

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 hipersomnía (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.

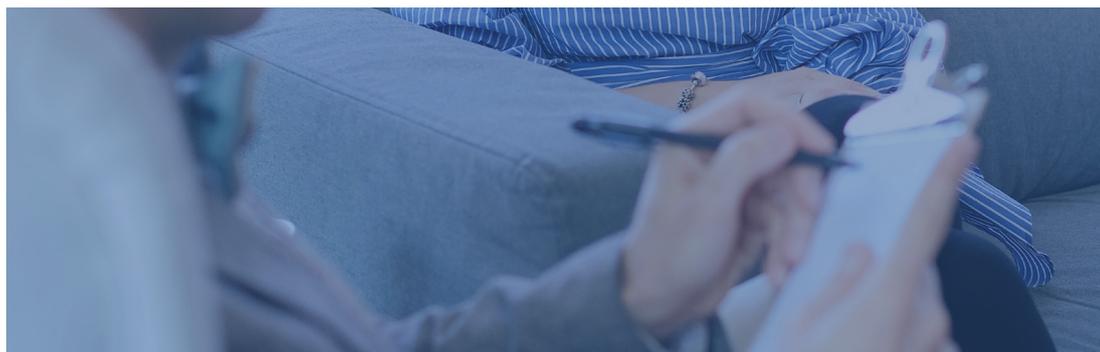
Orientación clínica

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). Por 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
<i>Localización</i>	<i>Exterior</i>	<i>Interior</i>	<i>Exterior</i>
<i>¿Cree que es real?</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Trastorno</i>	<i>Auditivas: Esquizofrenia</i> <i>Visuales: Síndrome confusional</i>	<i>Esquizofrenia</i>	<i>Alcoholismo</i>

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 la 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
<i>Esquizofrenia</i>	<i>Trastorno de ideas delirantes o paranoia</i>
<i>Brusco</i>	<i>Se va desarrollando</i>
<i>Poco estructurado</i>	<i>Estructurado, sistematizado</i>
<i>Ruptura biográfica</i>	<i>No ruptura biográfica</i>

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 esos 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.

