

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-amino-butírico (GABA), un importante neurotransmisor inhibitorio, 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".

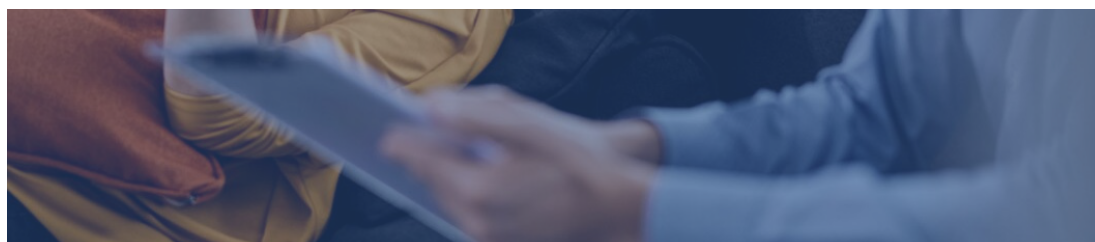
"Me dicen que no podré mantener un trabajo o estudiar, pero conozco a muchas personas con psicosis que son profesionales exitosos y estudiantes dedicados".

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

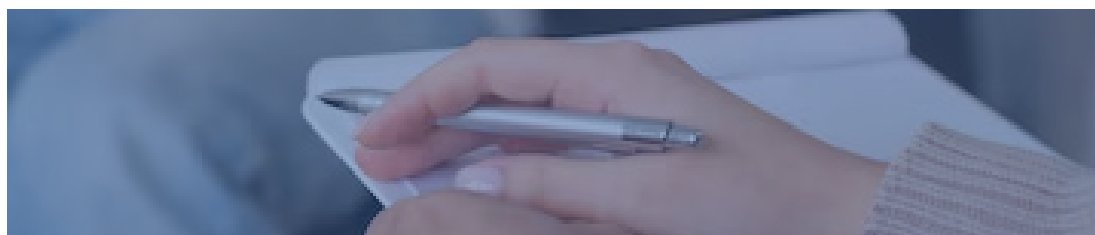
Las entrevistas clínicas son sesiones estructuradas o semi-estructuradas donde el psicólogo o psiquiatra interactúa directamente con el paciente y, en algunos casos, con sus familiares o allegados. Asimismo, están diseñadas para obtener información detallada sobre el estado mental del consultante, sus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