede ser ajustado según los resultados y la evolución de los síntomas.
Monitoreo del progreso: Sirve para evaluar si el tratamiento está teniendo el efecto deseado.

- **Ajustes necesarios**: Proporcionar la opción de la modificación del plan de tratamiento en respuesta a los cambios en el estado del paciente.

- **Prevención de recaídas**: Ayuda a identificar señales tempranas de recaída y a intervenir de manera oportuna.

MÓDULO II

La importancia de un correcto análisis psicológico en psicosis

Evaluación integral

1) Biopsicosocial

Una persona con esquizofrenia puede tener una predisposición genética a desarrollar el trastorno (biológico), experimentar delirios de persecución (psicológico) y enfrentar estigmatización social que agrava su aislamiento (social). Aquí, es importante evaluar antecedentes de uso de sustancias, eventos traumáticos, la adherencia al tratamiento previo, y el impacto de los síntomas en las actividades diarias y en las relaciones interpersonales.

2) Multidimensional

Imaginemos ahora a alguien con esquizofrenia que muestra alucinaciones auditivas (cognitivo), desorganización del pensamiento (comportamental), ansiedad o depresión secundaria a los síntomas psicóticos (emocional) y cambios en el ritmo circadiano, como insomnio o hipersomnia (fisiológico). En esto, sería interesante evaluar la severidad y frecuencia de los síntomas psicóticos, la capacidad del individuo para realizar actividades básicas de la vida diaria, y la disponibilidad de una red de apoyo social y familiar.

Proceso sistematizado

1) Métodos estandarizados

Por ejemplo, para esto, empleamos la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS, en inglés) para evaluar la gravedad de los síntomas psicóticos en esquizofrenia y asegurar la consistencia en las evaluaciones. Grosso modo, en este proceso se realizan evaluaciones regulares para monitorear los cambios en los síntomas y ajustar el tratamiento según sea necesario. También es importante considerar las comorbilidades y el impacto de los medicamentos antipsicóticos.

2) Entrevistas clínicas

Mismamente, lo que sería conducir entrevistas estructuradas como la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM (Structured Clinical Interview for DSM Disorders, SCID, en inglés) para diagnosticar con precisión la psicosis y comprender mejor la experiencia del paciente. Teniendo en cuenta siempre que es fundamental crear un ambiente seguro y de confianza para que el paciente pueda compartir sus experiencias abiertamente. Sumado a lo anterior, hay que evaluar el impacto de los síntomas en el funcionamiento diario y las relaciones interpersonales. Hablaremos de ello más adelante.

Orientación clínica

1) Focalizado en el paciente

Por ejemplo, con un paciente con esquizofrenia, es clave explorar sus experiencias subjetivas con alucinaciones o delirios, cómo estos síntomas afectan su vida y cuáles son sus preocupaciones y metas para la recuperación. Para ello, por supuesto, hemos de desarrollar una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, abordando cualquier estigma o temor relacionado con el trastorno. Y considerando la perspectiva del consultante sobre su enfermedad y tratamiento.

2) Colaborativo

Es decir, involucrar al paciente en la planificación del tratamiento, discutiendo opciones terapéuticas y asegurando que sus preferencias y preocupaciones sean tenidas en cuenta, lo que puede aumentar la adherencia al tratamiento. Siempre será imprescindible promover la participación activa de la persona en su propio cuidado, estableciendo metas alcanzables y revisando regularmente el progreso. Además de proporcionar apoyo continuo y recursos adicionales cuando sea necesario.

Lo objetivo y subjetivo

1) Medición objetiva

Se hace al utilizar, mismamente, la Escala de Evaluación de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) para evaluar objetivamente la gravedad de los síntomas psicóticos y realizar observaciones directas del comportamiento del paciente. Ojo, hay que asegurar que las evaluaciones sean realizadas por profesionales capacitados y que se repitan en intervalos adecuados para monitorear cambios. También es importante interpretar los resultados en el contexto de la historia clínica y el tratamiento del paciente.

2) Percepción subjetiva

De cara a explorar a través de entrevistas y autoinformes cómo el paciente percibe sus experiencias alucinatorias o delirantes, y cómo estas afectan su vida diaria, para entender mejor su mundo interno. Eso sí, hay que asegurarse que el paciente se sienta escuchado y comprendido, proporcionando apoyo emocional y validación; además de tener en cuenta el impacto de las experiencias psicóticas en la autoestima y bienestar general del consultante.

Contextual y cultural

1) Sensibilidad cultural

Por ejemplo, un paciente de origen africano con esquizofrenia puede interpretar sus alucinaciones a través de un marco cultural que involucra creencias espirituales o religiosas, como la brujería. En estos casos, habría que evaluar cómo las creencias culturales pueden influir en la presentación de los síntomas y en la disposición del paciente a aceptar ciertos tipos de tratamientos. Teniendo en cuenta que se pueden involucrar a mediadores culturales o intérpretes cuando sea necesario.

2) Adaptabilidad

Esto es, modificar la intervención para incluir la participación de líderes comunitarios respetados que puedan influir positivamente en la aceptación del tratamiento. Las técnicas terapéuticas sean flexibles y adaptables, teniendo en cuenta las prácticas culturales y las normas sociales. Y siempre Evaluar continuamente la efectividad de estas adaptaciones.

Orientado al diagnóstico

Identificación de trastornos

Lo que se hace cuando se diagnostica esquizofrenia utilizando los criterios del DSM-V, evaluando la presencia de síntomas positivos (como alucinaciones y delirios) y negativos (como aplanamiento afectivo y anhedonia). Par ello, ha de realizarse una evaluación integral que incluya entrevistas clínicas, pruebas psicológicas y la revisión de la historia médica y familiar. La colaboración con otros profesionales de la salud también puede ser necesaria.

Evaluación diferencial

Se lleva a cabo cuando, por ejemplo, se diferencia entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, que pueden compartir síntomas, pero tienen diferentes implicaciones para el tratamiento. Siempre hay que evaluar cuidadosamente los síntomas afectivos y psicóticos, su duración y la relación temporal entre ellos. Así como no olvidarnos de las posibles causas médicas o el uso de sustancias que puedan imitar los síntomas psicóticos.

Formulación clínica

1) Análisis de caso

Esto es, desarrollar un análisis detallado de un paciente con esquizofrenia, integrando información sobre la historia del desarrollo, los primeros episodios psicóticos, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social disponible. Sin olvidar los factores biológicos (como la genética y el historial médico), psicológicos (como el afrontamiento y las creencias) y sociales (como el apoyo y la inclusión social). Y documentar cualquier episodio de uso de sustancias o eventos traumáticos significativos.

2) Hipótesis clínicas

Lo que se hace formulando la hipótesis de que los episodios psicóticos de un paciente están precipitados por el estrés social y la falta de una red de apoyo adecuada, y que los síntomas se agravan por el no cumplimiento del tratamiento. Las hipótesis deben ser específicas, basadas en la evidencia y susceptibles de ser probadas a través del tratamiento y la observación continua. Deben ser comunicadas claramente al paciente y al equipo de tratamiento.

Planificación de intervenciones

1) Diseño de tratamiento

Mismamente, para un paciente con esquizofrenia, desarrollar un plan que incluya antipsicóticos, TCC para síntomas psicóticos y programas de rehabilitación psicosocial para mejorar las habilidades sociales y ocupacionales. Para ello, habría que asegurar la coordinación entre diferentes proveedores de atención (médicos, psicólogos, trabajadores sociales), incluir a la familia en el plan de tratamiento cuando sea posible, y abordar cualquier barrera al cumplimiento del tratamiento.

2) Monitoreo y evaluación

Utilizando, por ejemplo, la mencionada PANSS para evaluar regularmente los síntomas y ajustar la medicación y las intervenciones terapéuticas según sea necesario. Y siempre teniendo en cuenta realizar seguimientos regulares para evaluar la efectividad del tratamiento, la adherencia a la medicación y la calidad de vida del paciente. Involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento y hacer ajustes basados en sus comentarios y experiencias.

Características y diferencias con otros cuadros

Distinciones claves

Las diferencias clave entre la psicosis y otros trastornos se centran principalmente en la naturaleza y la severidad de los síntomas de esta, así como en cómo afectan la percepción y el funcionamiento de la persona:

1. Naturaleza de los síntomas:
Se caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad. Las personas con psicosis pueden experimentar alucinaciones (percepciones sensoriales sin estímulo externo), delirios (creencias falsas que no se pueden corregir con argumentos racionales) o pensamiento desorganizado. Estos síntomas suelen ser más graves y pueden interferir significativamente en la vida diaria.

2. Gravedad de los síntomas:
Los síntomas psicóticos suelen ser más severos y persistentes. Pueden interferir en el pensamiento, la percepción, las emociones y el comportamiento de manera significativa, a veces requiriendo hospitalización y tratamiento intensivo.

3. Respuesta al tratamiento:
A menudo requiere tratamiento psiquiátrico intensivo, que puede incluir medicamentos antipsicóticos y terapia psicológica, para controlar los síntomas y ayudar a la persona a mantenerse funcional en la vida diaria.

4. Impacto en la vida cotidiana:
Puede causar una interrupción significativa en la vida personal, social y laboral de la persona afectada, especialmente durante los episodios agudos. Las actividades cotidianas pueden verse seriamente afectadas.

Alteraciones clasificadas

Alteraciones de la percepción

- **Con objeto externo real: Ilusión, sinestesia, paraedolia**

- **Sin objeto externo real:**

	Alucinación	Pseudo-alucinación	Alucinación
Localización	*Exterior*	*Interior*	*Exterior*
¿Cree que es real?	*Sí*	*Sí*	*No*
Trastorno	*Auditivas: Esquizofrenia* *Visuales: Síndrome confusional*	*Esquizofrenia*	*Alcoholismo*

No entraremos a profundizar en las alteraciones de la percepción cuando hay un objeto externo real. Pues las ilusiones, sinestesias y pareidolias son fenómenos perceptivos que implican la interpretación de estímulos externos reales de maneras inusuales o distorsionadas. Sin embargo, describámoslas brevemente. Las ilusiones son percepciones incorrectas o alteradas de estímulos reales, como ver una cuerda y pensar que es una serpiente. En cambio, el fenómeno de a sinestesia es una experiencia multisensorial donde la estimulación de un sentido provoca una respuesta automática en otro, como ver colores al escuchar música. Finalmente, la pareidolia es la tendencia a reconocer formas familiares en patrones abstractos, como ver rostros en las nubes. Estos fenómenos, a diferencia de las alucinaciones, siempre se basan en estímulos sensoriales reales y no son indicativos de trastornos mentales.

Pero antes de empezar, te cuenta un caso en el que se presentan dos de los siguientes términos que se explicarán, ¿sabrías decirme, una vez leídos los síntomas, de cuáles hablamos?

Manuel, paciente de 55 años con un largo historial de alcoholismo crónico y un diagnóstico reciente de esquizofrenia, fue ingresado en un hospital psiquiátrico después de ser encontrado desorientado y exhibiendo comportamiento errático en la vía pública. Había dejado de consumir alcohol abruptamente una semana antes de su ingreso, lo que agravó su estado mental. Durante la evaluación inicial, presentó una combinación de percepciones sensoriales anormales. Reportó que constantemente escuchaba voces que describían todas sus acciones de manera neutral, como si estuvieran narrando lo que hacía sin emitir juicios ni emociones. Además, experimentaba visiones vívidas de personas que no estaban presentes, las cuales interactuaban con él y a veces le daban órdenes confusas y aterradoras. Estas experiencias auditivas y visuales interferían significativamente con su capacidad para distinguir la realidad de las percepciones falsas, aumentando su agitación y ansiedad. El equipo clínico observó que estas percepciones variaban en intensidad y frecuencia.

Alucinación

Una alucinación es una percepción sensorial sin estímulo externo, es decir, una persona percibe algo que no existe en la realidad objetiva. Se localizan exteriormente, lo que significa que se perciben como si ocurrieran en el entorno externo del individuo. Por ejemplo, alguien podría escuchar voces que parecen venir de otra habitación o ver figuras en el entorno. Por otro lado, un matiz importante es que la persona que experimenta una alucinación cree firmemente en la realidad de esta percepción; no pueden distinguir entre la alucinación y las percepciones reales.

Este fenómeno es comúnmente asociado con trastornos como la esquizofrenia, donde las alucinaciones auditivas son particularmente frecuentes. Así, los pacientes pueden escuchar voces que les hablan, comentan sus acciones o les dan órdenes. Las alucinaciones visuales, por otro lado, son típicas del síndrome confusional (delirium), donde las personas pueden ver cosas que no están allí, como animales o personas. Ejemplos de alucinaciones incluyen escuchar voces que insultan o critican continuamente y ver figuras que se mueven en la periferia de la visión o figuras completas, mismamente.

Pseudoalucinación

Esta especie de percepción sensorial que, aunque se experimenta sin estímulo externo, se reconoce como no real por la persona que la percibe. A diferencia de las alucinaciones, las pseudoalucinaciones se localizan interiormente. Lo que significa que la persona experimenta la percepción dentro de su mente, como una voz interna o una imagen mental, en lugar de percibirla como algo que ocurre en el entorno externo.

Las personas que experimentan pseudoalucinaciones entienden que estas percepciones no son reales, aunque pueden resultar igualmente angustiantes. Y es algo común en la esquizofrenia, donde los pacientes pueden escuchar voces internas que reconocen como producto de su mente. Podría decirse entonces que, este reconocimiento de la irrealidad es lo que diferencia las pseudoalucinaciones de las alucinaciones verdaderas.

Alucinosis

Finalmente, la alucinosis se refiere a un fenómeno perceptivo donde el individuo experimenta alucinaciones, pero, a diferencia de las alucinaciones tradicionales, la persona reconoce que estas percepciones no son reales. Las alucinosis se localizan exteriormente, al igual que las alucinaciones, pero la diferencia clave radica en la percepción de su realidad. De este modo, las personas con alucinosis no creen en la realidad de las percepciones que experimentan.

Este fenómeno es frecuentemente asociado con el alcoholismo, donde las alucinosis auditivas o visuales pueden ocurrir durante la intoxicación o la abstinencia. Por ejemplo, una persona en alucinosis auditiva podría escuchar voces, pero estar consciente de que estas voces no existen realmente en su entorno. Y, es justo esta capacidad para discernir la irrealidad de las alucinaciones, un factor crucial que distingue la alucinosis de las anteriores.

Alteraciones del pensamiento

Alteraciones del contenido

Idea delirante primaria	Idea delirante secundaria
Esquizofrenia	*Trastorno de ideas delirantes o paranoia*
Brusco	*Se va desarrollando*
Poco estructurado	*Estructurado, sistematizado*
Ruptura biográfica	*No ruptura biográfica*

Las ideas delirantes, por su parte, son creencias falsas e inquebrantables que no se basan en la realidad y no pueden ser modificadas por la evidencia contraria. Estas pueden clasificarse en primarias y secundarias, cada una con características distintivas que son cruciales para el diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos. Como antes, veamos un caso para valorar qué tipo de idea delirante es:

Luis, de 38 años con antecedentes de trastorno bipolar y un reciente episodio depresivo severo, se le encuentra hablando solo en su apartamento y mostrando signos de paranoia severa. Había dejado de tomar sus medicamentos estabilizadores del ánimo hace dos meses, lo que agravó su estado mental. Durante la evaluación inicial, presentó una creencia bien estructurada y sistematizada de que sus vecinos estaban conspirando contra él y habían instalado dispositivos de espionaje en su casa para monitorearlo. Convencido de que estas personas estaban enviando mensajes a través de las ondas de radio y controlando su mente, se mostraba extremadamente agitado y desconfiado. Esta creencia, desarrollada a partir de su percepción de vigilancia y control, complicó significativamente su disposición a recibir tratamiento y colaborar con el personal clínico, quienes tuvieron que abordar cuidadosamente su paranoia para estabilizar su condición.

Ideas delirantes primarias

Típicamente asociadas con la esquizofrenia. En este trastorno, los delirios suelen ser uno de los síntomas más prominentes y pueden ser acompañados de alucinaciones y pensamiento desorganizado. Por otro lado, estas ideas delirantes suelen aparecer de manera repentina y sin una secuencia clara de eventos que lleve a su desarrollo. Un inicio abrupto que puede ser desconcertante tanto para el paciente como para los observadores.

Además, tales ideas suelen ser menos organizadas y coherentes. Así, pueden ser fragmentadas, confusas y cambiar de un momento a otro. De hecho, es esta falta de estructura la que puede hacer que los delirios sean difíciles de seguir y entender.

Con lo anterior, las ideas delirantes primarias a menudo causan una ruptura significativa en la biografía del consultante. Esto significa que los delirios pueden llevar a una reinterpretación radical de eventos pasados y presentes, alterando la identidad y la historia personal del individuo. Ejemplos de ideas delirantes primarias incluyen delirios de persecución, donde el individuo cree que está siendo seguido, acosado o vigilado sin evidencia real, y delirios de referencia, donde la persona cree que comentarios, gestos o acciones de otras personas están dirigidos específicamente a él o ella.

Ideas delirantes secundarias
Por otra parte, las ideas delirantes secundarias son más comunes en el trastorno de ideas delirantes, también conocido como paranoia, donde los delirios están más estructurados y sistematizados. También suelen aparecer en otros trastornos como la depresión mayor o el trastorno bipolar durante episodios de manía. Pero, a diferencia de las ideas delirantes primarias, las secundarias se desarrollan de manera gradual. Esto es, se van formando a partir de interpretaciones erróneas de eventos reales, emociones o pensamientos.

Asimismo, se diría que son más estructuradas y coherentes. De forma que los delirios están organizados en un sistema lógico y pueden parecer más creíbles y comprensibles para los demás. Como inciso, una característica importante de las ideas delirantes secundarias es que no suelen causar una ruptura significativa en la biografía del individuo. Es decir, la persona puede seguir manteniendo su identidad e historia personal de manera relativamente intacta. Las creencias delirantes se integran en su vida sin alterar radicalmente su percepción de su pasado o presente.

Alteraciones de la forma

Alteraciones del ritmo	Alteraciones de la continuidad
Taquipsiquia -> Manía	Fuga de ideas -> Manía
Bradipsiquia -> Depresión	Pensamiento disgregado -> Esquizofrenia
Bloqueo -> Esquizofrenia	Pensamiento incoherente -> Psicosis exógenas

Finalizando este apartado, las alteraciones del pensamiento pueden clasificarse en términos de su ritmo y continuidad, con cada categoría asociada a diferentes trastornos psiquiátricos.

Alteraciones del ritmo del pensamiento

Se refieren a cambios en la velocidad con la que los pensamientos ocurren. Estas alteraciones son frecuentemente observadas en diversos trastornos psiquiátricos.

Taquipsiquia: Condición caracterizada por un aumento anormal en la velocidad del pensamiento. Los individuos con taquipsiquia experimentan un flujo rápido de ideas, lo que puede dificultarles concentrarse en una sola idea o completar pensamientos coherentemente. Un fenómeno comúnmente asociado con episodios de manía en el trastorno bipolar. Grosso modo, durante estos episodios, la persona puede hablar rápidamente, saltar de un tema a otro y parecer hiperactiva y excesivamente energética.

Bradipsiquia: En contraste, la bradipsiquia se refiere a una ralentización anormal del ritmo del pensamiento. Quienes lo viven pueden encontrar difícil procesar información o responder rápidamente a preguntas. Observado en la depresión mayor, donde los individuos pueden describir sentirse como si sus pensamientos estuvieran "atascados" o moviéndose a través de un "fango mental", la bradipsiquia contribuye a la dificultad para tomar decisiones y a la lentitud general en el pensamiento y la acción.

Bloqueo: Supone una interrupción abrupta en el flujo del pensamiento. Así, el sujeto puede comenzar a hablar y de repente quedarse en blanco, incapaz de recordar lo que estaba diciendo o pensando. Este fenómeno es particularmente frecuente en la esquizofrenia y puede ser muy desconcertante tanto para el individuo como para los observadores, teniendo en cuenta que el bloqueo del pensamiento refleja una desorganización subyacente en los procesos cognitivos y es un síntoma característico de trastornos psicóticos.

Alteraciones de la continuidad del pensamiento

En este caso, hay problemas en la coherencia y la conexión lógica de los pensamientos. Asociados, igualmente, con diferentes trastornos psiquiátricos. A continuación, veamos un diálogo donde hay una alteración de cada apartado. Antes de nada, lee los siguientes conceptos a este diálogo.

***Terapeuta (T)**: Hola, Luis. ¿Cómo te has sentido últimamente?*
***Paciente (P)**: [habla lentamente, con pausas] Bueno... he estado... umm... pensando en muchas cosas... diferentes.*
***T**: Entiendo. ¿Puedes decirme más sobre exsos pensamientos?*
***P**: [con pausas largas] Pues... estaba... pensando en... el trabajo... pero... luego pensé... en... cómo los pájaros... vuelan... es... curioso... y también... me acordé... de mi infancia... cuando jugaba... con mis amigos... en el parque... y los árboles... eran tan grandes...*
***T**: Eso suena interesante. Parece que tienes muchos pensamientos diferentes. ¿Qué te preocupa más en este momento?*
***P**: [pausado y lento] Mmm... creo que... es... el trabajo... porque... me siento... cansado... y... las personas... en el trabajo... no... no me entienden... a veces... me pregunto... si... si están... en mi contra... y... luego... pienso en... los colores... del cielo... al atardecer... son... muy bonitos...*
***T**: Entiendo. Parece que tus pensamientos van de un tema a otro rápidamente. ¿Puedes recordar cuándo empezaste a sentirte así?*
***P**: [con pausas largas] Umm... no estoy... seguro... creo que... fue... hace... unas semanas... o... tal vez... meses... no... no lo sé... pero... es... como si... mi mente... no pudiera... quedarse... en un solo... pensamiento... por mucho... tiempo...*
***T**: Gracias por compartir esto conmigo, Luis. Voy a ayudarte a manejar estos pensamientos. Vamos a trabajar juntos para encontrar maneras de organizar tus pensamientos y mejorar cómo te sientes.*
***P**: [lentamente] Sí... eso sería... bueno... porque... a veces... es... muy difícil... mantener... una conversación... o... recordar... lo que... estaba diciendo...*

Fuga de ideas: Alteración de la continuidad del pensamiento donde los pensamientos saltan rápidamente de un tema a otro, a menudo con poca conexión lógica entre ellos. Común en episodios maníacos del trastorno bipolar donde se habla de manera acelerada y salta de un tema a otro sin ninguna relación clara, lo que hace difícil seguir la conversación.

Pensamiento disgregado: Es una forma de pensamiento desorganizado donde las ideas y conceptos están fragmentados y carecen de cohesión. Este tipo de pensamiento es característico de la esquizofrenia y suelen presentarse dificultades para mantener un hilo de pensamiento coherente, haciendo que el discurso puede parecer desordenado y difícil de seguir.

Pensamiento incoherente: Finalmente, el pensamiento incoherente es una alteración severa de la continuidad del pensamiento, donde las ideas y palabras se mezclan de manera caótica, sin conexión lógica. Propio de las psicosis exógenas que pueden ser causadas por intoxicaciones, abstinencia de sustancias o condiciones médicas agudas. Se manifiesta en el habla desorganizada, que puede ser completamente incomprensible para los demás.

MÓDULO III

Diagnóstico de la psicosis

Diagnóstico diferencial con otros trastornos

El diagnóstico diferencial de la psicosis según el DSM-V es un proceso complejo y detallado que requiere una evaluación cuidadosa para distinguirla de otros trastornos que pueden presentar síntomas similares. A continuación, se presenta una exposición breve de los criterios y síntomas de cada trastorno relacionado con la psicosis, basada en el manual, para facilitar una comprensión clara y precisa de estas condiciones. Si bien lo que se ha elegido pertinente para este apartado es relevante, hay áreas significativas que podrían ampliarse para ofrecer una visión más completa y práctica. Aspecto que puede suplirse en la versión extendida del propio manual.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios

ESQUIZOFRENIA
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas característicos**: Al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes durante un mes (o menos si se trata con éxito), y al menos uno de ellos debe ser (1), (2), o (3):

1. **Delirios**: Creencias falsas e inquebrantables que no son compartidas por otros en la misma cultura.
2. **Alucinaciones**: Percepciones sensoriales sin estímulo externo, más comúnmente auditivas.
3. **Habla Desorganizada**: Incoherencia o desorganización en el discurso.
4. **Comportamiento muy desorganizado o catatónico**: Acciones o posturas extremas e inusuales.
5. **Síntomas negativos**: Reducción de la expresión emocional, falta de iniciativa (abulia), alogia (pobreza del habla).

• **Disfunción social/ocupacional**: El nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes de la vida (trabajo, relaciones interpersonales, autocuidado) está significativamente por debajo del nivel anterior al inicio del trastorno.

• **Duración**: Signos continuos del trastorno persisten por al menos seis meses, incluyendo al menos un mes de síntomas activos (o menos si se trata con éxito).

• **Exclusión de otros trastornos**: Los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con características psicóticas, o trastorno bipolar con características psicóticas.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Similar a la esquizofrenia, con al menos dos de los síntomas característicos presentes.

• **Duración**: Al menos un mes pero menos de seis meses.

• **Exclusión de otros trastornos**: los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor con características psicóticas, o trastorno bipolar con características psicóticas.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Episodios concurrentes de síntomas de esquizofrenia y un episodio de depresión mayor, manía, o hipomanía.

• **Duración**: Durante el curso de la enfermedad, ha habido delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de un episodio de trastorno del estado de ánimo.

• **Exclusión de otros trastornos**: Los síntomas no se explican mejor por el uso de sustancias o una condición médica.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas. Al menos uno de ellos debe ser (1), (2), o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Habla desorganizada.
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

• **Duración**: Al menos un día, pero menos de un mes, con eventual retorno completo al nivel de funcionamiento previo.

• **Exclusión de otros trastornos**: Los síntomas no se explican mejor por un trastorno depresivo mayor con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas, trastorno esquizoafectivo, o esquizofrenia.

TRASTORNO DELIRANTE
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Delirios no bizarros (situaciones que podrían ocurrir en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia) que duran al menos un mes.

• **Función**: Aparte del impacto directo del delirio, el funcionamiento no está marcadamente deteriorado y el comportamiento no es obviamente extraño o bizarro.

• **Exclusión de otros trastornos**: Si han existido episodios de manía o depresión mayor concurrentes con los delirios, estos han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.

Trastornos del estado de ánimo con características psicóticas

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas de depresión mayor:**

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- Pérdida o aumento significativo de peso sin hacer dieta.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico.

• **Características psicóticas**: Delirios o alucinaciones que se presentan exclusivamente durante los episodios depresivos mayores.

• **Exclusión de otros trastornos**: Los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, o trastorno delirante.

TRASTORNO BIPOLAR CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas de episodio maníaco:**

- Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable.

- Aumento anormal y persistente de la actividad o la energía.
- Durante este periodo, tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable):

    • Aumento de la autoestima o grandiosidad.
    • Disminución de la necesidad de dormir.
    • Más locuaz de lo habitual o presión para mantener la conversación.
    • Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
    • Distractibilidad.
    • Aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
    • Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial para consecuencias dolorosas.

• **Características psicóticas**: Delirios o alucinaciones que se presentan exclusivamente durante los episodios de manía, hipomanía, o depresión.

• **Exclusión de otros trastornos**: los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, o trastorno delirante.

Trastornos de la personalidad

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad, comenzando en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas.
- Alteración de la identidad.
- Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autolesivas.
- Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar la ira.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos severos.

• **Síntomas psicóticos transitorios**: Bajo estrés extremo, pueden presentarse síntomas psicóticos breves, como paranoias o disociaciones.

Trastornos por consumo de sustancias

PSICOSIS INDUCIDA POR SUSTANCIAS
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Delirios o alucinaciones que son directamente atribuibles al consumo de una sustancia (droga de abuso, medicamento) o a la abstinencia de la misma.

• **Criterios**: Evidencia de que los síntomas psicóticos se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia, y los síntomas no son mejor explicados por un trastorno psicótico independiente.

• **Exclusión de otros trastornos**: Los síntomas no se explican mejor por un trastorno psicótico independiente que no sea inducido por sustancias.

Condiciones médicas generales

PSICOSIS DEBIDA A OTRA CONDICIÓN MÉDICA
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Delirios o alucinaciones que son directamente atribuibles a una condición médica subyacente (por ejemplo, infecciones del SNC, trastornos endocrinos, enfermedades neurológicas).

• **Criterios**: Evidencia de que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la condición médica.

• **Exclusión de otros trastornos**: Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirium.

Otros trastornos

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC) Y TRASTORNOS RELACIONADOS
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas de TOC:**

- **Obsesiones**: Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y que causan ansiedad o malestar.
- **Compulsiones**: Comportamientos repetitivos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben aplicarse rígidamente.

• **Síntomas psicóticos**: Ideas delirantes o alucinaciones pueden presentarse, pero están centradas en las obsesiones y compulsiones.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

• **Síntomas**: Exposición a un evento traumático, seguido de síntomas intrusivos, evitación persistente de estímulos asociados con el trauma, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, y alteraciones en la excitación y reactividad.

• **Síntomas psicóticos**: Flashbacks y reexperimentación del trauma pueden parecer alucinaciones.

El diagnóstico de psicosis por patología psiquiátrica (no orgánica, primaria o idiopática)

De lo expuesto, es oportuno hacer hincapié en lo siguiente. Hay que saber la distinción entre psicosis por patología psiquiátrica (no orgánica, primaria o idiopática) y psicosis de origen orgánico, porque el tratamiento y el pronóstico difieren significativamente entre ambas. Y es que, identificar una causa orgánica subyacente, como una enfermedad neurológica, infección, desequilibrio hormonal o efecto de sustancias, permite abordar directamente la causa raíz y potencialmente resolver los síntomas psicóticos mediante tratamientos específicos. En cambio, la psicosis de origen psiquiátrico primario requiere un enfoque diferente, centrado en la terapia psiquiátrica y psicofarmacológica a largo plazo.

Este diagnóstico debe realizarse por exclusión, por ello, será esencial descartar en primer lugar una etiología orgánica del cuadro. Como elementos orientativos para el diagnóstico diferencial del origen orgánico vs no orgánico (o psiquiátrico):

Características	Psicosis orgánica	Psicosis no orgánica
Inicio	Abrupto	Prodrómico
Alteraciones de la conciencia, atención o desorientación	Sí, posibles	No
Alteración de constantes vitales	Sí, posibles	No

Edad de inicio	Atípica (> 40 años)	Típica (< 40 años)
Fluctuaciones	Sí, posibles	No
Alucinaciones	No auditivas (visuales predominantemente)	Auditivas normalmente
Focalidad neurológica	Sí, posibles	No
Alteraciones cognitivas	Sí, posibles	No
Historia familiar	No normalmente	Sí, frecuente

Principales causas de psicosis orgánicas

• Intoxicación o abstinencia de sustancias.

• Fármacos (levodopa, corticoides, algunos antivirales, antibióticos y antipalúdicos...).

• Causas principales: alteraciones hidroelectrolíticas, hipoglucemia, hipoxia, hipercapnia, infecciones e intoxicación o abstinencia de fármacos o drogas de abuso.

• Patologías orgánicas concretas: alteraciones tóxico-metabólicas (encefalopatía hipóxica, tirotoxicosis, hipoglucemia, ...), causas focales (accidentes cerebrovasculares, abscesos, epilepsia, lesiones ocupantes de espacio), causas neurodegenerativas (enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, esclerosis múltiple...), causas infecciosas (neurosífilis, sida, encefalitis herpética...), causas autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, encefalitis anti-MMDA, enfermedad de Hashimoto...).

De psicosis psiquiátricas

• Esquizofrenia y otros trastornos de su espectro, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad o psicosis afectiva (depresiva o maníaca).

¿Qué tiene un diagnóstico completo en psicosis?

• **Entrevista clínica: anamnesis, evaluación de síntomas psicóticos, ampliación de información por terceros.**

- Evaluación médica básica
- Anamnesis general por aparatos y sistemas

- Toma de constantes vitales
- Exploración física (que incluya exploración neurológica exhaustiva)

- **Pruebas complementarias: Individualizar**
  - Sin antecedentes de psicosis previos o sospecha de origen orgánico de la psicosis, realizar al menos:
    - Test de tóxicos en orina
    - Analítica sangre (mínimo hemograma y bioquímica básica)
    - TAC craneal sin contraste *

  - En función de la sospecha clínica: Valorar pruebas adicionales, por ejemplo**:
    - EEG: Ante sospecha de patología comicial
    - Punción lumbar: Sospecha de meningitis o encefalitis, delirium de causa no identificable o cambios en nivel de conciencia no explicables por otras causas.
    - Otras

Aspectos que no hay que olvidar en el diagnóstico

Hay varios factores muy específicos que a menudo se pasan por alto en el diagnóstico de psicosis. A continuación, veamos algunos de ellos.

Historia de trauma

Se sabe que los antecedentes de trauma, especialmente en la infancia, pueden predisponer a la aparición de síntomas psicóticos. Pues las experiencias traumáticas pueden afectar el desarrollo cerebral y la regulación emocional, aumentando el riesgo de psicosis en la vida adulta. Al final, el trauma infantil puede alterar la neuroplasticidad, afectar el volumen y la conectividad de áreas clave del cerebro como el hipocampo y la amíg1dala, y llevar a una activación crónica del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, resultando en niveles elevados de cortisol y una respuesta al estrés disfuncional (Aas et al., 2016).

De esta manera, la historia familiar de enfermedades mentales, incluyendo trastornos psicóticos, puede ser un indicador importante del riesgo genético. Por lo que no hay que olvidar conocer los antecedentes familiares puede ayudar a identificar patrones hereditarios y predisposiciones.

Patrones de sueño y ritmo circadiano

Los trastornos del sueño son comunes en pacientes con psicosis y pueden exacerbar los síntomas. El sueño insuficiente o de mala calidad puede contribuir a la desregulación emocional y cognitiva. Una alteración que puede manifestarse de varias maneras, incluyendo insomnio, hipersomnia, sueño fragmentado y mala calidad del sueño en general. Estos problemas del sueño pueden agravar los síntomas psicóticos, como las alucinaciones y los delirios, y también pueden empeorar los síntomas afectivos y cognitivos. Hasta tal punto que la falta de sueño puede llevar a desenlaces trágicos, como el intento de fuga y las autolesiones graves en este caso (Reeve et al., 2018).

Síntomas prodrómicos

Antes de nada, con síntomas prodrómicos nos referimos a aquellos signos y síntomas tempranos que preceden al desarrollo completo de un episodio psicótico como aislamiento social, disminución del rendimiento académico o laboral, y cambios en el comportamiento. Por ejemplo, que haya un desarrollo de pensamientos sospechosos o paranoides, aunque no alcancen la intensidad de los delirios, cambios frecuentes e inexplicables en el estado de ánimo, incluyendo episodios de irritabilidad, problemas para concentrarse en tareas cotidianas, como leer o ver la televisión, etc. Por supuesto, estos síntomas que acabamos de mencionar deben considerarse en el contexto de un conjunto más amplio de signos y síntomas, así como la historia clínica completa del paciente.

Abuso de sustancias

El uso de sustancias como cannabis, alcohol, alucinógenos y estimulantes puede precipitar o agravar los síntomas psicóticos. Mismamente, hay estudios que en cuanto a esto demuestran que el consumo de cannabis puede aumentar el riesgo de desarrollar psicosis, particularmente en individuos con predisposición genética o antecedentes familiares de trastornos psicóticos ([Murray et al., 2017] y otros que determinan que el consumo excesivo de alcohol y la abstinencia pueden desencadenar delirium tremens, que incluye alucinaciones visuales y auditivas, así como delirios (Heilig et al., 2010), por poner algunos ejemplos. Por no decir que sustancias como el LSD, la psilocibina y la ketamina pueden inducir estados psicóticos temporales.

Esto es importante porque si se realiza una evaluación médica y psiquiátrica básica de un paciente, pero no se efectuan pruebas toxicológicas para detectar el uso de sustancias (contando con que el paciente, por ejemplo, esté en su estado psicótico y no sea capaz de proporcionar información confiable sobre su consumo de sustancias, ¡y encima nos encontramos con que los registros médicos no indican ningún historial de abuso de drogas!), puede ser que con el pasar de los días esta persona acabe volviendo porque con-

tinúe mostrando altos niveles de agitación, episodios de paranoia severa y alucinaciones persistentes. En el momento en el que se hace una evaluación toxicológica completa, se encuentra la presencia de altas concentraciones de metanfetaminas en el sistema, indicando un abuso activo de sustancias estimulantes. En ese caso, lo que sí que va a funcionar es que se inicien protocolos de desintoxicación y se ajuste la medicación para manejar tanto los síntomas de abstinencia como los psicóticos.

Infecciones y enfermedades sistémicas

Infecciones como la sífilis, el VIH y enfermedades autoinmunes pueden presentar síntomas psicóticos. Por eso es importante que consideremos descartar estas causas para proporcionar un tratamiento adecuado. Siendo pertinente, por tanto, realizar pruebas serológicas, análisis del líquido cefalorraquídeo y estudios de imagen cerebral para identificar posibles causas subyacentes. Pues un paciente que tenga lupus eritematoso sistémico, por ejemplo, convive con una neuropsiquiatría que puede manifestarse con síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, debido a la inflamación y daño en el tejido cerebral, o si presenta una encefalitis autoinmune, la inflamación producida puede resultar en síntomas neuropsiquiátricos severos entre los que se incluyen psicosis, convulsiones, y deterioro cognitivo.

Función tiroidea

También, importante considerar las disfunciones tiroideas, como el hipotiroidismo y el hipertiroidismo, pueden causar síntomas psicóticos. Por lo que evaluar la función tiroidea es esencial para descartar estas condiciones endocrinas, dado que el hipotiroidismo puede llevar a delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento, así como a depresión y lentitud cognitiva, que pueden imitar trastornos psiquiátricos primarios; y el hipertiroidismo causar ansiedad, agitación, delirios de grandeza y alteraciones del sueño, exacerbando los síntomas psicóticos.

Deficiencias nutricionales

Observar si hay deficiencias de vitaminas, especialmente vitamina B12 y folato, vital para la síntesis de ADN y la metilación de neurotransmisores, procesos críticos para el funcionamiento cerebral adecuado, pueden contribuir a síntomas psiquiátricos. De hecho, la deficiencia de esta primera puede conducir a una variedad de síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo depresión, ansiedad, confusión, y síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones. Y las deficiencias simultáneas de ambos pueden exacerbar los síntomas psicóticos debido a su papel interdependiente en el metabolismo del carbono y la homocisteína. Ahora, si bien la suplementación de vitamina B12 y folato puede ser una parte importante del tratamiento de síntomas psicóticos aso-

ciados con deficiencias nutricionales, no suele ser suficiente por sí sola para tratar la psicosis. Pues sabemos que tiene que haber detrás de todo un plan de tratamiento integral que incluya psicofármacos, terapias psicológicas y apoyo psicosocial, con un monitoreo continuo y ajuste del tratamiento según sea necesario.

Revisión de medicamentos

Ya que algunos medicamentos pueden inducir síntomas psicóticos como efectos secundarios. Esto incluye corticosteroides, ciertos antihistamínicos, antidepresivos y medicamentos para el Parkinson, entre otros. Además, la interacción entre diferentes medicamentos puede exacerbar los síntomas psicóticos. También es importante para diferenciar entre una psicosis inducida por medicamentos y un trastorno psicótico primario, lo cual es esencial para formular un plan de tratamiento adecuado y evitar tratamientos innecesarios o incorrectos. Por ejemplo, supongamos que acude a consulta un paciente de 45 años, con antecedentes de asma y artritis reumatoide, tiene síntomas de delirios y alucinaciones auditivas que comenzaron hace dos meses. Revisamos su historial médico y medicamentos, se descubre que recientemente se le prescribieron altas dosis de corticosteroides para controlar un brote severo de artritis. Estos corticosteroides, conocidos por su potencial para inducir síntomas psicóticos, son identificados como la posible causa de la psicosis y tras reducir gradualmente la dosis de corticosteroides y monitorear al paciente, los síntomas psicóticos comienzan a disminuir, por lo que hemos confirmado que los medicamentos eran la causa subyacente. En definitiva, hemos evitado tratamientos innecesarios o incorrectos.

Cuadro de auto y heteroagresividad

Evaluar el riesgo de suicidio siempre será algo esencial, ya que los pacientes con psicosis tienen un riesgo significativamente mayor de autoagresividad y suicidio. Como profesionales, hemos de identificar pensamientos suicidas y comportamientos previos de autoagresión que permitan proporcionar intervenciones oportunas y prevenir consecuencias trágicas. Además, la evaluación de heteroagresividad es clave porque los síntomas psicóticos, como delirios paranoides y alucinaciones de comando, pueden llevar a comportamientos violentos hacia otros. Esto garantiza la seguridad del paciente y de quienes lo rodean, especialmente en entornos hospitalarios y comunitarios.

Además, conocer el nivel de agresividad del paciente también ayuda a personalizar el plan de tratamiento, incluyendo la necesidad de hospitalización, el uso de medidas de contención y la implementación de terapias específicas para manejar la agresividad, mejorando significativamente el pronóstico de la persona. Así, evitamos, por ejemplo, que ocurra lo que pasó en un caso en el que ingresó un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia en un hospital psiquiátrico debido a un episodio agudo de psicosis (caracteri-

zado por delirios paranoides y alucinaciones auditivas), en el que, durante su evaluación inicial, el equipo médico se centró en estabilizar los síntomas agudos pero no en realizar una evaluación exhaustiva del riesgo de auto y heteroagresividad (a pesar de que el paciente verbalizó tener pensamientos paranoides sobre el personal médico conspirando contra él). No se implementaron medidas de seguridad adicionales, como la supervisión constante o la restricción de acceso a objetos potencialmente peligrosos, y, por la noche, el paciente comenzó a experimentar alucinaciones auditivas intensas que le ordenaban que se defendiera contra los supuestos agresores. En estado de agitación extrema, atacó a un miembro del personal médico con un objeto contundente que había encontrado en su habitación, causándole heridas significativas y en un intento de escapar de las voces que le atormentaban, también se autolesionó gravemente cortándose con un cristal de un vaso roto.

MÓDULO IV

Evaluación de la psicosis

Cuestionarios y escalas

Para la evaluación de la psicosis, existen varias herramientas estandarizadas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y en investigaciones. Estas permiten realizar un diagnóstico preciso y un seguimiento detallado de los síntomas psicóticos, así como evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, cada una tiene sus propias limitaciones también. Antes de describirlas, te presentamos un caso clínico, a partir del cual se utilizaron tres de las herramientas que se mostrarán luego. Una vez terminado el subapartado, vuelve aquí ¿Cuáles elegirías?

S. D., un hombre de 28 años, es traído a la consulta por sus padres debido a comportamientos extraños que han notado durante el último año. S. D. solía ser un estudiante universitario brillante y muy sociable, cursando su último año de ingeniería informática. Sin embargo, últimamente ha mostrado un marcado deterioro en su rendimiento académico y social. Sus padres informan que ha estado escuchando voces que nadie más puede oír y ha desarrollado una fuerte convicción de que sus compañeros de clase y algunos profesores están conspirando contra él para sabotear sus estudios y su futura carrera profesional.

Durante la entrevista inicial, S. D. admite que ha tenido dificultades para concentrarse en sus estudios y ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba, como el fútbol, los videojuegos y salir con amigos. También menciona que se siente constantemente vigilado y que las voces le dan instrucciones que a veces son perturbadoras y amenazantes. Relata episodios donde las voces le ordenan que no confíe en nadie y que evite a ciertas personas. Sus padres añaden que ha pasado largas horas encerrado en su habitación y ha tenido episodios de risas inapropiadas o sin motivo aparente, así como momentos de llanto súbito.

Además, ha tenido problemas para dormir, despertándose frecuentemente a mitad de la noche debido a pesadillas y a las voces que no lo dejan descansar. Ha perdido alrededor de 10 kg en los últimos seis meses debido a la falta de apetito y una reducción significativa en su consumo de alimentos. Durante la evaluación, se observa que su afecto es plano y su discurso es desorganizado, con frecuentes saltos de un tema a otro sin conexión aparente. Su higiene personal también ha decaído, ya que a menudo se presenta con ropa sucia y descuidada, algo que contrasta con su aspecto meticuloso previo a la aparición de los síntomas.

Los antecedentes médicos de S. D. incluyen episodios de ansiedad durante la adolescencia, tratados con terapia cognitivo-conductual, y un episodio de depresión moderada hace tres años tras la muerte de un familiar cercano, el cual fue tratado exitosamente con un antidepresivo ISRS. No hay antecedentes familiares de trastornos psicóticos, pero su abuelo paterno tenía un historial de trastorno bipolar. S. D. niega el uso de sustancias psicoactivas, aunque admite haber consumido alcohol ocasionalmente en eventos sociales.

La **Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS)** es una herramienta que evalúa la gravedad de los síntomas psiquiátricos, incluidos aquellos asociados con la psicosis. La BPRS incluye ítems que miden alucinaciones, delirios y comportamiento desorganizado, entre otros. Es especialmente útil en entornos clínicos para monitorear el progreso del tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario. Sin embargo, su principal limitación es la subjetividad en la evaluación y la necesidad de una capacitación adecuada del evaluador para asegurar la consistencia y precisión en las puntuaciones.

La **Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-V (*Structured Clinical Interview for DSM-V*, SCID-V)** es una entrevista estructurada que ayuda a diagnosticar trastornos psiquiátricos según los criterios del DSM-V. Incluye módulos específicos para evaluar síntomas psicóticos, permitiendo un diagnóstico detallado y estructurado. Esta herramienta es utilizada por profesionales de la salud mental para garantizar que los diagnósticos se basen en criterios estandarizados y para identificar comorbilidades que puedan influir en el tratamiento y el pronóstico del paciente. Sin embargo, su uso puede ser limitado por el tiempo necesario para administrarla y la necesidad de capacitación especializada para realizar la entrevista de manera efectiva.

La **Escala de Síndromes Positivos y Negativos (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS)** mide la gravedad de los síntomas positivos (como alucinaciones y delirios) y negativos (como afecto plano y anhedonia) de la esquizofrenia. Consta de 30 ítems divididos en tres subescalas: síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general. La PANSS es ampliamente utilizada en investigaciones y en la práctica clínica para evaluar la efectividad del tratamiento y para monitorear la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo. Sin embargo, su complejidad y la necesidad de una formación adecuada para su aplicación pueden limitar su uso en algunos entornos clínicos.

El **Cuestionario de Experiencias Psicóticas (*Psychotic Experiences Questionnaire*, PQ-16)** es una herramienta de cribado diseñada para identificar síntomas psicóticos en poblaciones generales. Incluye preguntas sobre experiencias alucinatorias y delirantes, permitiendo la identificación temprana de síntomas psicóticos. Esta herramienta es útil en estudios epidemiológicos y en la detección precoz de síntomas psicóticos, lo que facilita la intervención temprana y puede mejorar el pronóstico a largo plazo. No obstante, su limitación principal es que solo es una herramienta de cribado y no proporciona un diagnóstico definitivo, lo que requiere evaluaciones adicionales para confirmar la presencia de psicosis.

La **Escala de Evaluación de la Actividad Global (*Global Assessment of Functioning*, GAF)** evalúa el funcionamiento psicológico, social y ocupacional general del paciente. Asigna una puntuación de 0 a 100, con puntuaciones más bajas que indican un mayor deterioro. La GAF es utilizada para evaluar el impacto global de los síntomas psicóticos en la vida diaria del paciente y

para medir el grado de funcionalidad y recuperación a lo largo del tiempo. Una de sus limitaciones es la subjetividad en la asignación de las puntuaciones y la posible falta de sensibilidad para detectar cambios sutiles en el funcionamiento del paciente.

El **Inventario de Experiencias Psicóticas (*Inventory of Psychotic Experiences*, IPE)** es un inventario autoadministrado que evalúa la presencia y severidad de experiencias psicóticas. Incluye ítems que cubren una amplia gama de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios. Este inventario es utilizado en investigaciones y en entornos clínicos para evaluar síntomas psicóticos en adultos jóvenes y adultos. Sin embargo, una limitación es que, al ser autoadministrado, depende de la honestidad y la capacidad del paciente para autorreportar sus experiencias, lo que puede introducir sesgos o inexactitudes en los resultados.

La **Escala de Evaluación de la Funcionalidad en la Esquizofrenia (*Social Functioning Scale*, SFS)** evalúa la funcionalidad en varias áreas de la vida de los pacientes con esquizofrenia. Incluye áreas como la ocupación, las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas. Esta escala es utilizada para medir la recuperación funcional y la efectividad de las intervenciones en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, su limitación radica en la necesidad de una evaluación detallada y extensa, lo que puede ser difícil de implementar en entornos con recursos limitados o con pacientes que tienen dificultades para participar en evaluaciones largas.

¿Para qué sirve la evaluación neuropsicológica en psicosis?

El paciente, varón de 28 años, fue remitido para una evaluación neuropsicológica tras presentar comportamientos extraños y episodios de delirios persecutorios. Durante la evaluación clínica inicial, se observó que tenía dificultades para distinguir entre la realidad y las alucinaciones auditivas que describía como voces masculinas constantes que le daban órdenes. La anamnesis reveló un historial familiar de esquizofrenia y episodios previos de hospitalización por síntomas similares. En la evaluación neuropsicológica, se administraron pruebas como la Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados (SIRS), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) y la Evaluación Forense de Síntomas de Miller (M-Fast). Los resultados mostraron un patrón consistente de respuestas que coincidían con los síntomas genuinos de la psicosis: el SIRS indicó una baja probabilidad de simulación, el MMPI-2 reveló perfiles de pensamiento desorganizado y paranoia, y el M-Fast no detectó signos de exageración de síntomas. Adicionalmente, se realizaron pruebas de memoria y función ejecutiva que indicaron deterioro cognitivo, común en psicosis esquizofrénica, con dificultades en la planificación y el mantenimiento de la atención.

Como puedes apreciar, la combinación de la evaluación neuropsicológica y el historial clínico permitió un diagnóstico claro de esquizofrenia paranoide, lo que fue crucial para desarrollar un plan de tratamiento adecuado que incluía medicación antipsicótica y terapia cognitivo-conductual intensiva.

Antes de nada... La neuropsicología es una disciplina interdisciplinaria que combina conocimientos de psicología y neurología para estudiar cómo el cerebro y el sistema nervioso influyen en los procesos cognitivos, emocionales y comportamentales. Los neuropsicólogos investigan la relación entre las estructuras y funciones cerebrales y las conductas humanas, utilizando este conocimiento para evaluar, diagnosticar y tratar trastornos neuropsicológicos. Mediante evaluaciones neuropsicológicas, que emplean baterías de pruebas estandarizadas, los profesionales identifican déficits y habilidades cognitivas, emocionales y conductuales en individuos con daños cerebrales, trastornos neurológicos o enfermedades neurodegenerativas.

Estas evaluaciones, junto con técnicas de neuroimagen (de ser necesarias), ayudan a diagnosticar condiciones como demencias, lesiones cerebrales traumáticas, accidentes cerebrovasculares, epilepsia, esclerosis múltiple y trastornos del desarrollo neurológico. Además, los neuropsicólogos desarrollan e implementan estrategias terapéuticas personalizadas para la rehabilitación cognitiva, la terapia conductual y el entrenamiento en habilidades compensatorias, con el objetivo de ayudar a los pacientes a recuperar o compensar funciones perdidas y mejorar su calidad de vida. La neuropsicología también juega un papel crucial en la investigación, ampliando el conocimiento sobre la relación entre el cerebro y el comportamiento y desarrollando nuevas teorías y modelos sobre el funcionamiento neurocognitivo y emocional. Sus aplicaciones abarcan la medicina, la psicología clínica, la educación y la investigación académica, contribuyendo a diagnósticos precisos, intervenciones tempranas, rehabilitación efectiva y avances científicos sobre el cerebro y el comportamiento humano.

Partes generales

• **Identificación de déficits cognitivos específicos**: Ayuda a detectar problemas cognitivos que pueden estar asociados con la psicosis, como dificultades de atención, memoria o funciones ejecutivas. Proporciona una comprensión detallada de cómo la psicosis y otros síntomas afectan el funcionamiento cognitivo diario.

• **Planificación del tratamiento**: Permite diseñar intervenciones terapéuticas más personalizadas. Por ejemplo, si se identifican problemas específicos de memoria o atención, se pueden incluir técnicas de rehabilitación cognitiva en el plan de tratamiento. Ayuda a establecer metas terapéuticas realistas basadas en las fortalezas y debilidades cognitivas de la persona.

• **Monitoreo del progreso**: Facilita el seguimiento del progreso a lo largo del tiempo, evaluando si las intervenciones están mejorando los síntomas cognitivos y emocionales. Permite ajustes en el tratamiento basados en cambios en el rendimiento cognitivo.

Evaluación neuropsicológica en la psicosis

La evaluación neuropsicológica en la **psicosis** sirve para identificar y comprender las dificultades cognitivas y emocionales que pueden estar presentes en individuos con trastornos psicóticos. Esta evaluación ayuda a diseñar planes de tratamiento personalizados, monitorear la progresión de la enfermedad y evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas:

• **Evaluación del estado cognitivo global**:
Proporciona una visión general del funcionamiento cognitivo de la persona, identificando déficits en áreas como la memoria, la atención, el lenguaje, las habilidades visuoespaciales y las funciones ejecutivas.

Ayuda a entender el impacto de los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado) en las habilidades cognitivas.

• **Diagnóstico diferencial**:
Contribuye a diferenciar entre diferentes tipos de trastornos psicóticos y otros trastornos mentales con síntomas superpuestos. Por ejemplo, distingue entre esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar con síntomas psicóticos.

Ayuda a identificar la presencia de trastornos neurológicos subyacentes que podrían estar contribuyendo a los síntomas psicóticos.

• **Orientación para el tratamiento y la rehabilitación**:
Proporciona información crucial para diseñar programas de rehabilitación cognitiva y otras intervenciones terapéuticas.

Ayuda a los profesionales de la salud a desarrollar estrategias para manejar los déficits cognitivos específicos, mejorar la funcionalidad diaria y la calidad de vida de la persona.

• **Evaluación del riesgo y pronóstico**:
Contribuye a evaluar el riesgo de deterioro cognitivo progresivo y a establecer un pronóstico a largo plazo.

Ayuda a identificar factores de riesgo para recaídas y a desarrollar planes de manejo para prevenirlas.

Pruebas que pueden utilizarse en psicosis

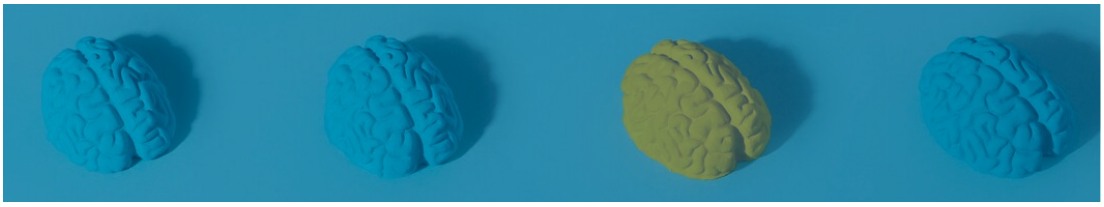
Igual que en subapartado anteriores, antes de describirlas, te presentamos un caso clínico, a partir del cual se utilizaron dos de las herramientas que se mostrarán luego. Una vez terminado el subapartado, vuelve aquí ¿Cuáles elegirías? Te mostramos la solución al final de este.

M. L., una mujer de 35 años, es llevada a la consulta de urgencias por su pareja debido a un comportamiento extremadamente errático e inusual que comenzó de manera abrupta hace dos días. M. L. es una profesional de la contabilidad, conocida por su meticulosidad y organización en el trabajo. Sin embargo, en los últimos dos días, ha mostrado signos evidentes de desorganización del pensamiento, alucinaciones y delirios. Su pareja relata que comenzó a hablar sobre "mensajes secretos" que estaba recibiendo a través de la televisión y que aseguraba que alguien la estaba siguiendo.

Durante la entrevista inicial, está visiblemente agitada y desorientada. Habla rápidamente y con una lógica dispersa, saltando de un tema a otro sin conexión aparente. Menciona que ha visto figuras sombrías alrededor de su casa y que las voces en su cabeza le dicen que debe proteger a su familia de un peligro inminente. Su pareja también informa que M. L. ha tenido dificultades para dormir, despertándose repetidamente en la noche y mostrando signos de paranoia severa.

M. L. no tiene antecedentes previos de trastornos psicóticos ni de enfermedades mentales graves. Sin embargo, ha estado bajo un nivel considerable de estrés en el trabajo debido a una auditoría reciente y ha experimentado episodios de ansiedad en el pasado. No ha estado tomando medicamentos y no tiene antecedentes de abuso de sustancias. Su pareja describe a M. L. como una persona generalmente saludable y estable emocionalmente hasta el comienzo de este episodio.

Batería Consensuada de Evaluación Cognitiva en la Esquizofrenia (*MATRICS Consensus Cognitive Battery*, MCCB, en inglés)
Desarrollada específicamente para evaluar las deficiencias cognitivas en la esquizofrenia. Evalúa varias áreas cognitivas importantes, incluyendo la velocidad de procesamiento, la atención y la memoria de trabajo, la memoria verbal y visual, el razonamiento y la resolución de problemas, y la cognición social. La MCCB es ampliamente utilizada en ensayos clínicos y en la práctica clínica para evaluar la cognición en pacientes con psicosis. Sin embargo, una de sus limitaciones es el tiempo que lleva administrarla y la necesidad de capacitación especializada para su aplicación.



Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (*Wisconsin Card Sorting Test*, WCST, en inglés)
Esta prueba neuropsicológica mide la flexibilidad cognitiva y la capacidad de cambiar de estrategia frente a un cambio de reglas, lo cual es relevante en la evaluación de funciones ejecutivas en la psicosis. Es útil para detectar déficits en el razonamiento abstracto y en la capacidad de adaptación a nuevas situaciones, comunes en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aunque, nuevamente su aplicación puede ser complicada y requiere una interpretación cuidadosa por parte de un profesional capacitado.

Test de Stroop (*Stroop Test*, en inglés)
Mide la capacidad de atención selectiva y la inhibición cognitiva, dos áreas que pueden verse afectadas en pacientes con psicosis. Durante la prueba, los individuos deben nombrar el color de la tinta en la que están escritas palabras que describen colores diferentes, lo que requiere la supresión de una respuesta automática en favor de una más controlada. Si bien es relativamente fácil de administrar y proporciona información valiosa sobre la función ejecutiva, puede ser influenciada por factores como la motivación y fatiga del paciente.

Test de Trazado (*Trail Making Test*, TMT, en inglés)
Prueba neuropsicológica que evalúa la atención, la velocidad de procesamiento y la flexibilidad cognitiva. Consta de dos partes: en la primera, el paciente debe conectar números secuencialmente, y en la segunda, debe alternar entre números y letras. Es útil para identificar déficits en la atención y en la capacidad de alternar entre tareas, lo cual es frecuente en la psicosis. Ojo por la posible influencia de la educación y el nivel cultural del paciente en los resultados.

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS, en inglés)
Esta batería de pruebas está diseñada para medir la inteligencia en adultos. Incluye subtest que evalúan la memoria de trabajo, la comprensión verbal, el razonamiento perceptual y la velocidad de procesamiento. Es útil para obtener una visión general del funcionamiento cognitivo del paciente y para detectar áreas específicas de déficit que pueden estar asociadas con la psicosis. La administración completa del WAIS puede ser extensa y requiere tiempo, lo que puede ser una limitación en ciertos entornos clínicos.

Psicosis simulada en evaluaciones clínicas

J. P. es un hombre de 35 años acusado de robo a mano armada, quien afirmó escuchar voces que le ordenaban cometer delitos, lo que llevó a su abogado a solicitar una evaluación psiquiátrica para determinar su inimputabilidad por posible psicosis. Durante la evaluación, describió voces continuas y claras de personas desconocidas que le daban órdenes y le insultaban, además de ver figuras sombrías que le observaban y amenazaban. Sin embargo, su relato fue vago e inconsistente, y las pruebas aplicadas, como el M-FAST y el SIMS, indicaron una puntuación alta en síntomas extremos, combinaciones extrañas y síntomas inusuales y extravagantes, como alucinaciones olfativas y táctiles. La observación conductual reveló una falta de coherencia en su comportamiento, alternando entre inmovilidad y gestos exagerados sin motivo aparente, lo que sugiere una actuación deliberada. Los resultados sugieren que está simulando síntomas psicóticos para evitar la responsabilidad legal, respaldados por las inconsistencias en su relato, la naturaleza atípica de sus alucinaciones y el comportamiento observado, lo que coincide con las dinámicas típicas de simulación descritas en la literatura. Se recomienda que el tribunal considere estos hallazgos al tomar una decisión sobre la imputabilidad de este en el caso.

Como acabas de leer, puede ser que acuda un caso a consulta con una simulación. Y sí, diferenciar una psicosis simulada de la real puede ser extremadamente difícil debido a la complejidad de los síntomas y la habilidad de algunos individuos para imitarlos de manera convincente. Y es que, los simuladores expertos pueden presentar síntomas de manera muy realista, utilizando conocimientos detallados sobre la enfermedad. Además, la psicosis genuina tiene una variedad de síntomas que fluctúan en intensidad, lo que puede ser difícil de replicar consistentemente por los simuladores. Por lo que la evaluación requiere una combinación de observación clínica, revisión de historial y uso de pruebas específicas.

El por qué una persona puede llegar al consultorio simulando psicosis puede tener varias motivaciones, incluyendo evitar consecuencias legales, obtener beneficios económicos, y eludir responsabilidades. Por ejemplo, una persona acusada de un crimen puede simular psicosis para ser declarada inimputable, evitando así una sentencia de prisión o un juicio y siendo internada en una institución psiquiátrica en lugar de ser encarcelada. Otra motivación común es obtener pensiones por discapacidad, seguros por incapacidad laboral o compensaciones financieras, aprovechándose de los beneficios económicos asociados sin tener una condición médica real. También, algunas personas pueden simular psicosis para evitar responsabilidades personales o laborales, alegando incapacidad mental para justificar su incapacidad para cumplir con ciertas obligaciones o tareas.

El punto débil, es que, generalmente, se tiende a simular síntomas aislados y de corta duración (falta de memoria, alucinaciones, ideas delirantes, apatía, falta de control de los impulsos e hipocondrías), siendo raro simular síndromes psicológicos completos por desconocimiento de detalles o coherencia de la patología. Por ello suele encontrarse como evidencia de la simulación una mezcla incoherente e inconsistente de síntomas de varias enfermedades y falta de coherencia sintomatológica. Una persona que simula puede adoptar una actitud pasiva y de inhibición comportamental, negándose a realizar cualquier actividad alegando enfermedad y llevando al extremo la pasividad (hasta tornarse 'catatónicos'); por otra parte, simuladores activos manifiestan cualquier tipo de actividad desproporcionada, desordenada e incoherente (gritos, gestos, agresiones, comportamientos ridículos, gesticulaciones extravagantes) con contestaciones absurdas e ilógicas (Jiménez y Sánchez, 2004). Veamos qué podemos hacer ante dichos casos.

1. Observación clínica y entrevista

Observación de sintomatología atípica
Imagina que, durante una entrevista, un paciente describe alucinaciones auditivas que solo ocurren cuando está solo en una habitación silenciosa. Esto es atípico ya que las alucinaciones auditivas en psicosis genuina suelen ser persistentes y no dependen del entorno inmediato.

Por tanto, lo que se debe de hacer es avaluar si los síntomas descritos son inconsistentes con lo que se sabe de las presentaciones típicas de la psicosis. Por ejemplo, las alucinaciones visuales en psicosis genuina son de tamaño normal y no cambian con los ojos cerrados, mientras que las inducidas por drogas son más fáciles de ver con los ojos cerrados.

Análisis de comportamientos
Por otro lado, si un paciente muestra un comportamiento extremadamente desorganizado y gesticulaciones extravagantes que no son coherentes con los patrones observados en trastornos psicóticos genuinos, tendremos que sospechar porque la inconsistencia en la presentación de síntomas como una mezcla de conductas que pertenecen a diferentes trastornos puede ser un indicador. Los simuladores normalmente adoptan comportamientos extremos que consideran que los harán parecer más *enfermos*.

Contraste con síntomas genuinos
Si, por el contrario, un paciente describe alucinaciones auditivas que duran varias horas sin interrupción (teniendo en cuenta que las alucinaciones auditivas genuinas suelen tener variaciones en intensidad y duración), tendrían que compararse los detalles y características de los síntomas reportados con los datos conocidos sobre psicosis genuina. Por ejemplo, alucinaciones auditivas genuinas a menudo involucran voces específicas y comentarios insultantes o despectivos.

2. Uso de pruebas psicológicas

Evaluación Forense de Síntomas de Miller (Miller Forensic Assessment of Symptoms, M-Fast, en inglés)
En la línea de lo anterior, puede acudir una persona que obtiene una puntuación alta en la escala de "Sintomatología extrema", indicando que reporta síntomas mucho más severos de lo que es típico. Para el caso, esta prueba evalúa varios aspectos, incluyendo "Reporte vs. Observado" y "Combinaciones extrañas". Un puntaje alto puede sugerir simulación si los síntomas reportados no coinciden con lo observado durante la evaluación.

Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (Structured Inventory of Malingered Symptomatology, SIMS, en inglés)
Otra de las pruebas que pueden sernos útiles es el SIMS, que evalúa múltiples áreas, como deterioro neurológico y trastornos amnésicos. Los puntajes altos en varias escalas pueden indicar un intento de exagerar o simular múltiples tipos de síntomas. Por ejemplo, nos puede servir cuando un paciente responde afirmativamente a muchos ítems en la escala de "Psicosis", presentando síntomas extremadamente atípicos y extravagantes.

Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados (Structured Interview of Reported Symptoms, SIRS, en inglés)
Finalmente, durante la SIRS, un paciente describe alucinaciones auditivas extremadamente vagas y prolongadas, lo cual es raro en psicosis genuina. Esta entrevista ayuda a diferenciar respuestas honestas de fingidas mediante la evaluación de estrategias de respuesta como "Síntomas improbables" y "Especificidad excesiva". Así, identificar tales patrones puede ser crucial para detectar simulaciones.

3. Revisión de información colateral

Historial clínico y hospitalario
Para esto, si un paciente tiene un historial de breves ingresos hospitalarios por varias razones médicas menores, sin registros de tratamiento psiquiátrico significativo, tendremos que considerar entonces que la revisión del historial clínico puede revelar inconsistencias entre los síntomas reportados y la falta de un historial continuo de tratamiento para un trastorno grave como la psicosis.

Informes de terceros
Por ejemplo, los familiares del paciente informan que los comportamientos descritos por el paciente no han sido observados en casa. Por eso, siempre se ha de obtener información de fuentes cercanas puede proporcionar una perspectiva diferente sobre los síntomas reportados y ayudar a confirmar o refutar las observaciones del paciente.

4. Estrategias adicionales

Análisis de respuestas detalladas
Si nos llega una persona a consulta que, al pedirle detalles sobre sus alucinaciones, describe experiencias vagas y generalizadas, como "escuchar voces todo el tiempo" sin especificar el contenido, tendremos que sospechar. Pues los detalles y la coherencia en las descripciones pueden diferenciar entre síntomas genuinos y simulados. Las alucinaciones genuinas tienden a ser más específicas y detalladas.

Evaluación de motivación
Del mismo modo, si un paciente bajo investigación legal describe síntomas que le permitirían evitar el juicio o la prisión, tenemos que considerar las posibles ganancias secundarias, como evitar consecuencias legales, obtener beneficios financieros o evadir responsabilidades, puede ayudar a identificar motivaciones para simular síntomas.

Consistencia y coherencia
Finalmente, podemos encontrarnos con alguien que describe síntomas que empeoran cuando está solo, pero actúa de manera diferente durante la evaluación. Ahí sería necesario evaluar la consistencia entre lo reportado y lo observado puede revelar discrepancias que sugieren simulación.

5. Consideraciones éticas y profesionales

Cuidado en el diagnóstico
Antes de concluir que un paciente está simulando, se documentan todas las observaciones, resultados de pruebas y se discuten las posibles inconsistencias. Emitir un diagnóstico de simulación requiere una base sólida y documentación exhaustiva debido a las implicaciones negativas que puede tener para el paciente.

Documentación y reporte
Un informe concluye que los resultados de las pruebas no son consistentes con un diagnóstico conocido, indicando la posibilidad de simulación sin acusar directamente al paciente. Los informes deben ser claros, precisos y basados en evidencia, evitando acusaciones directas. Y, por supuesto, Deben describir las inconsistencias y dudas si es necesario.

MÓDULO V

Tratamiento y manejo

Hay que tener en cuenta que el manejo de la psicosis varía según su origen. Los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento estándar para los episodios y trastornos psicóticos. Y eso que los antipsicóticos de segunda generación han sido debatidos en cuanto a su eficacia comparada con los de primera generación. También se utilizan benzodiacepinas para los síntomas catatónicos. Además, la terapia cognitivo-conductual puede ser integral en el tratamiento de síntomas psicóticos. Y en casos agudos con riesgo de daño, es necesaria la hospitalización y el manejo por profesionales de salud, evitando en lo posible las restricciones físicas.

En el caso de la esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia, por ejemplo, el perfil sintomático incluye un inicio insidioso, síntomas negativos prominentes y alucinaciones auditivas. El manejo de dichos casos es complejo, involucrando tratamientos farmacológicos y psicosociales, con el papel crucial de los médicos de atención primaria en la identificación temprana y derivación para tratamiento especializado.

Tratamientos para la psicosis

Antipsicóticos

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS (DE PRIMERA GENERACIÓN)

Estos medicamentos, desarrollados a mediados del siglo XX, fueron los primeros tratamientos farmacológicos efectivos para los síntomas psicóticos. Ejemplos pueden ser el haloperidol, clorpromazina y flufenazina. Y funcionan principalmente bloqueando los receptores de dopamina D2 en el cerebro, lo que ayuda a reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia, como las alucinaciones y los delirios. Ligado a estos, es muy conocida la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, que postula que un exceso de actividad dopaminérgica en ciertas vías cerebrales, particularmente en la vía mesolímbica, está asociado con los síntomas positivos de la psicosis. Los antipsicóticos típicos actúan al antagonizar los receptores de dopamina, reduciendo así la hiperactividad dopaminérgica y aliviando los síntomas.

Ahora, a pesar de su eficacia, estos medicamentos presentan un perfil de efectos secundarios significativo. Los síntomas extrapiramidales (SEP), como distonías agudas, parkinsonismo, acatisia y discinesia tardía, son comunes y pueden ser debilitantes. Estos efectos secundarios surgen debido al bloqueo de dopamina en la vía nigroestriatal, que está involucrada en el control motor. Aunque la discinesia tardía, en particular, es una condición irreversible caracterizada por movimientos involuntarios repetitivos y puede desarrollarse con el uso prolongado.

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS (DE SEGUNDA GENERACIÓN)

Más recientemente, incluyen risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y clozapina. A diferencia de los antipsicóticos típicos, los atípicos bloquean tanto los receptores de dopamina D2 como los receptores de serotonina 5-HT2A. Una acción dual que contribuye a una eficacia clínica mejorada y a un perfil de efectos secundarios diferente.

La inclusión del bloqueo de los receptores de serotonina se basa en la hipótesis de que la modulación de la serotonina puede mejorar los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia, que no responden tan bien a los antipsicóticos típicos. Además, se cree que la acción sobre los receptores de serotonina ayuda a reducir la incidencia de SEP, ya que la serotonina puede modular la liberación de dopamina en diferentes áreas del cerebro.

Y, tampoco se pueden librar de efectos adversos, pues, aunque presentan un menor riesgo de SEP, los antipsicóticos atípicos están asociados con otros efectos, como aumento de peso, dislipidemia y un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Estos efectos metabólicos son particularmente preocupantes con medicamentos como olanzapina y clozapina. La clozapina, por ejemplo, si bien es extremadamente eficaz para la esquizofrenia resistente al tratamiento, requiere una monitorización regular debido al riesgo de agranulocitosis, una condición potencialmente mortal que implica una reducción severa de glóbulos blancos.

Hacemos un inciso aquí porque no podemos seguir sin hablar un poco antes del estigma relacionado con la medicación psiquiátrica en el tratamiento de la psicosis, que constituye una problemática compleja que afecta tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. Este estigma se manifiesta de diversas maneras, desde la reticencia de los pacientes a adherirse a los regímenes farmacológicos debido a la percepción negativa de estar "dependiendo de medicamentos", hasta los prejuicios de algunos profesionales de la salud que pueden cuestionar la validez y necesidad del uso prolongado de antipsicóticos. Por ejemplo, un paciente puede sentirse avergonzado al tomar su medicación en público, temiendo ser juzgado como "desequilibrado" por quienes lo rodean. De igual manera, ciertos profesionales de la salud podrían mostrar escepticismo sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos a largo plazo, influyendo negativamente en la adherencia del paciente. Con lo que es fundamental abordar dichas actitudes estigmatizantes mediante la educación y la sensibilización tanto de los pacientes como de los profesionales.

Por otra parte, para los pacientes, resulta crucial proporcionar información detallada sobre la naturaleza de la psicosis, el papel de los neurotransmisores en el cerebro y cómo los antipsicóticos pueden ayudar a estabilizar estos procesos. Por supuesto, también deben ser ilustrados sobre los beneficios de la medicación en términos de prevención de recaídas y mejora de la calidad de vida, al mismo tiempo que se discuten abiertamente los posibles efectos secundarios y las estrategias para manejarlos.

En esta psicoeducación se deben incluir testimonios de otros pacientes que han hallado estabilidad y una mejor calidad de vida a través del tratamiento farmacológico, lo que puede contribuir a normalizar su uso y mitigar el estigma. Por ejemplo, compartir la historia de un individuo que, gracias a la medicación, ha podido retomar su trabajo y mantener relaciones interpersonales saludables, puede servir de inspiración y reducir la resistencia al tratamiento.

Pero... ¿Qué ocurre si un paciente con trastorno bipolar, por ejemplo, es reacio a tomar medicación? En estos casos, es crucial primero entender las razones detrás de la resistencia; estas pueden incluir experiencias previas negativas con los medicamentos, preocupaciones sobre los efectos secundarios, estigma asociado con el uso de medicación psiquiátrica, o una falta de comprensión sobre la importancia del tratamiento. Por lo que se puede comenzar proporcionando información clara y accesible sobre el trastorno bipolar y cómo los medicamentos pueden ayudar a estabilizar los estados de ánimo y prevenir episodios de manía y depresión. Por ejemplo, podría explicar: "La medicación es una parte esencial del tratamiento del trastorno bipolar, ya que ayuda a estabilizar los cambios de humor extremos que caracterizan esta enfermedad. Esto puede mejorar significativamente su calidad de vida y reducir la necesidad de hospitalizaciones".

Para abordar los miedos y preocupaciones se tiene que crear un espacio seguro y abierto de cara a discutir cualquier experiencia negativa pasada y cómo se pueden manejar los efectos secundarios. Mismamente, podría decir: "Entiendo que haya tenido malas experiencias con medicamentos en el pasado. Podemos trabajar juntos para encontrar una medicación que funcione mejor para usted y minimizar cualquier efecto secundario". En todo esto, involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento es fundamental; y, para ello, el terapeuta puede colaborar con el paciente y su psiquiatra para explorar diferentes opciones de medicación y ajustar las dosis según sea necesario. Además, introducir la importancia de un enfoque integral del tratamiento que incluya terapia, cambios en el estilo de vida y apoyo social puede ayudar a aumentar la adherencia.

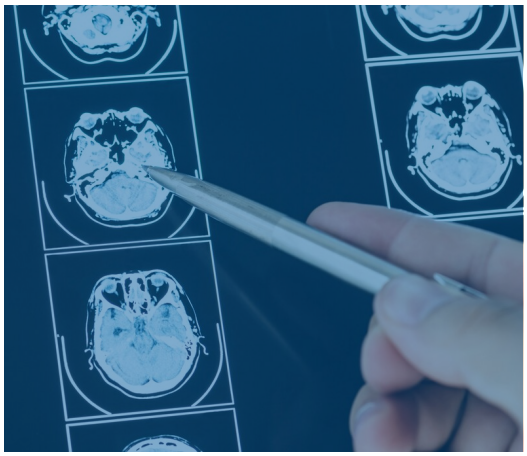
Finalmente, son útiles las técnicas motivacionales para fortalecer el compromiso del consultante con el tratamiento, resaltando los beneficios de la medicación en términos de alcanzar sus metas personales y mejorar su bienestar general. Por ejemplo, podría preguntar: "¿Qué cosas le gustaría poder hacer que ahora se sienten difíciles debido a sus cambios de humor? Trabajando en conjunto y tomando su medicación, podemos ayudarle a lograr esos objetivos".

Terapia Electroconvulsiva (TEC)

En la película *Quién voló sobre el nido del cuco* (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*, 1975), hay una escena particularmente famosa y dramática que retrata la TEC de manera sensacionalista. En esta escena, Randle P. McMurphy, interpretado por Jack Nicholson, es llevado a la sala de TEC como castigo por desafiar la autoridad de la enfermera Ratched y el régimen del hospital psiquiátrico. La atmósfera es fría y clínica, con McMurphy mostrando una mezcla de desafío y vulnerabilidad. Los asistentes lo sujetan a una camilla y le colocan electrodos en la cabeza sin anestesia ni relajantes musculares. Cuando se aplica la corriente eléctrica, McMurphy sufre convulsiones violentas, gritando y retorciéndose en la camilla.

Lo cierto, es que la TEC ha sido exageradamente dramatizada en varias películas, lo que ha contribuido a los mitos y estigmas en torno a este tratamiento. Pero no deja de ser un tratamiento médico que consiste en la aplicación de corrientes eléctricas al cerebro mientras el paciente está bajo anestesia general. Esta corriente induce una convulsión breve que afecta la actividad cerebral. Y que, a pesar de su estigmatización histórica, es un tratamiento seguro y eficaz para ciertos trastornos psiquiátricos graves. Incluso, aunque la idea de administrar TEC durante el embarazo puede parecer alarmante, la evidencia clínica y la experiencia médica respaldan su uso en situaciones específicas. Demostrándose que la TEC no está asociada con un aumento significativo de complicaciones para el feto o la madre cuando se administra correctamente.

Si bien el mecanismo exacto de acción no se comprende completamente, se cree que puede provocar cambios neuroquímicos y neuroplásticos significativos en el cerebro. Dichos cambios incluyen la modulación de los sistemas de neurotransmisores, como la serotonina, noradrenalina y dopamina, y la promoción de la neurogénesis en el hipocampo, región crucial para la regulación del estado de ánimo y la memoria.



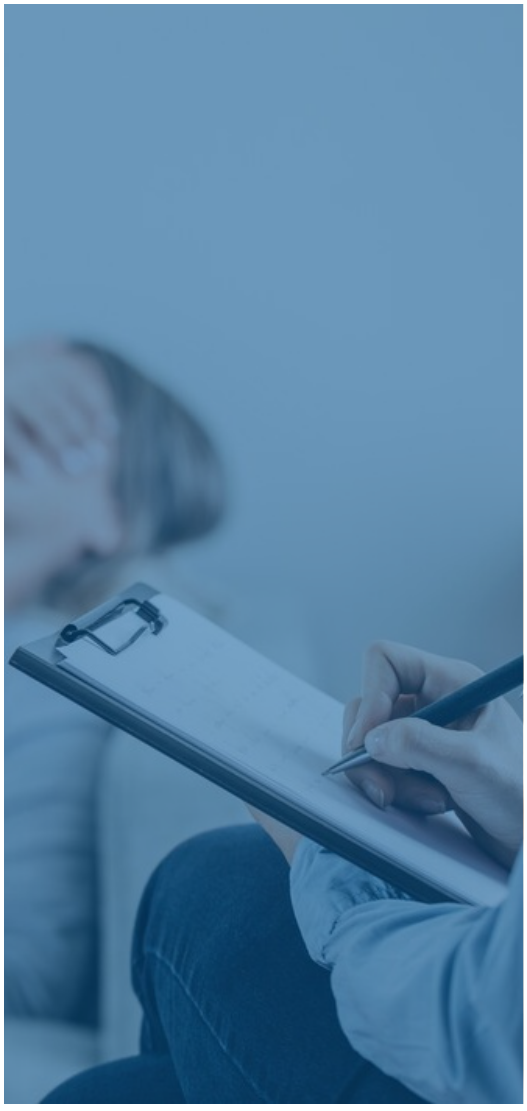
Además, es especialmente útil en casos de depresión severa y resistente al tratamiento, catatonía, y psicosis aguda o crónica que no responde a otros tratamientos. También se utiliza en situaciones en las que se necesita una respuesta rápida debido a la gravedad de los síntomas o el riesgo de suicidio. Y los efectos secundarios comunes incluyen confusión temporal y pérdida de memoria, especialmente de los eventos que rodean el tratamiento. Sin embargo, los beneficios potenciales en términos de alivio de los síntomas pueden superar estos riesgos en pacientes seleccionados.

TCC para psicosis

Sabemos que la TCC es una forma de psicoterapia estructurada y dirigida que se enfoca en identificar y modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales. Para la psicosis, la TCC se adapta para abordar específicamente las creencias delirantes, alucinaciones y otros síntomas psicóticos. Esta terapia, al final, se basa en la premisa de que los pensamientos disfuncionales pueden perpetuar los síntomas psicóticos. Al ayudar a los pacientes a identificar y cuestionar sus creencias delirantes y a desarrollar una comprensión más realista de sus experiencias, puede reducir la angustia asociada con estos síntomas y mejorar el funcionamiento general.

Brevemente, aquellas técnicas utilizadas en la TCC para psicosis incluyen la reestructuración cognitiva, que implica desafiar y cambiar las creencias irracionales o distorsionadas; la terapia de exposición, que ayuda a los pacientes a enfrentar situaciones temidas de manera controlada; y el entrenamiento en habilidades sociales, que puede mejorar la interacción social y la comunicación. Además, se enseña a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para manejar el estrés y la ansiedad asociados con sus síntomas.

Podemos aquí, añadir que difiere de la TCC estándar en varios aspectos. Mientras que la TCC tradicional se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos mal adaptativos en una amplia gama de trastornos como la depresión y la ansiedad, la TCC para la psicosis incluye técnicas especializadas para tratar síntomas como los delirios y las alucinaciones. Esta variante de la TCC incorpora estrategias para ayudar a los pacientes a cuestionar la realidad de sus creencias delirantes y a desarrollar métodos para manejar las alucinaciones auditivas y visuales.



Además, se enfatiza la psicoeducación sobre la naturaleza de la psicosis, el manejo del estrés, y la identificación de factores desencadenantes específicos de recaídas. Y también se centra en mejorar el funcionamiento diario y las habilidades sociales, aspectos que suelen estar gravemente afectados en los pacientes con psicosis. Veamos algunas de estas estrategias con ejemplos prácticos:

1. Reestructuración cognitiva para delirios:

Estrategia: Ayudar al paciente a cuestionar y reevaluar sus creencias delirantes.

Ejemplo: Si un paciente cree que está siendo seguido por agentes del gobierno, el terapeuta podría pedirle que considere las evidencias a favor y en contra de esta creencia, y explorar otras explicaciones posibles para su percepción. Este proceso de cuestionamiento puede disminuir la convicción del paciente en su delirio. Ojo, una limitación significativa de este enfoque es la resistencia del paciente a cuestionar sus propias creencias, ya que los delirios suelen estar profundamente arraigados y pueden proporcionarles una sensación de seguridad. Además, el intento de evaluar objetivamente las evidencias presentadas por el paciente puede incrementar la desconfianza hacia el terapeuta, especialmente si percibe estas intervenciones como intentos de invalidar sus experiencias. Esto puede dificultar la colaboración terapéutica y reducir la efectividad del tratamiento.

2. Manejo de alucinaciones auditivas:

Estrategia: Desarrollar técnicas para reducir el impacto de las alucinaciones auditivas.

Ejemplo: En este caso, nos llega un paciente que escucha voces. Puede aprender a usar distracciones, como escuchar música con auriculares o participar en actividades que requieran concentración, para desviar su atención de las voces. También pueden practicar la técnica de “hablar con las voces” de manera controlada, estableciendo límites y cuestionando la autoridad de las voces. Inciso en esto, las distracciones, aunque útiles, pueden ser temporales y no siempre efectivas en situaciones intensas. La técnica de "hablar con las voces" puede ser desafiante para algunas personas, ya que requiere un alto nivel de autocontrol y puede no ser suficiente para mitigar el impacto emocional o psicológico de las voces persistentes. Por tanto, estas técnicas deben complementarse con tratamiento profesional adecuado, como terapia y medicación, para un manejo más integral.

3. Psicoeducación:

Estrategia: Proporcionar información sobre la naturaleza de la psicosis y el tratamiento. Lo que comentábamos con los psicofármacos, mismamente.

Ejemplo: El profesional puede explicar al paciente y a su familia cómo funcionan los neurotransmisores y cómo los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar a estabilizar estos procesos. Lo que puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el estigma asociado con la enfermedad.

4. Identificación y manejo de factores desencadenantes:

Estrategia: Ayudar al paciente a identificar situaciones y factores que pueden desencadenar síntomas psicóticos y desarrollar estrategias de afrontamiento.

Ejemplo: Podemos trabajar ambos para identificar situaciones estresantes en el trabajo o en el hogar que tienden a preceder los episodios psicóticos. De esta forma, se desarrolla un plan de acción que incluya técnicas de relajación, ejercicios de respiración y métodos para reducir el estrés en esas situaciones.

5. Entrenamiento en habilidades sociales:

Estrategia: Mejorar las habilidades interpersonales y sociales del paciente.

Ejemplo: En este caso, se trabajaría con el consultante para practicar habilidades de comunicación efectiva, como hacer y responder preguntas adecuadamente, mantener el contacto visual y expresar emociones de manera apropiada. Estas sesiones pueden incluir juegos de roles y ensayos de situaciones sociales comunes.

6. Desarrollo de rutinas diarias y actividades estructuradas:

Estrategia: Establecer una rutina diaria para mejorar la organización y el funcionamiento diario.

Ejemplo: Se crea un horario diario que incluya tiempo para actividades de autocuidado, ejercicio, trabajo o estudio, y ocio. El motivo es que mantener una rutina estructurada puede ayudar a reducir la desorganización y mejorar el estado de ánimo general.

7. Intervenciones basadas en *mindfulness*:

Estrategia: Utilizar técnicas de *mindfulness* para aumentar la conciencia del momento presente y reducir el estrés.

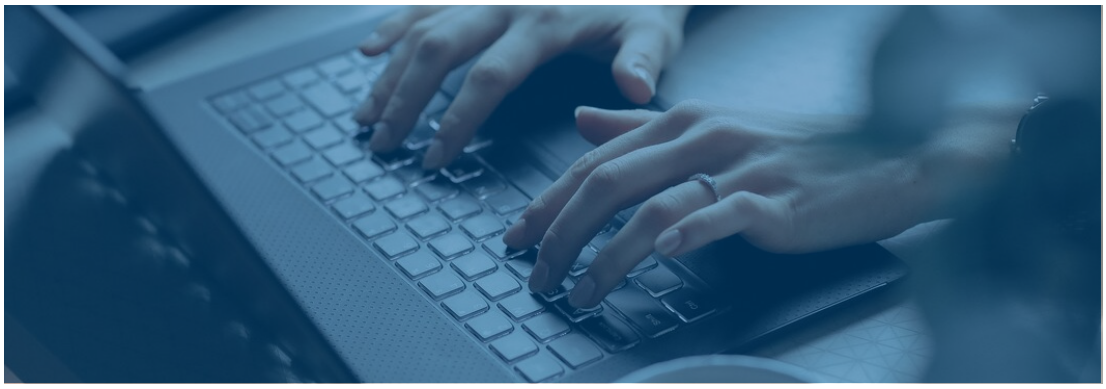
Ejemplo: Aquí, a veces puede ser útil enseñar ejercicios de *mindfulness*, como la respiración consciente y la observación sin juicio de pensamientos y sensaciones. Pues ayuda a manejar mejor las experiencias psicóticas y reducir la ansiedad asociada.

Intervenciones psicosociales

Incluyen una variedad de programas diseñados para mejorar el funcionamiento social y ocupacional de las personas con psicosis. Estas intervenciones pueden abarcar desde la rehabilitación psicosocial y la terapia ocupacional hasta el entrenamiento en habilidades sociales y programas de empleo apoyado.

Lo cierto es, que el apoyo psicosocial puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con psicosis al proporcionar habilidades prácticas y apoyo para la integración en la comunidad, pues ayudan a desarrollar una mayor independencia y a reducir el aislamiento social.

De esta forma, lo que se busca es mejorar la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades diarias, mantener relaciones interpersonales y participar en actividades significativas. La rehabilitación psicosocial puede incluir la enseñanza de habilidades de vida, como la gestión del hogar y la planificación financiera, así como el apoyo para encontrar y mantener empleo. Y, las intervenciones también pueden incluir el entrenamiento en habilidades sociales, que ayuda a los pacientes a mejorar su comunicación y a establecer relaciones más efectivas y gratificantes.



A continuación, podrás ver un ejemplo de cómo se realizaría un boceto de un programa de rehabilitación psicosocial:

Plan de rehabilitación psicosocial
***Objetivo**: Mejorar la calidad de vida de Juan, un hombre de 35 años diagnosticado con esquizofrenia, ayudándole a llevar una vida más independiente, mejorar sus habilidades interpersonales y participar activamente en actividades significativas.*

Intervención:

1. **Evaluación integral:**
   ***Fecha:** 1 de julio*
   ***Profesional:** Psicólogo clínico*
   ***Objetivo:** Evaluar las habilidades actuales de Juan en áreas clave: vida diaria, habilidades sociales y participación en actividades significativas.*

2. Entrenamiento en habilidades para la vida diaria:

Actividades:

- **Preparación de comidas:**

  Ejemplo: *Juan aprenderá a planificar y preparar comidas sencillas, comenzando con un desayuno básico.*
  Frecuencia: *Dos veces por semana.*
  Lugar: *Cocina de la clínica.*
  Objetivo a corto plazo: *Preparar un desayuno balanceado de forma independiente.*

- **Manejo del dinero:**

  Ejemplo: *Juan aprenderá a elaborar un presupuesto mensual y controlar sus gastos.*
  Frecuencia: *Una vez por semana.*
  Lugar: *Sala de actividades de la clínica.*
  Objetivo a corto plazo: *Mantener un registro de gastos durante un mes.*

3. Desarrollo de habilidades sociales:

Actividades:

- **Sesiones de habilidades sociales:**

  Ejemplo: *Participar en juegos de rol para practicar cómo iniciar y mantener una conversación.*
  Frecuencia: *Una vez por semana.*
  Lugar: *Sala de terapia grupal.*
  Objetivo a corto plazo: *Iniciar una conversación con al menos tres personas diferentes durante las sesiones.*

- **Resolución de conflictos:**

  Ejemplo: *Aprender y practicar técnicas de resolución de conflictos en situaciones simuladas.*
  Frecuencia: *Dos veces por semana.*
  Lugar: *Sala de terapia grupal.*
  Objetivo a corto plazo: *Aplicar una técnica de resolución de conflictos en una situación real.*

4. Participación en actividades significativas:

Actividades:

- **Identificación de intereses:**

  Ejemplo: *Trabajar con un terapeuta ocupacional para identificar actividades que le resulten gratificantes, como jardinería.*
  Frecuencia: *Una vez por semana.*
  Lugar: *Sala de terapia ocupacional.*
  Objetivo a corto plazo: *Identificar al menos tres actividades significativas.*

- **Participación en un grupo comunitario:**

  Ejemplo: *Unirse a un club de jardinería local.*
  Frecuencia: *Una vez por semana.*
  Lugar: *Jardín comunitario.*
  Objetivo a corto plazo: *Asistir a las reuniones del club de jardinería durante un mes.*

5. Apoyo vocacional:

Actividades:

- **Preparación de currículum:**

  Ejemplo: *Crear y actualizar su currículum con la ayuda de un consejero vocacional.*
  Frecuencia: *Una vez por semana.*
  Lugar: *Oficina de consejería vocacional.*
  Objetivo a corto plazo: *Completar y actualizar el currículum.*

- **Búsqueda de empleo:**

  Ejemplo: *Buscar oportunidades de trabajo adecuadas y practicar entrevistas.*
  Frecuencia: *Dos veces por semana.*
  Lugar: *Oficina de consejería vocacional.*
  Objetivo a corto plazo: *Solicitar al menos tres empleos en el primer mes.*

6. Apoyo psicoeducativo:

Actividades:

- **Sesiones de psicoeducación:**

  Ejemplo: *Asistir a sesiones que proporcionen información sobre la esquizofrenia y estrategias para manejar la enfermedad.*
  Frecuencia: *Una vez por semana.*
  Lugar: *Sala de educación en salud mental.*
  Objetivo a corto plazo: *Asistir a todas las sesiones durante tres meses.*

7. Planificación y seguimiento individualizado:

Actividades:

- **Revisión del plan:**

  Ejemplo: *Revisar y ajustar el plan de intervención según el progreso de Juan.*
  Frecuencia: *Una vez al mes.*
  Lugar: *Oficina del psicólogo clínico.*
  Objetivo a corto plazo: *Ajustar el plan según las necesidades y el progreso observado.*

Ejemplo de plan semanal:

Lunes:

10:00 - 11:00: Entrenamiento en habilidades de preparación de comidas.
14:00 - 15:00: Sesión de habilidades sociales.

Miércoles:

10:00 - 11:00: Manejo del dinero.
14:00 - 15:00: Identificación de intereses con terapeuta ocupacional.

Viernes:

10:00 - 11:00: Sesión de psicoeducación.
14:00 - 15:00: Resolución de conflictos.

Sábado:

10:00 - 12:00: Participación en el club de jardinería.

Por supuesto, no todos los pacientes con psicosis requerirán exactamente el mismo plan de rehabilitación psicosocial expuesto, ya que el tratamiento y la rehabilitación deben ser altamente individualizados debido a la naturaleza diversa y compleja de la enfermedad. Con lo que, cada paciente debe someterse a una evaluación integral para identificar sus necesidades específicas, habilidades actuales, historial médico y psicosocial, y las áreas donde más necesitan apoyo.

La gravedad de los síntomas y el tipo de psicosis, como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante, influirán significativamente en el diseño del plan; por ejemplo, un paciente con esquizofrenia catatónica puede requerir un enfoque más intensivo en la activación y la terapia ocupacional para contrarrestar los episodios de inmovilidad y mutismo, así como el uso de terapias físicas para mejorar la movilidad y reducir la rigidez muscular. En contraste, un paciente con trastorno esquizoafectivo, que presenta síntomas de psicosis combinados con episodios depresivos o maníacos, podría necesitar un enfoque equilibrado que incluya terapia cognitivo-conductual para manejar los síntomas afectivos, junto con intervenciones específicas para las alucinaciones o delirios. ¿Qué pasa si esto no se tiene en cuenta? Tomando el último ejemplo, si un paciente con trastorno esquizoafectivo no recibe un enfoque equilibrado que aborde tanto los síntomas afectivos como psicóticos puede experimentar fluctuaciones severas de humor no manejadas adecuadamente, lo que podría aumentar el riesgo de episodios depresivos profundos o maníacos. Esto no solo impactaría negativamente la estabilidad emocional de este, sino que también podría llevar a una mayor incidencia de hospitalizaciones y menor adherencia al tratamiento.

Asimismo, la coexistencia de otros trastornos, como ansiedad, depresión o abuso de sustancias, también debe ser abordada de manera concurrente; un paciente con psicosis y trastorno de ansiedad puede requerir tanto terapia cognitivo-conductual para la ansiedad como estrategias específicas para manejar las alucinaciones. Y los planes deben adaptarse a las capacidades y fortalezas individuales; así, alguien que ya es competente en habilidades de manejo del hogar puede necesitar menos enfoque en estas áreas y más en habilidades sociales.

Además, el nivel de apoyo familiar y social disponible varía entre pacientes, y aquellos con un fuerte sistema de apoyo pueden necesitar menos intervención en ciertas áreas, como la integración social, pero más en la gestión del estrés y las expectativas familiares. Por lo que los objetivos personales del paciente, como metas a corto y largo plazo en términos de recuperación, empleo, educación y relaciones personales, deben guiar la planificación; por ejemplo, un paciente que desea regresar a la universidad puede necesitar apoyo académico y estrategias para manejar el estrés académico. Ahora, si imaginamos que se omiten los objetivos personales del paciente en la planificación del tratamiento, pueden surgir múltiples problemas que impacten negativamente en la eficacia del tratamiento y el bienestar del paciente. Mismamente, aquel consultante con un fuerte sistema de apoyo familiar que no recibe intervención adecuada en la gestión del estrés y las expectativas familiares puede experimentar una presión excesiva, lo que podría agravar sus síntomas psicóticos y generar conflictos familiares.

Sumado a lo dicho, las adaptaciones culturales son fundamentales, asegurando que las intervenciones sean culturalmente sensibles y apropiadas; por ejemplo, una persona de una comunidad indígena con fuertes tradiciones espirituales puede beneficiarse enormemente de la inclusión de rituales y ceremonias tradicionales en su plan de rehabilitación, como la participación en ceremonias de sanación o la consulta con líderes espirituales de su comunidad. De manera similar, un paciente de una comunidad religiosa devota puede encontrar apoyo adicional en la integración de prácticas religiosas, como la oración, la asistencia a servicios religiosos y el apoyo de la comunidad de fe, lo que puede proporcionar una red de apoyo emocional y social robusta. Además, la frecuencia y duración de las sesiones de rehabilitación pueden variar según la disponibilidad del paciente, la severidad de los síntomas y la tasa de progreso.

Apoyo familiar y educación

Son componentes esenciales del tratamiento de la psicosis. Esto implica educar a los miembros de la familia sobre la naturaleza de la psicosis, los síntomas, los tratamientos disponibles y las estrategias para apoyar al paciente. Y es que, un entorno familiar informado y de apoyo puede reducir el estrés y la carga familiar, mejorar la adherencia al tratamiento del paciente y fomentar un entorno más estable y comprensivo. De hecho, la teoría del estrés-vulnerabilidad sugiere que el estrés ambiental, incluido el estrés familiar, puede exacerbar los síntomas de la psicosis.

De este modo, los objetivos son reducir la carga emocional y práctica sobre la familia, mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y el paciente, y proporcionar estrategias para manejar los síntomas y comportamientos problemáticos. La educación familiar puede incluir información sobre el manejo de crisis, técnicas de comunicación efectiva y el uso de estrategias de afrontamiento. También puede servirse de grupos de apoyo para familias, que proporcionan un espacio para compartir experiencias y obtener apoyo emocional. Veamos un caso donde se puede ver mejor la importancia de la psicoeducación:

Laura, una joven de 25 años, fue diagnosticada con esquizofrenia paranoide hace seis meses. Vive con su madre Ana, su padre Carlos, y su hermano menor Miguel, de 17 años. Desde su diagnóstico, Laura ha tenido dificultades para adherirse a su tratamiento debido a la falta de comprensión y apoyo de su familia. Ana y Carlos, aunque bien intencionados, no entienden completamente la naturaleza de la esquizofrenia y tienen expectativas poco realistas sobre la recuperación de Laura, esperando que ella "vuelva a la normalidad" rápidamente. Miguel, por su parte, se siente confundido y preocupado, pero no sabe cómo ayudar a su hermana. La incomprensión y el estigma asociado con la esquizofrenia han generado altos niveles de estrés y conflicto en la familia, con frecuentes discusiones sobre el comportamiento y el futuro de Laura. La familia está luchando para adaptarse a los cambios y a las necesidades especiales que ahora forman parte de su vida diaria.

Contexto: *Primera sesión de psicoeducación con Ana, Carlos y Miguel. El objetivo es explicar la esquizofrenia y abordar las preocupaciones iniciales de la familia.*

- ***Terapeuta (T)***
- ***Ana (A)****, madre de Laura*
- ***Carlos (C)****, padre de Laura*
- ***Miguel (M)****, hermano menor de Laura*

Escena: *La familia está sentada en la sala de terapia junto al terapeuta.*
T: *Buenos días, Ana, Carlos, Miguel. Gracias por estar aquí hoy. Sé que estos últimos meses han sido difíciles para todos ustedes. Vamos a hablar sobre la esquizofrenia de Laura, aclarar cualquier duda que puedan tener y ver cómo podemos trabajar juntos para apoyarla mejor. ¿Les parece bien?*
A: *Sí, gracias. Realmente necesitamos entender mejor lo que está pasando con Laura.*
C: *Hemos leído algo sobre la esquizofrenia, pero aún estamos muy confundidos y preocupados.*
T: *Es completamente normal sentirse así. Empecemos por lo básico. La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que afecta cómo una persona piensa, siente y se comporta. Los síntomas pueden incluir alucinaciones, delirios y problemas para pensar con claridad. ¿Qué síntomas han notado en Laura?*
M: *Ella a veces habla sola y dice que escucha voces. A veces parece que tiene mucho miedo de algo que no podemos ver.*

T: *Esas son alucinaciones auditivas, un síntoma común en la esquizofrenia. Laura percibe voces que no están presentes, y eso puede ser muy aterrador para ella. ¿Han notado algún otro comportamiento?*
A: *Sí, ella también cree que alguien la está persiguiendo, incluso cuando sabemos que no es así. Es muy difícil convencerla de lo contrario.*
T: *Eso se llama delirio de persecución. Es una creencia falsa que Laura tiene, y es importante entender que para ella, esa creencia es muy real. Intentar convencerla de que está equivocada puede no ser útil y puede aumentar su angustia. En su lugar, podemos aprender a responder de manera que la ayude a sentirse segura.*
C: *¿Y cómo podemos hacer eso?*
T: *Podemos usar técnicas de validación y apoyo emocional. Por ejemplo, pueden decir algo como: "Entiendo que estás asustada porque sientes que alguien te persigue. Estamos aquí para protegerte y mantenerte a salvo." Esto reconoce su miedo sin entrar en confrontación directa con sus delirios. Practiquemos esto. Ana, ¿puedes intentar decir eso?*
A: *(Insegura) Laura, entiendo que estás asustada porque sientes que alguien te persigue. Estamos aquí para protegerte y mantenerte a salvo.*
T: *Muy bien, Ana. Es un buen comienzo. Miguel, ¿quieres intentarlo también?*
M: Claro. Laura, sé que estás asustada porque sientes que alguien te está persiguiendo. Pero estamos aquí para protegerte y asegurarnos de que estés segura.
T: *Excelente, Miguel. La clave es ser calmado y comprensivo. Carlos, ¿te gustaría intentarlo?*
C: *Sí, puedo intentarlo. Laura, entiendo que tienes miedo porque crees que alguien te persigue. Estamos aquí para protegerte y no dejaremos que te pase nada malo.*
T: *Perfecto, Carlos. Estas respuestas pueden ayudar a Laura a sentirse más segura. También es importante que ustedes cuiden su propio bienestar. La esquizofrenia puede ser difícil de manejar para toda la familia. ¿Tienen preguntas hasta ahora?*
A: *Sí, ¿cómo podemos saber si el tratamiento está funcionando?*
T: *Eso es una muy buena pregunta. Podemos monitorear el progreso de Laura observando la frecuencia y severidad de sus síntomas, así como su capacidad para realizar actividades diarias. También es crucial mantener una comunicación abierta con su psiquiatra para ajustar el tratamiento según sea necesario. ¿Alguna otra pregunta?*
M: *¿Qué podemos hacer cuando Laura se pone muy agitada o ansiosa?*
T: *En esos momentos, es importante mantener la calma y usar técnicas de desescalada, como hablar en un tono bajo y tranquilizador, ofrecer un espacio tranquilo y seguro, y validar sus sentimientos sin discutir con sus percepciones. Vamos a practicar algunas de estas técnicas en nuestras próximas sesiones.*
C: *Gracias, esto es muy útil. Sentimos que ahora tenemos una mejor idea de cómo ayudar a Laura.*
T: *Me alegra escuchar eso. Trabajaremos juntos en esto. En nuestra próxima sesión, hablaremos sobre las opciones de tratamiento y cómo pueden apoyar a Laura en su adherencia a la medicación y la terapia. ¿Les parece bien?*
Todos: Sí, gracias.
T: *Perfecto. Nos vemos la próxima semana. Recuerden, estamos aquí para apoyarlos a todos ustedes en este proceso.*

MÓDULO VI

Pronóstico

Aunque anteriormente se pensaba que la esquizofrenia tenía un pronóstico muy pobre, los estudios actuales sugieren la posibilidad de buenos resultados, especialmente con intervención temprana y tratamiento intensivo. Los antipsicóticos modernos y las opciones inyectables de acción prolongada mejoran la adherencia al tratamiento. El pronóstico para episodios psicóticos relacionados con condiciones médicas o neurológicas depende de la enfermedad subyacente.

¿La psicosis se puede curar?

No tenemos que olvidar que el término "curar" implica la eliminación completa de la enfermedad, por lo que, en el contexto de la psicosis, es más preciso hablar de manejo y recuperación. Los medicamentos antipsicóticos son efectivos para controlar los síntomas positivos de la psicosis y prevenir recaídas, reduciendo significativamente la frecuencia e intensidad de las alucinaciones y delirios, y permitiendo que los pacientes lleven una vida más estable. Por ejemplo, un paciente con esquizofrenia que sigue un régimen de antipsicóticos puede experimentar una reducción notable en los episodios psicóticos y mantener una vida funcional.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta que la cuestión de si la psicosis puede tratarse sin medicación depende de varios factores individuales y contextuales. Hay enfoques complementarios y alternativos, como la TCC, intervenciones familiares y el apoyo psicosocial, que pueden ser beneficiosos, especialmente en ciertos pacientes con síntomas menos graves o en fases tempranas de la enfermedad. De hecho, algunos estudios y casos clínicos sugieren que la combinación de estas terapias no farmacológicas puede ser suficiente para el manejo de la psicosis en algunos individuos. No obstante, es crucial que cualquier tratamiento sea supervisado por profesionales de la salud mental y que las decisiones terapéuticas se tomen en función de las necesidades específicas de cada persona, asegurando siempre un enfoque integral y personalizado.

Esto es importante considerarlo porque no sería extraño que el paciente pregunte si su psicosis se puede curar. Los profesionales, ante estos contextos, tenemos que responder con empatía, claridad y realismo. Y no solo eso, debemos ofrecer esperanza y, al mismo tiempo, establecer expectativas realistas sobre el tratamiento y el manejo de la enfermedad. Una respuesta acorde con lo dicho podría ser algo así:

Entiendo tu preocupación y es una pregunta muy válida. La psicosis es una condición compleja y, en términos médicos, hablar de una 'curación' completa puede no ser del todo preciso. Sin embargo, con el tratamiento adecuado, muchas personas con psicosis pueden experimentar una mejora significativa en sus síntomas y llevar una vida plena y satisfactoria. El tratamiento generalmente incluye una combinación de medicación antipsicótica, terapia cognitivo-conductual, y apoyo psicosocial, y se adapta a tus necesidades individuales. Aunque la psicosis puede ser una condición crónica, el objetivo del tratamiento es ayudarte a gestionar los síntomas de manera eficaz, reducir los episodios y mejorar tu calidad de vida. Con el apoyo adecuado y un enfoque integral, muchas personas logran estabilizarse y funcionar bien en su vida diaria. Siempre estaremos aquí para trabajar contigo y ajustar el tratamiento según sea necesario para que puedas alcanzar tus metas personales.

Complicaciones

Las complicaciones de cualquier episodio psicótico incluyen el riesgo de daño a uno mismo o a otros, efectos secundarios significativos de los medicamentos antipsicóticos, y una disminución significativa del funcionamiento diario. Además, los trastornos psicóticos tienen una mayor tasa de suicidio comparado con la población general. Detallémoslos mejor a continuación:

1. Deterioro funcional
Una de las complicaciones más significativas. Afecta profundamente la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades diarias, mantener relaciones interpersonales y cumplir con responsabilidades laborales o educativas. Este deterioro se manifiesta en dificultades para planificar, organizar y ejecutar tareas básicas como la higiene personal, la preparación de comidas y la administración del hogar. En el ámbito laboral, los pacientes pueden mostrar una reducción en la productividad, problemas para cumplir con los horarios y dificultades para seguir instrucciones. Con esto, la disfunción social incluye la incapacidad para mantener conversaciones coherentes, interpretar correctamente las señales sociales y establecer o mantener relaciones significativas. Lamentablemente, el aislamiento social contribuye a un círculo vicioso de soledad y empeoramiento de los síntomas.

2. Comorbilidad psiquiátrica

Las personas con psicosis a menudo presentan comorbilidades psiquiátricas, como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias. Así, la depresión en pacientes con psicosis puede manifestarse con síntomas como anhedonia, desesperanza y pensamientos suicidas, complicando aún más el tratamiento. Por su parte, los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, pueden exacerbar los síntomas psicóticos y dificultar la adherencia al tratamiento. Y, en cuanto al abuso de sustancias, como el alcohol, la marihuana y los estimulantes, no solo empeora los síntomas psicóticos, sino que también aumenta el riesgo de recaídas y hospitalizaciones. Estas comorbilidades requieren un enfoque de tratamiento integral que aborde tanto los síntomas psicóticos como los trastornos concomitantes. Además, es fundamental monitorear y tratar tales comorbilidades para prevenir un empeoramiento del estado general del paciente y reducir la carga sobre el sistema de salud.

3. Complicaciones médicas

El tratamiento con antipsicóticos, especialmente los de segunda generación, está asociado con efectos secundarios metabólicos significativos. Estos incluyen aumento de peso, dislipidemia y resistencia a la insulina, que pueden llevar al desarrollo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. Además, las personas con psicosis tienen una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como el tabaquismo y la falta de ejercicio, que agravan los problemas de salud física. Asimismo, la sedación y el síndrome metabólico son efectos adversos comunes de los antipsicóticos, lo que puede resultar en un ciclo de inactividad física y empeoramiento de la salud general. Por ello que el monitoreo regular de los parámetros metabólicos y la intervención precoz son cruciales para mitigar estos riesgos. Sumado a lo dicho, los problemas médicos pueden complicar el tratamiento de la psicosis, ya que los pacientes con condiciones de salud física no tratadas pueden ser menos capaces de participar en terapias y adherirse a regímenes de medicación.

4. Suicidio y autolesiones

Las tasas de suicidio y autolesiones son significativamente más altas en personas con psicosis. Estudios indican que hasta el 10% de los pacientes con esquizofrenia mueren por suicidio. Siendo los periodos de mayor riesgo los primeros años tras el diagnóstico y los episodios agudos de psicosis. Los factores de riesgo incluyen la presencia de síntomas depresivos, el abuso de sustancias, antecedentes de intentos de suicidio y la falta de apoyo social. Por lo que siempre la identificación temprana y el tratamiento adecuado de los síntomas depresivos y suicidas, junto con el fortalecimiento de la red de apoyo social, son fundamentales para reducir este riesgo.

5. Estigma y discriminación
Manifestado en actitudes negativas y discriminación en diversas áreas de la vida del paciente, incluyendo el empleo, el acceso a servicios de salud y la interacción social. Este estigma puede llevar a la internalización de las actitudes negativas, lo que resulta en una baja autoestima, aislamiento social y una mayor resistencia a buscar ayuda. Los profesionales de la salud también pueden contribuir a tal estigma al tener expectativas negativas sobre las capacidades y el pronóstico de los pacientes, lo que puede afectar la calidad de la atención recibida.

6. Impacto en la familia y cuidadores
El cuidado de una persona con psicosis impone una carga significativa sobre las familias y cuidadores, tanto emocional como económicamente. La tensión constante y la necesidad de vigilancia pueden llevar al agotamiento emocional y a problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad en los cuidadores. Sumado a ello, el costo financiero de la atención continua, incluyendo el tratamiento médico, la pérdida de ingresos debido a la reducción del tiempo de trabajo y los costos de apoyo social, puede ser significativo. Por ende, las intervenciones de apoyo a los cuidadores, como la terapia familiar y los grupos de apoyo, son cruciales para ayudar a las familias a manejar el estrés y mantener su bienestar.

7. Recaídas frecuentes
La falta de adherencia al tratamiento también es un problema común, lo que conduce a recaídas frecuentes. Estas pueden estar provocadas por varios factores, incluyendo la negación de la enfermedad, los efectos secundarios de los medicamentos, la falta de apoyo social y la comorbilidad con otros trastornos mentales. Y es que, las recaídas no solo agravan la enfermedad, sino que también pueden resultar en hospitalizaciones repetidas, lo que incrementa la carga económica para el sistema de salud y la familia. El seguimiento continuo y la personalización del tratamiento, junto con la educación del paciente sobre la importancia de la adherencia, son esenciales para prevenir las recaídas.

8. Desempleo y problemas económicos
Las personas con psicosis enfrentan altas tasas de desempleo debido al deterioro funcional, el estigma y la discriminación en el lugar de trabajo. La incapacidad para mantener un empleo estable contribuye a la inseguridad financiera y la dependencia de la asistencia social. Teniendo en cuenta que la falta de empleo también puede empeorar los síntomas psicóticos debido al aumento del estrés y la falta de estructura diaria.

Gestión de crisis psicóticas: Métodos de desescalada y coordinación con servicios de emergencia

No tenemos que olvidar que el término "curar" implica la eliminación completa de la enfermedad, por lo que, en el contexto de la psicosis, es más preciso hablar de manejo y recuperación. Los medicamentos antipsicóticos son efectivos para controlar los síntomas positivos de la psicosis y prevenir recaídas, reduciendo significativamente la frecuencia e intensidad de las alucinaciones y delirios, y permitiendo que los pacientes lleven una vida más estable. Por ejemplo, un paciente con esquizofrenia que sigue un régimen de antipsicóticos puede experimentar una reducción notable en los episodios psicóticos y mantener una vida funcional.

Como ha podido constatar a lo largo de la formación, la gestión de crisis psicóticas es una habilidad crítica para los profesionales de la salud mental. Las crisis psicóticas pueden ser eventos extremadamente perturbadores y peligrosos, tanto para el paciente como para quienes lo rodean. Por lo que es más que esencial que los clínicos estén bien preparados para manejar estas situaciones de manera efectiva, utilizando métodos de desescalada y coordinando con los servicios de emergencia cuando sea necesario. Veamos un caso para ubicar qué es una crisis psicótica y cómo puede manifestarse:

L. R. tiene un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y una tarde experimentó una grave crisis psicótica. Tras haber dejado su medicación debido a efectos secundarios, comenzó a mostrar signos de paranoia intensa, creyendo que su pareja estaba conspirando contra ella y que había cámaras ocultas en toda la casa. Las voces en su cabeza, insultándola y dándole órdenes, se volvieron cada vez más amenazantes. En un estado de pánico, se encerró en su habitación, bloqueando la puerta con muebles y negándose a salir. Golpeaba las paredes y gritaba, afirmando ver sombras moviéndose a su alrededor. Su pareja, incapaz de calmarla, llamó al equipo de salud mental que la había estado tratando. Al llegar, el equipo encontró a L. R. extremadamente agitada, su respiración era rápida y superficial, y su mirada errática, reflejando un miedo intenso. Intentaron comunicarse con ella a través de la puerta, usando un tono calmado y tranquilizador, pero L. R. respondía con gritos de desconfianza y frases incoherentes sobre conspiraciones y amenazas inminentes. La habitación estaba en desorden, con objetos tirados por todas partes, evidenciando su intento desesperado de "protegerse".

1. PREPARACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL

Evaluación del entorno

Antes de intervenir, es crucial evaluar el entorno para asegurar que tanto el paciente como los profesionales se encuentren en un lugar seguro. Identificar objetos potencialmente peligrosos y asegurarse de que haya una salida accesible en caso de que la situación se deteriore.

Evaluación del estado del paciente

Realizar una evaluación rápida del estado mental del paciente, buscando signos de agitación, agresividad, o comportamientos auto lesivos. Es fundamental identificar los factores desencadenantes específicos y el nivel de conciencia de la persona.

2. MÉTODOS DE DESESCALADA

Comunicación efectiva

Utilizar un tono de voz calmado y tranquilizador. Evitar confrontaciones directas y mantener una postura abierta y no amenazante. Es importante escuchar activamente al paciente, validando sus sentimientos sin necesariamente estar de acuerdo con sus percepciones delirantes o alucinaciones.

Técnicas de desescalada

1. Espacio personal: Mantener una distancia segura respetando el espacio personal del paciente. Esto ayuda a reducir la sensación de amenaza.

2. Contacto visual: Utilizar el contacto visual de manera adecuada, evitando miradas desafiantes.

3. Control de la respiración: Ayudar al paciente a controlar su respiración mediante técnicas de respiración profunda, lo cual puede ayudar a reducir la ansiedad.

4. Distraer y redirigir: Introducir temas neutros o agradables para distraer al paciente de pensamientos o percepciones perturbadoras.

5. Ofrecer opciones: Proporcionar opciones limitadas y simples para que el paciente sienta que tiene algún control sobre la situación.

3. INTERVENCIONES DIRECTAS

Medicación de emergencia

En algunos casos, puede ser necesario administrar medicación de emergencia para controlar la agitación severa o la agresividad. Debiendo realizarse conforme a los protocolos establecidos y con el consentimiento del paciente, si es posible.

Intervención terapéutica
Implementar técnicas de intervención terapéutica que el paciente haya encontrado útiles en el pasado, como la terapia cognitivo-conductual de emergencia, técnicas de grounding, o el uso de objetos de confort.

4. COORDINACIÓN CON SERVICIOS DE EMERGENCIA

Contactar a los Servicios de Emergencia
Si la situación no se puede manejar con métodos de desescalada, es crucial contactar a los servicios de emergencia. Proporcionar información clara y concisa sobre la situación, incluyendo el estado del paciente, los métodos de desescalada intentados y cualquier medicación administrada.

Colaboración con el Equipo de Emergencia
Trabajar en estrecha colaboración con el equipo de emergencia para asegurar una transferencia segura y efectiva del paciente. Esto puede incluir proporcionar el historial médico relevante y cualquier plan de manejo de crisis preexistente.

Transporte seguro
Hay que asegurar que el transporte del paciente a una instalación adecuada sea realizado de manera segura y respetuosa, minimizando el estrés y el riesgo de daño tanto para el paciente como para los profesionales involucrados.

5. SEGUIMIENTO POST-CRISIS

Evaluación y reflexión
Después de la crisis, realizar una evaluación detallada del evento para identificar qué funcionó y qué no. Esto incluye reflexionar sobre las técnicas de desescalada utilizadas y la respuesta del paciente.

Plan de manejo actualizado
Actualizar el plan de manejo del paciente basado en la experiencia de la crisis. Teniendo en cuenta ajustes en la medicación, nuevas estrategias de intervención, y modificaciones en el entorno del paciente para prevenir futuras crisis.

Apoyo continuo
Proporcionar apoyo continuo al paciente y su familia, asegurando que tengan acceso a recursos y apoyo necesario para manejar cualquier posible recurrencia de crisis. Siendo muy importante el factor de la educación sobre la psicosis, entrenamiento en técnicas de manejo del estrés, y acceso a servicios de apoyo comunitario.

A continuación, te facilitamos el desarrollo de un caso para que puedas visualizar todo lo dicho:

Antecedentes del paciente
T. L. es un hombre de 29 años con un diagnóstico previo de trastorno esquizoafectivo. Ha experimentado episodios psicóticos intermitentes durante los últimos cinco años, caracterizados por delirios paranoides y alucinaciones auditivas. T. L. vive solo y ha tenido dificultades recientes para adherirse a su medicación debido a efectos secundarios adversos.

Desencadenante de la crisis
En la mañana del 15 de junio, T. L. comenzó a experimentar un aumento significativo de ansiedad y paranoia. Informó a su madre, con quien mantiene contacto regular, que creía que las personas en la calle estaban conspirando en su contra. Su madre, preocupada, visitó a T. L. y notó que estaba agitado, hablando solo y negándose a comer o salir de su apartamento. Decidió contactar al equipo de salud mental que atiende a T. L. para solicitar ayuda.

Intervención inicial
El terapeuta de T. L., junto con un enfermero especializado en salud mental, llegó al apartamento de T. L. aproximadamente una hora después de recibir la llamada. A su llegada, encontraron a T. L. en un estado de alta agitación, caminando de un lado a otro, hablando de manera incoherente y mostrando signos claros de paranoia.

Evaluación del entorno
El equipo evaluó rápidamente el entorno para asegurarse de que no hubiera objetos peligrosos en el área inmediata. Se aseguraron de que las salidas estuvieran despejadas en caso de que la situación se deteriorara. La madre de T. L. fue llevada a una habitación adyacente para permitir que los profesionales trabajaran con T. L. sin distracciones adicionales.

Métodos de desescalada
El terapeuta comenzó la interacción utilizando un tono de voz calmado y tranquilizador. Mantuvo una postura no amenazante y respetó el espacio personal de T. L., manteniéndose a una distancia segura pero cercana para establecer contacto visual sin ser confrontacional.
Comunicación efectiva: *Terapeuta: "Hola, T. L., soy X, ¿recuerdas que hemos trabajado juntos antes? Estoy aquí para ayudarte. Vamos a sentarnos y hablar un poco, ¿te parece bien?"*
T. L. mostró reticencia al principio, pero el terapeuta continuó utilizando técnicas de escucha activa, validando sus sentimientos sin reforzar sus delirios.
Distracción y redirección: Terapeuta: *"Sé que te sientes muy ansioso ahora. ¿Recuerdas aquella vez que hablamos sobre las técnicas de respiración profunda? ¿Podríamos intentar una juntos ahora para ver si ayuda a calmarte?"*
Después de algunos intentos, el paciente comenzó a seguir las instrucciones de respiración profunda, lo que ayudó a reducir ligeramente su nivel de agitación.

Ofrecer opciones: *Terapeuta: "T. L., tienes la opción de sentarte aquí en el sofá o en la mesa. Tú decides dónde te sientes más cómodo para que podamos seguir hablando."*
Al darle control sobre una decisión simple, T. L. se sintió menos amenazado y más dispuesto a cooperar.

Intervenciones directas
A medida que T. L. se calmaba un poco, el enfermero sugirió la posibilidad de administrar una medicación de emergencia para ayudar a controlar la agitación severa. Explicaron con claridad los beneficios y posibles efectos secundarios de la medicación, y aunque T. L. estaba inicialmente reacio, finalmente accedió a recibir la medicación.

Coordinación con Servicios de Emergencia
A pesar de los esfuerzos de desescalada, T. L. permanecía bastante agitado y desconectado de la realidad. El equipo decidió que era necesario trasladarlo a una instalación adecuada para una observación más cercana y una intervención médica más intensiva.
El terapeuta contactó a los servicios de emergencia, proporcionando información detallada sobre el estado del paciente., las técnicas de desescalada intentadas y la medicación administrada. Coordinó con el equipo de emergencia para asegurar una transferencia segura y respetuosa.

Transporte seguro
El equipo de emergencia llegó y, trabajando conjuntamente con el terapeuta y el enfermero, lograron trasladar a T. L. al hospital sin incidentes. Fue llevado a una unidad de psiquiatría, donde se le proporcionó un entorno seguro para su evaluación y tratamiento continuado.

Seguimiento post-crisis
Una vez estabilizado, el equipo de salud mental revisó el evento para identificar qué estrategias funcionaron mejor y dónde podrían mejorarse. Actualizaron el plan de manejo de T. L., incluyendo ajustes en su medicación y nuevas estrategias de intervención basadas en las observaciones durante la crisis.

Apoyo continuo
El profesional programó sesiones de seguimiento con T. L. y su madre para proporcionar apoyo continuo y asegurarse de que ambos tuvieran los recursos necesarios para manejar posibles futuras crisis. Se ofreció también capacitación adicional a la madre sobre cómo manejar situaciones similares y cuándo contactar a los profesionales.

MÓDULO VII

El compromiso del paciente
en la terapia para psicosis

El compromiso del paciente en la terapia para tratar la psicosis es crucial para el éxito terapéutico. La participación activa y la disposición del paciente para comprometerse con el proceso de tratamiento influyen directamente en los resultados.

Este compromiso actúa como un motor que impulsa el cambio y está estrechamente relacionado con el aumento de la motivación. A medida que los pacientes se involucran en el proceso terapéutico, tienden a sentir un mayor control sobre sus síntomas y una mayor confianza para enfrentarlos. Esto se traduce en una mayor motivación para trabajar hacia metas personales, esencial para avanzar hacia la recuperación.

Ahora, conseguir el compromiso de los pacientes con psicosis en la terapia puede ser desafiante, pero no imposible. La complejidad de estos trastornos requiere un enfoque adaptado y sensible a las necesidades particulares de cada paciente:

DESAFÍOS COMUNES

1. **Falta de insight:** Los pacientes con psicosis, especialmente, pueden tener una falta de insight o conciencia sobre su condición, lo que dificulta su compromiso.
2. **Desconfianza:** La paranoia o desconfianza, frecuente en psicosis, puede dificultar la formación de una relación terapéutica.
3. **Estigma y miedo:** El miedo al estigma asociado con los trastornos mentales puede hacer que los pacientes se sientan reacios a participar plenamente en la terapia.

Estrategias efectivas

Para lograr que los pacientes con psicosis se comprometan con la terapia, es esencial considerar los siguientes aspectos:

ESTABLECER UNA ALIANZA TERAPÉUTICA

La alianza terapéutica es fundamental para el éxito del tratamiento, especialmente en pacientes con psicosis. Está compuesta por tres componentes: el vínculo emocional, el acuerdo sobre las metas a alcanzar y el acuerdo en las tareas para lograr esos objetivos. Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a fortalecer esta alianza (Gimeno, 2022):

- **Formar y mantener la alianza a lo largo del tratamiento:** La relación terapéutica no es fija e inmutable; debe desarrollarse y mantenerse durante todo el proceso.

- **Desarrollar acuerdos sobre metas y tareas tempranamente:** Cuanto antes se establezcan estos acuerdos, mayor será la probabilidad de un trabajo productivo.

- **Adaptar el tratamiento a las capacidades y estado motivacional del paciente:** Especialmente durante las primeras sesiones.

- **Mostrar una actitud colaboradora:** Tanto de forma verbal como no verbal.

- **Abordar rupturas en la alianza de manera directa e inmediata:** Actuar rápidamente para resolver cualquier discrepancia o conflicto.

- **Evaluar regularmente la solidez de la alianza:** Desde la perspectiva del paciente, ya que su percepción está más relacionada con los resultados.

- **Crear una formulación de caso individualizada:** Adaptada a los problemas y preferencias de cada paciente.

COLABORACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN

Invitar al paciente a participar activamente en la planificación del tratamiento. Discutir las técnicas terapéuticas y adaptarlas a sus necesidades específicas.

TENER EXPECTATIVAS REALISTAS

Ayudar al paciente a comprender que la terapia es un proceso gradual y que los cambios significativos pueden llevar tiempo. Tener expectativas realistas es clave para el compromiso.

EXPLORAR MOTIVACIONES PERSONALES

Comprender las razones personales por las cuales el paciente busca terapia fortalece su compromiso.

RESALTAR EL AUTOCUIDADO

Enfatizar la importancia del autocuidado y la responsabilidad personal en el proceso de recuperación. Esto ayuda a ver la terapia como una inversión en su propio bienestar.

FOMENTAR LA AUTONOMÍA

Brindar al paciente la autonomía para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, incluyendo la frecuencia de las sesiones y la participación en actividades terapéuticas fuera de las sesiones.

RECONOCER LOS LOGROS

Celebrar los éxitos y avances, incluso si son pequeños. El refuerzo positivo es un elemento motivador clave para que el paciente mantenga su compromiso.

FLEXIBILIDAD Y ADAPTACIÓN

Estar preparado para adaptar el enfoque terapéutico según las necesidades cambiantes del paciente. La flexibilidad demuestra la disposición del profesional a personalizar la terapia para el beneficio del paciente.

ABORDAR LA RESISTENCIA

Si el paciente muestra resistencia a la terapia, se deben explorar las razones detrás de dicha resistencia de manera compasiva. Esto puede incluir:

- **Explorar las preocupaciones del paciente:** Identificar las barreras específicas que están contribuyendo a la resistencia y abordarlas adecuadamente.
- **Fomentar la confianza y la relación terapéutica:** Establecer una relación de confianza y seguridad con el paciente, demostrando empatía y respeto.
- **Educación sobre el tratamiento:** Proporcionar una educación clara y comprensible sobre el tratamiento y sus beneficios para disipar malentendidos y aumentar la motivación.
- **Establecer metas realistas y alcanzables:** Trabajar en colaboración con el paciente para establecer metas realistas y alcanzables.
- **Explorar la ambivalencia:** Abordar cualquier ambivalencia que el paciente pueda experimentar hacia el tratamiento de manera abierta y sin juicios.
- **Utilizar técnicas de motivación:** Emplear técnicas de entrevista motivacional para ayudar al paciente a explorar y resolver su ambivalencia.
- **Adaptar el enfoque terapéutico:** Si es necesario, adaptar el enfoque terapéutico para abordar las necesidades específicas del paciente.

- **Proporcionar apoyo y seguimiento continuos:** Ofrecer un apoyo continuo y seguimiento regular del progreso del paciente para ajustar el enfoque terapéutico según sea necesario.

Si surgen problemas

Cuando surgen obstáculos entre un terapeuta y su paciente, es esencial abordarlos de manera efectiva para garantizar que el tratamiento siga siendo beneficioso y productivo. A continuación, algunas acciones a considerar según el caso:

Si el consultante indica algún problema en la relación terapéutica:

- Hablar sobre la alianza directamente con él explicando su importancia y significado en psicoterapia.
- Dar y pedir *feedback* sobre la relación que mantienen. ¿Qué está sucediendo entre clínico y consultante?
- Invertir más tiempo en explorar su experiencia (cómo se siente con respecto a la terapia o qué dificultades se encuentra, por ejemplo).
- Discutir experiencias compartidas.
- Revisar si hay acuerdo en las metas y tareas terapéuticas.
- Aclarar posibles malentendidos.
- Dar más *feedback* positivo.
- Usar más comunicaciones empáticas.
- Discutir si el estilo del clínico encaja con sus necesidades.
- Trabajar con la transferencia.

Si falta suficiente motivación para el cambio (he estado pre contemplativo o contemplativo):

- Discutir con el consultante directamente su motivación para el cambio.
- Dar y recibir *feedback* sobre su motivación.
- Ajustar los objetivos y las tareas para que sean desafiantes, pero no demasiado difíciles de conseguir.

- Conversar acerca de las consecuencias de cambiar o no cambiar.
- Conversar acerca del proceso de cambio y de las habilidades específicas que pueden ser de ayuda.

Si el consultante tiene escaso apoyo social:

- Derivar a terapia grupal.
- Derivar a tratamiento con *biofeedback*.
- Derivar a entrenamiento en asertividad.
- Ensayar situaciones sociales en sesión.
- Asignar tareas relacionadas con este aspecto.
- Valorar las creencias sobre sí mismo.
- Incluir en las sesiones a otras personas significativas.
- Animar a realizar actividades con otras personas.
- Trabajar aspectos relacionados con la confianza hacia los demás.
- Animar a implicarse en organizaciones en las que es frecuente la interacción social.

Si se revisa la formulación del caso y existen otras opciones de intervención:

- Consultar fuentes relevantes y cambiar el enfoque.

MÓDULO VIII

Casos clínicos

Si has llegado hasta aquí, enhorabuena. Ya tienes prácticamente el camino hecho. A continuación, podrás observar cómo se incorporan algunos de los aspectos aprendidos en el curso en varios casos reales. Puedes repasar las ideas principales de cada apartado del temario para asegurar que recuerdas qué se está tratando en cada uno de ellos. Todos los nombres y datos personales presentados son ficticios. También te recomendamos que apuntes todo lo que se explicará a continuación de haberlos leído que pueda serte interesante ¡Esperamos que te sea útil!

Te presentamos en este apartado tres casos, léelos detenidamente y cada vez que finalices uno, podrás hacer las preguntas correspondientes y ver la explicación que te daré sobre ello, ten a mano un boli para apuntar todo lo que veas interesante.

Caso 1

Recopilación de Historia Clínica

Antecedentes Familiares:
Es fundamental entender el entorno familiar del paciente para identificar factores de riesgo y desencadenantes de la enfermedad. La teoría de los sistemas familiares de Bowen puede ser útil para analizar cómo las dinámicas familiares han contribuido al estrés y a los problemas emocionales del niño. En este caso, los problemas matrimoniales y la violencia doméstica han influido significativamente en el desarrollo del niño. La exposición a la agresividad y abuso del padre, y el posterior divorcio de los padres, son factores que deben ser considerados. La teoría de los sistemas familiares sugiere que los problemas en una familia pueden causar estrés significativo en sus miembros, lo que puede contribuir a la aparición de trastornos psicológicos.

Historia del Desarrollo:
Evaluar los hitos del desarrollo y los factores perinatales es crucial para identificar posibles riesgos biológicos y psicológicos. En este caso, el niño alcanzó los hitos del desarrollo según la edad, lo que sugiere un desarrollo inicial normal. Sin embargo, la exposición temprana al comportamiento agresivo del padre y los problemas matrimoniales pueden haber tenido un impacto negativo en su desarrollo emocional y psicológico.

Evaluación Psicométrica y Diagnóstica

Pruebas Psicológicas:
Utilizar pruebas como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) y la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC) para evaluar la personalidad, el estado emocional y las capacidades cognitivas del niño. Estas pruebas pueden proporcionar una visión detallada de su perfil psicológico y ayudar a identificar áreas específicas de dificultad.

Entrevista Clínica Estructurada:
Aplicar la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-V (SCID-5) para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia y descartar otros trastornos. Esta entrevista permite una evaluación sistemática y estandarizada de los síntomas del paciente, facilitando un diagnóstico preciso.

Formulación del Caso

Modelo Bio-Psico-Social
Factores Biológicos:
Considerar el historial médico y los tratamientos farmacológicos previos. Aplicar el modelo de vulnerabilidad-estrés para entender cómo la predisposición genética (factores biológicos) y el estrés ambiental han contribuido al inicio de la esquizofrenia. La evaluación genética puede incluir la búsqueda de antecedentes familiares de trastornos mentales y la identificación de posibles mutaciones genéticas que puedan estar relacionadas con la esquizofrenia. Además, la historia del tratamiento con diversos medicamentos y su impacto en el paciente debe ser monitoreada cuidadosamente.

Factores Psicológicos:
Evaluar el impacto del abuso y la violencia doméstica utilizando la teoría del apego de Bowlby para entender cómo la falta de una figura paterna segura ha afectado su desarrollo emocional. Los problemas de apego pueden llevar a dificultades en la regulación emocional y la capacidad para formar relaciones seguras y estables. En este caso, la exposición a un entorno doméstico violento y la falta de una figura paterna constante pueden haber contribuido a la aparición de síntomas psicóticos y problemas emocionales.

Factores Sociales:
Analizar cómo el cambio de residencia y de escuela ha afectado su integración social y su rendimiento académico, aplicando la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson. Según Erikson, la adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo de la identidad y la competencia social. Los cambios significativos en el entorno social, como el cambio de residencia y de escuela, pueden interrumpir este proceso y contribuir a problemas emocionales y de comportamiento. En este caso, el cambio de residencia y de escuela, junto con la violencia doméstica y el divorcio de los padres, han creado un entorno altamente estresante para el niño, lo que ha contribuido a la aparición de sus síntomas.

Plan de Tratamiento

Intervención Farmacológica
Antipsicóticos:
Continuar con el tratamiento con antipsicóticos atípicos como el aripiprazol y la clorpromazina, monitorizando los efectos secundarios. Aplicar el modelo de adherencia al tratamiento de la teoría de la autodeterminación para mejorar la adherencia del paciente. Este modelo sugiere que la adherencia al tratamiento mejora cuando los pacientes comprenden la necesidad del tratamiento, están motivados para seguirlo y sienten que tienen control sobre su propio cuidado. En este caso, es importante educar al paciente y a su familia sobre la esquizofrenia y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

Intervención Psicosocial
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):
Implementar la TCC para abordar los síntomas psicóticos, utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva para desafiar las ideas delirantes y el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la socialización. La TCC puede ayudar al paciente a reconocer y cambiar patrones de pensamiento distorsionados y comportamientos disfuncionales. Además, el entrenamiento en habilidades sociales puede ayudar al paciente a mejorar su capacidad para interactuar con los demás de manera efectiva y a reducir el aislamiento social.

Psicoeducación Familiar:
Educar a la familia sobre la esquizofrenia y cómo manejar los síntomas. Aplicar el modelo de la terapia familiar de sistemas para mejorar la dinámica familiar y reducir el estrés en el hogar. La psicoeducación familiar puede ayudar a los miembros de la familia a comprender mejor la enfermedad, aprender estrategias para apoyar al paciente y manejar el estrés relacionado con el cuidado de un miembro de la familia con esquizofrenia. La terapia familiar de sistemas se enfoca en mejorar la comunicación y las relaciones dentro de la familia, lo que puede ayudar a reducir la tensión y el conflicto.

Terapia Ocupacional y Actividades Estructuradas:
Desarrollar un programa de actividades estructuradas para mejorar la motivación y la participación en actividades diarias. La terapia ocupacional puede ayudar al paciente a desarrollar habilidades para las actividades diarias, mejorar su autoestima y aumentar su participación en actividades sociales y recreativas. Un programa de actividades estructuradas puede incluir actividades académicas, deportivas y recreativas que sean significativas para el paciente y que promuevan su bienestar general.

Monitoreo y Evaluación

Seguimiento Regular
Evaluaciones Periódicas:
Realizar evaluaciones periódicas del estado mental y del funcionamiento general del paciente. Utilizar el Cuestionario de Evaluación de la Terapia de Conducta (BTSQ) para monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Estas evaluaciones pueden ayudar a identificar cualquier cambio en los síntomas del paciente y a ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

Ajustes del Tratamiento:
Basado en las evaluaciones, ajustar los medicamentos y las intervenciones terapéuticas según sea necesario. Esto puede incluir cambios en la dosificación de los medicamentos, la introducción de nuevas intervenciones terapéuticas o la modificación del programa de actividades del paciente.

Consideraciones Éticas

Confidencialidad
Mantener la confidencialidad del paciente y asegurar que todas las intervenciones sean en su mejor interés, de acuerdo con el código de ética de la American Psychological Association (APA). La confidencialidad es fundamental para establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, y para garantizar que el paciente se sienta seguro y apoyado durante el tratamiento.

Consentimiento Informado
Obtener el consentimiento informado del paciente y de su madre para todas las evaluaciones y tratamientos, asegurando que comprendan los riesgos y beneficios. El consentimiento informado es un proceso continuo que implica proporcionar al paciente y a su familia la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y asegurarse de que comprendan los riesgos y beneficios asociados con las diferentes opciones de tratamiento.

Caso 2

Esquizofrenia Catatónica

Antecedentes Familiares:
La esquizofrenia catatónica es una forma rara pero grave de esquizofrenia que se caracteriza por la presencia de síntomas motores y comportamentales. Estos síntomas pueden variar desde la inmovilidad extrema (estupor) hasta movimientos agitados y repetitivos sin propósito aparente. A continuación, profundicemos en aspectos teóricos y prácticos relevantes:

SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

Estupor: Es una forma extrema de catatonia donde el paciente puede parecer completamente inmóvil y desinteresado en su entorno. Una persona diagnosticada con esquizofrenia catatónica es encontrada sentada en su habitación durante horas, sin responder a llamadas o estímulos externos. Está completamente inmóvil, con la mirada fija en un punto lejano y sin mostrar interés en su entorno.

Actividad motora excesiva: Contrariamente al estupor, algunos pacientes pueden mostrar una hiperactividad motora, realizando movimientos repetitivos y sin objetivo. Una persona presenta episodios de catatonia donde camina de un lado a otro en su habitación de manera repetitiva y sin descanso. A pesar de los intentos de su familia por detenerla, continúa con este movimiento por largos períodos de tiempo.

Posturas anormales: Mantenimiento de posiciones corporales extrañas o incómodas, como adoptar una posición de cera o permanecer en una postura erguida durante períodos prolongados. Una persona adopta una posición de cera durante horas, con los brazos extendidos hacia adelante y las piernas cruzadas en una postura incómoda. No responde a los intentos de su madre por cambiar su posición, permaneciendo inmóvil y rígido.

Negativismo: Resistencia pasiva o activa a las instrucciones o intentos de mover al paciente. Una persona muestra resistencia pasiva cuando los médicos intentan moverla de su cama para realizar un examen físico. Se rehúsa a cooperar, volviéndose rígida y evitando cualquier intento de contacto físico.

Mutismo: Reducción significativa o ausencia completa de habla. Una persona con esquizofrenia catatónica ha dejado de hablar por completo durante las últimas dos semanas. A pesar de los esfuerzos de los profesionales de la salud para comunicarse con ella, no emite sonido alguno y parece estar desconectada de su entorno.

Ecolalia y ecopraxia: Ecolalia es la repetición sin sentido de palabras o frases dichas por otros, mientras que ecopraxia se refiere a la imitación involuntaria de los movimientos de otras personas. Una persona con esquizofrenia catatónica repite las últimas palabras que le dicen, como si estuviera grabando y reproduciendo un mensaje sin sentido.

Una persona imita los gestos y movimientos de las personas a su alrededor de manera automática, como tocarse la cara o cruzar las piernas, sin comprender el motivo detrás de estos actos.

TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS

Modelo de Desregulación Cortical: Algunos modelos teóricos sugieren que la esquizofrenia catatónica puede ser el resultado de una desregulación en las áreas corticales que controlan el movimiento y la respuesta a los estímulos.

Modelo de Disfunción GABAérgica: La hipótesis de la disfunción GABAérgica postula que una alteración en el sistema de neurotransmisores GABA podría contribuir a los síntomas de catatonia.

Modelo de Inflamación e Inmunidad: Investigaciones recientes exploran el papel de la inflamación cerebral y la respuesta inmunológica en el desarrollo de la esquizofrenia catatónica, aunque este campo aún está en desarrollo.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

Antipsicóticos: Aunque inicialmente la respuesta puede ser limitada en algunos casos de esquizofrenia catatónica, los antipsicóticos (como la olanzapina, risperidona o aripiprazol) son la base del tratamiento para controlar los síntomas psicóticos y motores.

Terapia Electroconvulsiva (TEC): Es particularmente efectiva en casos graves o resistentes, donde los síntomas no responden adecuadamente a los antipsicóticos. La TEC puede inducir cambios neuroquímicos que alivian los síntomas de la catatonia de manera rápida y efectiva.

Apoyo Psicosocial: La rehabilitación y el apoyo psicosocial son esenciales para ayudar al paciente a recuperarse y reintegrarse en la comunidad. Esto puede incluir terapias ocupacionales, programas de habilidades sociales y apoyo familiar.

DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO CLÍNICO

La esquizofrenia catatónica presenta desafíos únicos debido a la variabilidad en la presentación clínica y la respuesta al tratamiento.

La necesidad de un enfoque multidisciplinario es crucial para manejar los síntomas complejos y persistentes, que pueden requerir ajustes frecuentes en la estrategia terapéutica.

La educación y el apoyo continuo a la familia son esenciales, ya que pueden desempeñar un papel clave en el apoyo emocional y en la gestión de cuidados del paciente.

Caso 3

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones que causan angustia significativa. Vamos a explorar más a fondo los aspectos teóricos y prácticos relacionados con el TOC:

SÍNTOMAS DEL TOC
Obsesiones: Son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son intrusivos y no deseados. Ejemplos incluyen miedo a la contaminación, dudas constantes o pensamientos agresivos.

Compulsiones: Son comportamientos repetitivos o actos mentales que se realizan en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben seguirse estrictamente. Ejemplos incluyen lavarse las manos repetidamente, contar cosas o revisar constantemente.

TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS
Modelo Cognitivo-Conductual: La TCC, basada en este modelo, sugiere que el TOC surge de la interacción entre pensamientos intrusivos (obsesiones) y el comportamiento repetitivo (compulsiones) diseñado para neutralizar la ansiedad.

Teoría del Aprendizaje y Condicionamiento: Algunas perspectivas teóricas ven el TOC como un resultado del condicionamiento clásico o operante, donde las compulsiones se refuerzan negativamente al reducir temporalmente la ansiedad asociada con las obsesiones.

Modelos Neurobiológicos: Investigaciones sugieren que alteraciones en el sistema serotoninérgico y otros neurotransmisores podrían estar implicados en la etiología del TOC, respaldando el uso de medicamentos como los ISRS.

TRATAMIENTO DEL TOC
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Es el tratamiento de elección y se centra en identificar, desafiar y cambiar los pensamientos y comportamientos problemáticos asociados con el TOC. La TCC incluye técnicas como la exposición y la prevención de respuesta (ERP).

Medicamentos: Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los más comúnmente recetados para el TOC. Estos medicamentos ayudan a reducir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones.

Exposición y Prevención de Respuesta (ERP): Parte integral de la TCC, donde el paciente se expone gradualmente a las obsesiones mientras se desalientan las compulsiones, ayudando así a reducir la ansiedad asociada.

Integración de Tratamientos para TOC y Esquizofrenia Catatónica:
Cuando se presenta una comorbilidad entre TOC y esquizofrenia catatónica, el enfoque de tratamiento debe adaptarse cuidadosamente para abordar cada trastorno de manera efectiva.

La coordinación entre el psicólogo clínico y el psiquiatra es crucial para gestionar adecuadamente los diferentes aspectos del tratamiento, incluyendo ajustes en medicamentos y enfoques terapéuticos según sea necesario.

Es importante considerar cómo los síntomas de un trastorno pueden afectar o interactuar con los síntomas del otro, por ejemplo, cómo las obsesiones compulsivas pueden superponerse con los comportamientos catatónicos en el caso de la esquizofrenia catatónica.

ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO
Evaluación y Diagnóstico Completo: Realizar una evaluación exhaustiva para diferenciar y comprender los síntomas específicos de cada trastorno, así como su impacto en la vida del paciente.

Desarrollo de un Plan de Tratamiento Integral: Diseñar un plan de tratamiento que integre diferentes enfoques terapéuticos, como la TCC para el TOC y la TEC para la esquizofrenia catatónica, según sea necesario.

Apoyo Psicoeducativo a la Familia: Educar a la familia sobre los trastornos, los tratamientos disponibles y cómo pueden apoyar al paciente en su recuperación y manejo diario.

Referencias bibliográficas

• **Aas, M., Andreassen, O. A., Aminoff, S. R., Færden, A., Romm, K. L., Nesvåg, R., Berg, A. O., Simonsen, C., Agartz, I., & Melle, I. (2016)**. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC psychiatry, 16*, 126. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0827-4

• **Abi-Dargham, A., & Moore, H. (2003)**. Prefrontal DA transmission at D1 receptors and the pathology of schizophrenia. *The Neuroscientist: a review journal bringing neurobiology, neurology and psychiatry, 9*(5), 404–416. https://doi.org/10.1177/1073858403252674

• **Bratman, G. N., Bembibre, C., Daily, G. C., Doty, R. L., Hummel, T., Jacobs, L. F., Kahn, P. H., Lashus, C., Majid, A., Miller, J. D., Oleszkiewicz, A., Olvera-Alvarez, H., Parma, V., Riederer, A. M., Sieber, N. L., Williams, J., Xiao, J., Yu, C.-P., & Spengler, J. D. (2024)**. Nature and human well-being: The olfactory pathway. *Science Advances, 10*(20), eadn3028. https://doi.org/10.1126/sciadv.adn3028

• **Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005)**. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry, 162*(1), 12–24. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12

• **Cardno, A. G., & Owen, M. J. (2014)**. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. *Schizophrenia bulletin, 40*(3), 504–515. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu016

• **Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001)**. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine, 31*(2), 189–195. https://doi.org/10.1017/s0033291701003312

• **Heilig, M., Egli, M., Crabbe, J. C., & Becker, H. C. (2010)**. Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked? *Addiction biology, 15*(2), 169–184. https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2009.00194.x

• **Kaar, S. J., Natesan, S., McCutcheon, R., & Howes, O. D. (2020)**. Antipsychotics: Mechanisms underlying clinical response and side-effects and novel treatment approaches based on pathophysiology. *Neuropharmacology, 172*, 107704. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.107704

• **Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R. M. (2010)**. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia bulletin, 36*(4), 655–664. https://doi.org/10.1093/schbul/sbq051

• **Murray, R. M., Englund, A., Abi-Dargham, A., Lewis, D. A., Di Forti, M., Davies, C., Sherif, M., McGuire, P., & D'Souza, D. C. (2017)**. Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology, 124*, 89–104. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.06.018

• **Reeve, S., Emsley, R., Sheaves, B., & Freeman, D. (2018)**. Disrupting Sleep: The Effects of Sleep Loss on Psychotic Experiences Tested in an Experimental Study with Mediation Analysis. *Schizophrenia bulletin, 44*(3), 662–671. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx103

• **Sánchez, L. G., Sánchez-Luengo, F. G. Y Rincón, E. G.-L. (18 de junio de 2024)**. *Psicosis*. Junta de Andalucía. Recuperado de https://manualclinico.hospitaluvrocio.es

• **Sheffield, J. M., & Barch, D. M. (2016)**. Cognition and resting-state functional connectivity in schizophrenia. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 61*, 108–120. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.12.007

• **Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012)**. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin, 38*(4), 661–671. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050

• **Waring, A. C., Rodondi, N., Harrison, S., Kanaya, A. M., Simonsick, E. M., Miljkovic, I., Satterfield, S., Newman, A. B., Bauer, D. C., & Health, Ageing, and Body Composition (Health ABC) Study (2012)**. Thyroid function and prevalent and incident metabolic syndrome in older adults: the Health, Ageing and Body Composition Study. *Clinical endocrinology, 76*(6), 911–918. https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2011.04328.x