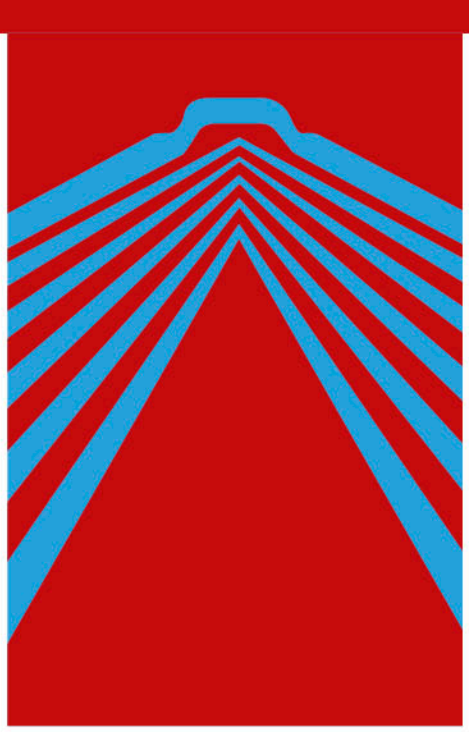


Tratamientos psicológicos para la psicosis

Eduardo Fonseca Pedrero
(Coord.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Tratamientos psicológicos para la psicosis

Coordinador
EDUARDO FONSECA PEDRERO
PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD EN LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA (UR)

Tratamientos psicológicos para la psicosis

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.), 2019
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2019
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4134-3

Relación de autores

Teresa Abad Sierra
Fundación Manantial. Comunidad de Madrid.

Susana Al-Halabí
Universidad de Oviedo.

Irene Alonso Fernández
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Mario Álvarez-Jiménez
Orygen The Centre of Excellence in Youth Mental Health, Melbourne.

Gloria Bellido Zanin
Hospital de Mataró, Barcelona.

Teresa Bobes Bascarán
Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Julio Bobes García
Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Ana Calvo Calvo
Universidad Internacional de La Rioja.

Tom K. J. Craig
King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience. South London and Maudsley Foundation Trust.

Adriana Díez Gómez del Casal
Universidad de La Rioja.

Xacobe Abel Fernández García
Centro de Salud Mental-1 de Badalona, Barcelona.

María Purificación Fernández Iglesias
Práctica privada. Torrelavega, Cantabria.

Eduardo Fonseca Pedrero
Universidad de La Rioja. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Ascensión Fumero
Universidad de La Laguna.

Leticia García Álvarez
Universidad de Oviedo.

José Manuel García Montes
Universidad de Almería.

Philippa Garety
King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience. South London and Maudsley Foundation Trust.

Leticia González Blanco
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA).

David González Pando
Servicio Asturiano de Salud Mental.

César González-Blanch Bosch
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Jesús de la Higuera Romero
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Naroa Ibarretxe-Bilbao
Universidad de Deusto.

Félix Inchausti
Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, Servicio Riojano de Salud.

Serafín Lemos Giráldez
Universidad de Oviedo.

© Ediciones Pirámide

Paul H. Lysaker
Indiana University School of Medicine, EE.UU.

Rosario J. Marrero
Universidad de La Laguna.

María Mayoral Aragón
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Adelia de Miguel
Universidad de La Laguna.

Rosario Morales Moreno
Agencia Valenciana de Salud de la Generalitat Valenciana.

Natalia Ojeda del Pozo
Universidad de Deusto.

Nuria Ordóñez Camblor
Universidad de Burgos.

Javier Ortuño Sierra
Universidad de La Rioja.

Mercedes Paino
Universidad de Oviedo.

Javier Peña Lasa
Universidad de Deusto.

Wenceslao Peñate
Universidad de La Laguna.

Marino Pérez-Álvarez
Universidad de Oviedo.

Alicia Pérez de Albéniz
Universidad de La Rioja.

Salvador Perona Garcelán
Hospital de Día de Salud Mental Virgen del Rocío. Universidad de Sevilla.

Javier Prado-Abril
Servicio Aragonés de Salud.

Marta Rapado Castro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Juan Francisco Rodríguez Testal
Universidad de Sevilla.

Mar Rus-Calafell
University of Oxford. Oxford Health Foundation. Reino Unido.

Sergio Sánchez-Reales
Servicio Murciano de Salud.

Olga Santesteban-Echarri
University of Calgary. Canadá.

Cristina Senín Calderón
Universidad de Cádiz.

Sara Toledano Márquez
Fundación Manantial. Comunidad de Madrid.

Óscar Vallina Fernández
Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud.

Raül Vilagrà Ruiz
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Les Corts i Sarriá-St. Gervasi, Barcelona.

Thomas Ward
King´s College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience. South London and Maudsley Foundation Trust.

© Ediciones Pirámide

Índice

Agradecimientos 19

Prólogo 23

1. El síndrome psicótico: pasado, presente y futuro *(Eduardo Fonseca Pedrero y Serafín Lemos Giráldez)* 25

1. Introducción 25
2. Un breve recorrido histórico 26
   - 2.1. Concepto de psicosis y esquizofrenia 26
   - 2.2. Historia de los abordajes terapéuticos 29
3. Conceptualización del síndrome psicótico 32
4. Criterios diagnósticos: DSM-5 y CIE-11 37
   - 4.1. Introducción 37
   - 4.2. Modelo DSM-5 38
   - 4.3. Modelo CIE-11 42
   - 4.4. Semejanzas, diferencias y cuestiones de fondo 44
5. Epidemiología 45
6. Curso evolutivo, pronóstico e impacto sociosanitario 47
7. Modelos etiológicos 48
   - 7.1. Introducción 48
   - 7.2. Modelo de vulnerabilidad-estrés 50
   - 7.3. Modelos del neurodesarrollo 52
   - 7.4. Modelo de propensión-persistencia-deterioro a la psicosis 52
   - 7.5. Modelos basados en la fenomenología 55
   - 7.6. Teoría de los sistemas complejos 55
8. Reconceptualización del síndrome psicótico 61
   - 8.1. Introducción 61
   - 8.2. Algunas propuestas 63
9. Recapitulación 66

En primera persona 67
Caso clínico 68
Términos clave 71
Enlaces web de interés 71
Bibliografía comentada 72
Referencias bibliográficas 72

© Ediciones Pirámide

2. Evaluación del síndrome psicótico *(Eduardo Fonseca Pedrero, Adriana Díez Gómez del Casal y Alicia Pérez de Albéniz)* 79

1. Introducción 79
2. Consideraciones generales del proceso de evaluación 79
   2.1. Introducción 79
   2.2. Objetivos del proceso de evaluación 81
   2.3. Directrices generales del proceso de evaluación 81
   2.4. Calidad psicométrica de los instrumentos de medida 84
3. Evaluación del síndrome psicótico 86
   3.1. Evaluación conductual 86
   3.2. Protocolo general de evaluación 87
   3.3. Dominios específicos de evaluación 93
      3.3.1. Dimensión positiva 93
      3.3.2. Dimensión negativa 94
      3.3.3. Dimensión cognitiva 96
      3.3.4. Dimensión afectiva 97
      3.3.5. Dimensión de desorganización 97
      3.3.6. Funcionamiento y calidad de vida 98
      3.3.7. Factores asociados 99
      3.3.8. Aspectos médico-biológicos 100
4. Evaluación en población infanto-juvenil de las experiencias psicóticas 100
5. Avances en evaluación del síndrome psicótico 102
   5.1. Introducción 102
   5.2. Evaluación ambulatoria 104
6. Recapitulación 109

En primera persona 109
Caso clínico 111
Términos clave 115
Enlaces web de interés 116
Bibliografía comentada 116
Referencias bibliográficas 117

3. La filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica: pensando en psicosis *(Marino Pérez-Álvarez y José Manual García Montes)* 123

1. Introducción 123
2. Mapa de cosmovisiones científicas 124
3. Enfoque científico-técnico biomédico positivista: limitaciones 128
   3.1. Gramática del encuentro clínico 128
   3.2. El papel del individuo en la era de procesos 130
4. Enfoque científico-humano holista contextual centrado en la persona: presentación 132
   4.1. Por una idea de persona: entre la identidad y la alteridad 132
   4.2. Modelo dialéctico centrado-en-la-persona 136
   4.3. Método fenomenológico-hermenéutico-dinámico (FHD) de entrevista terapéutica 137
5. Conclusiones 139

Términos clave 139
Enlaces web de interés 140
Bibliografía comentada 141
Referencias bibliográficas 142

© Ediciones Pirámide

4. Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico *(Félix Inchausti, Sergio Sánchez-Reales y Javier Prado-Abril)* 145

1. Introducción 145
2. Principios generales del cambio en psicosis 146
   - 2.1. Marco conceptual de los trastornos del espectro psicótico 146
   - 2.2. Marco conceptual del cambio psicoterapéutico 148
   - 2.3. Principios generales del cambio psicoterapéutico 148
   - 2.4. Jerarquización del cambio 149
3. Evaluación y planificación del tratamiento 149
   - 3.1. Evaluación y diagnóstico 149
   - 3.2. Formulación clínica y planificación del tratamiento 150
   - 3.3. Establecimiento del encuadre psicoterapéutico desde una aproximación relacional 152
     - 3.3.1. Contrato terapéutico 152
     - 3.3.2. Alianza terapéutica 152
     - 3.3.3. Autorrevelaciones 153
     - 3.3.4. Metacomunicación 154
     - 3.3.5. Prevención, detección y resolución de las rupturas de alianza terapéutica 156
     - 3.3.6. Contratransferencia 157
4. Consideraciones generales sobre el tratamiento 159
   - 4.1. Manejo de los síntomas en sesión 159
   - 4.2. Manejo de las crisis y la ideación suicida 161
   - 4.3. Manejo de la desregulación emocional 164
   - 4.4. Mejora del acceso a los estados mentales y reconstrucción de los esquemas disfuncionales 166
5. Consideraciones generales sobre el terapeuta en el proceso psicoterapéutico 166
6. Conclusiones 168

En primera persona 169
Caso clínico 170
Términos clave 172
Enlaces web de interés 173
Bibliografía comentada 173
Referencias bibliográficas 174

5. Terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos positivos *(Gloria Bellido Zanin, Cristina Senín Calderón, Juan Francisco Rodríguez Testal y Salvador Perona Garcelán)* 181

1. Introducción 181
2. Tratamiento 182
   - 2.1. El trabajo con el significado de los síntomas 183
     - 2.1.1. El análisis verbal de las creencias delirantes 183
     - 2.1.2. La comprobación empírica 188
     - 2.1.3. Exposición a las imágenes asociadas a las creencias 190
     - 2.1.4. Elaboración de un nuevo modelo para la comprensión de la experiencia psicótica 191
   - 2.2. El trabajo con el significado de los esquemas cognitivos 192
   - 2.3. Prevención del riesgo de recaídas 194
3. Eficacia de la TCCPp 195
4. Conclusiones 197

En primera persona 198

© Ediciones Pirámide

Caso clínico 199
Términos clave 206
Enlaces web de interés 207
Bibliografía comentada 208
Referencias bibliográficas 209

6. Rehabilitación neuropsicológica en psicosis: de la teoría a la práctica *(Natalia Ojeda del Pozo, Javier Peña Lasa y Naroa Ibarretxe-Bilbao)* 213

1. Introducción 213
   1.1. Rehabilitación neuropsicológica. Qué es y qué características tiene 215
   1.2. Objetivos de la rehabilitación neuropsicológica 216
2. Programas de rehabilitación neuropsicológica para trastornos psicóticos 216
   2.1. El Rehacop 216
   2.2. El programa de terapia psicológica integrativa 221
   2.3. ¿Cuándo se debería realizar la rehabilitación neuropsicológica? 222
   2.4. Duración, frecuencia y formato 223
   2.5. Programas informatizados de rehabilitación neuropsicológica en castellano para trastornos psicóticos 226
      2.5.1. El entrenador neuropersonal 226
      2.5.2. El NeuronUp 226
3. Evidencias de los tratamientos 227
4. Recapitulación 228
En primera persona 228
Caso clínico 229
Términos clave 233
Enlaces web de interés 233
Bibliografía comentada 233
Referencias bibliográficas 234

7. Intervenciones familiares psicoeducativas en psicosis *(María Mayoral Aragón, Marta Rapado Castro, Ana Calvo Calvo y Susana Al-Halabí)* 237

1. Introducción 237
   1.1. Papel de la familia en el tratamiento de la psicosis 237
   1.2. La psicoeducación en la práctica clínica. Programas de orientación psicoeducativa 238
2. Evidencia sobre la eficacia de los tratamientos psicoeducativos familiares: recomendaciones 240
3. Descripción del programa de intervención en psicosis adolescente (PIENSA) 243
   3.1. Justificación del programa 243
   3.2. Fases de la intervención 244
      3.2.1. Entrevistas individuales 244
      3.2.2. Sesiones grupales 245
      3.2.3. Supervisión de los terapeutas 246
4. Conclusión 247
En primera persona 247
Caso clínico 247
Términos clave 250
Enlaces web de interés 250
Bibliografía comentada 250
Referencias bibliográficas 251

© Ediciones Pirámide

8. Intervenciones psicoeducativas en psicosis *(Ascensión Fumero, Rosario J. Marrero, Adelia de Miguel y Wenceslao Peñate)* 255

1. Psicoeducación para personas con psicosis 255
2. Componentes del *counseling:* evidencias 256
   2.1. Salud física y autocuidado 256
   2.2. Estrategias para gestionar los síntomas del trastorno 257
   2.3. Estrategias que facilitan el manejo de emociones y de la anhedonia 258
   2.4. Prevención de recaídas 260
3. Programas psicoeducativos centrados en personas con esquizofrenia 262
   3.1. Prevención de la autoestigmatización 262
   3.2. Entrenando fortalezas del carácter 264
4. Propuesta de intervención integrando psicoeducación y bienestar 267
5. Conclusiones 276

En primera persona 277
Caso clínico 277
Términos clave 278
Enlaces web de interés 278
Bibliografía comentada 279
Referencias bibliográficas 279

9. Habilidades sociales: nuevas perspectivas y propuestas de intervención en psicosis *(Javier Ortuño Sierra, Adriana Díez Gómez del Casal y David González Pando)* 285

1. Introducción 285
   1.1. Las habilidades sociales y su relación con la psicosis 285
   1.2. Factores que inciden en la adquisición y despliegue de las habilidades sociales 286
   1.3. Aspectos de la comunicación y habilidades sociales afectados en la esquizofrenia 289
   1.4. Programas de entrenamiento en habilidades sociales en psicosis 291
2. Eficacia de los tratamientos de habilidades sociales en psicosis 297
3. Recapitulación 300

En primera persona 302
Caso clínico 305
Términos clave 314
Enlaces web de interés 314
Bibliografía comentada 314
Referencias bibliográficas 315

10. Tratamientos integrados multimodales en psicosis *(Mercedes Paino, Leticia García Álvarez y Nuria Ordóñez Camblor)* 321

1. Los tratamientos integrados multimodales en psicosis: introducción 321
2. Programa de terapia psicológica integrada (Integrated Psychological Therapy, IPT) 322
3. Terapia neurocognitiva integrada para pacientes con esquizofrenia (Integrated Neurocognitive Therapy, INT) 326
4. Programas residencial, ocupacional y de ocio y tiempo libre (Vocational, Residential, and Recreational Skills, WAF) 328
5. Módulos SILS (UCLA Social and Independent Living Skills, SILS) 329

© Ediciones Pirámide

6. Terapia de mejora cognitiva (Cognitive Enhacement Therapy, CET) 330
7. Terapia personal de Hogarty (Personal Therapy, PT) 331
8. Tratamiento MCOG (Multiple Cognitive Deficits) 332
9. Programa de tratamiento NAVIGATE 334
10. Terapia de prevención de recaídas (Relapse Prevention Therapy, RPT) 335
11. Programma 2000 336
12. Recapitulación 337
En primera persona 339
Caso clínico 340
Términos clave 342
Enlaces web de interés 343
Bibliografía comentada 343
Referencias bibliográficas 344

11. Tratamiento combinado en la psicosis *(Teresa Bobes Bascarán, Leticia González Blanco, Irene Alonso Fernández, Rosario Morales Moreno y Julio Bobes García)* 347

1. Introducción 347
2. Tratamiento farmacológico de los trastornos del espectro psicótico 348
3. El tratamiento psicológico como coadyuvante del farmacológico en la psicosis 351
   - 3.1. Intervenciones dirigidas a la mejora de la eficacia del tratamiento farmacológico: la adherencia 351
     - 3.1.1. Creencias negativas sobre los efectos de la medicación 351
     - 3.1.2. Escasa conciencia de enfermedad 352
     - 3.1.3. Presencia de efectos secundarios 352
     - 3.1.4. Capacidades disminuidas por deterioro cognitivo 352
   - 3.2. Desarrollo de conciencia de enfermedad 353
   - 3.3. Tratamiento de los síntomas positivos 353
   - 3.4. Tratamiento de los síntomas negativos 354
     - 3.4.1. Eje emocional 355
     - 3.4.2. Eje cognitivo 355
     - 3.4.3. Eje social 355
4. Conclusiones 357

En primera persona 357
Caso clínico 359
Términos clave 361
Enlaces web de interés 362
Bibliografía comentada 362
Referencias bibliográficas 362

12. Gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario en psicosis *(Jesús de la Higuera Romero)* 365

1. Modelos de atención continuada en la comunidad 365
   - 1.1. Orígenes y fundamentos 365
   - 1.2. Tipología, características básicas y evidencia asociada 365
     - 1.2.1. El modelo de bróker 366
     - 1.2.2. El modelo de *case management* clínico 367
     - 1.2.3. El modelo orientado hacia las fortalezas 368
     - 1.2.4. El *case management* intensivo 369

© Ediciones Pirámide

1.3. Reflexiones al hilo de la disparidad de resultados ... 370
2. El tratamiento asertivo comunitario ... 370
2.1. Descripción general del procedimiento ... 370
2.2. Evidencia empírica ... 371
2.3. Evolución de las intervenciones ... 373
2.3.1. Nuevos desarrollos: el ACT flexible ... 373
2.3.2. Introducción del modelo de recuperación ... 376
2.3.3. Limitación temporal en el ACT: ¿son las altas posibles? ... 378
3. Conclusiones ... 379
En primera persona ... 380
Caso clínico ... 381
Términos clave ... 383
Enlaces web de interés ... 384
Bibliografía comentada ... 384
Referencias bibliográficas ... 385

13. La terapia metacognitiva en psicosis *(Félix Inchausti, Sergio Sánchez-Reales, Javier Prado-Abril y Paul H. Lysaker)* ... 391

1. Introducción ... 391
2. Definición de metacognición ... 392
3. Evaluación de la metacognición ... 394
4. Funcionamiento metacognitivo en psicosis ... 395
5. La terapia de reflexión metacognitiva e *insight:* MERIT ... 396
5.1. Objetivos ... 396
5.2. Principios generales ... 396
5.3. Resultados ... 398
5.4. Implicaciones asistenciales ... 399
5.4.1. Orientación al proceso vs. contenidos ... 399
5.4.2. Orientación a objetivos vs. problemas ... 399
5.4.3. Orientación a la recuperación como fenómeno intersubjetivo ... 400
5.4.4. Orientación a la recuperación como fenómeno cambiante ... 400
5.4.5. Orientación a la metacognición ... 400
5.5. Comparativa con otras terapias no metacognitivas ... 401
6. Conclusiones ... 402
En primera persona ... 403
Caso clínico ... 403
Términos clave ... 409
Enlaces web de interés ... 409
Bibliografía comentada ... 409
Referencias bibliográficas ... 410

14. Intervención psicológica en estados mentales de alto riesgo de psicosis *(Raül Vilagrà Ruiz, Xacobe Abel Fernández García, Félix Inchausti y Eduardo Fonseca-Pedrero)* ... 415

1. Introducción ... 415
2. Conceptualización de los estados mentales de alto riesgo de psicosis ... 416
2.1. Introducción ... 416
2.2. Delimitación conceptual ... 418
2.3. Características de los estados mentales de alto riesgo de psicosis ... 421
3. Modelos etiológicos ... 422

© Ediciones Pirámide

4. Evaluación de los estados mentales de alto riesgo de psicosis 422
5. Tratamientos psicológicos en los estados mentales de alto riesgo 425
5.1. Introducción 425
5.2. Eficacia global de las intervenciones psicológicas en estados mentales de alto riesgo 426
5.3. Programas integrados de tratamiento y sus factores comunes 429
5.4. Áreas de intervención y su proceso terapéutico 430
6. Dificultades y propuestas de mejora en los programas de intervención temprana de psicosis 432
7. Recapitulación 435
En primera persona 436
Caso clínico 436
Términos clave 445
Enlaces web de interés 445
Bibliografía comentada 446
Referencias bibliográficas 446

15. Terapias contextuales para la psicosis *(Óscar Vallina Fernández, Marino Pérez Álvarez, María Purificación Fernández Iglesias y José Manuel García Montes)* 453

1. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) 453
1.1. Procesos centrales de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) 454
1.2. Un modelo para el desarrollo de terapias basadas en el *mindfulness* y la aceptación para la psicosis 454
1.3. Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis (ACTp) 454
1.3.1. Elementos terapéuticos esenciales en la terapia de aceptación y compromiso para la psicosis 457
1.4. ACTp en la fase aguda de la psicosis 459
1.5. ACT en la intervención temprana en psicosis 460
1.5.1. Estrategias de tercera ola para la regulación emocional en la psicosis temprana 460
1.5.2. ACT de grupo para la recuperación de la psicosis: «ACT para la vida» 461
1.6. ACT para la depresión pospsicótica (ACTdp) 464
1.7. Tratamiento conductual basado en la aceptación para la depresión mayor con síntomas psicóticos (ADAPT) 466
1.8. ACT para las alucinaciones auditivas 466
1.9. Evidencia empírica de la ACTp 466
2. Terapia centrada en la compasión (CFT) 467
2.1. Descripción general y marco teórico 467
2.2. Objetivos, etapas, estrategias y técnicas 469
2.3. CFT para la recuperación de la psicosis 470
2.3.1. Protocolo de tratamiento para la recuperación después de la psicosis 471
2.4. CFT de grupo para la fase aguda de la psicosis 474
2.5. Evidencia experimental de la CFT en psicosis 475
3. Intervenciones basadas en el *mindfulness* (MBI) 477
3.1. *Mindfulness* en los modelos cognitivo-conductuales contextuales 477
3.2. *Mindfulness* en la práctica clínica para la terapia de la psicosis 478
3.2.1. Adaptaciones para la práctica del *midfulness* en la psicosis 479
3.3. Intervenciones basadas en *mindfulness* para pacientes en fase aguda 481

© Ediciones Pirámide

3.4. Intervenciones grupales basadas en *mindfulness* para la psicosis temprana 481
3.5. Evidencia experimental del *mindfulness* en la psicosis 484
4. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora (TCBP) 486
4.1. Procesos centrales de la TCBP 487
4.2. Aplicación de la TCBP a través de sus fases 488
4.3. Aplicación en grupos de la TCBP 490
4.4. Evidencia experimental de la TCBP 490
En primera persona 493
Caso clínico 494
Términos clave 504
Enlaces web de interés 505
Bibliografía comentada 505
Referencias bibliográficas 506

16. La terapia AVATAR en psicosis: una nueva intervención digital para la mejora de las alucinaciones verbales auditivas *(Mar Rus-Calafell, Thomas Ward, Philippa Garety y Tom K. J. Craig)* 511

1. Introducción 511
1.1. ¿Qué son las voces y cómo surge la terapia AVATAR? 511
1.2. Enfoques terapéuticos para la mejora de las voces 512
1.3. Tecnología digital como herramienta de terapia 513
2. Componentes de la terapia AVATAR 515
2.1. Evaluación y creación del avatar 515
2.2. Sesiones terapéuticas: estructura, fases y principales técnicas 515
2.3. Recomendaciones para el terapeuta 517
3. Evidencia empírica de la terapia AVATAR 517
4. Conclusión y consideraciones sobre el futuro de AVATAR 519
En primera persona 520
Caso clínico 520
Términos clave 523
Enlaces web de interés 524
Bibliografía comentada 524
Referencias bibliográficas 525

17. Las nuevas tecnologías para la recuperación funcional de las personas con psicosis *(César González-Blanch Bosch, Olga Santesteban-Echarri y Mario Álvarez-Jiménez)* 527

1. Introducción 527
1.1. ¿Pueden las nuevas tecnologías ayudar a mantener los beneficios de la intervención temprana? 529
1.2. El uso de las TIC por las personas con psicosis 530
2. Las nuevas tecnologías para las personas con psicosis 530
2.1. Telepsicología 532
2.2. Intervenciones basadas en mensajes de texto SMS 532
2.3. Apps para smartphones y tablets 532
2.4. Intervenciones basadas en páginas web interactivas 533
3. Por la recuperación funcional de los jóvenes con psicosis: proyecto HORYZONS 533
3.1. Descripción de la intervención en HORYZONS 534

© Ediciones Pirámide

3.2. Protocolo de seguridad 538
3.3. Nuevos desarrollos..... 538
4. Recomendaciones..... 539
5. Conclusiones 539
En primera persona 541
Caso clínico 542
Términos clave 544
Enlaces web de interés 544
Bibliografía comentada..... 544
Referencias bibliográficas 545

18. Diálogo Abierto en psicosis *(Teresa Abad Sierra y Sara Toledano Márquez)*.. 551

1. Introducción..... 551
1.1. Quiénes somos..... 551
1.2. Por qué nos pareció importante aprender sobre Diálogo Abierto 552
2. Dialogismo..... 554
2.1. Qué es lo social..... 554
2.2. Cómo se producen los significados..... 554
2.3. La construcción del *self*..... 555
2.4. Diferencia entre diálogos y monólogos..... 555
2.5. La alteridad radical del otro 556
3. Cambio en la conceptualización de la psicosis..... 557
4. Organización del tratamiento..... 558
4.1. Los siete principios del enfoque 558
5. El proceso dialógico en las reuniones..... 560
5.1. Cómo escuchar 562
5.2. Cómo hablar..... 562
5.3. Cómo responder 563
5.4. Tareas de los terapeutas..... 563
6. Resultados..... 563
6.1. Cambios a través del proceso dialógico 563
6.2. Investigación longitudinal de seguimiento de los resultados de Diálogo Abierto 564
7. Conclusiones y recomendaciones 565
En primera persona 566
Caso clínico 568
Términos clave..... 570
Enlaces web de interés 571
Bibliografía comentada..... 572
Referencias bibliográficas 572

© Ediciones Pirámide

Agradecimientos

De todo el excelso compendio que tiene entre sus manos, querido lector, la parte más compleja de confeccionar, posiblemente, sea esta: los agradecimientos. Sí, así es, ardua tarea donde las haya.

Podría verse este apartado como una especie de prefacio. Aun a sabiendas de que el escritor italiano Dino S. Pitigrilli pudiera tener razón cuando apostilló «un prefacio es aquello que se escribe después del libro, se pone antes y no se lee ni antes ni después», me gustaría exponer algunas cuestiones que creo que pueden ser de cierto interés para la comprensión de esta obra. No se preocupe: seré breve. Como acertadamente le dijo Alonso Quijano a Sancho Panza: «sé breve en tus razonamientos, que ninguno hay gustoso si es largo».

Vayamos por partes. Espero que no me quede nada ni nadie en el tintero.

EL FUTURO SE CONSTRUYE

Todavía resuenan en mi interior las palabras de Federico Mayor Zaragoza cuando fue investido doctor *honoris causa* por la Universidad de La Rioja: «el futuro está por construir». Si tuviera que mencionar un hecho puntual de mi historia vital reciente por el cual este manual haya visto la luz y se pueda palpar, ver y husmear sería, sin duda alguna, este. Obviamente, hay muchos más que iré desgranando, pero este, tal vez, se lleve la palma. Seré claro: removió mi cerebro reptiliano y emocional. Usted sabe también como yo que la única forma de provocar un cambio radical en el comportamiento de las personas es sacudiendo la veleta emocional. Pues bien, y aunque el erudito Mayor Zaragoza no sea conocedor de este hecho, aquí esta el efecto de sus palabras en mi persona.

¡Qué poder tienen las palabras! Ellas permiten dibujar universos y paisajes aún no imaginados. Ellas permiten construir realidades soñadas solo por unos pocos; ellas permiten, a fin de cuentas, tender puentes hacia el futuro. Construir puentes entre personas, entre pacientes y profesionales, entre asociaciones e instituciones y un largo etcétera. Aquí hemos intentado erigir puentes que posibiliten un mejor futuro para las personas con trastorno de salud mental y sus familias. Sus cimientos son la evidencia científica, el rigor metodológico, la profesionalidad, la inclusión, las personas y la generosidad. ¿Qué otro menester podemos hacer los psicólogos que no sea este? ¿Qué otra respuesta pueden dar la ciencia y la psicología sino es la de servir a las personas? Sinceramente, no veo otra opción.

¡Qué fuerza tienen las palabras! A nuestro querido Sigmund Freud se le atribuye la frase: «la ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas». Suponiendo que tales palabras están sustentadas por la evidencia empírica, nos encontramos con la psicoterapia y la intervención psicológica. *Nihil novi sub sole.* No hace falta buscar más allá.

TEMPUS FUGIT

Sed fugit interea, fugit irreparabile tempus. Qué gran verdad, Virgilio. Tengo que reconocer abiertamente que el implacable paso del tiempo me preocupa, me preocupa seriamente. Y desde que la cigüeña

© Ediciones Pirámide

nos trajo a nuestra pequeña y dulce Allegra, aún más. Echo un vistazo por el retrovisor y ahí está Cronos. Es curioso, todo me parece un sueño. Mi primera carrera en la *pista finlandesa* con mi padre, mis veranos en Congostinas (Pajares), mi maestro de judo acariciando la cabeza, mi abuela tirándose montaña abajo, mi abuelo paterno pidiéndome que le regalara una medalla, mi madre cantando en el karaoke, mi hermana y yo luchando después de ver una peli de Bruce Lee, mi maestra diciéndome que no sería nada en la vida, Xagó, mis amigos de la infancia (Santi, Fran, Pablo...). Todas estas experiencias se hallan recubiertas de una sensación continua de movimiento. Iba a todos lados corriendo. Es curioso, solo puedo recordar mi infancia a cámara rápida.

Parecen también un sueño las clases magistrales que tuve el placer de escuchar en la Facultad de Psicología de Oviedo (1999-2004). Muñiz disertando sobre fiabilidad; Marino exponiendo la psicopatología del Quijote; Serafín conversando sobre psicosis. ¿Quién me iba a decir que ahora ellos serían grandes amigos y parte esencial de este compendio? Solo cuando se echa la vista atrás uno se percata de lo afortunado que ha sido y que es. Si le soy sincero, este manual tiene pinceladas del dios Cronos. También tiene brochazos de mis mentores y de los mentores de mis mentores (por ejemplo, Mariano Yela). Y, cómo no, todo tamizado por mi experiencia vital. Gran consejo también con el que me obsequió mi colega y amigo Martin Debbané durante mi estancia en Ginebra: piensa en grande *(think big)*. Ya que hacemos algo, lo hacemos bien y a lo grande, para y por algo. Ya que vamos a emplear nuestro preciado tiempo, lo haremos para una gran empresa. Pues eso: ¿por qué no hacer un libro sobre psicosis y su intervención? Seamos claros, tenemos una responsabilidad enorme como profesionales, y aquí le hemos intentando dar respuesta a este menester.

LA PSICOLOGÍA Y LA PSICOSIS

¿Cómo es posible que no haya un manual científico sobre tratamientos psicológicos eficaces en psicosis en español? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Me lo puede explicar? Lo siento, pero sinceramente no lo entiendo. La verdad es que ya da igual. Qué más da. Aquí lo tiene, y aquí lo tendrán las generaciones futuras. La psicología está de enhorabuena. Sí, así es; la psicología tiene que felicitarse. Goza de excelente salud. Nuestra querida psicología, presente y futura, está en buenas manos. Nuestros mentores han hecho bien su labor. Le garantizo que este será el camino en los años venideros. No hay otro. Aquí tiene el ejemplo más fehaciente de este maravilloso porvenir.

Más arriba comenté el valor de las palabras. No se las ha llevado el viento, aquí hemos pasado a los hechos. Un salto nada fácil, más aún si este tiene en cuenta el tópico objeto de estudio en este manual: la psicosis y su intervención psicológica. Un tema con luces y sombras y rodeado de estigma y tabú. La psicosis como sinónimo histórico de locura dista mucho de la visión actual que considera esta experiencia parte de la diversidad humana. La psicosis se había considerado un tema donde la psicología tenía un mero papel de tratamiento coadyuvante. Esto ya ha cambiado: las intervenciones psicológicas en psicosis han demostrado su eficacia, efectividad y eficiencia; tienen entidad por sí mismas, y los datos están ahí, da igual que los interprete de una forma o de otra. Gritan por sí solos. No hay lugar a dudas: un tratamiento de elección en personas con diagnóstico de psicosis reclama el ingrediente psicoterapéutico. Esto no me lo he inventado, solo transmito lo que dicen las principales asociaciones científicas a nivel nacional e internacional, así como estudios científicos rigurosos. No se preocupe, no se la vamos a dar con queso. Craso error ha sido el pensar que, en la medicación, en la genética y/o en el cerebro estaba la solución. Las investigaciones más actuales y serias en esta área de estudio vuelven a buscar el Santo Grial en donde todo comienza y acaba, en el único sitio en el que tiene sentido indagar: la persona. Los reduccionismos insulsos pueden ser tremendamente seductores, lo sé, yo mismo los he sentido y padecido; no obstante, nunca podrán captar la enorme complejidad del comportamiento humano. Es un secreto a voces que la conducta humana se ajusta mal a lo lineal, a lo estático y a lo unilateral. Tal vez, y parafraseando a Marino, la psicología y sus profesionales necesitan poner menos cerebro y más cabeza.

Reconozco que uno de los aspectos de los que me siento más orgulloso es del apartado denominado: «En primera persona». Por primera vez los manuales de psicología dan voz a las personas con esquizofrenia. Sinceramente, nos tenemos que felicitar por

© Ediciones Pirámide

ello. Creo, y muchos de mis colegas, pacientes, familiares y asociaciones así me lo han transmitido, que es una novedad muy acertada. Más que novedad, tal vez sea necesidad. Hasta ahora los libros académicos no habían destinado el espacio que les corresponde por derecho propio a las personas que refieren experiencias psicóticas, lo cual era un contrasentido, o, si me lo permite, querido lector, una aberración. Como comenta mi mentor en el prólogo, la ciencia psicológica no tiene por qué ser fría y distante, sino cálida y cercana, se hace para ayudar a las personas. Ojalá sirva de ejemplo para abrir un nuevo camino que esperemos que otros muchos sigan a partir de ahora.

La mejor solución en este campo de actuación pasa por una respuesta integral e inclusiva, no solo de los psicólogos, sino de otras profesiones como enfermeros, trabajadores sociales, psiquiatras, etc., así como de la coordinación con las familias, asociaciones, organizaciones e instituciones. La respuesta más cabal fue, es y siempre será la *corresponsabilidad.*

MIS AMIGOS Y SERES QUERIDOS

Carl Sagan comentó hace ya unos años que «en todas nuestras investigaciones, la única cosa que hemos descubierto es que solo la compañía de otros hace soportable el vacío». Cuánta verdad se esconde en ella. Ya lo he dicho en algún otro foro, nada de este camino habría tenido sentido si no hubiese sido de la mano y compañía de mis amigos y seres queridos. Todos y cada uno de vosotros formáis parte de que esta empresa llegase a buen puerto. Sobraría mencionar a esas personas, pues ellas ya lo saben. No obstante, quiero dejar negro sobre blanco sus nombres.

En este manual han participado casi media centena de excelentes profesionales tanto del mundo académico como del campo aplicado. Ello es fiel reflejo del esfuerzo colectivo, la profesionalidad y la respuesta integral e inclusiva que se está efectuando desde los diferentes sectores de la sociedad para mejorar la comprensión y el tratamiento de los problemas de salud mental. Como diría el otro, todos ellos profesionales tan grandes como la copa de un pino. A vosotros os quiero agradecer la inestimable colaboración. Muchas gracias por vuestro esfuerzo *gratis et amore.* Sin vosotros, esta empresa no hubiese sido posible. Sinceramente, gracias.

También mostrar mi agradecimiento a la Universidad de La Rioja, a la editorial Pirámide por favorecer la publicación de este manual y, cómo no, a la Fundación BBVA por concederme dos proyectos de investigación sumamente competitivos que nos han permitido trabajar con los mejores recursos personales, materiales y económicos. Especial mención también para aquellas políticas de estado que impulsan un sistema de becas público y competitivo que me ha permitido llegar hasta aquí. He tenido opciones de irme al extranjero, al sistema privado, si bien un principio rector ha gobernado mis decisiones: devolver a la sociedad (al sistema público) lo que previamente me había dado.

A mis mentores José Muñiz y Serafín Lemos. Con el paso del tiempo me he dado cuenta de que he sido muy afortunado al tener a dos de los principales espadas de la psicología española como referentes y, ahora, como amigos. Espero que haya estado a la altura. Y, cómo no, a Joaquín Valdés y Julio Muñiz, maestros y amigos. Todos tenéis mucho que ver en el camino que he recorrido. Gracias a los cuatro.

Me faltan palabras para agradecer a todos mis compañeros de la Universidad de La Rioja su apoyo. Ellos han hecho de mi vida en La Rioja mi hogar. En particular a Alicia, Javi, Rebe, Bea y Félix. También a Mary Luz y Maytechu. Es justo dejar constancia de mis amigos Borja (Kiki), Geri, Mariano, Chichi, Tero, Cerve, Alejandro Lucio, Juancar, Lucre y Javi Garaña y, por supuesto, a mi querido primo David. Gracias por estar cuando nadie estuvo.

Si Ortega y Gasset tenía razón cuando dijo aquello de «yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo», entonces para comprender mi vida tengo que hablar de las mujeres de mi vida, mis compañeras de viaje: mi abuela, mi madre, mi hermana, mi dulce Carolina. Particularmente a mi amor, futura mujer y madre de mi hija, Nichola. *Je t'aime, mon amour.* Agradecido estoy del amor y alegría que inunda nuestro hogar con la maravillosa y genuina personita que eres tú, Allegra.

CULMINANDO

Querido lector, cuide este libro. No lo digo en broma. Este manual que tiene entre sus manos es fruto de

© Ediciones Pirámide

la pasión, dedicación, tenacidad, talante y buen hacer de unas cuantas personas. Permite abrir una ventana, hasta hace poco clausurada, a un mundo apasionante y que tendrá una clara repercusión en el bienestar de las personas. También le quiero dar las gracias por haber escogido esta obra e iniciar una andadura que espero que no le deje indiferente. No se me ocurre otra cosa que decirle que la mejor forma de transferir el conocimiento es transferirlo a aquellos que tienen el conocimiento. La esperanza está en el saber.

Espero que estos agradecimientos, a modo de prefacio, hayan sido muy sucintos. Sea como fuere, y como bien argumentaba Baltasar Gracián en su *Oráculo manual y arte de prudencia* en la sección referida a «No cansar»: «lo bueno, si breve, dos veces bueno; y aun lo malo, si poco, no tan malo».

Es su turno de evaluar si este documento merece la pena. Como siempre, el tiempo será el mejor juez.

Queda dicho.

Logroño, 11 de abril de 2019.

EDUARDO FONSECA PEDRERO

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Cuando un colega te pide prologar su libro, te sientes muy halagado, siempre es un honor, pero también suele ser un recordatorio de que el dios Cronos ejerce implacable su reinado y te va sacando las canas. En el caso presente, quien me lo solicita es un joven y ya egregio investigador, amén de caro amigo, Eduardo Fonseca, así que lo hago encantado, aunque tampoco él me ha dado opción. Lo bueno del prólogo de un gran libro como este es que los lectores lo dejan de lado y pasan directamente al *logos,* mostrando así desde el inicio su oficio y sabiduría. Este sabio proceder de los lectores deja mucha libertad al prologuista, sabedor de su insignificancia, así que me tomo la licencia de empezar al revés y ya adelanto la conclusión final: es un verdadero placer leer un libro así sobre la poliédrica psicosis, y hecho por psicólogos españoles con algunas aportaciones internacionales. Eso es todo, queridos lectores; lo que sigue no añade nada esencial, pueden obviarlo y pasar al texto.

Este libro es un síntoma, un fruto granado de la feraz psicología española actual. Hay otros muchos indicadores que apuntan en la misma dirección, tanto a nivel académico como investigador o profesional. Cincuenta y ocho facultades imparten hoy el grado de psicología en España, tal vez demasiadas; quince revistas de psicología tienen factor de impacto, algo de lo que pocos países en el mundo pueden presumir; el Colegio Oficial de Psicólogos tiene más de setenta mil afiliados, y recientemente se ha fundado la Academia de Psicología de España, en trámites actualmente para ser merecedora del calificativo de real. Podría citar otras muchas señales que avalan la fortaleza de nuestra psicología, pero eso queda para los historiadores; solo pretendo contextualizar el porqué del surgimiento de una obra tan sobresaliente como la que se presenta aquí, coordinada por el profesor Eduardo Fonseca. Naturalmente la obra es responsabilidad de los autores que la firman, faltaría más, pero esa cristalización colectiva no se entendería sin acudir a la matriz contextual de la psicología española actual. Parte importante de esta buena salud hay que atribuirla al *imprinting* de los pioneros, que supieron poner el rumbo en la dirección adecuada. Los maestros Mariano Yela, José Luis Pinillos, José Forteza y Miguel Siguán, entre otros, buenos conocedores de los clásicos —nada empieza ayer—, sabían bien lo que dijo nuestro caro Séneca, que nunca tiene vientos favorables quien no sabe a qué puerto se dirige. Ellos sí que tenían claros los puertos a los que debía dirigirse la psicología española, a puertos como los que representa el libro que nos ocupa. Un libro como este sobre los tratamientos psicológicos de la psicosis hecho mayormente por psicólogos españoles no es algo azaroso, neutro, no es un libro más, es una declaración de principios, es la apropiación por la psicología del campo por excelencia de los trastornos psicológicos, es recuperar para la psicología el reino otrora marginado, incluso perdido, del yo dividido.

El saber psicológico, nuestras variables, moran en una banda epistemológica estrecha, con entidad propia, que hinca sus raíces en el hardware neurobiológico y expande sus ramas en el contexto sociocultural. Por eso la psicología camina con cautela, siempre amenazada por dos tiranías, por dos reduccionismos: el neurobiológico y el sociocultural. No son pocos los psicólogos que, presionados por un cierto espíritu de los tiempos y equipados con un saber psicológico superficial, sucumben a alguna de

© Ediciones Pirámide

esas dos tiranías. Desde luego no es el caso de los autores de este libro. Cada uno, desde su óptica, envía un mensaje científico muy claro: estamos de vuelta, no hay alternativa, ni científica, ni profesional, ni social, a un enfoque biopsicosocial de los trastornos del espectro psicótico. Y fieles a ese lema, el libro pone sobre la mesa lo que sabemos actualmente sobre el asunto. Qué gran lujo poder leerlo, qué gran regalo para investigadores, profesionales y estudiantes. Gran parte del éxito del libro es la mezcla y variedad de los cuarenta y nueve autores que el coordinador Eduardo Fonseca ha sabido entretejer para construir el libro. Está claro que el editor no solo sabe, y mucho, también sabe quién sabe, metasabe. Cada uno desde su ángulo aporta algo interesante y novedoso: jóvenes investigadores que persiguen vetas estrechas y profundas, monográficas, menos jóvenes que reflexionan sin censura sobre asuntos polémicos de fondo, profesionales de todas las edades, pegados al terreno, que aportan una visión del día a día, ayudando a comprender y anclar el quehacer diario de las personas con algún trastorno psicótico. Todos tienen algo novedoso que decir, se complementan y lo dicen bien, dibujando un panorama poliédrico de la psicosis; qué más se puede pedir. En dieciocho capítulos complementarios y muy bien articulados, los autores dan una visión de conjunto de la psicosis, analizando su evolución histórica, su evaluación, su estatus epistemológico y los distintos tipos de intervención, con especial hincapié en los más actuales y prometedores, tales como la terapia cognitivo-conductual, los neuropsicológicos, familiares, psicoeducativos, habilidades sociales, multimodales, combinados, asertividad, metacognitivos, contextuales o digitales. Nada importante queda fuera: el libro ofrece una visión actual muy completa de las posibilidades y límites de la intervención psicológica en psicosis.

La calidad científica del libro está fuera de toda duda, pero hace más, muy importante y novedoso: da la palabra a los destinatarios: pacientes, familias y asociaciones. De este modo, aparte de separar el grano de la paja en lo relativo a los tratamientos psicológicos eficaces, el libro será un instrumento clave para mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico de psicosis, que al fin y al cabo es de lo que se trata. La ciencia psicológica no tiene por qué ser fría y distante, sino cálida y cercana, se hace para ayudar a las personas, y la seriedad nada tiene que ver con la gravedad de los rostros. Mención especial por su originalidad merece el espacio dedicado a las personas que cuentan sus experiencias psicóticas en primera persona. Hace tiempo que mi querido colega, el profesor Fonseca, venía rumiando la posibilidad de dar voz en los manuales de psicología a las personas con esquizofrenia, y veo que ahora lo ha hecho, y hay que felicitarlo por ello. Es una novedad muy acertada, pues hasta ahora los libros académicos no habían destinado el espacio que les corresponde por derecho propio a los pacientes, lo cual era un contrasentido. También en esto el libro es pionero, y abre un nuevo camino que a buen seguro seguirán otros muchos a partir de ahora.

En suma, estamos ante un libro excelente en el contenido y oportuno en el tiempo, en el que los psicólogos españoles ajustan cuentas y ponen al día lo que se sabe actualmente sobre la psicosis. Puede parecer tópico, pero bien se puede decir que habrá un antes y un después de este libro en la psicología española. En la ciencia y en la profesión cabalgamos a hombros de los gigantes que nos precedieron; ahora ya tenemos un gigante más para entender la psicosis, estamos de enhorabuena. Lean el libro y seguro que me darán la razón ($p < 0{,}05$).

José Muñiz
Catedrático de Psicometría.
Académico de la Academia de Psicología
de España. Universidad de Oviedo

© Ediciones Pirámide

El síndrome psicótico: pasado, presente y futuro[1]

1

EDUARDO FONSECA PEDRERO
SERAFÍN LEMOS GIRÁLDEZ

1. INTRODUCCIÓN

Las experiencias psicóticas forman parte de la diversidad humana. Oír voces o experimentar paranoia, como cualquier otro fenómeno psicológico, surge como respuesta a un contexto biográfico determinado vivenciado por una persona concreta (Cooke, 2014). Dichos fenómenos, lejos de ser vistos como signos o síntomas patognómicos de enfermedad, se pueden comprender como formas diferentes de responder a los problemas consustanciales de la vida y a la inherente complejidad del ser humano. Como experiencia personal única su entendimiento nunca va a poder separarse de su carácter radicalmente humano. Solamente considerando a la persona que vivencia subjetivamente dichas experiencias se podrá llegar a comprender su verdadero significado (Pérez-Álvarez, 2012a).

Las experiencias psicóticas han suscitado gran interés a lo largo de la historia de la humanidad, tanto en el campo científico como en el cine, la literatura o la pintura. Las motivaciones subyacentes a este interés han sido heterogéneas, y varían, obviamente, en función de los diferentes momentos históricos y/o culturales. Se podrían esgrimir básicamente dos. Primera, la psicosis, y concretamente la esquizofrenia, implica en sí misma un compendio de psicopatología, ya que puede estar alterado cualquier proceso psicológico básico (por ejemplo, memoria, atención, percepción, pensamiento), con consecuencias en la vida de las personas y sus familiares a múltiples niveles, además de importantes costes sociosanitarios. Segunda, el intento de comprensión de la(s) causa(s) por la cual una persona puede llegar a experimentar una alucinación o delirar, esto es, entender «la razón de la sinrazón», ha generado un enorme interés entre los psicólogos y científicos en los últimos 100 años. Tanto es así que, actualmente, es prácticamente imposible sintetizar el ingente corpus de conocimiento científico que se genera en torno a la psicosis.

La terminología asociada a la psicosis también se ha ido transformando con el paso del tiempo: ha pasado de una época oscura y negativa a otra de sombras y penumbras, hasta llegar a la visión actual más optimista y esperanzadora. Es igualmente cierto que, aunque la perspectiva vigente de psicosis ha mejorado, sigue asociada a estigma y tabú, siendo una de las principales barreras (a veces invisibles) que se encuentran tanto las personas con diagnóstico de psicosis como las familias y asociaciones implicadas; sin olvidar, obviamente, los mitos y creencias asociados, como, por ejemplo, que las personas con esquizofrenia son agresivas. La única forma de cambiar esta tendencia es mediante la educación, la formación, la información y la sensibilización. Este es uno de los objetivos principales de este manual. Sea como fuere, en el siglo XXI estamos asistiendo a cambios radicales en el campo de la salud mental y a un profundo cuestionamiento del paradigma biomédico predominante. La necesidad de virar hacia modelos más comprensivos, accesibles e inclusivos centrados en las capacidades de la persona, demostrar la eficacia de los

[1] Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN) (referencia PSI2014-56114-P), por el Instituto Carlos III y por las «Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017» y cofinanciada con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

© Ediciones Pirámide

tratamientos psicológicos, construir sistemas diagnósticos útiles, fiables y válidos o replicar los hallazgos científicos constituye la base de este movimiento. El campo del síndrome de psicosis no es ajeno a esta atmósfera. De hecho, es uno de los buques insignia en esta mudanza.

El presente capítulo tiene como objetivo realizar una introducción al síndrome psicótico. Se opta por un enfoque novedoso que, en la medida de lo posible, se desmarque de teorías y modelos clásicos. Es necesario introducir nuevos acercamientos y teorías que supongan un aire fresco en este campo de estudio. Un verdadero giro copernicano que permita replantear la forma de abordar este conjunto de fenómenos psicológicos. Se tratará de resituar a la persona, que no paciente, en el epicentro de la ecuación. No obstante, se ha de reconocer que no será una empresa fácil, pues no se debe perder de vista que la comprensión, definición, evaluación y abordaje de la psicosis constituyen un asunto complejo con innumerables vericuetos y en el que numerosas cuestiones siguen aún sin responder.

El hilo conductor en este capítulo será el siguiente. En primer lugar, se realiza un breve bosquejo histórico de los conceptos de psicosis y esquizofrenia y de los diferentes abordajes terapéuticos. A continuación se establece el marco conceptual que, en términos generales, podría vehicular este manual. Seguidamente, se comentan los criterios diagnósticos promulgados por los principales sistemas clasificatorios y se mencionan brevemente aspectos referidos a la epidemiología, curso, pronóstico e impacto sociosanitario. También se introducen algunos modelos etiológicos que profundizan en la naturaleza y origen de las experiencias psicóticas. Asimismo, se mencionan las problemáticas inherentes a la naturaleza del fenómeno objeto de estudio y algunas propuestas de reconceptualización. Se finaliza el capítulo con un apartado de recapitulación. Obviamente, aquí no se pretende realizar una lista exhaustiva de todos los tópicos asociados al síndrome psicótico, por lo que remitimos al lector a excelentes trabajos previos (Cooke, 2014; Fonseca-Pedrero, 2018b; Paolo Fusar-Poli, McGorry y Kane, 2017; Guloksuz y Van Os, 2018; Insel, 2010; Kahn et al., 2015; Lemos-Giráldez et al., 2015; Pérez-Álvarez, 2012a; Segarra, 2013; Stanghellini, 2018; Tandon et al., 2013; Van Os y Kapur, 2009; Van Os, Kenis y Rutten, 2010).

2. UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

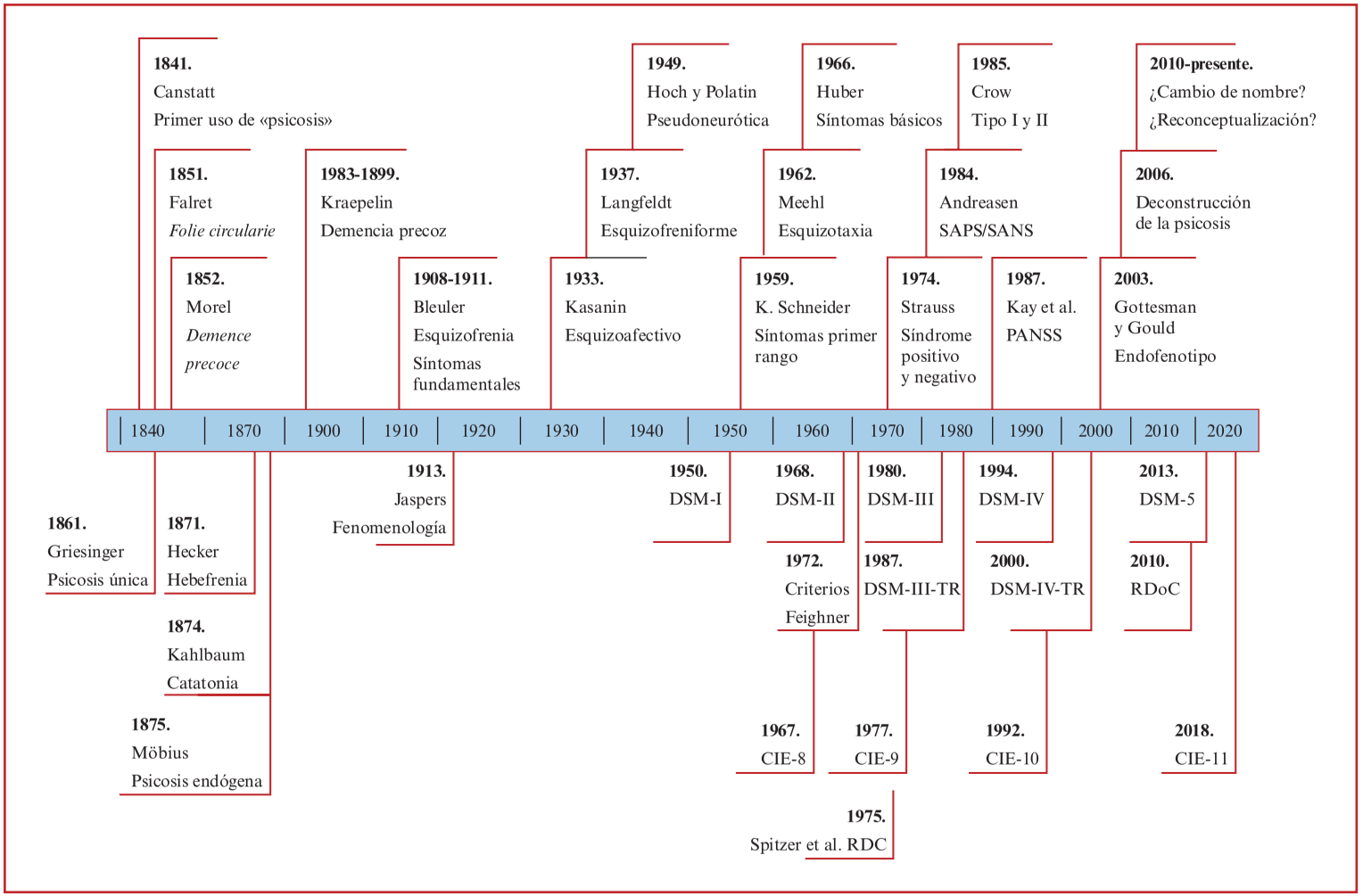
El estudio y la comprensión del síndrome de psicosis, y particularmente de la esquizofrenia, tienen un largo recorrido histórico. No se puede comprender la noción actual de la psicosis sin contemplar su devenir histórico (Berrios, 1996). Analizar el pasado no solo sirve para entender el presente, sino también para ver hacia dónde vamos. Resulta esencial conocer cómo se gestaron los conceptos de psicosis y esquizofrenia para entender mejor lo que actualmente defienden los principales sistemas clasificatorios. Sea como fuere, no se debe aceptar la historia de la psicosis —o la esquizofrenia— como una línea temporal recta, estable, aséptica y ateórica, como frecuentemente se dibuja en los manuales, sino más bien como un proceso complejo donde han existido y existen intereses a múltiples niveles (por ejemplo, personales, económicos, sanitarios, sociales, políticos). Los diferentes abordajes históricos (véase Kraepelin, Bleuler, etc.) son con frecuencia inconexos y contrapuestos (Berrios, Luque y Villagrán, 2003). Asimismo, la historia la dibujan hechos, personas y circunstancias particulares sin los cuales tal vez el panorama actual hubiese sido completamente diferente. En este sentido invitamos al lector a divagar sobre qué hubiese pasado si dos personajes como Kraepelin o Bleuler no se hubiesen interesado por el estudio de la psicosis esquizofrénica. Para un análisis más detallado se remite al lector a excelentes revisiones (Beer, 1996; Berrios et al., 2003; Tandon, Nasrallah y Keshavan, 2009; Torous y Keshavan, 2014).

2.1. Concepto de psicosis y esquizofrenia

La forma actual, más o menos consensuada, de lo que es (y no es) la psicosis —y la esquizofrenia— recoge básicamente las tradiciones schneiderianas, bleulerianas y kraepelianas (Tandon et al., 2009). Dichas aproximaciones psicopatológicas han tenido una enorme influencia en la actual visión de estas entidades nosológicas que se concretan en los sistemas clasificatorios internacionales (Kendler, 2016). En la figura 1.1 se recogen de forma abreviada los principales hitos históricos en la conceptualización y delimitación de la psicosis y la esquizofrenia.

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide



DSM: Diagnostic and Statistial Manual of Mental Disorders.
CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.
RDC: Research Diagnostic Criteria.
RDoC: Research Domain Criteria.

Figura 1.1.—Desarrollo histórico de los principales hitos relacionados con los conceptos de psicosis y esquizofrenia.

La identificación de determinados conjuntos de manifestaciones clínicas como trastornos mentales se remonta al siglo XVII, cuando el médico inglés Thomas Sydenham sugirió una clasificación de las enfermedades basada en síndromes o grupos de síntomas; sin embargo, fue en el siglo XIX cuando la esquizofrenia entró en escena, merced a trabajos publicados independientemente en sus respectivos países por John Haslam, del Bethlem Royal Hospital de Londres, y por Philippe Pinel, del hospital de la Salpêtrière en París. En ellos se contenía el primer informe completo de lo que hoy conocemos como la forma crónica de este trastorno (o la más recientemente denominada esquizofrenia tipo II). El deterioro cognitivo descrito por Haslam o la demencia designada por Pinel fueron más tarde elaborados por Benedict A. Morel como «degeneración» mental y acuñados con el término de «demencia precoz». El término «psicosis» (del griesgo *psyché:* «alma, estado mental», y *-osis:* «estado patológico») fue acuñado en 1841 por Canstatt. Es digno de mención que durante mucho tiempo el médico Ernst von Feuchtersleben —en el 1845— había sido considerado el padre de este término (Bürgy, 2008).

Fue Griesinger en Alemania quien hizo una detallada clasificación de los trastornos mentales, considerados en gran medida enfermedades del cerebro, y quien defendió fielmente la noción de psicosis única *(Einheitspsychose)*. A finales del siglo XIX surge la visión de psicosis como un trastorno que implica un grave deterioro en la percepción de la realidad, o la creación de una nueva realidad por la persona afectada. Además, Kahlbaum y Hecker describieron por primera vez los síndromes de distimia, ciclotimia, paranoia, catatonia y hebefrenia, que posteriormente Kraepelin reorganiza en dos grandes categorías: la demencia precoz y el trastorno maníaco-depresivo, con las siguientes características:

1. La demencia precoz era concebida fundamentalmente como un trastorno del funcionamiento intelectual, mientras que el trastorno maníaco-depresivo fue considerado un trastorno de la afectividad o el humor.
2. A la demencia precoz se le suponía un curso de deterioro uniforme, con mal pronóstico, y del que no se esperaba recuperación, mientras que el trastorno maníaco-depresivo mostraba un curso con exacerbaciones agudas, seguido por una remisión completa sin deterioro intelectual.

En la sexta edición de *Psiquiatría,* publicada por Kraepelin en 1899, se formula la demencia precoz con las formas clínicas hebefrénica, catatónica y paranoide, hasta hoy conocidas. Años más tarde Eugen Bleuler añade la forma simple, y propone cambiar su denominación por «esquizofrenia» (término inspirado en las palabras griegas σχίζιζειυ, *schizein, esquizo,* «dividir, escindir, romper», y φρήυ, *phrēn, frenia,* «entendimiento, razón, mente»). El rápido deterioro intelectual, observado principalmente en varones jóvenes, sugirió a Kraepelin un origen genético de la demencia precoz, que sería la causa de supuestas anomalías en el funcionamiento metabólico de las glándulas sexuales en la pubertad que daría lugar a un proceso de autointoxicación o autoenvenenamiento que afectaría al cerebro. Bleuler, sin embargo, cuestionó el punto de vista de Kraepelin sobre un inevitable curso deteriorante del trastorno y creyó observar diferencias en el pronóstico, con largos períodos de estabilidad clínica o ligeros déficits que podrían mantenerse durante el resto de la vida del paciente, de episodios de remisión parcial de los síntomas o incluso de completa recuperación en algunos casos. También cuestionó Bleuler el término «precoz» propuesto por Kraepelin al creer observar casos de comienzo tardío en períodos próximos a la madurez o a edades centrales del curso vital. Bleuler también realizó la propuesta de «esquizofrenia latente», en alusión a un trastorno psicótico no desencadenado por un proceso endógeno sino por experiencias vitales o traumas experimentados por el individuo, y la convicción de que dichos casos eran mucho más frecuentes que los de una clara esquizofrenia. Además observó trastornos de personalidad paranoide que se asemejaban a los casos de demencia precoz. En consecuencia, fue Bleuler quien amplió el concepto de demencia precoz propuesto por Kraepelin, considerando que los anteriores casos podrían formar parte o serían expresiones más leves de una misma enfermedad, una idea que anticipó la actual noción de los «trastornos del espectro esquizofrénico».

En la década de los cincuenta resaltan los trabajos de Kurt Schneider bajo la influencia fenomeno-

© Ediciones Pirámide

lógica de Jaspers. Los puntos de vista de Bleuler sobre el amplio concepto de esquizofrenia no tuvieron gran influencia en el mundo occidental, especialmente en América del Norte. En la psiquiatría norteamericana persistieron los puntos de vista kraepelinianos hasta la década de los ochenta. Además, siguió vigente un concepto restringido de la esquizofrenia y un pronóstico pesimista, que se concretaron de ese modo en el diagnóstico oficial del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*-III (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980). Las aportaciones de Bleuler, sin embargo, fueron esenciales y determinantes en el desarrollo de la más reciente psicopatología experimental (particularmente, del estudio de los procesos cognitivos) y de los nuevos enfoques terapéuticos, especialmente en la introducción y la exposición de las terapias psicosociales como coadyuvantes del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

Como resultado de las investigaciones cuantitativas sobre los síntomas de la esquizofrenia, los subtipos propuestos por Kraepelin y por Bleuler fueron puestos en entredicho. Surgieron, de este modo, nuevas clasificaciones, como la realizada por Timothy Crow, que sugirió una reconceptualización de la esquizofrenia en dos formas (tipo I y tipo II), caracterizadas por la presencia de síntomas positivos y negativos, respectivamente, y las propuestas en los años ochenta y noventa de «dimensiones» de la esquizofrenia, basadas en la técnica estadística del análisis factorial. Así, Peter F. Liddle y Nancy Andreasen propusieron su división en tres dimensiones (positiva, negativa y desorganización) (Liddle, 1987) o, más recientemente, en modelos bifactor conformados por cinco dimensiones sintomáticas (síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización, manía y depresión) más un factor general de psicosis (Reininghaus, Priebe y Bentall, 2013). En la actualidad todo este proceso ha derivado en un debate sobre la necesidad de reconceptualizar este constructo, proponiéndose incluso cambiar el propio término de esquizofrenia (Guloksuz y Van Os, 2018).

Como se puede observar, en todo el recorrido histórico parecen predominar más los abordajes inconexos y contrapuestos que los complementarios. El concepto actual de psicosis o esquizofrenia no procede de un único objeto de estudio, sino más bien de un mosaico compuesto por diferentes fenómenos clínicos provenientes de diversas perspectivas, definiciones, métodos y procedimientos (Berrios et al., 2003).

2.2. Historia de los abordajes terapéuticos

Los abordajes «terapéuticos» de las psicosis tienen una larga historia, más próxima a lo novelesco que a la ciencia moderna, lo que se explica por las supuestas causas a las que se atribuyó la «locura». Además de teorías físicas de la enfermedad mental (la iatromecánica; el antagonismo entre los diferentes órganos del cuerpo; y la iatroquímica, que favoreció la idea de que la salivación, la secreción lacrimal, las erupciones cutáneas, los sudores, los vómitos y las evacuaciones intestinales, al eliminar del cuerpo las sustancias en cierto modo nocivas, desembocaban frecuentemente en la curación de la locura), se ha considerado también toda una serie de elementos personales patógenos como factores causales de la psicosis: la falta de moral personal, los excesos y el libertinaje, los problemas domésticos, la pobreza y la pérdida de una fortuna, la educación descuidada, el amor no correspondido, los celos, el miedo, el amor propio herido, la nostalgia por el propio país, las esperanzas frustradas, las muertes, los acontecimientos políticos, el estudio excesivo, la pasión por el juego, la devoción religiosa exagerada, los escrúpulos de conciencia, las ideas religiosas aberrantes, la superstición, el ansia por tener siempre la razón, la imaginación, la ambición, el orgullo, la ira, las pasiones reprimidas, la masturbación, la represión o la satisfacción desordenada del deseo sexual, la alegría excesiva, etc.

De acuerdo con Lemos-Giráldez et al. (2015), en la práctica han sido inexistentes los tratamientos específicos para la psicosis hasta bien entrado el siglo XX, limitándose previamente a la mera custodia de las personas afectadas. Partiendo de tan diversos e imaginativos modelos teóricos, fueron surgiendo procedimientos de contención física y ensayos terapéuticos de naturaleza biológica, así como otros de corte psicosocial. Entre los primeros, junto a las cadenas, se empleó todo tipo de instrumentos de disuasión y castigo: la camisa de fuerza para limitar los movimientos y contener accesos de agresividad, el cesto de mimbre, el armario inglés, las máscaras de hierro y otros procedimientos mecánicos como la silla «tranquilizadora» y sedante (inventada por Ben-

© Ediciones Pirámide

jamin Rush, profesor de la Escuela de Medicina de Filadelfia y, por otra parte, demócrata convencido que militó a favor de la abolición de la esclavitud y que propuso diversas reformas sociales), consistente en un sillón de contención con una caja en la que se introducía la cabeza del paciente «para sustraerlo de los estímulos exteriores y reducir también la actividad de las arterias cerebrales», las máquinas rotatorias, especie de sillas o camas centrífugadoras en las que se colocaba al paciente «para atraer la sangre al cerebro», y la rueda hueca, montada como un torno de mano, acolchada por dentro, en la que se introducía al paciente «para sacarle de su dispersión, del mundo de sueño y devolverle a la vida real, atajando la corriente de sus ideas extrañas y asentando la conciencia de sí mismo».

A los procedimientos biológicos pertenece la utilización de diversas sustancias eméticas y purgantes, ventosas e incisiones cutáneas, medios para irritar la piel (en cabeza y nuca), con la pretensión de «devolver la conciencia perdida de la personalidad y para mantenerla supersensible y despierta», las sangrías, para «aliviar la sangre del cerebro congestionado», la inducción del sueño mediante sales de bromuro y otros sedantes y otros procedimientos inhumanos, como inyecciones de trementina, sulfuro y otras sustancias tóxicas, la administración de grandes dosis de laxantes, la extracción de muelas y la extirpación del colon, ovarios, gónadas, tiroides y otras glándulas.

Fueron también muy utilizadas diversas formas de «hidroterapia», esto es, baños por sorpresa o inmersiones súbitas en agua fría «para conseguir la conmoción violenta de todo el cuerpo, asestando un duro golpe psíquico que permitiera romper los pensamientos aberrantes y dejar lugar para otros nuevos, tal vez sanos», las duchas de agua fría, los baños por aspersión rociando la región occipital, la nuca y la espalda con fuerte chorro de agua helada, las afusiones arrojando el agua a la cabeza del paciente desde gran altura, envoltorios en telas húmedas o *packs,* etc.

Entre los primeros procedimientos psicosociales, todos los alienistas experimentados reconocieron el valor extraordinario de la ocupación, sobre todo de la realización de trabajos agrícolas y de jardinería. Benjamin Rush refirió también la curación a través de otras ocupaciones saludables, como hacer que el paciente leyera en voz alta, recitara textos de memoria o copiara libros interesantes. Se recomendaban los viajes, por considerarlos «una medicina universal, el mejor medio de devolver el apetito y el sueño perdidos, de disipar la cobardía y los temores, las rumiaciones sombrías, devolver al paciente a la sociedad y a tareas que previamente había rehuido». La música, el canto, la instrucción y las prácticas religiosas, el ejercicio físico, etc., han sido también «terapias» más próximas a la corriente más reciente de los balnearios.

En los comienzos del siglo XX, diversas terapias psiquiátricas han sido comunes en los países occidentales, como la curación por fiebre, propuesta por el médico austriaco Julius Wagner von Jauregg, quien, al observar que un paciente con psicosis recuperaba brevemente la lucidez tras pasar por una fuerte infección bacteriana, creyó que la fiebre alta podría ser la causa de la aparente disminución de la gravedad de los síntomas, por lo que comenzó provocando deliberadamente estados febriles (piretoterapia) con enfermedades infecciosas (la malaria, la tuberculosis y fiebres tifoideas, entre otras). La malarioterapia, cuyo modo de acción no se conocía, alcanzó éxito en el tratamiento de la parálisis general progresiva hasta que la introducción de la penicilina la sustituyó después de la Segunda Guerra Mundial. Por dichas innovaciones recibió en 1927 el premio Nobel.

Otro médico austriaco, Mandred J. Sakel, en una clínica berlinesa especializada en el tratamiento de morfinómanos, comenzó sus trabajos con la insulina, en virtud de sus propiedades sedantes y de su acción favorable para la recuperación del apetito. La producción accidental de un coma por sobredosificación de insulina, seguido de una mejoría del estado mental en algunos pacientes, le alentó a aplicar este tratamiento a personas con psicosis, buscando sistemáticamente la obtención del coma. Así, en la década de 1930 el choque hipoglucémico o cura de Sakel se extendió rápidamente al resto de Europa y a Estados Unidos durante más de veinte años, hasta la introducción en la década de 1950 de los primeros neurolépticos como terapia de elección.

La terapia convulsiva propuesta por el húngaro Ladislas von Meduna en 1934 se apoyó en la hipótesis, que luego se demostró falsa, de la existencia de antagonismo biológico (anatómico y funcional) entre la epilepsia y la esquizofrenia, lo que suponía, en consecuencia, que provocando crisis comiciales utilizando productos convulsionantes como el al-

© Ediciones Pirámide

canfor inyectable y luego con un derivado sintético (metrazol) por vía intravenosa, de acción más rápida, era posible revertir los síntomas psicóticos. Dicha terapia fue el preludio de la posterior terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock, introducida por Ugo Cerletti y Lucio Bini en Italia cuatro años más tarde y consistente en provocar un ataque epiléptico aplicando en las sienes del paciente durante breves segundos una corriente eléctrica de 125 voltios. Tal fue su éxito que llegó a convertirse en el tratamiento de elección para la melancolía y otros trastornos psicóticos graves.

Una variante de la cura de sueño, desarrollada por Ewen Cameron en Montreal y a la que denominó *depatterning* (desmodelación o desestructuración) o lavado de cerebro, consistió en inducir estados de inconsciencia o semiconsciencia mediante el empleo de barbitúricos, a la vez que se emitían mensajes exhortatorios con altavoces instalados en la sala. Cameron fue presidente de la APA en la década de 1950.

Entre los tratamientos quirúrgicos utilizados para reducir la sintomatología obsesiva y psicótica se encuentra la leucotomía prefrontal, iniciada por el neurólogo portugués Antonio Caetano de Abreu Freire, cuya obra científica publicó bajo el seudónimo de Egas Moniz. En 1949 recibió el premio Nobel de Medicina y Fisiología por esta técnica, así como por sus trabajos sobre la angiografía cerebral. Una variante, llamada lobotomía transorbital, fue introducida por el también neurólogo Walter Freeman en Pensilvania y consistía en la introducción de un estilete por la órbita del ojo para destruir neuronas y seccionar tractos neuronales de sustancia blanca en áreas frontales.

Fue a finales de la década de 1950 cuando comenzaron a utilizarse fármacos, como la reserpina y la clorpromazina, para el tratamiento de la sintomatología psicótica positiva en fases agudas del trastorno. El descubrimiento de las sales de litio para atemperar los cambios bruscos del humor, característicos de los trastornos maníaco-depresivos, se atribuye a John Cade, director de un manicomio australiano. Con estas sustancias comienza la era de la psicofarmacología. Los primeros fármacos antidepresivos fueron los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa), que bloquean la degradación de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina, cuyos bajos niveles se relacionan con la depresión. Al mostrar dichos fármacos un efecto secundario no deseable, como es su reacción con la tiramina (compuesto muy presente en algunos alimentos y bebidas comunes, como el queso y el vino, que puede causar hemorragias cerebrales, por una elevación aguda de la presión arterial), se ensayaron otros antidepresivos, los llamados tricíclicos (amitriptilina, imipramina), que mantienen altos los niveles de dichos neurotransmisores pero no reaccionan a la tiramina. La revolución psicofarmacológica alcanzó su punto álgido con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) (fluoxetina, paroxetina) a finales de la década de 1980.

La introducción de los antipsicóticos atípicos pareció conseguir una significativa reducción de los efectos secundarios motores, a corto y largo plazo (los síntomas extrapiramidales, especialmente la acatisia y la discinesia tardía), mejorando el cumplimiento terapéutico; sin embargo, han demostrado también diversos efectos adversos, especialmente metabólicos, y las comparaciones a gran escala de los resultados de los antipsicóticos de primera y de segunda generación no parecen ofrecer avances sustanciales ni en cuanto a su eficacia en el control de los síntomas positivos y negativos ni en la mejora en el funcionamiento cognitivo y social. Además, los déficit cognitivos no mejoran con los tratamientos farmacológicos, pudiendo incluso empeorar a largo plazo con el uso continuado de la medicación. En este contexto, se reconoce la necesidad de abordar dichos déficits mediante intervenciones psicológicas y psicososociales, como tratamientos adjuntivos a la farmacología.

Con anterioridad a la década de 1970, las psicoterapias individuales y grupales aplicadas a la esquizofrenia se basaron en teorías psicodinámicas o enfoques teóricos que consideraban que este trastorno era causado por la conducta o los patrones de comunicación presentes en la familia del paciente, planteamientos que, además de demostrar ser ineficaces para debilitar los síntomas psicóticos, resultaban ser estigmatizantes para los principales apoyos que tienen los pacientes, que son sus familias. En aquella época, nuevos enfoques y hallazgos sobre la importancia que tiene el entorno familiar y social en la evolución de la esquizofrenia dieron lugar a otras aplicaciones terapéuticas; en particular, las investigaciones sobre la emoción expresada y determinados ambientes tóxicos en la explicación de las

© Ediciones Pirámide

recaídas sintomáticas y rehospitalizaciones de pacientes clínicamente estabilizados.

En las décadas de 1980-1990 se comienza con la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia cognitivo-conductual (TCC). La administración de las terapias psicológicas a la psicosis esquizofrénica ha cobrado fuerza en las últimas décadas, y la eficacia de dichas intervenciones ha justificado su incorporación en las principales instituciones (por ejemplo, National Institute for Health and Care Excellence, NICE) y guías de práctica clínica (Bighelli et al., 2018). En el campo de la psicosis, los tratamientos psicológicos basados en la evidencia científica se han desarrollado en dos direcciones: intervenciones en el nivel de organización de los servicios y de la asistencia e intervenciones en el nivel psicológico y psicosocial (Lemos-Giráldez et al., 2015). Al primer grupo pertenece el tratamiento asertivo comunitario, mientras que los tratamientos psicológicos aplicados a nivel individual, que gozan de un apoyo experimental más fuerte, son la psicoeducación y la terapia familiar, así como la TCC y el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a los pacientes.

Desde principios del siglo XX hasta la actualidad se han desarrollado y validado científicamente un elenco de nuevas terapias y abordajes sumamente interesantes, como son las terapias contextuales, la terapia metacognitiva, los paquetes integrados multimodales, la rehabilitación neuropsicológica, el diálogo abierto e incluso las terapias con nuevas tecnologías. Dichas formas de intervención han demostrado su eficacia independientemente de su uso combinado con psicofármacos. Este hecho es meritorio, pues se podría decir que las terapias psicológicas para la psicosis han alcanzado cierta madurez científica. Como se verá en los diferentes capítulos de este manual, este conjunto de procedimientos abren la puerta a nuevas formas de abordaje e intervención que sin duda alguna mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME PSICÓTICO

Desarrollar un marco conceptual sólido y coherente en el campo del síndrome de psicosis es una labor compleja. De hecho, se puede afirmar que, considerando el estado actual de la cuestión, llegar a un consenso sobre lo que es y/o lo que no es la «psicosis» no es una tarea sencilla (Fonseca-Pedrero, 2018b). Curiosamente, aún en el siglo XXI no se dispone de una definición operativa y consensuada de lo que se entiende por «psicosis» o «esquizofrenia» (Keshavan, Tandon y Nasrallah, 2013). Más aún, y paradójicamente, cuantos más datos empíricos se recolectan, menor certeza y mayor confusión existen en torno a su verdadera naturaleza. Pudiera parecer que el propio estudio científico de la psicosis, y en concreto de la esquizofrenia, fuera en sí mismo «esquizofrénico» (Pérez-Álvarez, 2012a).

Aquí se comentan algunas cuestiones conceptuales que tienen implicaciones directas sobre la posterior forma de comprensión, delimitación, evaluación, medición, diagnóstico e intervención de la psicosis. El marco conceptual que intenta regir este manual se basa en las siguientes nociones o ideas, a saber: problema de salud mental, constructo, definición y clasificación basada en fenotipos, síndrome, continuidad, espectro psicótico y multicausalidad.

A) Problema de salud mental

Después de más de 100 años de estudio, aún no se ha encontrado un marcador etiopatogénico de tipo cerebral, genético, biológico y/o psicológico que sea el causante de la psicosis. Por ejemplo, y por más que algunos promulguen lo contrario, no se ha hallado ninguna alteración funcional y/o estructural cerebral subyacente a la esquizofrenia que pueda explicar su origen y/o su expresión clínica. En este sentido, y a falta de nuevos resultados, parece más obvio hablar de «psicosis funcional», es decir, perturbaciones no siempre directamente relacionadas con lesiones objetivables o causas de naturaleza orgánico-cerebral bien definidas. Además, y dado que por el momento no se ha encontrado una causa necesaria y suficiente (de corte biológico o de otro tipo), sería más correcto hablar de problema de salud mental y no de enfermedad mental. Más aún, desde este punto de vista, se debe evitar la imagen estigmatizante asociada a la esquizofrenia como un «trastorno cerebral grave, deteriorante y con mal pronóstico». Como se comentó anteriormente, las experiencias psicóticas forman parte de la diversidad humana.

© Ediciones Pirámide

B) *Constructo*

El concepto de psicosis alude, básicamente, a trastornos del pensamiento, a una peculiar y distorsionada forma de percibir la realidad y de entender el mundo, así como a importantes y generalmente injustificados cambios en el estado de ánimo. De hecho, la psicosis, lejos de ser una «cosa» verdadera o «real» presente en la naturaleza, es una construcción del ser humano, un constructo (Van Os, 2016; Van Os y Kapur, 2009). Considerar la psicosis una «cosa real», esto es, convertir una idea en objeto (o «en cosa»), se conoce como proceso de reificación o cosificación. La psicosis se diagnostica a través de la estimación de una serie de indicadores más o menos observables al ojo humano. A su vez se cree que estos indicadores son causados por una supuesta entidad latente denominada «psicosis», aspecto que aboca, como bien sabe el lector, a un razonamiento tautológico. Alguien tiene alucinaciones porque padece un episodio psicótico; es una persona con psicosis porque refiere alucinaciones. Además, esta concepción de psicosis se fundamenta en el modelo médico de «causa latente común» (Borsboom, 2017; Borsboom y Cramer, 2013), que parte de la falsa premisa de que las alucinaciones, los delirios, los síntomas negativos, etc., tienen un origen común, no observable, denominado psicosis. Esta visión tiene claras limitaciones, así como implicaciones clínicas relevantes. Por ejemplo, el modelo biomédico, lejos de ser beneficioso, está asociado, entre otros aspectos, a mayor estigma, autoculpabilización, pesimismo hacia la recuperación o mayor tratamiento con fármacos (Deacon, 2013; Kemp, Lickel y Deacon, 2014). Por ello son muchas las voces que abogan por un cambio radical de paradigma y una profunda reconceptualización no solo de la psicosis, sino también de la psicopatología en general (McGorry, Ratheesh y O'Donoghue, 2018; Nelson, McGorry, Wichers, Wigman y Hartmann, 2017; Pérez-Álvarez, 2018).

C) *Definición y clasificación basada en fenotipos*

Aunque se están realizando múltiples esfuerzos desde la neurociencia, la genética y otras áreas afines en la búsqueda de biotipos o marcadores biológicos (Clementz et al., 2016; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014), no se debe olvidar que el diagnóstico de los trastornos del espectro psicótico, por el momento, se fundamenta en criterios politéticos de tipo clínico-descriptivo y no de tipo etiopatogénico, definidos por los manuales taxonómicos internacionales (DSM y Clasificación Internacional de Enfermedades —CIE—). Aunque hay cierto consenso en los criterios propuestos por la APA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se tiene que alertar al lector de que estos ni son una definición operativa de esquizofrenia, ni ofrecen un verdadero análisis psicopatológico ni son ateóricos (por ejemplo, son sobradamente conocidos los conflictos de intereses de muchos de los grupos de trabajo del DSM-5). Dichos criterios diagnósticos serán abordados con detenimiento en el siguiente apartado.

D) *Síndrome*

Se considera que la psicosis es una entidad nosológica compuesta por un conjunto de dimensiones fenotípicas, esto es, de naturaleza multidimensional (Quattrone et al., 2018; Reininghaus et al., 2019; Reininghaus, Priebe y Bentall, 2013). Las dimensiones propuestas dependen del modelo teórico, del instrumento de medida utilizado y de la muestra empleada. Se ha demostrado, por ejemplo, que un modelo bifactor concretado en un factor general de psicosis más cinco dimensiones sintomáticas específicas (positiva, negativa, desorganización, manía y depresión) explica razonablemente la variabilidad subyacente a las psicosis afectivas y no afectivas (Quattrone et al., 2018). Esta idea de múltiples dimensiones sintomáticas tiene sus raíces, entre otros aspectos, en los modelos factoriales anteriormente comentados y en el proceso de «deconstrucción» de la psicosis (Allardyce, Gaebel, Zielasek y Van Os, 2007; Tamminga, Sirovatka, Regier y Van Os, 2010).

E) *Continuidad*

La idea de continuidad del fenotipo psicótico ha ido ganando credibilidad y adeptos con el paso de los años. La razón es bien sencilla: un amplio conjunto de investigaciones científicas ha demostrado que el fenotipo psicótico no es algo categorial (fenómenos de todo o nada), sino dimensional. La no-

© Ediciones Pirámide

ción de continuidad presenta múltiples caras que se pueden referir a diferentes aspectos del fenotipo psicótico (Guloksuz y Van Os, 2018; Van Os, 2014; Van Os y Reininghaus, 2016). Se comentan brevemente a continuación:

— *Continuidad psicométrica*. El fenotipo psicótico se expresa en dimensiones que se hallan distribuidas normalmente en la población general. Por ejemplo, el 7,2 % (media de prevalencia) de la población general refiere experiencias psicóticas atenuadas (Linscott y Van Os, 2013). Ello implica que este conjunto de fenómenos se extiende más allá de las fronteras establecidas por los manuales diagnósticos, aspecto que ha dado lugar al denominado fenotipo psicótico «extendido» (o ampliado). Además, dentro de esta continuidad fenotípica se pueden encontrar diferentes manifestaciones expresadas en un continuo de gravedad (véase figura 1.2) (por ejemplo, experiencias psicóticas, síntomas subclínicos, síntomas psicóticos), siendo los límites entre ellas totalmente difusos (Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017; Linscott y Van Os, 2013). En la figura 1.3 se intenta representar esta aproximación dimensional con un ejemplo extraído del modelo de evaluación SOCRATES (Kelleher y Cannon, 2016). Esta continuidad se observa a nivel psicométrico-cuantitativo de gravedad, si bien es cierto que algunos autores han cuestionado que exista realmente dicha continuidad en sentido estricto, pues, cualitativamente hablando, las experiencias que refiere un joven con cierto riesgo de psicosis no se podrían considerar idénticas o comparables a las que experimenta una persona con diagnóstico de esquizofrenia.

— *Continuidad transdiagnóstica* (Van Os y Reininghaus, 2016). Los síntomas y signos psicóticos no solo se circunscriben a los trastornos del espectro de psicosis, sino que también pueden estar presentes en otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión). Además, la idea de continuidad también se establece entre las diferentes entidades nosológicas que configuran el espectro psicótico (véase apartado F). Estas dimensiones son transdiagnósticas, en el sentido de que se expresan en diferentes grados a través de las categorías diagnósticas que componen el espectro de la psicosis. Asimismo, esta expresión transdiagnóstica también se observa a nivel subclínico.

— *Continuidad temporal*. Las dimensiones psicopatológicas del fenotipo psicótico (por ejemplo, síntomas positivos) pueden evolucionar en el tiempo, día a día, mes a mes. Clásicamente se han postulado una serie de fases de evolución de la psicosis: premórbida, prodrómica, activa y estable/recaída y recuperación (véase figura 1.8). El fenotipo psicótico tiene claramente una naturaleza dinámica, no estática. La noción de continuidad temporal entronca con los modelos de sistemas complejos dinámicos (por ejemplo, análisis de redes) y con los modelos de estadificación (véase tabla 1.5). Dicha continuidad permite ser apresada tanto a nivel micro (día a día) como a nivel macro (mes a mes, año a año), mediante la metodología de evaluación ambulatoria (véase capítulo 2).

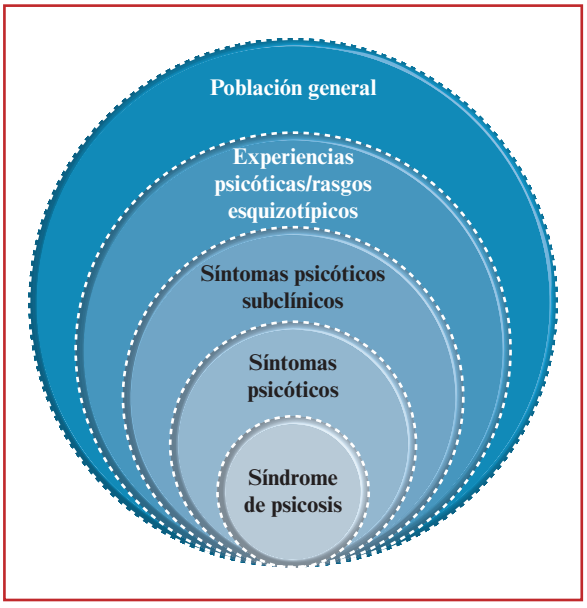


Figura 1.2.—Modelo de continuidad psicométrica del fenotipo psicótico (tomado de Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017).

© Ediciones Pirámide

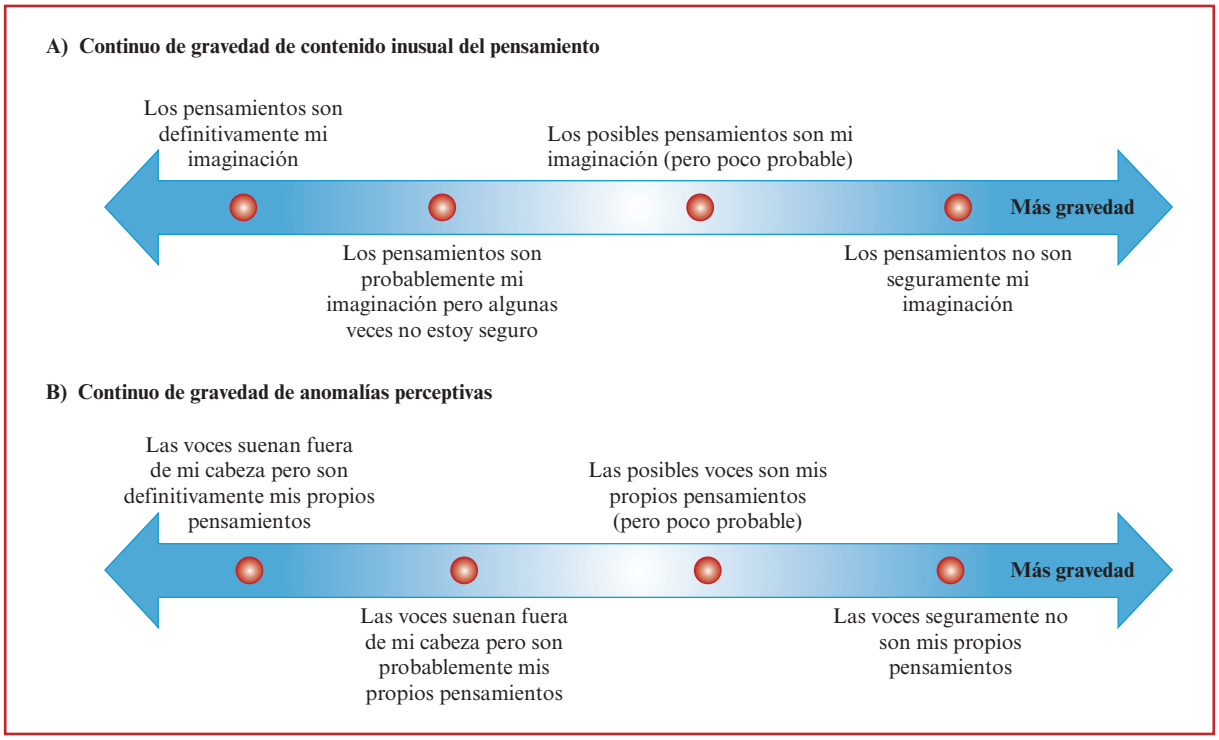


Figura 1.3.—Ejemplos de continuo de gravedad según el Modelo SOCRATES (Kelleher y Cannon, 2016).

— *Continuidad predictiva*. Las personas que presentan experiencias psicóticas atenuadas o síntomas psicóticos subclínicos tienen una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de tipo psicótico en el futuro en comparación con aquellas que no refieren tales experiencias o síntomas (Debbané et al., 2015; Fusar-Poli et al., 2012; Linscott y Van Os, 2013). Tal continuidad predictiva no es necesariamente específica para la psicosis, sino también para otras formas psicopatológicas (por ejemplo, depresión) (Fisher et al., 2013; Kırlı et al., 2018).

— *Continuidad poblacional*. A nivel poblacional también puede existir continuidad, esto es, es posible encontrar una distribución similar de riesgo de psicosis entre las personas; no obstante, los resultados por el momento no son del todo concluyentes (Linscott y Van Os, 2010). Algunos autores encuentran, a nivel poblacional, una estructura latente categorial, concretada en la presencia de dos clases (taxones) o tipos diferentes de personas (por ejemplo, vulnerable vs. no vulnerable), mientras que otros encuentran una estructura latente totalmente dimensional (Ahmed, Buckley y Mabe, 2012; Subramaniam, Abdin, Vaingankar, Verma y Chong, 2014). La idea de continuidad a nivel poblacional es un debate clásico en psicosis que tiene sus raíces en autores como Paul Meehl (1962).

— *Continuidad etiológica*. Los factores de riesgo genético (por ejemplo, familiares de personas con diagnóstico de psicosis), demográfico (por ejemplo, edad, género) y ambiental (por ejemplo, ambiente urbano, uso de cannabis, experiencias traumáticas) encontrados en personas con psicosis se asocian de manera similar con las experiencias psicóticas atenuadas presentes en la población general, así como con los síntomas psicóticos subclínicos informados por participantes de alto riesgo (clínico y genético) (Fusar-Poli, Carpenter, Woods y McGlashan, 2014; Linscott y Van Os, 2013; Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krab-

© Ediciones Pirámide

bendam, 2009). Los mismos factores etiológicos parecen afectar a los extremos leves y graves del espectro psicótico, otorgando validez al modelo de continuidad.

— *Continuidad del neurodesarrollo*. También se ha propuesto dentro de la hipótesis etiológica del neurodesarrollo que los trastornos mentales graves ocupan un gradiente de deterioro del neurodesarrollo como sigue: discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), esquizofrenia y trastorno bipolar. Bajo este prisma se considera que existe una continuidad o gradiente de gravedad entre estos trastornos, lo que implica que difieren en cierta medida tanto cuantitativa como cualitativamente. Este conjunto de trastornos podrían compartir no solo una posible alteración cerebral temprana, sino también el riesgo genético y los mecanismos etiopatogénicos de los trastornos del neurodesarrollo temprano (discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y TDAH) (Owen y O'Donovan, 2017).

F) Espectro psicótico

Como se ha comentado, se puede justificar la existencia de una continuidad del fenotipo psicótico clínico y, por tanto, establecer una agrupación de entidades bajo la noción de «trastornos del espectro psicótico». Esta propuesta de «espectro» se fundamenta en una amplia investigación previa que ha demostrado que entre los trastornos psicóticos no hay diferencias cualitativas en cuanto a psicopatología, etiología, tratamiento y resultado. Por ejemplo, en el caso de trastornos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar los datos demuestran un claro solapamiento a nivel etiológico, fenomenológico y clínico (Keshavan, DeLisi y Nasrallah, 2017; Reininghaus et al., 2016; Tamminga et al., 2013, 2014). Además, se están proponiendo nuevos modelos dimensionales que permiten validar la clasificación de las psicosis afectivas y no afectivas y que cuestionan la supuesta distinción nosológica entre ambas entidades. Por ejemplo, se ha postulado un modelo bifactor en el que un factor general de psicosis más cinco dimensiones específicas (positiva, negativa, desorganización, manía y depresión) parece explicar de forma más parsimoniosa la variabilidad subyacente a las psicosis afectivas y no afectivas (Quattrone et al., 2018). También, utilizando una muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno esquizoafectivo y de trastorno bipolar tipo I, se ha postulado un modelo bifactor concretado en una dimensión general de psicosis, dos dimensiones de psicosis (afectiva y no afectiva) y cinco factores específicos (positiva, negativa, desorganización, manía y depresión) (Reininghaus et al., 2019). Estos estudios proporcionan evidencias sobre la validez y utilidad de las dimensiones sintomáticas transdiagnósticas de psicosis. No obstante, dada su reciente incorporación, se debe seguir analizando la fiabilidad, validez y utilidad de esta propuesta.

Concretamente, el espectro psicótico abarca las siguientes entidades: esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias, por medicamentos o por otras condiciones médicas y trastorno de personalidad esquizotípica. Este espectro sería de tipo esquizofrénico (en el 90% de los casos), si bien existe un *cluster* afectivo formado por la depresión unipolar con síntomas psicóticos y trastorno afectivo bipolar (en el 10% de los casos). Concretamente la esquizofrenia solo representaría el 30%, una pequeña fracción con peor resultado, de un conjunto de trastornos del espectro psicótico mucho más amplio (Guloksuz y Van Os, 2018).

G) Multicausalidad

La psicosis es posiblemente el resultado de la interacción compleja y dinámica de factores genéticos y ambientales (véase, para un análisis en profundidad, el apartado de modelos etiológicos). Un gran número de agentes causales procedentes de múltiples niveles de análisis parecen desempeñar un papel importante en su etiología y manifestación clínica. Una comprensión más cabal de la psicosis exige, por tanto, un acercamiento multicausal que recoja información procedente de múltiples niveles de análisis (véase figura 1.4). El modelo propuesto por el National Institute of Mental Health (NIHM), denominado Research Domain Criteria (RDoC) (Insel et al., 2010), podría ser interesante aquí de cara a integrar la información proveniente de los diferentes campos científicos (genética, fisiología, etc.) y promover una

© Ediciones Pirámide

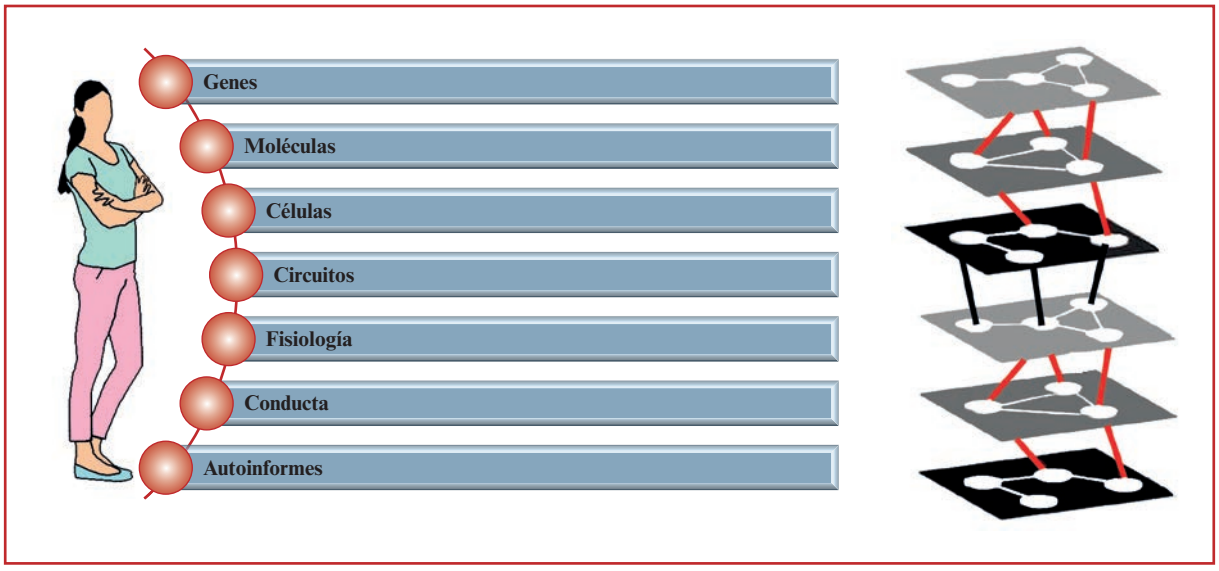


Figura 1.4.—Niveles de análisis en el estudio del síndrome de psicosis desde los modelos RDoC y de Redes.

estrategia de análisis traslacional y multidisciplinar; no obstante, no se debe perder de vista que la unidad o nivel de análisis del psicólogo es el comportamiento (en su sentido amplio), que se encuentra acotado por dos bandas, por un lado, la social/cultural y, por otro, la neurobiológica. Entre tales niveles de análisis existe una clara continuidad. Cierto es que el modelo RDoC pone el énfasis en la búsqueda de sustratos neurobiológicos, si bien aquí se aboga por un modelo biopsicosocial (y no bio-bio-bio) en su sentido estricto, que tenga en cuenta tanto a la persona (desde una perspectiva fenomenológica) como el entorno social y cultural en el que esta se desenvuelve (Pérez-Álvarez, 2012b, 2018). Por tanto, el modelo RDoC se tendría que modificar e incluir otras «bandas» de análisis como, por ejemplo, la cultural o hacer más hincapié en la persona considerando su biografía y circunstancias particulares (véanse el modelo fenomenológico y el capítulo 2). La explicación y comprensión de la psicosis no serán nunca posibles considerando un único nivel de análisis ni tampoco reduccionismos insulsos (por ejemplo, véase la afirmación «alucinaba porque tenía una alteración en el neurotransmisor cerebral *X*»). De hecho, en el estudio de la psicosis y fenómenos asociados más que «causas» tal vez existan «razones».

En suma, se consideran las experiencias psicóticas como una forma de diversidad humana que puede generar impacto social y funcional en las personas. Concretamente, la psicosis puede ser vista como un constructo compuesto por un conjunto de dimensiones sintomáticas. Posiblemente, la psicosis sea la vía final común de expresión fenotípica de un conjunto heterogéneo de trastornos de diversas etiologías, mecanismos fisiopatológicos y diferentes formas de presentación clínica (curso y pronóstico), que se encuentran modulados por variables personales, biográficas y ambientales y que se circunscriben a un contexto social y cultural determinado.

4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: DSM-5 Y CIE-11

4.1. Introducción

Los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales DSM (APA, 2013) y CIE (OMS, 1992, 2018) se han erigido en los sistemas taxonómicos más importantes en la definición, delimitación y clasificación de los trastornos psicóticos. Estos sistemas categoriales se basan en la presencia o ausencia de signos y síntomas, en su duración, en su frecuencia e intensidad, en su orden cronológico de aparición, en su relación con otros síntomas y en su impacto en el funcionamiento sociolaboral de la persona. Dichos modelos presentan luces y som-

© Ediciones Pirámide

bras, y en ocasiones son fuertemente criticados, como ha ocurrido con la publicación del DSM-5 (por ejemplo, conflicto de intereses, falta de evidencia científica de algunas categorías, ausencia de validez, modelos puramente descriptivos y no etiológicos). Sea como fuere, en cada nuevo sistema taxonómico los trastornos del espectro psicótico (o la esquizofrenia como principal categoría diagnóstica) son siempre objeto de controversia y debate.

Una de las principales críticas a estos sistemas nosológicos se refiere a la necesidad de incorporar una visión dimensional de los cuadros psicopatológicos que vaya más allá de la perspectiva categorial. La división de la heterogeneidad clínica en modelos categoriales y dimensionales ha sido una constante en el campo de la psicología y la psiquiatría. Esta segmentación se puede observar de forma nítida en la conceptualización del síndrome de psicosis a lo largo de todo su devenir histórico. Durante los últimos años han sido numerosas las voces que han abogado por la incorporación de un modelo dimensional en los sistemas clasificatorios (Van Os et al., 2017, 2010; Van Os y Kapur, 2009). Se supone que introducir este abordaje permitirá superar ciertas deficiencias de los sistemas nosológicos y traerá consigo mejoras a nivel de prevención, etiología, diagnóstico y tratamiento (Tandon et al., 2013). Este acercamiento dimensional, respecto al modelo categorial, es más flexible, permite una evaluación más específica e individualizada, capta de forma más precisa la extrema heterogeneidad de los cuadros psicóticos, de la respuesta al tratamiento o del funcionamiento psicosocial. Además, posee una mayor validez clínica y utilidad de cara a seleccionar el tratamiento apropiado.

Para un análisis más detallado de los criterios diagnósticos de otras entidades nosológicas del espectro psicótico se remite al lector a los respectivos manuales nosológicos (APA, 2013; OMS, 1992; OMS, 2018).

4.2. Modelo DSM-5

Los criterios diagnósticos de esquizofrenia según el DSM-5 (APA, 2013) se recogen en la tabla 1.1. En el DSM-5 se introducen, respecto al DSM-IV-TR, algunos cambios importantes para establecer el diagnóstico de esquizofrenia (APA, 2013; Tandon et al., 2013).

Primero, se aumenta a dos los síntomas del criterio A exhibidos por el paciente y, además, uno de estos síntomas debe ser uno de los siguientes: delirios, alucinaciones o habla desorganizada. Así pues, se ha eliminado el trato especial al síntoma de delirio extraño (bizarro) o la alucinación de tipo schneideriana (es decir, alucinaciones auditivas experimentadas en forma de voces que pronuncian los propios pensamientos, voces que discuten y voces que comentan las propias acciones), que pierde peso como síntoma patognomónico de la esquizofrenia.

Segundo, se eliminan los subtipos de esquizofrenia por la falta de validez.

Tercero, se introduce un modelo híbrido o mixto que trata de combinar los enfoques dimensional y categorial. Concretamente, se trata de captar la estructura dimensional que subyace a los cuadros psicóticos a través de tres parámetros: dominios, gradientes y dimensiones. Los dominios de psicopatología que definen los trastornos psicóticos son cinco: alucinaciones, delirios, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal o desorganizado. Los gradientes de los síntomas y signos definen la gravedad del trastorno en función del nivel, del número y de la duración y se utilizan para delimitar y diferenciar los trastornos psicóticos entre sí (Heckers et al., 2013). Las dimensiones se refieren a la estructura de este cuadro clínico y se corresponden con los cinco dominios antes mencionados más la función cognitiva, la depresión y la manía. Cada dimensión se valora en una escala de cinco puntos, donde el «0» se refiere a ausencia o no presencia y el «4» se refiere a presencia y gravedad. Con este fin se ha desarrollado la herramienta Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity (la versión española se puede consultar en Fonseca-Pedrero, 2018b). Los valores superiores a 2 son de gravedad suficiente y se podrían considerar el umbral para el cumplimiento de un criterio diagnóstico. Una representación gráfica de la estructura dimensional propuesta desde el DSM-5 se recoge en la figura 1.5 (Heckers et al., 2013). Como se puede observar, la configuración e interrelación que se establecen entre las dimensiones derivan en entidades nosológicas diferentes. Por ejemplo, véase el caso de un individuo cuyas dimensiones alucinación y delirios presentan una puntuación igual o superior a 2. En este caso, y en función de la duración de los síntomas y signos y el impacto en el funcionamiento social, posiblemente se diagnosticaría una esquizofrenia.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1
Criterios diagnósticos DSM-5 para esquizofrenia

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

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos (por ejemplo, expresión emocional restringida o abulia).

Nota. Al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente las ideas delirantes, las alucinaciones o el lenguaje desorganizado.

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

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

D) *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

1. No ha habido ningún episodio depresivo mayor o maníaco concurrente con los síntomas de la fase activa.
2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

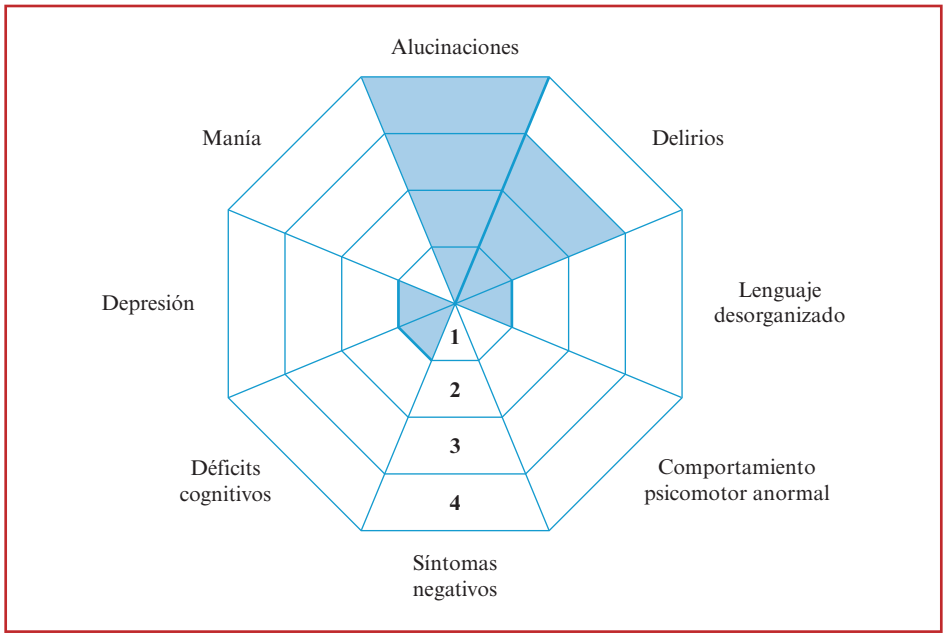
E) *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

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

Este acercamiento híbrido del DSM-5 tiene sus raíces en el modelo desarrollado por el grupo de Jin van Os (Van Os et al., 2017, 2010; Van Os y Kapur, 2009). En esencia, tratan de comprender la psicosis desde una aproximación multidimensional. Las investigaciones realizadas por este grupo dentro del denominado fenotipo psicótico «extendido» (o ampliado) y los modelos factoriales empíricamente validados (Reininghaus et al., 2013; Shevlin, McElroy, Bentall, Reininghaus y Murphy, 2017) han tenido un claro impacto en el acercamiento híbrido propuesto por el DSM-5. El modelo multidimensional complejo del fenotipo psicótico se concreta en los siguientes puntos (véase figura 1.6):

a) Se propone la presencia de cuatro dimensiones: afectiva (depresión y manía), psicosis (alucinaciones e ideación delirante), negativa —o motivacional— (avolición y aplanamiento afectivo) y cognitiva (memoria, atención y/o funciones ejecutivas).

© Ediciones Pirámide



Nota: sistema de respuesta Likert. 0 = ausente; 1 = dudoso; 2 = presente y leve; 3 = presente y moderada; 4 = presente y grave.

Figura 1.5.—Representación dimensional de la psicosis desde el DSM-5.

b) Las dimensiones se encuentran distribuidas normalmente en la población general, oscilando en un continuo de gravedad salud-trastorno.

c) Las dimensiones de alteraciones cognitivas, psicóticas positivas, afectivas y motivacionales representan gran parte de la expresión del espectro del fenotipo de psicosis.

d) Estas dimensiones se encuentran más solapadas a medida que se acercan al nivel clínico.

e) De la configuración e interrelación que se establece entre las cuatro dimensiones se pueden derivar entidades nosológicas diferentes. Por ejemplo, si la persona tiene una mayor presencia de la dimensión positiva (alucinaciones y delirios), sería diagnosticada de esquizofrenia.

f) Estas dimensiones son «transdiagnósticas», en el sentido de que se expresan en diferentes grados a través de las categorías diagnósticas que componen el espectro de la psicosis. Asimismo, sus mecanismos cognitivos, neuronales y sociales también son transdiagnósticos.

g) Cuanto más cerca se sitúen las personas del extremo de gravedad (psicosis), mayor probabilidad tendrán de superar el umbral clínico y de entrar en contacto con los sistemas asistenciales y de necesitar tratamiento.

h) Las experiencias psicóticas subclínicas, expresiones «débiles» del fenotipo, se pueden ver como la manifestación conductual de riesgo o vulnerabilidad a la psicosis (aproximadamente el 10% de la población).

i) La interacción entre los aspectos genéticos, personales y ambientales es crucial en la explicación del nivel de gravedad, el impacto funcional y la probabilidad de transición al cuadro clínico.

Esta aproximación supone un avance respecto a modelos previos. Por ejemplo, considera que no solo se tiene que estudiar la esquizofrenia (fracción de fenotipo psicótico con peor resultado), sino que hay que analizar su expresión tanto en el nivel clínico como subclínico (por ejemplo, muestras de la población general o de ultra alto riesgo). Además, la investigación puede centrarse en una o más categorías

© Ediciones Pirámide

de diagnóstico dentro del espectro psicótico (por ejemplo, esquizofrenia, espectro de esquizofrenia, cualquier trastorno psicótico no afectivo, cualquier trastorno psicótico afectivo, cualquier trastorno psicótico) o en una o más dimensiones transdiagnósticas dentro de un trastorno o entre diferentes trastornos mentales. Igualmente, permite incorporar la heterogeneidad sintomática hallada en la práctica clínica e investigación y la búsqueda de los posibles mecanismos causales ambientales que subyacen a la expresión clínica de los trastornos del espectro psicótico.

Obviamente, este modelo no está exento de limitaciones; por ejemplo, se podrían haber considerado otras facetas del fenotipo psicótico, como pudieran ser la desorganización, la metacognición o el comportamiento psicomotor. Además, y aunque este modelo multidimensional ha sido respaldado empíricamente, recientes trabajos han incorporado un factor general de psicosis (modelos bifactor) (Quattrone et al., 2018; Reininghaus et al., 2013; Shevlin et al., 2017). Asimismo, estudios previos consideran la necesidad de incorporar una dimensión temporal, ya que para comprender el síndrome de psicosis se tienen que considerar las fluctuaciones de las dimensiones en el tiempo, las relaciones entre ellas en diferentes períodos temporales o el impacto de los estímulos ambientales en la expresión de la vulnerabilidad latente al síndrome de psicosis. Considerando estos aspectos, en la figura 1.6 se recoge el modelo multidimensional del fenotipo psicótico propuesto por Van Os et al. con algunas modificaciones. Primero,

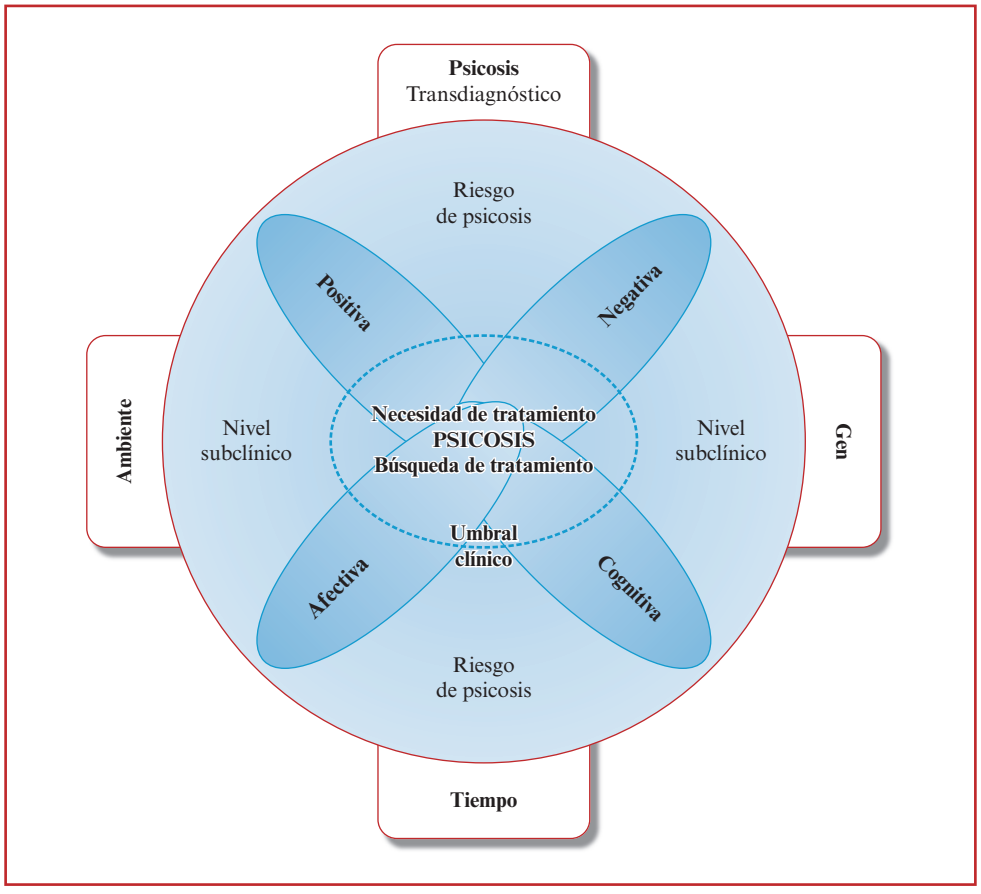


Figura 1.6.—Modelo multidimensional complejo del fenotipo psicótico (adaptado y modificado de Van Os et al., 2010, 2017, y Van Os y Kapur, 2009).

© Ediciones Pirámide

se ha añadido una dimensión general de psicosis, además de las cuatro propuestas incialmente. Segundo, se ha tratado de incorporar la noción «transdiagnóstica» tanto a nivel clínico como subclínico. Y tercero, se ha querido contemplar con la variable «tiempo» la inherente naturaleza dinámica (no estática) del fenotipo psicótico.

4.3. Modelo CIE-11

La OMS acaba de publicar la undécima versión de la CIE (https://icd.who.int/). Los cambios incorporados en esta última edición se han realizado considerando la CIE vigente y la evidencia científica disponible hasta la fecha. La finalidad ha sido la de mejorar la utilidad clínica de las categorías diagnósticas. Es digno de mención que los aspectos comentados aquí pueden estar sujetos a modificación, pues aún está en proceso de traducción. La CIE-11 será presentada a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2019 para su adopción por los estados miembros y entrará en vigor en enero del 2022. Por este motivo, se presentan en la tabla 1.2 los criterios de esquizofrenia de la CIE-10. En la CIE-11, dentro del capítulo 6 dedicado a «Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo», se encuentra la categoría nosológica denominada «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios», donde el grupo de trabajo para la clasificación de los trastornos psicóticos introduce ciertos cambios respecto a la versión precedente (First, Reed, Hyman y Saxena, 2015; Gaebel, 2012; Tandon, 2012). Estas se comentan brevemente a continuación:

- Primero, se modifica ligeramente la definición de esquizofrenia, se otorga una mayor importancia a las alteraciones o perturbaciones del yo y se reduce el énfasis en los síntomas de primer rango. Según la CIE-11, la esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades, incluyendo el pensamiento (por ejemplo, delirios, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia de uno mismo (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, deterioro de la atención, memoria verbal y cognición social), la volición (por ejemplo, pérdida de la motivación) y el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada). Los delirios persistentes, las alucinaciones persistentes, el trastorno del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales. Además, los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas tienen que ocurrir con suficiente frecuencia e intensidad para considerar que se desvían de las normas culturales o subculturales esperadas. Estos síntomas no surgen como una característica de otro trastorno mental y del comportamiento (por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo, delirio o un trastorno debido al uso de sustancias).
- Segundo, sigue sin ser necesario el criterio de deterioro funcional para el diagnóstico de esquizofrenia.
- Tercero, se introducen detalles específicos adicionales referidos a calificadores de síntomas, curso, impacto funcional y dominio cognitivo. Por ejemplo, se añaden los siguientes calificadores: síntomas positivos en trastornos psicóticos primarios; síntomas negativos en trastornos psicóticos primarios; síntomas depresivos en trastornos psicóticos primarios; síntomas maníacos en trastornos psicóticos primarios; síntomas psicomotores en trastornos psicóticos, y síntomas cognitivos en trastornos psicóticos primarios. Respecto al curso, en la CIE-10 estaba dividido en curso continuo, episódico (con déficit progresivo o estable y remitente), remisión (completa e incompleta), otro y curso incierto, mientras que en la CIE-11 las categorías son: primer episodio, múltiples episodios, curso continuo y no especificado, y las tres primeras permiten especificar si el paciente presenta un episodio agudo o una remisión parcial o total de síntomas.
- Cuarto, el capítulo incluye la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo y transitorio, trastorno delusional y otras esquizofrenias especificadas u otros trastornos psicóticos primarios.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.2

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia

La CIE-10 plantea que no hay síntomas patognomónicos, pero sí que ciertos fenómenos psicopatológicos que suelen presentarse asociados entre sí tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia. Estos son:

1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
3. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no encajan en la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, la capacidad y los poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima, estar en comunicación con seres de otros mundos).
4. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o que se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
5. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagador, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
6. Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
7. Síntomas «negativos» tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estos habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
8. Un cambio consistente y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico según la CIE-10. El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos de uno a cuatro; o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo. El primer síntoma de la lista precedente se aplica solo a la esquizofrenia simple y requiere, por lo menos, una duración de un año.

Formas de evolución según la CIE-10. Continua, episódica con defecto progresivo, episódica con defecto estable, episódica con remisiones completas, remisión incompleta, otra forma de evolución, forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

Subtipos de evolución según la CIE-10. Esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otra esquizofrenia, esquizofrenia sin especificación.

Clasificación y agrupación de los síntomas psicóticos

Además de las clasificaciones expuestas, es de uso habitual una clasificación y agrupación de los síntomas en tres categorías sintomáticas: síntomas positivos (delirios y alucinaciones), síntomas negativos (afecto aplanado, alogia, abolición/apatía y dificultades de atención) y síntomas de «desorganización» (que incluyen habla desorganizada, trastorno del pensamiento, conducta desorganizada y falta de atención). Si bien los síntomas positivos son los más relevantes en las fases agudas de los trastornos, los síntomas determinantes en las disfunciones sociales y ocupacionales de los pacientes con esquizofrenia son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes, tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los demás y a los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida en condiciones normales.

© Ediciones Pirámide

En suma, con su versión undécima la OMS ha intentado mediante un proceso científico de revisión primar el principio de utilidad clínica. Tal utilidad depende, según la OMS, de: su valor para la mejora de la comunicación entre profesionales, pacientes, familias, administradores, etc.; sus características de implementación para la práctica clínica (tales como precisión en la descripción, facilidad de uso y tiempo empleado), y su utilidad para la selección de las intervenciones y la toma de decisiones clínicas. La CIE-11, con un intenso trabajo de investigación, ha tratado de mejorar la solidez científica de esta nueva clasificación. Como siempre, el tiempo será el mejor juez para saber si este objetivo se ha logrado o no.

4.4. Semejanzas, diferencias y cuestiones de fondo

Las semejanzas y diferencias entre ambos modelos se recogen en la tabla 1.3. Respecto a las diferencias, la CIE-11 no tiene en cuenta el deterioro sociolaboral que formula el DSM-5, para el que el requisito de duración de los síntomas es de seis meses, mientras que la CIE-11 tan solo requiere que se presenten durante al menos un mes. Es digno de mención que el DSM-5 ha incluido una nueva categoría diagnóstica denominada «síndrome de psicosis atenuada» en el apéndice III (véase capítulo 14). Respecto a las semejanzas, ambos sistemas han realiza-

TABLA 1.3

Comparación entre los sistemas de clasificación diagnóstica DSM-5 y CIE-11

Aspectos	DSM-5	CIE-11
Nombre del capítulo	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios.
Duración de síntomas psicóticos	Un mes para síntomas de la sección A. Síntomas del trastorno persisten al menos durante seis meses.	Síntomas psicóticos durante al menos un mes.
Criterio de funcionalidad	Criterio B: el funcionamiento a nivel laboral e interpersonal y el autocuidado están por debajo del nivel premórbido.	No incluye.
Subtipos de esquizofrenia	No.	No.
Especificador de síntomas	Alucinaciones. Delirios. Lenguaje desorganizado. Comportamiento psicomotor anormal. Síntomas negativos. Alteración cognitiva. Depresión. Manía.	Síntomas positivos. Síntomas negativos. Síntomas depresivos. Síntomas maníacos. Síntomas psicomotores. Alteraciones cognitivas.
Criterio de daño cognitivo	Incluido como un especificador de síntomas.	Incluido como un especificador de síntomas.
Especificador de curso	Primer episodio, actualmente en episodio agudo. Primer episodio, actualmente en remisión parcial. Primer episodio, actualmente en remisión total.	Primer episodio actualmente sintomático. Primer episodio, en remisión parcial. Primer episodio, en remisión total. Primer episodio, no especificado. Múltiples episodios, actualmente.

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.3 *(continuación)*

Aspectos	DSM-5	CIE-11
Tipos de trastornos*	Esquizofrenia. Trastorno esquizoafectivo. Trastorno equizoafectivo. Trastorno psicótico breve. Trastorno delirante. Otros trastornos del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, no especificados. Trastorno esquizofreniforme. Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos*. Trastorno psicótico debido a otra condición médica**. Catatonia con otro trastorno mental. Catatonia debida a condición médica. Catatonia no especificada.	Esquizofrenia. Trastorno esquizoafectivo. Trastorno esquizotípico. Trastorno psicótico agudo y transitorio. Trastorno delirante. Otra esquizofrenia especificada u otros trastornos psicóticos primarios. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, no especificados. (No incluye trastorno esquizofreniforme.) Nota*. Nota**. Nota***. (No incluye catatonia.)

Notas:
* En la CIE los trastornos psicóticos inducidos por sustancias serán incluidos entre los trastornos de sustancias.
** En la CIE-11 el síndrome psicótico secundario será incluido en los trastornos mentales orgánicos.
*** En la CIE se incluye la categoría de «manifestaciones sintomáticas de trastornos psicóticos primarios».

do un cambio conceptual al retirar los síntomas de primer rango de Schneider de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia. Además, las modificaciones introducidas en la versión CIE-11 han permitido un acercamiento al sistema DSM-5. Otra convergencia es la inclusión por parte del modelo DSM del trastorno esquizotípico de la personalidad dentro del espectro psicótico.

Los cambios introducidos por el DSM-5 en los trastornos psicóticos representan solo leves avances en la fiabilidad y utilidad clínica y apenas abordan la cuestión crítica de la validez. Desde el DSM se representa una visión simplificada e incompleta de la esquizofrenia basada en una mezcla de criterios arbitrarios de inclusión, exclusión y duración de los fenómenos clínicos y que conduce al supuesto (equivocado) de que es un trastorno simple, claro y discreto. De hecho, el DSM-5 sigue todavía definiendo este síndrome por la exclusión (no debido al estado de ánimo o al trastorno esquizoafectivo, ni a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica); por la descripción sintomática que se hace en el criterio A no es exclusiva o característica (los delirios más la abulia pueden estar presentes en la depresión mayor, las alucinaciones más el lenguaje desorganizado pueden estar presentes en la manía; por los delirios más la conducta desorganizada grave pueden estar presentes en la demencia), y por el deterioro funcional y los criterios de duración de al menos seis meses que pueden cumplirse también en varios estados maníacos, depresivos o demenciales.

En suma, el enfoque vigente que predomina desde los sistemas clasificatorios internacionales debe cambiar radicalmente con la finalidad de descifrar algunos de los misterios que rodean a este síndrome y así avanzar en la comprensión de su naturaleza, definición, clasificación, delimitación y tratamiento.

5. EPIDEMIOLOGÍA

El síndrome psicótico afecta a alrededor del 2,5-3,5 % de la población (Chang et al., 2017; Perälä et al., 2007; Tandon et al., 2013). En particular, y aunque haya ciertas diferencias entre estudios epidemiológicos, la prevalencia media puntual para la esquizofrenia es de 2,8-3,3 personas

© Ediciones Pirámide

por cada 1.000 (Charlson et al., 2018; Saha, Chant, Welham y McGrath, 2005). Para la psicosis la prevalencia puntual fue de 3,89 personas por cada 1.000, la media de prevalencia anual, de 4,03 por cada 1.000, y la prevalencia media vital, de 7,49 por cada 1000 personas (Moreno-Küstner, Martín y Pastor, 2018).

Las tasas de incidencia anual en la población general para la esquizofrenia se sitúan en un rango de ocho a 16 casos nuevos por 100.000 habitantes, con una media de 15,2 por cada 100.000 personas (McGrath, Saha Chant y Welham, 2008). En el caso de las psicosis afectivas la incidencia es de 12,4/100.000 habitantes (para el grupo de edad entre 16-64 años). Tomadas en conjunto, las tasas de incidencia de psicosis no afectiva son de 22,53 por 100.000 habitantes, y de psicosis afectiva, de 7,12 por 100.000 personas (Castillejos, Martín-Pérez y Moreno-Küstner, 2018). Lejos de ser homogéneas, las tasas de incidencia presentan una gran heterogeneidad en función de la zona geográfica (Jongsma et al., 2018). Por ejemplo, utilizando criterios CIE-10, en una muestra de 2.774 pacientes de seis países europeos se encontró que las tasas de psicosis no afectiva oscilaron entre 5 y 41 por 100.000 personas-año (después de estandarizar por edad, sexo y grupo étnico), y entre 6 y 46 por cada 100.000 habitantes para todos los tipos de trastornos psicóticos.

En general se estima, según la OMS y trabajos previos (Charlson et al., 2018), que la esquizofrenia afecta a 21-26 millones de personas en todo el mundo, y cada año, aproximadamente, 1,5 millones de personas reciben este diagnóstico.

La distribución de prevalencia para cualquier trastorno psicótico es la siguiente (APA, 2013; Perälä et al., 2007, Segarra, 2013): 0,9% esquizofrenia; 0,32% trastorno esquizoafectivo; 0,1% trastorno esquizofreniforme; 0,18% trastorno delirante; 0,42% trastornos psicóticos inducidos por sustancias tóxicas; 0,21% trastornos psicóticos secundarios a patología médica; 0,24% trastorno bipolar tipo I; 0,35% trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, y 1,9% trastorno de la personalidad esquizotípico (en muestras clínicas, si bien en función del estudio puede oscilar entre el 0,6-4,6%).

En muestras españolas los porcentajes de personas que reciben diagnóstico de un trastorno psicótico, aplicando los criterios nosológicos del DSM-IV-TR, son los siguientes (Segarra, 2013): el 54,2% esquizofrenia; el 9,2% trastorno esquizofreniforme; el 8,6% trastorno psicótico breve; el 4,1% trastorno delirante; el 4,8% psicosis atípicas; el 5,6% trastorno esquizoafectivo, y el 13,3% trastorno del humor con síntomas psicóticos. Del total de diagnósticos de primer episodio psicótico, aproximadamente el 90% pertenecen al conglomerado de la esquizofrenia, mientras que el 10% restante, al *cluster* del espectro afectivo.

Las tasas de prevalencia no se restringen únicamente a los trastornos clínicamente diagnosticados, sino que, desde la perspectiva dimensional, las experiencias psicóticas se encuentran también presentes en la población general. En metaanálisis previos se encontró una incidencia media anual del 2,5% y una prevalencia media anual del 7,2% (Linscott y Van Os, 2013). En población infanto-juvenil la prevalencia media de experiencias psicóticas es del 17% en niños de 9 a 12 años y del 7,5% en adolescentes de 13 a 18 años (Kelleher et al., 2012).

Un tema escasamente abordado en la literatura al que se empieza a dar respuesta es el referente a las variaciones culturales de dichas expresiones clínicas y subclínicas. No se debe perder de vista que hasta hace relativamente poco tiempo la mayoría de los estudios sobre el fenotipo psicótico se realizaba en Estados Unidos y Europa. De hecho, la mayoría de las submuestras utilizadas en los estudios previos se corresponden con individuos denominados WEIRD *(Western, Educated, Industrialized, Rich, and Democratic),* que probablemente no sean representativos de la población mundial (Henrich, Heine y Norenzayan, 2010). En un estudio realizado por Nuevo et al. (2012) bajo los auspicios de la OMS *(World Health Survey)* y en el que participaron 256.445 personas (55,9% mujeres) procedentes de 52 países, se encontró que las prevalencias generales para síntomas psicóticos específicos variaron de 4,80% (SE = 0,14) para delirios de control a 8,37% (SE = 0,20) para delirios de referencia y persecución. La prevalencia media de al menos un síntoma psicótico fue del 12,57%, oscilando entre el 0,8% (Vietnam) y el 31,4% (Nepal). Resultados similares se encontraron en otros estudios y con constructos del fenotipo psicótico (por ejemplo, rasgos esquizotípicos) (Fonseca-Pedrero, Chan et al., 2018; Wüsten et al., 2018). Además, se suelen encontrar diferencias en las tasas de prevalencia cuando se comparan países en función de sus ingresos. Por ejemplo,

© Ediciones Pirámide

Mcgrath et al. (2015), en otro estudio de la OMS con 31.261 adultos, demostraron que las estimaciones de prevalencia vital de experiencias psicóticas fueron significativamente más altas entre los encuestados en los países de ingresos medios y altos que entre los de los países de ingresos bajos (7,2% [0,4%], 6,8% [0,3%] y 3,2% [0,3%], respectivamente). A modo de ejemplo, y para que el lector se percate de la enorme complejidad metodológica de estos estudios multinacionales, en la tabla 1.4 se recoge un ítem traducido a diferentes lenguas que permite analizar las experiencias psicóticas atenuadas (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

6. CURSO EVOLUTIVO, PRONÓSTICO E IMPACTO SOCIOSANITARIO

Los trastornos del espectro psicótico, y concretamente la esquizofrenia, siguen una serie de fases más o menos diferenciadas (véase figura 1.8). Además, una vez establecido el diagnóstico, es bastante frecuente la inestabilidad diagnóstica dentro de este conjunto de entidades nosológicas. De acuerdo con estudios de Segarra et al. (2010), el curso del síndrome psicótico al cabo de 15 años es el siguiente: 5% inicio agudo, curso simple y buen pronóstico; 25% inicio agudo, curso episódico y buen pronóstico; 10% inicio insidioso, curso simple, buen pronóstico; 23% inicio insidioso, curso episódico, buen pronóstico; 5% inicio agudo, curso simple, mal pronóstico; 5% inicio agudo, curso episódico, mal pronóstico; 14% inicio insidioso, curso simple, mal pronóstico, y 4% inicio insidioso curso episódico mal pronóstico. La tasa de suicidios tras 22 años de evolución oscila entre el 14 y el 22%. En el 20% de los casos una persona, tras un primer episodio psicótico, no recaerá en los siguientes cinco años. Por tanto, más un 40% de los individuos tienen un buen pronóstico y logran una recuperación social y funcional aceptable, y en un 20-26% se produce una recuperación completa y duradera, aspecto que es contario a la imagen (negativa) asociada a la psicosis como un trastorno deteriorante y crónico.

TABLA 1.4

Ítem del Cuestionario de personalidad esquizotípica en función del país

País	Ítem
Inglaterra	Do you sometimes feel that things you see on the TV or read in the newspaper have a special meaning for you?
España	¿Algunas veces notas que cosas que ves en la tele o lees en el periódico tienen un significado especial para ti?
Grecia	Αισθάνεστε μερικές φορές ότι πράγματα που βλέπετε στην τηλεόραση
China	您是否有时在看电视或报纸时发现其中的内容对您有特殊的意义？
Turquía	قد أحسّ أحيانا بأنّ ما أراه في التلفزة أو ما أقرأه في الجرائد موجّه إليّ شخصيًّا
Italia	Talvolta ha la sensazione che quello che vede in TV o legge sul giornale abbia un significato speciale per lei?
Alemania	Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Dinge, die Sie im Fernsehen sehen oder in der Zeitung lesen, für Sie eine ganz besondere Bedeutung haben?
Francia	Il m'arrive d'avoir l'impression que ce que je vois à la télévision ou ce que lis dans les journaux m'est personnellement destiné?

© Ediciones Pirámide

En un metaanálisis realizado por Lally y colaboradores (2017) que incluyó setenta y nueve estudios y a 19.072 personas con primer episodio psicótico, se encontró que la tasa de remisión fue del 58% (60 estudios, 12.301 individuos con un seguimiento medio de 5,5 años), mientras que la prevalencia de recuperación fue del 38% (35 estudios, 9.642 individuos, seguimiento medio de 7,2 años). Las tasas de recuperación fueron más altas en América del Norte que en otras regiones. Se observó también estabilidad en las tasas de recuperación después de los primeros dos años del primer episodio, lo que sugiere que el curso progresivo de deterioro de la psicosis no es típico. De este estudio sistemático se concluye que aunque las tasas de remisión han mejorado con el tiempo, las tasas de recuperación no lo han hecho, lo que, según estos autores, genera dudas sobre la efectividad de los servicios de salud mental para lograr una mejor recuperación.

Por otra parte, se ha observado que ciertas variables desempeñan un papel importante en el pronóstico de la esquizofrenia, como son el nivel de inteligencia premórbido, la competencia social premórbida, el tiempo transcurrido entre el comienzo del trastorno y el tratamiento recibido, la gravedad de los síntomas positivos y negativos y la no adherencia a la medicación. Por ejemplo, se ha constatado que los más jóvenes, los varones, los desempleados y quienes tienen antecedentes familiares de psicosis presentan un peor curso clínico (Lemos-Giráldez et al., 2015; Segarra, 2013; Tandon et al., 2009).

Los trastornos del espectro psicótico generan un importante impacto sociosanitario, carga de discapacidad a nivel mundial y muerte (directa o indirectamente) (Charlson et al., 2018; Walker, McGee y Druss, 2015). Los costes económicos (directos e indirectos) asociados se suman al impacto personal, familiar, académico y laboral. Los trastornos psicóticos se encuentran entre una de las diez principales causas de discapacidad en el grupo de edad de 10 a 24 años (Gore et al., 2011), y constituyen el tercer trastorno que más costes genera en Europa (Gustavsson et al., 2011). En España, el coste estimado derivado de la esquizofrenia, en el año 2002, fue de 1.970,8 millones de euros (2,7% del gasto en salud) (Oliva-Moreno, López-Bastida, Osuna-Guerrero, Montejo-González y Duque-González, 2006). Se podrían comentar otros aspectos, como los cuidados informales de 3.600 horas anuales o el trabajo no renumerado a cargo de las familias estimado en 30.000-50.000 €. Además del gasto derivado del consumo de psicofármacos, de las bajas laborales, etc., los síntomas y trastornos psicóticos también se asocian a una reducción en la esperanza de vida de unos 10-20 años, a múltiples problemas de salud y conducta sedentaria (por ejemplo, diabetes tipo 2, problemas cardiovasculares) y a una peor calidad de vida (Chesney, Goodwin y Fazel, 2014; Moreno et al., 2013; Nuevo et al., 2012; Pillinger et al., 2017; Stubbs, Williams, Gaughran y Craig, 2016).

7. MODELOS ETIOLÓGICOS

7.1. Introducción

Multitud de hipótesis se han formulado para explicar el origen de la psicosis (Howes y Murray, 2014; Kahn et al., 2015; Lemos-Giráldez et al., 2015; Millan et al., 2016; Pérez-Álvarez, 2012a, 2012b; Radua et al., 2018; Segarra, 2013). La búsqueda de «la» causa de la psicosis se podría asemejar a la búsqueda del Santo Grial, si bien por el momento los resultados han sido infructuosos. Después de más de 100 años de estudio aún no se ha encontrado un marcador etiopatogénico que sea el causante de la psicosis. No se ha detectado ninguna alteración funcional y/o estructural cerebral subyacente que pueda explicar su origen. Ello plantea un serio reto científico, pues comprender los mecanismos causales puede ayudar a establecer programas de prevención y tratamiento, con la finalidad de evitar, reducir o alterar el curso del trastorno y mejorar la calidad de vida y funcionalidad de las personas con diagnóstico de psicosis y sus familias.

A modo de reflexión, se pueden barruntar algunas cuestiones de fondo que podrían ayudar a salir de este atolladero.

Primera, tal vez sea mejor hablar de razones y no de causas (Cooke, 2014). La idea no sería tanto buscar la causa como comprender las razones por las que una persona acaba escuchando voces. Como señala Pérez-Álvarez (2012a), «nadie se vuelve loco sin alguna razón». De hecho, escuchar voces, más que ser un problema, igual es el intento por parte de la persona de darle solución.

Segundo, la mayoría de los modelos se basan en reduccionismos insulsos —de todo tipo— que no

© Ediciones Pirámide

contemplan en la ecuación el principal parámetro: la persona que refiere tales experiencias en función de un contexto y una biografía. Por más que se promulgue lo contrario, la esquizofrenia todavía se sigue definiendo a partir de la experiencia subjetiva, es decir, a partir de la particular forma personal de percibir y experimentar la realidad. Nunca se va a poder explicar, por poner un ejemplo, un puente analizando únicamente la composición de las piedras, lo mismo que no se podrá explicar una experiencia alucinatoria analizando un cambio neuroquímico a nivel cerebral. Seamos claros: el fenómeno psicológico tiene entidad por sí mismo (Pérez-Álvarez, 2018). Se podría decir que el profesional de la psicología debería poner más cabeza y menos cerebro.

Tercero, tal vez la cuestión sea buscar en otro sitio, de otra forma y/o con otros métodos. A modo de ejemplo se podría buscar la(s) causa(s) de la psicosis siguiendo tres modelos hipotéticos muy básicos denominados «cebolla», «melocotón» y «macedonia». El modelo cebolla busca encontrar la causa de la psicosis, si bien al ir quitando capas y capas nunca se llega a encontrar nada en su centro, esto es, carece de núcleo y, por tanto, de causa. El modelo melocotón tiene la pretensión de buscar la semilla, y efectivamente, tras ir quitando capas, se acaba encontrando «el núcleo», esto es, la afamada causa. El modelo macedonia, por su parte, se fundamenta en la confluencia de una serie de ingredientes y factores procedentes de diferentes niveles que acaban conformado una textura y sabor finales. Hasta el momento nos hemos movido en el modelo cebolla con la mente en el modelo melocotón cuando lo suyo sería ir hacia un verdadero modelo macedonia más integrador.

No cabe duda de que el síndrome de psicosis es un trastorno complejo de naturaleza multifactorial, donde se establece un diálogo continuo entre la genética y el ambiente (físico y social). La genética ha demostrado su rol, por cuanto la estimación del riesgo de padecerla aumenta en función de la proximidad familiar con otras personas diagnosticadas por el trastorno. Se ha señalado que las tasas de concordancia se sitúan entre el 50-70% en hermanos gemelos monocigóticos, entre el 40-70% en hijos de ambos padres afectados, entre el 9-18% en gemelos dicigóticos o familiares de primer grado (hermanos y padres), entre un 3-6% en familiares de segundo grado (abuelos, tíos) y en un 2-3% en familiares de tercer grado (primos carnales) (Gottesman, 1991). Generalmente los estudios clásicos arrojan porcentajes de concordancia mayores, debido posiblemente a su menor rigor metodológico. La alta heredabilidad de este trastorno no parece, sin embargo, atribuible solo a influencias genéticas, sino también a efectos ambientales que son moderados por los genes (la interacción genes-ambiente), por lo que el modelo epigenético cobra cada vez mayor importancia a la hora de explicar este y otros trastornos psicológicos (Labrie, Pai y Petronis, 2012). Dicho modelo considera que diversos factores de riesgo ambiental (por ejemplo, la exposición a ambientes prenatales específicos, a traumas, abuso o negligencia en la infancia, la urbanicidad, el consumo de cannabis) influyen en la expresión de los genes, a través de cambios en la metilación del ADN. No se pone en duda que la genética tiene un rol en la etiología de la psicosis, si bien por sí sola no es capaz de explicar más que un mínimo porcentaje de toda la varianza (Henriksen, Nordgaard y Jansson, 2017; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014). De ahí la necesidad de combinar la base poligénica multifactorial con factores ambientales (tanto físicos como sociales). En este sentido, de forma explícita o implícita se vuelve a buscar «la causa» en el ambiente y en la persona (ser-en-el-mundo) (Pérez-Álvarez, 2018; Van Os et al., 2010). De hecho, estudios clásicos y recientes han demostrado una y otra vez el rol causal de factores ambientales como consumo de cannabis, traumas infantiles y experiencias traumáticas, contextos deprivados o pertenencia a grupos étnicos minoritarios (Fiorillo, 2018; Gibson, Alloy y Ellman, 2016; Marconi, Di Forti, Lewis, Murray y Vassos, 2016; O'Donoghue, Roche y Lane, 2016).

Aquí cobra especial interés el paradigma del exposoma, que trata de comprender y analizar la totalidad de las exposiciones ambientales que recibe un ser humano a lo largo de todo su ciclo vital (Goloksuzs, Van Os y Rutten, 2018). Este paradigma promete una visión holística de las exposiciones ambientales que se complementa con el genoma para proporcionar una perspectiva más realista de la interacción compleja y dinámica entre factores ambientales que pueden dar lugar a trastornos mentales, como la psicosis. La exposición consiste en dominios dinámicos, interactivos y entrelazados que incluyen tanto aspectos «internos» (por ejemplo, la microflora intestinal) como «externos específicos»

© Ediciones Pirámide

(por ejemplo, el uso de drogas) y «externos globales» (por ejemplo, el entorno urbano). Así pues, puede afirmarse que la psicosis es la vía final común de un conjunto de factores específicos genéticos y/o ambientales que deben considerarse conjuntamente y donde ninguno opera aisladamente.

Un estudio de revisión realizado por Radua et al. (2018), que incluyó 55 metaanálisis o análisis sistemáticos, lo que correspondió a 683 estudios individuales y 170 factores de riesgo o protectores putativos para los trastornos psicóticos, encontró los siguientes resultados:

a) Únicamente el estado de riesgo ultraelevado para la psicosis (OR = 9,32, IC del 95%: 4,91-17,72) y grupo étnico negro-caribeño en Inglaterra (OR = 4,87; IC del 95%: 3,96-6,00) demostraron evidencia convincente de relación.
b) Seis factores fueron muy sugestivos: minoría étnica en área de densidad étnica baja, inmigrantes de segunda generación, anhedonia como rasgo, cociente intelectual (CI) premórbido, anomalías físicas leves y capacidad de identificación olfativa.
c) Nueve fueron sugestivos: residencia en zona urbana, minoría étnica en área de densidad étnica elevada, inmigrantes de primera generación, inmigrantes norafricanos en Europa, estación de nacimiento en invierno o primavera en el hemisferio norte, aislamiento social en la infancia, traumatismo en la infancia, IgG para *Toxoplasma gondii* y lateralidad no diestra.
d) Cuando solo se tomaron en cuenta los estudios prospectivos, la evidencia fue convincente únicamente para el estado de riesgo elevado de psicosis (ultraalto riesgo) y sugestiva para la residencia en zona urbana.

En otro trabajo de revisión, realizado por Belbasis et al. (2018), sobre factores de riesgo y biomarcadores en los trastornos del espectro esquizofrénico, se descubrió que los cinco factores que demostraron una evidencia robusta en el incremento del riesgo de esquizofrenia fueron:

a) Exposición a adversidades (de tipo físico y psicológico) durante la infancia.
b) Consumo de cannabis.
c) Antecedentes de complicaciones obstétricas.
d) Eventos estresantes durante la edad adulta.
e) Bajo nivel de folato sérico.

Como se ha comentado, existen infinidad de hipótesis que tratan de explicar la(s) causa(s) de las experiencias psicóticas. Aquí no se puede hacer un listado exhaustivo de todas ellas, por lo que únicamente se comentan con más profundidad los modelos de: vulnerabilidad-estrés, neurodesarrollo, propensión-persistencia-deterioro, trastornos del yo y sistemas complejos dinámicos. Antes de continuar se debe mencionar que todo modelo, como tal, supone una simplificación de la realidad, y así tiene que ser visto. Para una revisión más amplia sobre los diferentes modelos etiológicos propuestos en el campo de la psicosis se pueden consultar trabajos previos (Howes y Murray, 2014; Kahn et al., 2015; Lemos-Giráldez et al., 2015; Millan et al., 2016; Pérez-Álvarez, 2012b; Segarra, 2013; Tandon et al., 2008).

7.2. Modelo de vulnerabilidad-estrés

Este modelo, también conocido como de diátesis-estrés (Zubin y Spring, 1977), es posiblemente uno de los más aceptados para la explicación y la comprensión de la etiología de los trastornos del espectro psicótico. Su extensa utilización es debida a su facilidad para dar cuenta de la compleja interacción que ocurre entre los factores genéticos y ambientales. Brevemente, el concepto de vulnerabilidad alude a determinados rasgos biológicos de origen preferentemente, aunque no necesariamente, genético, que confieren una determinada predisposición a un trastorno psicológico. La vulnerabilidad, en un sentido amplio, apunta hacia una condición necesaria (no suficiente), estable (no permanente), endógena (no externa), generalmente no observable y antecedente del desarrollo del trastorno psicológico. A nivel teórico la vulnerabilidad a la psicosis podría ser atenuada, reducida o aumentada por diversos factores psicosociales, experiencias de aprendizaje o sustancias neuroquímicas (por ejemplo, medicación). Asimismo, la diátesis es considerada una variable continua que se puede manifestar en distintos grados de intensidad, y que a su vez se encuentra inmersa dentro de un marco de continua interacción con el ambiente. La vulnerabilidad no asegura el de-

© Ediciones Pirámide