



## CAPÍTULO 1

---

### ALGUNOS TRAZOS PARA COMPRENDER MEJOR A LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

*Rufino Meana Peón*

Nuestro principal interés en este capítulo es contribuir a que se conozca algo más la esquizofrenia. No es una tarea sencilla porque esta enfermedad nunca podrá ser comprendida mediante listados de signos y síntomas, sólo el encuentro con el enfermo y sus circunstancias puede comenzar a dar alguna tenue luz sobre lo que tenemos delante. Por esto hemos abordado esta tarea como si de un cuadro impresionista se tratase, dando brochazos y matices humanos, científicos o técnicos con el ánimo de que el resultado final ofrezca una impresión general, nunca total, de los principales aspectos de la enfermedad.

Desde el comienzo queremos dejar claro el profundo respeto que el ser humano enfermo nos inspira; nuestro principal esfuerzo está puesto en transmitir ese respeto como clave esencial tanto para quien vive con ellos como para quien trate de ayudar en la reconstitución psíquica de estas personas. Como nosotros mismos, son personas que tratan de vivir alcanzando cierto grado de felicidad; pensando con frecuencia que hacen lo correcto; angustiándose ante lo que ven y sienten; desesperándose muchas más veces de las que una persona preferiría hacerlo en la vida. El reto, nada fácil, estriba en tratar de evitar que la persona con esquizofrenia sienta que se encuentra sola an-





te el abismo de su enfermedad o ante la incertidumbre del trabajoso camino hacia la recuperación.

No siempre se pueden intuir sus pensamientos, reacciones, emociones como se haría con cualquier otro ser humano; el nivel de posible error será más alto de lo normal. Tampoco se les puede responsabilizar de sus acciones, pensamientos o emociones tanto como se haría con cualquier otra persona, aunque ciertamente tendrán que asumir la parte que les corresponde. La vida ordinaria con un enfermo psicótico se mueve en la delicada frontera entre los intentos de normalización y la asunción de que requieren de sus entornos inmediatos un plus de esfuerzo y de meritoria paciencia.

Eleanor Longden<sup>1</sup>:

*El día que me fui de casa por primera vez para ir a la Universidad fue un día soleado lleno de esperanza y optimismo. Me había ido muy bien en el colegio, las expectativas sobre mí eran altas, y estaba llena de alegría por mi vida estudiantil (...) Esta fantasía de invulnerabilidad era tan perfecta que hasta yo misma me engañé y conforme el primer semestre terminó y co-*



---

1. Conferencia dictada por Eleanor Longden en febrero de 2013 en TED (ted.com). TED (*Technology, Entertainment, Design* - tecnología, entretenimiento, diseño) es una organización sin fines de lucro dedicada a las «ideas que merecen la pena ser difundidas». Es ampliamente conocida por su congreso anual (*TED Conference*) y sus charlas (*TED Talks*) que cubren un amplio espectro de temas que incluyen ciencias, arte y diseño, política, educación, cultura, negocios, asuntos globales, tecnología y desarrollo, y entretenimiento. TED es propiedad de The Sapling Foundation, fundación sin ánimo de lucro, dedicada a «potenciar el poder de las ideas para cambiar el mundo», sus invitados son personas relevantes en su campo, muchas de ellas de renombre mundial.





*menzó el segundo, no había forma de que nadie pudiera haber predicho qué iba a suceder.*

*Cuando empezó, salía de un seminario tarareando para mí misma, moviendo mi bolso igual que cientos de veces antes; de repente oí una voz que decía con calma: «Ella está saliendo de la habitación». Miré alrededor y no había nadie allí, pero la claridad y la firmeza del comentario era inconfundible. Agitada, dejé mis libros en las escaleras y corrí a casa, y ahí estaba otra vez: «Ella está abriendo la puerta». Ese fue el comienzo. La voz había llegado. Y persistió la voz. Días, y luego semanas, seguía y seguía narrando todo lo que hacía en tercera persona. «Ella está saliendo de la biblioteca». «Ella está yendo a una conferencia». Era neutral, impasible e incluso, después de un rato, extrañamente sociable y tranquilizadora, aunque me di cuenta de que su exterior tranquilo ocasionalmente reflejaba mi propia emoción inexpressada. Así, por ejemplo, si yo estaba enojada y tenía que ocultarlo, lo que ocurría a menudo porque era muy hábil para ocultar lo que realmente sentía, entonces la voz sonaba frustrada. De lo contrario, no era ni siniestra ni inquietante, aunque incluso en ese momento estaba claro que tenía que comunicarse conmigo acerca de mis emociones, especialmente las emociones que eran remotas e inaccesibles.*

*Fue entonces cuando cometí un error fatal. Le hablé a una amiga acerca de la voz, y se horrorizó. Había comenzado un proceso sutil, de la mano del hecho de que la gente normal no oye voces y por tanto algo en mí andaba muy mal. Tal temor y desconfianza fueron contagiosos; de repente la voz ya no parecía tan benigna, y cuando ella insistió en que buscara atención médica, obligada, acepté; lo que probó ser el error número dos.*





*Pasé algún tiempo diciéndole al médico de la universidad lo que creía que era el verdadero problema: ansiedad, baja autoestima, temores acerca del futuro, y fui recibida con indiferencia aburrida hasta que mencioné la voz, después de lo cual se le cayó su pluma y comenzó a interrogarme con una muestra de verdadero interés. Y, para ser justos, yo estaba desesperada por obtener algún tipo de interés y ayuda, comencé a contarle sobre mi extraño comentarista. En este punto, la voz dijo: «Ella está cavando su propia tumba».*

*(...) Esencialmente, esto representó ir adquiriendo una postura agresiva hacia mi propia mente, una especie de guerra civil psíquica, y esto provocó que el número de voces aumentara y fueran siendo progresivamente hostiles y amenazantes. Impotente y desesperada, empecé a retirarme en este mundo interior de pesadilla en el que las voces estaban destinadas a convertirse tanto en mis perseguidores como en mis únicos compañeros. Me dijeron, por ejemplo, que si me sentía digna de su ayuda, entonces podrían cambiar mi vida nuevamente a cómo había sido, y establecieron una serie de tareas cada vez más extrañas, un tipo de trabajo titánico. Empezó siendo muy pequeño, por ejemplo, arrancarme tres hebras de cabello, pero gradualmente creció a extremos, culminando en ordenes de hacerme daño a mí misma (...). Dos años más tarde, el deterioro fue drástico. Ahora tenía el repertorio entero: voces aterradoras, visiones grotescas, delirios extraños, inmanejables. (...) Ahora mirando hacia atrás en los escombros y la desesperación de esos años, me parece como si alguien hubiera muerto en ese lugar, y sin embargo, alguien más se salvó. Una persona rota y angustiada comenzó ese viaje, pero la persona que surgió fue una sobreviviente y en úl-*





*tima instancia, se convertiría en la persona que yo estaba destinada a ser.*

*(...) después de todo lo vivido, lo que en última instancia entendería era que cada voz estaba estrechamente relacionada a aspectos de mí misma y que cada una de ellas llevaba una emoción abrumadora que nunca había tenido la oportunidad de procesar o resolver; recuerdos de trauma sexual y abuso, de ira, vergüenza, culpabilidad, baja autoestima. Las voces tomaron el lugar de este dolor y le dieron palabras y, posiblemente, una de las mayores revelaciones fue cuando me di cuenta de que las voces más hostiles y agresivas en realidad representan las partes de mí que habían sido lastimadas más profundamente, y como tal, fueron esas voces que necesitaban mostrar más compasión y cuidado.*

#### GENERALIDADES EN TORNO A LA ENFERMEDAD

Estamos ante una enfermedad que afecta a un estimado 1% de la población humana y que, en lo referido a su definición, no es sencillo encontrar acuerdos. Todavía hoy día, a pesar de los grandes avances de la medicina y de la investigación en ciencias de la salud, la esquizofrenia sigue representando el gran reto para los profesionales de la salud mental.

McHugh y Slavney (2001) nos dicen que nos encontramos ante un síndrome clínico que se distingue de otros por sus síntomas e historia natural. El problema es que su curso no es uniforme. Lo mismo aparece poco a poco, progresando lenta e implacablemente, que de un modo repentino continuando en forma de crisis agudas con remisiones totales o parciales. Estos autores llegan a afirmar:

*Entre los signos y síntomas que marcan el comienzo de la enfermedad, ninguno de ellos puede considerar-*





*se característico de la misma. La inquietud emocional, la incertidumbre y la perplejidad pueden encontrarse en muchas enfermedades, de tal manera que el diagnóstico de la enfermedad no puede descansar en ellos exclusivamente (p. 111).*

Es difícil captar la esencia de esta patología, más allá de se trata de un estado de *enajenación*. Efectivamente, cuando Bleuler acuña el término *esquizofrenia (grosso modo, ruptura de la mente)* trataba de dar nombre a una constelación de signos y síntomas que hablan de alguien con sus funciones mentales desarticuladas, desintegradas, *caotizadas*. Un trastorno de origen primariamente neurobiológico cuya característica distintiva está en que la persona que la padece pierde el contacto con la realidad comúnmente aceptada; al menos en cierta medida porque el grado de distorsión de las cosas puede ser muy variable.

Hablamos de *realidad comúnmente aceptada* para distinguirla de la realidad propia e intransferible de cada persona que, en el caso de padecer un trastorno psicótico como la esquizofrenia, resulta tan cierta como incomunicable. Para estos enfermos su realidad es 'verdad incuestionable' pero es algo privado, personal, no es la realidad que todo el resto admitimos como tal, al menos no toda ella. Hay muchos modos de vivir con esquizofrenia, por eso podemos encontrar personas que mantienen un cierto contacto con la realidad común y los síntomas se apoderan de ellos por periodos de tiempo variables haciéndoles incapaces de convivir con el resto de personas durante sus crisis. En otros pacientes la enfermedad es mucho más invasiva y les enajena, les aísla por completo. Los hay que pueden vivir con normalidad entre el resto de las personas durante largos períodos de tiempo sin dar muestra de algunas ideas extrañas que les van invadiendo. Hay pacientes en los que la sintomatología más aparente son los delirios y las alucinaciones mientras que otros pacientes muestran signos de distanciamiento afectivo, aislamiento, encerramiento en sí mismos acompañados de ideas privadas y secretas.





Efectivamente, estamos ante una enfermedad compleja, con unos muy altos niveles de variabilidad en sus manifestaciones sintomáticas en la que, en términos generales, se encuentra muy afectada su capacidad para *estar en el mundo al lado de otros*, lo que Schaffetter (1988) llama *co-mundanía*.

Desde el punto de vista del enfermo, la sensación de inseguridad y miedo les invade, el desconcierto y la angustia hacen presencia y sus reacciones se vuelven inadecuadas: huyen (tal vez hacia su propio interior) y/o se defienden (seguramente sin fundamento real y cometiendo actos injustos con sus familiares y amigos). ¿Por qué?

La información que sus sentidos brindan a su sistema nervioso ya no es enteramente fiable, en cierta medida lo saben aunque no siempre sean capaces de caer en la cuenta de ello mientras les ocurre. Ven que hay datos de la vista, el oído, el tacto, el olfato, tal vez incluso el gusto que no son compartidos por el resto. Hay razonamientos que nadie más hace igual, ideas acerca de la realidad y el sentido de la misma que sólo ellos experimentan, conductas que todos juzgan como inadecuadas, etc.

Poco a poco sienten que no se pueden fiar de nadie; ni de ellos mismos. La confusión hace su entrada en una psicología caótica y desconcertante tanto para los que rodean a estas personas como, sobre todo, para el propio enfermo. Los delirios y las alucinaciones son el sello más llamativo de este trastorno pero no es lo único que se muestra deteriorado. A menudo, el habla y el pensamiento se desordenan hasta el punto de perder coherencia, como decíamos, es más que probable que la capacidad de contacto emocional se retrotraiga hasta niveles dramáticos. La vivencia de extrañeza, tanto por parte del paciente como por parte de quienes le rodean, se convierte en una constante estigmatizante para unos y otros. Esto, por más que la medicación sea capaz de controlar la sintomatología, deja hondas huellas en el paciente y en sus círculos cercanos que, en ocasiones, puede llevar años superar, si acaso se logra.

Los trastornos psicóticos son una realidad compleja que, en su complejidad sintomatológica, pueden implicar a la práctica totalidad



de las dimensiones psíquicas. A continuación se puede ver una síntesis de diversos signos y síntomas que todo manual de semiología psiquiátrica suele ofrecer. Evidentemente se trata de un mero esquema orientativo, pero nos puede ilustrar del carácter invasivo que pueden llegar a tener las enfermedades de la mente que denominamos *psicóticas*, entre las que se encuentra la esquizofrenia.

**Cuadro 1.1. Signos y síntomas más frecuentes en pacientes con esquizofrenia**

Conciencia	Conciencia de lo externo a uno mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desrealización: sensación de extrañeza acerca de todo lo que le rodea.</li> <li>• Desorientación/ confusión.</li> </ul>
	Conciencia del Yo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despersonalización: sensación de extrañeza acerca de sí mismo, sentirse <i>como una carcasa vacía</i>, etc.</li> <li>• Vivencias extrañas: estar muerto, no ser el dueño de sus actos, sus pensamientos pueden ser escuchados...</li> </ul>
Pensamiento	Trastornos formales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos carentes de lógica o con asociaciones muy laxas y tangenciales.</li> <li>• Pensamiento disgregado que pierde la idea directriz.</li> <li>• Bloqueos mentales (interpretados como robo de pensamiento).</li> </ul>
	Trastornos de contenido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirios e ideas delirantes mejor o peor constituidos y articulados.</li> </ul>



*continuación*

Lenguaje y comunicación	Comunicación verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje desorganizado hasta lo incomprensible.</li> <li>• Pobreza de contenidos en la expresión verbal.</li> <li>• Neologismos (palabras inventadas para nombrar objetos o situaciones cotidianos).</li> </ul>
	Comunicación no verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutismo.</li> <li>• Pobreza mímica en la expresión de las emociones</li> <li>• Peculiaridades pictóricas.</li> </ul>
Senso-percepción	Hiperestesia/ Hipostesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se viven los estímulos con mayor o menor intensidad de lo adecuado (v.gr.: la conversación en la habitación de al lado resulta ensordecedora).</li> </ul>
	Ilusiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constantes errores en la interpretación de estímulos reales.</li> </ul>
	Alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más frecuentes: Escuchar voces que discuten entre sí o voces que comentan las propias acciones. Pensamiento sonoro (audible por otros).</li> </ul>
Afectividad	Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionada con los pensamientos persecutorios o alucinaciones pero también con el tener que relacionarse con los demás. En el nivel de angustia puede conducir a ideas suicidas.</li> </ul>

*continúa*



continuación

Afectividad	Estados afectivos discordantes y desorganizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente muestra una respuesta afectiva inconsistente con la situación vivida.</li> </ul>
	Pobreza afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afectividad aplanada, con poca capacidad de respuesta emocional. Vivencia subjetiva de 'dificultad para sentir'.</li> </ul>
Motricidad	Catatonía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quietud extrema. Rigidez.</li> </ul>
	Estereotipias, actos motrices repetitivos, ecopraxias, manierismos motrices	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repeticiones gestuales y/o verbales de diversa complejidad.</li> </ul>
Motivación y voluntad	Falta de motivación. Apatía y abulia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades para encarar actividades, sociales, laborales, de ocio o tiempo libre. En general, dificultad para disfrutar de algo.</li> </ul>
Cognición	Cuadro de déficits cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de la capacidad de atención, memoria, comprensión de las cosas y/o de las funciones ejecutivas (v. gr. Es como si dejara de saber cómo cocinar o cómo desarrollar su trabajo habitual).</li> </ul>

Sería largo y complejo exponer y clarificar todos y cada uno de estos síntomas, esto es lo que hacen los excelentes manuales que hay en el mercado<sup>2</sup>. En nuestro empeño por ofrecer una introducción

2. **Scharfetter (1988), Mesa Cid (2007), Eguíluz y Segarra (2005), Sims (2008)** son excelentes opciones en castellano.



ordenada a esta enfermedad nos parece más útil acudir a los grandes consensos internacionales, con todas las prevenciones que suelen despertar pero aceptando la gran virtud de ofrecernos un marco conceptual común y estandarizado. En particular nos centraremos en la recientemente publicada quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (2013). Lo haremos sucintamente y como apoyo para nuestras reflexiones en los capítulos subsiguientes.

### ASPECTOS ESENCIALES QUE DEFINEN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS SEGÚN EL *DSM 5*

A juicio de la DSM-5 hay cinco aspectos esenciales y determinantes en la generalidad de los trastornos psicóticos, el más complejo de los cuales es la esquizofrenia: delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamientos desorganizados, sintomatología negativa.



#### Delirios



Lo esencial del pensamiento delirante radica en que en la mente del paciente surge una certeza, inamovible, innegociable, en torno a la cual la persona comienza a generar toda una estructura de pensamiento que no admite ningún tipo de evidencia que la contradiga. Esta irreductibilidad mediante un sano uso de la función racional es un elemento diferencial importante frente al caso de estar ante una persona con fuertes convicciones y/o creencias; en este sentido hay que ser muy precisos en el diagnóstico porque se trata de un asunto muy trascendente. Claro que todo juicio delirante es erróneo pero no todo juicio erróneo es delirante; la clave está en su irreductibilidad ante la evidencia porque se basa en una idea a priori, que aparece antes que cualquier posible prueba al respecto («me persiguen», «está enamorada de mí», «soy muy importante para la humanidad», etc.).





Para el delirante su pensar es un saber determinante de su propia existencia, nunca un creer, una opinión. Se trata de una certeza y un pensar que se convierten en prisión, sólo el paciente piensa eso de la realidad; es una certeza enajenante, alienante (Scharffetter, 1988).

Cada persona va a delirar sobre temas que, por alguna razón, son importantes en su vida. Carlos Castilla del Pino (1998) afirma que el delirar puede ser una auténtica «ortopedia de la arquitectura psíquica». Es decir, el tema sobre el que cada paciente delira tiene que ver, de un modo u otro, con sus aspectos más vulnerables y en el delirar el paciente adquiere la vivencia subjetiva de que estos aspectos se ven apuntalados. El delirio es una forma, enfermiza e involuntaria, de alcanzar el objetivo de sobrellevar alguna dimensión psíquica que se vive como frágil o vulnerable así lo formula Castilla del Pino (1998, p.156):

*Para creerse santo, enfermo, inculpado, engañado es preciso que haya 'base'. La modificación de la realidad se hace en una dirección determinada: en la de la concordancia con la realidad de uno mismo.*



Creemos que es importante detenernos en los aspectos relacionados con el contenido del delirar porque ahí podemos encontrar alguna clave que nos ayude en la convivencia y en el trabajo de rehabilitación del enfermo psicótico. Caigamos en la cuenta que una vez que la medicación logra que la persona piense las cosas como el resto de las personas, tomando en cuenta los datos de la realidad y dándole forma conforme a las leyes de la lógica, nos vamos a encontrar con una persona que seguirá teniendo las mismas fragilidades o vulnerabilidades que se delataron exageradamente en su delirar.

Su sistema neurobiológico ha fallado, el equilibrio de neurotransmisores se ha descompensado y su capacidad para pensar lógica y coherentemente basándose en datos de realidad se ha visto comprometida pero el tema tiene que ver con su vida, su biografía, sus necesidades insatisfechas y sus angustias latentes. La pregunta es ¿por





qué esta persona, cuando delira, necesita verse autor de inventos que resuelven problemas vitales de la humanidad? ¿Por qué necesita sentir que es el objeto del amor de muchos? ¿De qué modo le compensa verse como víctima humillada por la infidelidad de su pareja, etc.? Si ahora esta persona, sostenida por la medicación, ha recuperado su capacidad para estructurar su pensar de un modo más realista eso no quiere decir que no pueda resultar muy útil para su tarea de retomar su existencia personal, laboral y familiar el afrontar con calma terapéutica esos asuntos que adquirieron forma delirante: sus necesidades insatisfechas, sus angustias, etc.

El *DSM-5* habla de algunos temas delirantes más significativos: delirios de grandeza, de persecución, referenciales, erotomaníacos, etc. En realidad, esta clasificación temática puede resultar un poco escasa y poco útil a la hora de comprender al individuo que delira. De nuevo **Castilla del Pino (1998)** ofrece, a nuestro juicio, una panorámica de la temática delirante sumamente interesante y útil para comprender a la persona más que para clasificarla.

Habla de cuatro grandes temas que son cuatro ámbitos de posible preocupación humana, cuatro potenciales vulnerabilidades: temas eróticos, asuntos relacionados con la corporalidad, temática actitudinal y temática intelectual. Lo interesante es que nos hace caer en la cuenta que el enfermo, puede buscar un cierto equilibrio en su autoimagen administrando (no pretendidamente, claro) la temática delirante de modos diversos. Bien sirviendo como una fuente directa de exaltación («soy el salvador del mundo», «tengo un magnetismo erótico abrumador», «soy representante de seres transcendentales colaborando en la salvación del mundo», etc.); bien en forma de una depreciación aparente y una consiguiente racionalización salvadora del propio yo (algo así como «pobre de mí qué mal me tratan todos los que son tan malos a mí que soy tan bueno y podría hacer tantas cosas si no estuviera rodeado de malvados»). A veces la vivencia de humillación, vejación o persecución parece estar estancada, sin el salto a la victimización que le haría bueno o admirable, pero esa depreciación permanente ubica a la persona en un también permanente estado de centralidad; es el protagonista, es decir también



cumple una cierta función en el equilibrio psíquico de un enfermo que puede sentirse insignificante.

Siguiendo nuestro compromiso de facilitar las cosas no nos vamos a detener más en este aspecto, aunque sea esencial, y remitimos al lector a la bibliografía citada. Ofrecemos a continuación un esquema con la propuesta de clasificación temática que ofrece Castilla del Pino (1998):

### Cuadro 1.2. Clasificación temática de los delirios (Castilla del Pino, 1998)

#### Tema erótico

- *Depreciación*
  - Infidelidad
  - Alusión Homosexual
  - Inculpación masturbatoria
- *Exaltación*
  - Delirio erotomaníaco

#### Tema de la corporalidad

- Tema estético
  - *Depreciación* (de algún aspecto físico o del cuerpo entero)
  - *Exaltación* (infrecuente)
- Tema fisiológico
  - *Depreciación*
    - **D.** Hipocondríaco
    - **D.** Dermatozoico (invadido por bichos)
    - **D.** de Cottard (robo de órganos internos, vivencia de estar muerto)
  - *Exaltación*
    - Negación de enfermedad

#### Tema actitudinal

- Tema ético
  - *Depreciación*
    - Delirio de condenación



*continuación*

- *Exaltación*
  - Delirio místico, santidad, elección divina...
  - Creación y salvación del mundo
  - Santificado por iluminación divina
- Tema pático (habitualmente de *depreciación*)
  - Delirio sensitivo (incapacidad de empatía)

**Tema intelectual**

- *Depreciación*
  - Persecución intelectual
- *Exaltación*
  - «Me valoran y me usan»  
Realeza
  - Origen y expansión del universo
  - Conexiones extraterrestres

Hay otra consideración que hemos de hacer a propósito de los delirios. El *DSM-5* habla de *delirios bizarros*<sup>3</sup> cuando carecen de plausibilidad, es decir, la persona establece un discurso acerca de la realidad que no sólo no es compartido por otras personas de su entorno cultural ni se deriva de experiencias de la vida cotidiana sino que es un discurso sobre la realidad difícilmente comprensible, nada lógico. Efectivamente, se sabe desde antiguo que existen delirios coherentes y delirios incoherentes y, claramente los segundos nos están hablando de un mayor deterioro del pensamiento. En los delirios coherentes el paciente se basa en algún aspecto de la realidad y lo

---

3. En el momento de escribir estas líneas trabajamos sobre la edición en lengua inglesa porque aún no se ha editado la traducción oficial al castellano. Por tanto optaremos por la que a nuestro juicio puede ser la mejor traducción de algunas palabras sabiendo que esta decisión puede no corresponderse con la que tome en su momento la editorial correspondiente y su equipo de traductores.





utiliza como trampolín para lanzarse a todo un pensar erróneo. En los delirios bizarros incoherentes el paciente, apartado de la realidad, no se basa en aspectos comúnmente aceptados de la misma para elaborar su propia síntesis. Más bien verbaliza un caos, en el que su mente se ha convertido, en un discurso que se parece más a una producción onírica en la que desorden, la falta de lógica, la contradicción y la incomprendibilidad son aspectos habituales. Su discurso, podemos decir en castellano llano, no tiene pies ni cabeza. Nos encontramos, así, con procesos delirantes que incluyen afirmaciones como que su pensamiento ha sido robado, que hay una fuerza superior que domina su cuerpo, que algún órgano vital se ha secado, etc.

### Alucinaciones

Las alucinaciones son un fenómeno patológico que ha cautivado a investigadores y clínicos de todos los tiempos. Las personas hemos aprendido a confiar en nuestros sentidos, a dar por cierto lo que nuestros sistemas sensoriales nos dictan y a usar de esos datos para la constitución de nuestra apercepción de realidad. Esto hace que nuestra conducta esté adaptada, permite compartir socialmente nuestra impresión de lo que la realidad es, nos permite vivir con una cierta sensación de seguridad. Porque confiamos en lo que vemos, oímos, sentimos, olemos o gustamos.

Quien sufre de alucinaciones vive la desconcertante y, en último término, aterradora experiencia de dar por ciertos datos que sus sistemas sensorios le dictan cuando en realidad está padeciendo un mal funcionamiento de los mismos. Lo que cree oír, ver o sentir en su piel, en realidad no existe; no hay estímulo alguno que produzca esa sensación. Su cerebro le está jugando una mala pasada, lanza la señal de haber recibido un estímulo del exterior cuando en realidad es una señal que brota del propio cerebro. El resultado es una alucinación, la sensación de estar percibiendo, por ejemplo, el sonido de una campana, con la misma viveza y claridad, con la misma





fuerza que si se tratase del emitido por una campana auténtica. Recibe este estímulo en medio del resto de estímulos sensoriales que también recibimos el resto de las personas que le rodean y, por tanto, le resulta imposible distinguir entre los datos que realmente provienen de la realidad comúnmente compartida y los datos que son auto-producidos, fruto de un mal funcionamiento de su sistema neurológico.

Las alucinaciones se pueden dar en cualquier modalidad sensorial; cualquiera de nuestros cinco sentidos puede *alucinar*. En la esquizofrenia las alucinaciones auditivas en forma de voces suelen ser las más frecuentes. Unas veces voces familiares (por ejemplo la propia voz, o la de un familiar), otras desconocidas. En ocasiones en forma de un diálogo audible a propósito del propio sujeto, o de algún otro, quien atiende pasivamente a discusiones que no puede dejar de escuchar. Otras en forma de comentario de los propios actos o de la escritura como una especie de narrador en voz alta de la propia vida, de lo que se está pensando o escribiendo llegando a ser un auténtico tormento porque interrumpe el sueño y todo intento de pensar en otra cosa; las voces están ahí llenándolo todo con su sonido.

En el mejor de los casos, el paciente tiene una cierta conciencia de que lo que ve, oye o siente no es real, es parte de su enfermedad. Son las denominadas alucinosis y, por duro que pueda parecer, son recibidas con cierto alivio porque suponen un cierto grado de mejoría o de menor gravedad. Darnos cuenta de lo que es real y distinguirlo de lo que no lo es, de lo patológico, es un signo de que la autoconciencia es saludable. Permite pedir ayuda o incrementar la medicación.

### **Pensamiento desorganizado (curso)**

El *pensamiento desorganizado* se aprecia a través del discurso del paciente. Puede pasar de un tema a otro (descarrilamiento o pérdida de la capacidad de asociación); responder a preguntas con cuestiones que tienen poco o nada que ver con lo que se está hablando





(pensamiento tangencial), etc. Algunas veces el pensamiento está tan roto que el discurso se vuelve poco menos que incomprensible volviéndose incoherente en lo que tradicionalmente se ha denominado, muy gráficamente, *ensalada de palabras*.

Para determinar que una persona con esquizofrenia padece este síntoma tenemos que apreciar que su habla está dificultando severamente su capacidad para comunicarse que se está volviendo incomprensible. Evidentemente esta sintomatología admite cierta gradación y no es difícil encontrar una cierta dificultad para la comunicación en todo enfermo durante los momentos más graves de la enfermedad.

### **Comportamientos desorganizados (voluntad)**

Los llamados *comportamientos desorganizados* (también *peculiar*) pueden aparecer de modos muy diversos. Desde comportamientos infantiloides hasta agitaciones imprevisibles. Desde modos extraños de alcanzar las metas que se pretenden (extraños modos de recorrer un itinerario, formas muy poco habituales de ordenar la habitación, o la casa, etc.) hasta la imposibilidad para realizar las actividades cotidianas que antes se realizaban sin problemas. No es infrecuente la aparición de desinhibición (por ejemplo mostrarse desnudo o exhibiendo comportamientos sexualizados que no eran habituales), deterioro en la apariencia física y el autocuidado y/o, en términos generales, respuestas emocionales inapropiadas.

En este apartado cabe mencionar los *comportamientos catatónicos*: la ausencia de reacción alguna frente al entorno. Este aparece tanto en forma de diversos niveles de resistencia frente a instrucciones hasta la adopción de posturas rígidas como si su sistema muscular se hubiera convertido en una masa de cera.

Desorganizado es el comportamiento cuando aparece una actividad motora excesiva pero sin finalidad alguna, movimientos estereotipados, miradas insistentes, fugaces o preventivas, muecas, mutismos o repeticiones de fragmentos del discurso del interlocutor como si se tratase de un eco.





## Sintomatología negativa (afectividad)

Otra de las características típicas de las psicosis, específicamente asociada al diagnóstico de esquizofrenia, se refiere a un grupo de experiencias a las que se suelen denominar *sintomatología negativa*. Es un asunto que no suele llamar la atención con la misma intensidad que el resto de la sintomatología, seguramente porque es menos aparatosa (Kirkpatrick, 2006).

Se trata de una llamativa disminución de la expresión emocional en todos los niveles. El rostro permanece inexpresivo, sí, pero también guarda silencio el lenguaje no verbal del conjunto del cuerpo. La mirada permanece perdida, sin contacto visual, los movimientos de las manos desaparecen, la reactividad general ante la presencia o el discurso de los demás disminuye dramáticamente y, por supuesto, la capacidad para hablar de las propias emociones, positivas o negativas, se reduce hasta prácticamente desaparecer. La persona puede permanecer sentada durante largos periodos de tiempo, sola o en compañía del resto, sin apatencia por participar de actividad alguna. El interés por su vida cotidiana, laboral, de ocio o tiempo libre se va esfumando; la persona se ha escapado a las profundidades de su ser, está como ausente.

La sintomatología negativa puede llamar poco la atención pero es la expresión palpable de un deterioro de las capacidades básicas de la persona para relacionarse, imaginarse en el futuro, proyectar, luchar, entregarse, vivir libre y autónomamente. Va a ser uno de los grandes escollos en el proceso de recuperación en estos enfermos porque para recuperar todas estas funciones no basta con una adecuada medicación que es muy importante es necesario, también, que existan programas terapéuticos específicos que convoquen tanto a familiares como a agentes sociales porque estamos ante el reto de que alguien que ha *roto amarras* vuelva al puerto del que se desvinculó, se contextualice de nuevo. La persona tiene que saber hacerlo pero el contexto ha de permitirse lo.

Un matiz en el uso de los términos. Es importante saber que se suele hablar de esta sintomatología negativa como de **signos y sín-**





**tomas deficitarios** y se habla de ellos como una *pérdida de la función*. En contraposición se suele utilizar la expresión *signos y síntomas positivos*, también denominados *productivos*, para referirse a un *exceso de la función* y aquí se englobarían los mencionados anteriormente: alucinaciones, agitación, comportamientos desorganizados, ideas delirantes, verborrea, etc.

Eleanor Longden (2012) habla de su propia experiencia en lo referido a la sintomatología negativa y narra cómo vivía la paradoja de sentirse «invadida de sentimientos» al tiempo que era vista por los demás como «vacía y completamente desinteresada». Podemos imaginar cómo esta situación exacerba la vivencia subjetiva de aislamiento, sentimientos de impotencia y sensación de incertidumbre acerca de uno mismo de los que hablaremos más adelante en el apartado dedicado a la vivencia subjetiva de la enfermedad.

El estudio científico de este aspecto de la enfermedad ha ido ganando terreno en los últimos años hasta llegar a convertirse en un asunto considerado como esencial. La investigación de Cynthia G. Wible (Harvard Medical School) es una de las muchas que apuntalan la hipótesis de que la enfermedad es un desorden de la comunicación social proveniente de disfunciones en unas áreas específicas del cerebro (Wible, 2012).

## LA ENFERMEDAD

Hasta aquí hemos descrito una serie de signos y síntomas que pueden aparecer de algún modo en diversos trastornos psicóticos ahora bien, ¿cómo aparecen en la esquizofrenia? ¿Cómo se organizan los signos y síntomas, cuál es su evolución y su pronóstico?

No nos cansaremos de repetir que estamos ante una enfermedad muy grave con una presentación sintomatológica muy heterogénea que normalmente suele comenzar a manifestarse al final de la adolescencia o comienzos de la edad adulta. Puede aparecer de forma abrupta, con un llamativo brote de sintomatología positiva, o de manera más gradual o insidiosa; esta segunda posibilidad suele ser la





más común. Los síntomas psicóticos suelen ir disminuyendo según avanza la edad del paciente, seguramente al tiempo que algunos de los neurotransmisores implicados van también decayendo en su actividad. La dominancia de síntomas negativos suele ser señal de peor pronóstico que la irrupción de la enfermedad mediante la aparatosidad de la sintomatología positiva los positivos; en todo caso estas afirmaciones generales deben de tomarse con la prudencia con la que se han de manejar las tendencias, no son verdades incuestionables ni fácilmente generalizables.

Estadísticamente hablando parece afectar ligeramente más a hombres que a mujeres y, como hemos dicho, se suele estimar que el riesgo de que aparezca la esquizofrenia en la vida de una persona es de un 1%.

Es un mal que posee un elemento negativo añadido al enmarañamiento sintomatológico que lo constituye: su aparatosidad nos puede hacer perder de vista a la persona que lo padece. Estar enfermo o enferma de esquizofrenia nunca puede sintetizarse en la tan utilizada fórmula: «es un esquizofrénico». En el momento en el que esto sucede estamos otorgando al individuo en un *statu quo*, una estabilidad en su enfermedad que lo califica renunciando implícitamente a otorgar a esta persona una salida, una mejora, una esperanza.

En realidad, estamos ante *una persona que padece esquizofrenia*. Ninguna enfermedad le puede privar del principal atributo que le caracteriza, su ser persona, por más que sea cierto que, en sus momentos más agudos, esta enfermedad aglutina una constelación de signos y síntomas tal que hacen que la persona apenas pueda continuar con su vida cotidiana y, en algunas ocasiones, puede resultar irreconocible para los suyos. Los matices son importantes: decir *en algunas ocasiones o irreconocible* no significa que no sea él o ella ni que eso ocurra *constantemente*. Desde nuestro punto de vista toda precaución reduccionista es poca y definir a alguien como una colección de signos y síntomas es un reduccionismo muy burdo y estigmatizante. A veces la sorpresa por algunos de sus *afectos inapropiados* (p.ej.: risas o llantos inmotivados) no nos permiten captar otros aspectos que nos moverían a una mayor empatía como la





presencia de profunda pena, melancolía, intensa ansiedad o rabia. Sus alteraciones de sueño (p. ej.: dormir de día y velar de noche) o sus problemas de la conducta alimentaria (no es infrecuente el desinterés por la comida) las fobias o los diversos desajustes en su sistema cognitivo (fallos de memoria, invención de historias que nunca ocurrieron) son todo ello expresión de una psicología muy desestructurada que causa enorme sufrimiento.

Sin olvidar esto, se impone el tratar de poner un poco de orden en el caos. El *DSM-5* propondrá una serie de pautas diagnósticas que incluyen plazos temporales y una cierta *mecánica* de la enfermedad. Es útil en la medida en que el afán por ordenar no simplifique ni esconda al ser humano que se está observando y tratando de ayudar.

Para comprender el curso y evolución de la enfermedad hemos de tener clara una secuencia de aparición de los síntomas bastante habitual de diverso impacto y duración según la persona enferma:

- Signos prodrómicos: escasa conversación, pasividad, escasez de actividades sociales, ensoñación diurna. También posible interés por temas ocultos o filosofías extrañas a la cultura del sujeto, ensoñación diurna y/o quejas físicas poco específicas. Como se puede apreciar, es bastante posible que predomine la sintomatología negativa.
- Fase aguda: trastornos de la percepción como alucinaciones, delirios, ideas de referencia, pérdida de los límites del yo<sup>4</sup>, alteraciones del curso del pensamiento. Es decir, la predominancia de este estadio es de sintomatología positiva.
- Signos y síntomas residuales: afecto aplanado, comportamientos peculiares, aislamiento social... Es decir, de nuevo nos en-

---

4. Hablaremos de esto más adelante en el apartado de la conciencia de sí mismo.



contramos con una marcada presencia de sintomatología negativa.

De acuerdo con el *DSM-5*, el paciente tendrá que presentar sintomatología de la relatada anteriormente por un período de entre un mes y seis meses que dificultarán notablemente su vida cotidiana, hasta el punto de no poder continuar con ella en gran parte de los casos. El asunto de los plazos es una cuestión complicada. Una buena y temprana administración de la medicación puede ser clave para acortar plazos; resultará crucial si se medica al paciente ante los primeros síntomas negativos, si estos apareciesen y se detectaran a tiempo. Por otro lado, no todos los pacientes reaccionan de igual modo ante los mismos fármacos. Recordemos que estamos hablando de bioquímica y de la asimilación y procesamiento de los compuestos que tiene cada organismo la cual es enormemente variable. Ofrecemos a continuación los criterios diagnósticos del *DSM-5*<sup>5</sup> que son suficientemente claros, no requieren especial explicación y esquematizan con mayor precisión lo que venimos diciendo:

### Cuadro 1.3. Criterios diagnósticos para la esquizofrenia (*DSM-5*)

- A. 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). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
- (1) Delirios
  - (2) Alucinaciones

*continúa*

5. Como ya hemos indicado anteriormente estamos trabajando sobre la edición en lengua inglesa dado que aún no se dispone de la traducción oficial a lengua española. La traducción es nuestra y puede que no coincida exactamente con los términos que la futura traducción oficial elija en su momento.

*continuación*

- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
  - (4) Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico
  - (5) Síntomas negativos (p. ej. aplanamiento afectivo o abulia)
- B. 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. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se ha tratado con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de la fase activa) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej.: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. El trastorno esquizoafectivo y los trastornos depresivo o bipolar con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido menor que la duración total de los períodos activo y residual.
- E. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej.: una droga de abuso, un medicamento) o de otra enfermedad médica.
- F. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno como trastornos de comunicación en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si se encuentran presentes durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito) ideas delirantes o alucinaciones, además del resto de síntomas requeridos para el diagnóstico de esquizofrenia.



*continuación**Especificar si:*

Los siguientes indicadores del curso de la enfermedad solo se usarán tras un año de duración de la enfermedad y si no están en contradicción con los criterios diagnósticos del curso de la misma.

- Primer episodio, actualmente en fase aguda. La primera manifestación del trastorno cumple los criterios diagnósticos y los criterios temporales. Un episodio agudo es un período de tiempo en los que los criterios sintomatológicos se cumplen.
- Primer episodio, actualmente en fase de remisión. Remisión parcial es un periodo de tiempo, tras el primer episodio, durante el cual se produce una mejoría significativa y donde los criterios definitorios de la enfermedad se cumplen sólo parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión completa. Remisión completa es un periodo de tiempo, tras el primer episodio, durante el cual no se aprecian los síntomas definitorios de la enfermedad.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo. La presencia de episodios múltiples se debe determinar tras un mínimo de dos episodios (es decir, tras un primer episodio, su remisión y otra repetición al menos).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
- Episodios múltiples, actualmente en remisión completa

Continua: permanecen los criterios diagnósticos de la enfermedad durante la mayor parte del tiempo, a lo largo del curso de la misma, con períodos de síntomas por debajo del umbral demasiado breves en relación al curso total.

*Inespecífica:*

Especificar si: con catatonía (revisar los criterios para la catatonía asociada a otro trastorno mental)

Nota sobre la codificación: Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1) catatonía asociada a esquizofrenia, para indicar la presencia de catatonía comórbida.

*continúa*



*continuación*

*Especificar el grado de severidad actual:*

La severidad se puntúa conforme a una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios para la psicosis que incluyen: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento psicomotor alterado y síntomas negativos. Cada uno de esos síntomas debe ser valorado conforme a su gravedad actual (el momento más grave de los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (no presencia) a 4 (presente y grave).

Nota: el diagnóstico de esquizofrenia puede ser realizado sin esta especificación.

En su esfuerzo por ayudar a realizar un diagnóstico adecuado, los equipos de profesionales que redactaron esta edición del *DSM* alertan sobre la necesidad de realizar un buen *diagnóstico diferencial*. Es decir, proponen un elenco de enfermedades que podrían ser confundidas con la esquizofrenia y que convendría descartar antes de embarcarse en el proceloso camino del tratamiento. Ofrecemos una tabla-resumen con la intención de ilustrar la gran confusión que puede haber en la realización de un diagnóstico preciso de la enfermedad, sobre todo cuando todavía no se conoce bien al paciente. Efectivamente, en algunos casos puede ser extremadamente complicado saber con precisión cuál sería el diagnóstico más adecuado y, por eso, no es infrecuente ver una cierta disparidad de opiniones entre distintos profesionales. En muchos casos esto no afecta determinantemente al tratamiento inicial, que ha de ser farmacológico. En otros casos, a nuestro juicio, confundir la esquizofrenia con alguno de ellos resultaría ser un inmenso e incomprensible error profesional, a nuestro juicio muy poco frecuente; aunque no pondríamos alguno de estos trastornos en una lista de posibles confusiones, entendemos que por rigor con la clasificación y sus indicaciones, lo propio es exponerlos como ellos hacen.





**Cuadro 1.4. Categorías diagnósticas *DSM-5*. Qué conveniente descartar antes de diagnosticar esquizofrenia**

Trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar con características psicóticas o catatónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si los delirios o las alucinaciones se dan exclusivamente durante los episodios depresivos o maníacos el diagnóstico no sería esquizofrenia sino alguno de los otros trastornos.</li> </ul>
Trastorno esquizoafectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si durante la mayor parte del tiempo de la fase activa de síntomas psicóticos se produjeran episodios depresivos mayores o maníacos el diagnóstico más indicado sería el de trastorno esquizoafectivo</li> </ul>
Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La duración de la sintomatología activa en estos trastornos es menor que en la esquizofrenia (requiere de 6 meses de sintomatología). El pronóstico de estos trastornos puede ser ligeramente mejor.</li> </ul>
Trastorno delirante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En este trastorno, a diferencia de la esquizofrenia, sólo aparecen delirios. No hay alucinaciones, discurso desorganizado, catatonías, etc.</li> </ul>
Trastorno esquizotípico de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe cierta semejanza entre la inhibición afectivo-emocional de estos pacientes y la sintomatología negativa de la esquizofrenia. Conviene revisar el resto de síntomas de ambas patologías, incluyendo los plazos temporales.</li> </ul>
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas con estos problemas pueden presentar muy poca capacidad de introspección y sus preocupaciones pueden alcanzar categorías pseudo-delirantes pero no cumplen los criterios diagnósticos especificados para la esquizofrenia.</li> </ul>

*continúa*





continuación

Trastorno por estrés post-traumático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La aparición de flashbacks con cualidades <i>quasi</i>-alucinatorias o hipervigilancia con tintes <i>quasi</i>-paranoides pueden producir cierta inclinación a la confusión en algunos casos.</li> </ul>
Trastorno del espectro autista y trastorno de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus déficits en las interacciones sociales, estereotipias comportamentales y otros déficits comunicativos y cognitivos pueden conducir a la equivocación en un diagnóstico apurado. Conviene cerciorarse de la presencia de alucinaciones y/o delirios durante, al menos, un mes para diagnosticar esquizofrenia como categoría única o simultánea con el otro trastorno.</li> </ul>
Otros trastornos mentales asociados a episodios psicóticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen muchas enfermedades que, bien sea por su naturaleza bien por la medicación utilizada para su tratamiento, pueden venir acompañadas de episodios psicóticos. Es muy importante hacer un estudio exhaustivo al respecto para evitar confusiones.</li> </ul>



## ETIOLOGÍA

Hablar de etiología es hablar de los orígenes de una enfermedad. Causas, sí, pero también desencadenantes, factores ambientales y humanos que expusieron a la persona vulnerable a circunstancias que, en algunos casos, pueden haber potenciado el desarrollo de signos y síntomas. Son tantas y tan variadas las hipótesis y las posibles combinaciones de razones que parecen subyacer a la manifestación de la esquizofrenia que tal vez sería mejor hablar del *campo etiopatogénico*. Es decir, de un conjunto de causas y acontecimientos que contribu-





yen en proporciones diversas a la generación de esta enfermedad en cada persona en particular.

Según nos recuerda **Ruíz-Vargas (1991)** en la actualidad todo el mundo acepta que la etiología de la esquizofrenia es multifactorial, sin embargo no termina por difuminarse la enorme discusión que supone entrar en el papel que juegan los factores biológicos y las circunstancias psicosociales. Hay investigadores con solventes planteamientos biologicistas que sitúan en la dimensión neurobiológica la raíz del problema pero, también, investigadores que, sin descartar la biología, subrayan la determinante importancia de los factores psicosociales.

Con el profesor John Strauss, del departamento de psiquiatría de la Universidad de Yale y autor de numerosos estudios sobre diagnóstico e intervención con enfermos esquizofrénicos desde 1973, compartimos la preocupación por el desmesurado énfasis que se está haciendo últimamente sobre los factores biológicos que se encuentran en la base de la enfermedad. Recientemente **Strauss (2014)** pone de manifiesto esta preocupación en un artículo en el que, concediendo importancia capital a la investigación biomédica, alerta sobre el riesgo de que tanta atención a esta dimensión pueda llevar a dejar de lado aproximaciones epistemológicas integradas que ayuden a comprender la extrema complejidad de esta enfermedad y las implicaciones para el tratamiento; y no olvidemos que avanzar en la investigación sobre la etiología tiene repercusiones muy significativas en la modalidad del tratamiento. Strauss urge a un importante sector de la comunidad científica a no olvidar que el paradigma de la complejidad, del que es exponente la aproximación socio-bio-psicológica de **George Engel (1977, 1980)**, ha probado ser enormemente eficaz y aún requiere de mucho esfuerzo para lograr dilucidar y aquilatar lo más posible la complejidad de la relación entre los aspectos psicológicos, los sociales y los biológicos.

Investigar y avanzar en el conocimiento de estas interrelaciones es algo complicado y particularmente caro. En este sentido, está en enorme desventaja frente a las investigaciones biomédicas financiadas por





grandes laboratorios farmacológicos que esperan ver amortizadas sus inversiones en forma de prescripciones masivas de fármacos que, sin desestimar no más mínimo su eficaz papel en algunos aspectos de la enfermedad, nunca podrán abordar los aspectos subjetivos y particulares de cada enfermo.

Recordemos que las pretensiones reduccionistas de acceder al conocimiento de la realidad raramente han alcanzado logros significativos. Particularmente, tratar de comprender y abordar el psiquismo humano manejando unas pocas dimensiones, por más esenciales que estas sean, a simplificaciones que están al servicio de otros intereses que no son la salud integral del enfermo. No digamos si en ocasiones se trata de reducir a una sola variable explicativa, la biológica, una enfermedad tan intrincada como esta. Morin (1977) denomina *pensamiento complejo* al que busca entender los sistemas atendiendo a la articulación de componentes, sus transformaciones mutuas y cómo estas relaciones modifican las relaciones de cada una de las partes. Es el modo de articular el pensamiento que late tras paradigmas de comprensión de la realidad que han ido abriéndose paso a lo largo del siglo XX como la teoría de la relatividad de Einstein, el principio de indeterminación de Heisenberg, el principio de complementariedad de Bohr, la teoría del quantum de Planck o la teoría del caos. La aproximación a las psicosis desde los planteamientos del pensamiento complejo nos invita a ver la enfermedad como un proceso probabilístico y analógico, un sistema sujeto a fuerzas de diferente naturaleza (Freeman, 1995) que se alteran mutuamente, por ejemplo cambios biológicos cerebrales estimulados por acciones psicológicas (Karlsson y Kamppinen, 1995; Spitzer y Casas, 1997; Velmans, 2007).

No es este el espacio para entrar en debates fundamentales como los apenas mencionados. Nosotros, al hablar de etiología, resumidamente nos referiremos a los diversos elementos que pueden afectar de algún modo al enfermar psíquico de las personas y que, tratando de hacer esta exposición lo más sencilla posible, diríamos que pueden ser organizados según el mencionado trípode conceptual de Engel. Trípode que conduce a una visión compleja de la etio-





logía del proceso esquizofrénico que obligaría a intervenciones integradas a tres niveles (biológico, psicológico, grupal), insistimos, alejadas de parcialismos reduccionistas<sup>6</sup>.

Barlow (2012) lo expone siguiendo una ruta basada en *influencias*, vulnerabilidades y probabilidades, es decir, sabiendo que resulta muy desafortunado tratar de hablar de causas conocidas y precisas y limitándose a exponer el conjunto de asuntos que suelen estar en la trastienda de las historias clínicas habituales de los enfermos de esquizofrenia.

### Vectores biológicos

En este apartado es posible encontrar circunstancias de lo más diversas.

Podemos estar ante personas que han heredado genéticamente una cierta proclividad a padecer la enfermedad. La Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición de su clasificación *DSM*, dice expresamente que a la hora de determinar el riesgo de la aparición de esquizofrénica existe una fuerte contribución de factores genéticos aunque hay que tener en cuenta que muchos individuos que han sido diagnosticados de esta enfermedad no tienen historia familiar de psicosis (APA, 2013: 103).

Con una alta probabilidad de relación con la función de los genes, aunque no necesariamente encausados por ellos, se encuentran entre los vectores biológicos más frecuentes, los desequilibrios en algunos de los neurotransmisores esenciales como, por ejemplo, una excesiva actividad de los sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos

---

6. La monumental obra de **Gabbard (2008)** contribuye no poco a comprender la necesidad de intervenir desde un paradigma basado en la complejidad y la multidisciplinariedad.





o noradrenérgicos; incluso se ha implicado también el GABA, al observar en algunos casos una pérdida de neuronas gabérgicas en el hipocampo.

En algunos casos se encuentran evidencias de complicaciones prenatales como infecciones virales durante la gestación o complicaciones en el parto que hayan dañado el cerebro del bebé por falta de oxígeno. En otros casos se puede observar problemas relacionados con la estructura del cerebro como la presencia de dilataciones anormales en los ventrículos cerebrales; asimetrías cerebrales, modificaciones de la densidad cerebral o alteraciones de los lóbulos frontales.

### **Vectores socioculturales**

Es cierto que se han observado casos clínicos en los que estas influencias no están presentes y los dinamismos bioquímicos parecen seguir su curso prácticamente al margen de todo acontecimiento social. Sin embargo, no pocas veces se observa que el contexto social y familiar ha de ser considerado como un elemento muy importante para comprender la evolución de algunos pacientes. Diversos estilos de interacción con altos niveles de criticismo, hostilidad y/o sobre implicación emocional pueden contribuir a desatar las vulnerabilidades biológicas mencionadas y, subsiguientemente, contribuir muy determinadamente a la repetición de los brotes más virulentos que pueden aparecer en el transcurso de la enfermedad.

También es relativamente frecuente encontrar contextos sociales muy empobrecidos desde el punto de vista de la estimulación cognitiva y emocional que suelen ser vistos más como desencadenantes de una vulnerabilidad biológica previa que como causantes directos de la enfermedad.





## VIVENCIA SUBJETIVA Y COMUNICACIÓN

*Sólo puedo comunicarme con el otro en la medida en que él y yo damos sentido al universo de la misma manera y expresamos ese sentido en los mismos términos.*

D.G. Boyle, *Título de la obra.*

Nos interesa especialmente detenernos en la vivencia de sí mismos que tienen estos enfermos. Es un aspecto nuclear porque compromete la capacidad del paciente para comunicarse y para ser comprendido. Estamos hablando de uno de los elementos esenciales en toda persona sana y madura: ser capaz de hablar de uno mismo y experimentar que uno es comprendido por otro ser humano.

En ocasiones hemos visto que se habla de estas personas como pacientes en los que hay un déficit en su capacidad de 'darse cuenta' de sí mismos y, por tanto, de su enfermedad. No es totalmente cierto. Es habitual que en las fases más virulentas de la enfermedad los pacientes vivan la imposibilidad de distinguir sus alteraciones perceptivas de las sensopercepciones realistas, sus ideas delirantes de la realidad comúnmente aceptada o incapacidad para caer en la cuenta de que su apartamiento emocional del mundo supone un encerramiento personal deteriorante y maligno. Sin embargo, estas personas tienen momentos de intenso sufrimiento particularmente cuando la medicación va haciendo su trabajo y van ganando lucidez sobre sí mismos y la enfermedad que les afecta. Con todo, no se puede negar la existencia de un perfil de paciente muy privado de un mínimo de autoconciencia y, por tanto, resistente a admitir su condición de enfermo que muestra un claro déficit en su *adherencia al tratamiento*, es decir, para dejarse orientar y ayudar, para tomar la medicación, en definitiva para encarar el complejo camino terapéutico que su mal requiere; es comprensible que estos pacientes tengan peor pronóstico que otros.

La falta de adherencia al tratamiento es un elemento de enorme preocupación para sus familiares y allegados porque saben que cual-





quier descuido por su parte puede traer consecuencias fatales para el enfermo. Muy particularmente, abandonar la medicación puede significar una dolorosa recaída con imprevisibles consecuencias y la consiguiente sensación de agotamiento y desánimo que esta conlleva para todos.

### El desmoronamiento del yo

Elyn Sacks es una académica enferma de esquizofrenia que plasma por escrito su sobrecogedora travesía por la vida experimentando los síntomas de la esquizofrenia así como todo tipo de tratamientos. Su libro *The center cannot hold. My journey through madness* (2007) constituye uno de los más lúcidos e impactantes testimonios personales sobre el constante viaje de ida y vuelta a los territorios del descalabro psíquico. Según Sacks (2007:13), a medida que se va imponiendo la enfermedad, la conciencia de uno mismo gradualmente pierde su coherencia; el propio yo dimite de sus funciones y ya no puede sostener la arquitectura del sujeto psíquico. El centro desde donde uno mismo experimenta la realidad se rompe y todo comienza a ser «como cuando se recibe una mala señal de radio». Ya no hay la sensación de consistencia interior que permite juzgar, valorar, mirar afuera, mirar adentro de uno mismo. Ya no hay nada que mantenga toda experiencia personal unificada y coherente.

En junio de 2012 fue invitada a las conferencias de TED<sup>7</sup>, transcribimos a continuación algunos fragmentos de su charla:

Elyn Sacks:

*El siguiente episodio ocurrió la séptima semana del primer semestre de mi primer año en la facultad de de-*

---

7. Conferencia dictada en junio de 2012 en TED (ted.com).





*recho de Yale. Cito de mis notas: «Concerté una cita con mis dos compañeras de clase, Rebel y Val, para encontrarnos en la biblioteca el viernes noche y trabajar en un ejercicio de clase. Pero no pasó mucho tiempo antes de que yo hablara de una manera que no tenía ningún sentido.*

*«Los memos son visitas», les dije. «Determinan ciertos puntos. El punto está en sus cabezas. Pat solía decirlo. ¿Han matado a alguien?» Rebel y Val me miraron como si a ellas o a mí les hubiese caído un balde de agua fría. «¿De qué estás hablando, Elyn?» «Oh, ya saben, lo de siempre. Quién es qué y qué es quién, del cielo y el infierno. Subamos al techo. Es una superficie plana. Es seguro.» Rebel y Val me siguieron la corriente y me preguntaron qué me pasaba. «Este es mi verdadero yo», anuncié, sacudiendo mis brazos por encima de mi cabeza. Y así fue como, un viernes noche en el techo de la facultad de derecho de Yale, comencé a cantar, y no disimuladamente. «Vengan al arbusto resplandeciente de Florida. ¿Quieren bailar?». Una de ellas preguntó «¿Estás drogada?» «¿Drogada? ¿Yo? Para nada, sin drogas. Vengan al arbusto resplandeciente de Florida, donde hay limones, donde se forman demonios». «Me asustas», dijo una de ellas, y Rebel y Val se dirigieron nuevamente hacia la biblioteca. Me encogí de hombros y las seguí.(...)*

*(...)Finalmente logré regresar a mi dormitorio, y una vez allí, no pude tranquilizarme. Mi cabeza estaba llena de ruidos, de naranjos, y memorándum legales que no podía escribir y asesinatos en masa de los que sabía sería responsable. Sentada en mi cama, me mecía adelante y atrás, gimiendo por miedo y aislamiento. (...)*

*(...) A la mañana siguiente, fui a la oficina de mi profesor para pedir una prórroga en el trabajo de clase,*





*y comencé a balbucear incomprensiblemente tal como lo había hecho la noche anterior, hasta que finalmente me llevó a la sala de emergencias. Una vez allí, alguien, a quien solo llamaré 'El Doctor' y todo su equipo de matones, se abalanzaron, me levantaron en el aire y me tiraron a una cama de metal con tanta fuerza, que vi las estrellas. Me ataron las piernas y brazos a la cama de metal con gruesas correas de cuero. Salió un sonido de mi boca que nunca antes había oído: mitad gruñido, mitad grito, apenas humano y de terror puro. Luego este sonido volvió a salir forzado desde algún lugar profundo de mi estómago y carraspeando salvajemente mi garganta. Este episodio derivó en mi hospitalización involuntaria. Una de las razones dadas por los médicos por haberme hospitalizado contra mi voluntad fue que yo estaba «gravemente discapacitada.» Para respaldar este punto, escribieron en mi historia clínica que no podía hacer mi tarea de la facultad de derecho de Yale.*



Desde los tiempos del propio Kraepelin, a finales del S.XIX, se viene hablando de la esquizofrenia como una enfermedad que provoca profundas transformaciones en la autoexperiencia, en la vivencia de uno mismo. El propio Kraepelin (1988) habla muy gráficamente de esta enfermedad como una pérdida de la unidad interna que tiene como resultado que el sujeto psíquico sea como una especie de 'orquesta sin director'. Esto tiene enormes consecuencias en el funcionamiento psíquico a todos los niveles incluido el sano ejercicio de la voluntad a través de la intencionalidad (Sass, 2003).

Entrar en ello nos complicaría notablemente esta breve introducción, no obstante, en orden a comprender un poco mejor la vivencia subjetiva de los pacientes creemos que puede resultar interesante atender con un poco de calma al notable deterioro que se produce en esto que en algunos contextos se denomina *conciencia refleja*,





la conciencia de sí mismo, uno de los rasgos más distintivamente humanos: la capacidad de mirarnos a nosotros mismos como si miráramos a otro, objetivamente. Seguramente es la psicopatología fenomenológica clásica la que nos puede ayudar a comprender el alcance de éste déficit.

### La desarticulada vivencia de uno mismo

*En ocasiones estoy cansada o he recibido buenas noticias; puedo estar de buen o de mal humor, cómoda, herida, enfadada o poco razonable. Aunque mis sentimientos y comportamientos pueden cambiar dependiendo de las circunstancias, estado de ánimo y roles varios, yo siempre sé que soy 'yo misma'. Puedo preguntarme en qué estaría yo pensando cuando hice algo particularmente estúpido, pero nunca dudo de que fuera yo quien tomó la decisión. Puedo cuestionar alguna de mis elecciones, puedo dudar de mis capacidades, pero jamás dudo de estar viva. Siempre sé que estoy viva y que yo soy 'yo misma'. Esto no siempre ha sido así.*

Así comienza su estremecedor relato Arnhild Lauveng , una psicóloga clínica, que fue diagnosticada de esquizofrenia a la edad de 17 años, y que escribió varios libros tras ver superados los síntomas de su enfermedad.

Lauveng (2012: 81 y ss.) pone de relieve, desde su experiencia como enferma y como clínica, que un aspecto crucial en la existencia humana es poseer el sentimiento de sentirnos vivos, de ser personas únicas, capaces de controlar nuestras propias acciones. Cuando esto se pierde todo se desbarata y necesita de reajustes. Particularmente, la autora destaca tres aspectos que se desmoronan por completo:





- Uno deja de poder confiar en sus propios sentidos. La información que proviene de la vista o del oído deja de poseer fiabilidad.
- Uno deja de sentir que controla sus propios actos. La vivencia de que otro controla las propias acciones hasta el punto de que, es la experiencia de la autora, ese *otro* (en realidad una parte disociada de sí misma) termine con la vida de la paciente aun cuando ella no deseaba morir.
- En tercer lugar, cuando uno mismo está perdido se pierde también la relación con los demás. La capacidad para seguir una conversación, comprender el contenido de algunas apreciaciones o, sencillamente, no ser capaz de compartir intereses o recordar quién ha dicho qué.

Tratando de sistematizar los diversos déficits que se pueden dar en la vivencia de uno mismo en el enfermo psicótico, la psicopatología descriptiva clásica nos habla de la pérdida de todos o alguno de los denominados *atributos del Yo* (Jaspers, 1963, Schneider, 1997; Scharfetter, 1988). Muy resumidamente:



- Pérdida de la capacidad para experimentar la *vitalidad del Yo*. Es la conciencia del existir. La capacidad de vivenciar que tenemos un cuerpo, somos persona, estamos vivos. Es una vivencia muy nuclear que en las personas sanas puede pasar desapercibida pero que cuando esta capacidad se pierde produce testimonios sobrecogedores y desconcertantes: «estoy muerto», «no tengo cuerpo».
- Pérdida de la capacidad para vivir la *actividad del Yo* en primera persona. Todos poseemos la experiencia subjetiva de que uno es actor de sus propios actos, la conciencia de que es uno mismo quien hace las cosas pero, también, de que es uno mismo quien piensa, siente o decide. Resulta enormemente doloroso ver cómo algunos enfermos esquizofrénicos pierden esta capacidad y viven su vida en la agonía y el terror de expe-





rimentar que sus pensamientos no son suyos, su sentir es inoculado, su actividad no es suya propia (sienten que son, por ejemplo, manejados por control remoto). Es la vivencia de perder el control sobre uno mismo.

- Pérdida de la capacidad para vivirse a uno mismo como demarcado. Es la capacidad que tenemos para saber dónde termina uno mismo y dónde comienza lo que no soy yo, la realidad de «ahí, afuera de mí». Cuando se pierde esta capacidad se pueden tener vivencias como la difusión de pensamiento (el enfermo está convencido de que todo lo que piensa puede ser escuchado por otros); se ha terminado la privacidad, la intimidad, ya no distingue entre lo privado y lo público. Perdida esta cualidad, el paciente puede verse incapaz de caer en la cuenta de que algunas cosas que escucha provienen de una disfunción de su sistema de sensopercepción (alucinaciones) y no del mundo exterior; mezclará las voces o imágenes que produce su cerebro con las que provienen del exterior de sí mismo conformando una amalgama de percepciones y supuestas percepciones enormemente desconcertante y, en bastantes ocasiones, aterrador.
- Pérdida de la *consistencia del Yo*. Se refiere a la pérdida de la vivencia que todos tenemos de que somos nosotros mismos en diferentes momentos temporales y en diferentes espacios o lugares: uno es uno mismo aquí y allí, ahora y entonces. Cuando se pierde esta cualidad nos fragmentamos, tenemos la vivencia de ser y haber sido muy diferentes en diferentes momentos, en diferentes lugares. Cuando la disociación es total, un observador del enfermo podrá tener la sensación de que, según el momento del día o las circunstancias, se encuentra ante personas muy diferentes; por tanto, ante alguien impredecible. La vivencia subjetiva del enfermo que pierde esta cualidad psíquica es la de vivir en medio de contradicciones, afectos entrecruzados, propósitos antagónicos, reacciones de otros desconcertantes para él, etc. Es la vivencia de la desintegración y la inconsistencia.





- Pérdida de la capacidad para tener una adecuada *imagen de sí mismo*. Se trata de otra cualidad del yo conscientemente sano, la vivencia de una imagen implícita de uno mismo, tanto en lo referido a aspectos físicos como acerca de características de la propia psicología o manera de ser. Los desajustes en este aspecto esencial dan lugar a desarreglos de ajuste psicosocial varios. Una auto-imagen engrandecida o disminuida produce determinadas actitudes ante los demás y hace que esa persona espere de los otros determinadas reacciones (v.gr.: sumisión ante una auto-imagen grandiosa; dominio o agresión desde una auto-imagen disminuida, y por tanto reacciones de huida). En este ámbito habría que enmarcar toda modificación de la conciencia del esquema corporal que incluso afectaría, en los casos más graves, a la impresión que se puede tener sobre la posición relativa de las distintas partes del cuerpo («tengo el cerebro en el estómago», o de metamorfosis internas (como en el síndrome de transformación corporal o el delirio de Cottard).



Como se puede comprender, la alteración de la sana conciencia de sí produce disfunciones importantes en el *estar en el mundo* del paciente, generalmente condenándole al exilio de la incomprensión, el recelo, el miedo por parte de quienes le rodean. Las alteraciones de la conciencia acompañan a otros procesos graves del sistema cognitivo aportándoles un matiz de gravedad. Particularmente a las alucinaciones (disfunción del sistema sensorio-perceptivo) y a los delirios (disfunción del sistema de pensamiento) por cuanto sitúa al paciente ante la incapacidad para caer en la cuenta de la presencia de estos síntomas patológicos.

Resulta sobrecogedor el testimonio del escritor y actor francés Antonin Artaud (1925, 1927), una de las pocas personas que nos ha dejado testimonio escrito de su auto-conciencia cuando se encontraba padeciendo sintomatología negativa de la esquizofrenia. Lo hace de un modo descarnado y un tanto fragmentario pero, creemos que con un gran valor ilustrativo:





*(...) el sentimiento de ser un vidrio frágil, un miedo, una retracción ante el movimiento y el ruido. Un inconsciente desarreglo al andar, en los gestos, en los movimientos. Una voluntad tendida en perpetuidad para los más simples gestos, la renuncia al gesto simple, una fatiga sorprendente y central, una suerte de fatiga aspirante. Los movimientos a rehacer, una suerte de fatiga mortal, de fatiga espiritual en la más simple tensión muscular, el gesto de tomar, de prenderse inconscientemente a cualquier cosa, sostenida por una voluntad aplicada. Una fatiga de principio del mundo, la sensación de estar cargando el cuerpo, un sentimiento de increíble fragilidad, que se transforma en rompiente dolor (Artaud, 1925).*

*Bajo esta costra de hueso y piel, que es mi cabeza, hay una constancia de angustias, (...) como una decantación. en el interior, como la desposesión de mi sustancia vital, como la pérdida física y esencial (quiero decir pérdida de la esencia) de un sentido (Artaud, 1927).*

Bryan Charnley fue otra de las personas que más elocuentemente plasmó su vivencia subjetiva del progresivo desmoronamiento del yo que su enfermedad le iba produciendo. Esta vez, mediante la expresión artística. Se trata de un pintor británico que dedicó los últimos meses de su vida a mostrar en autorretratos su vivencia de sí mismo. Su deseo era claro y explícito: mostrar al resto de los seres humanos su realidad sufriente, la que no puede ser puesta en palabras. Comienza con sus dolencias a los 17 años pero aun así fue capaz de estudiar arte y diseño. Con apenas oportunidad de ponerse a trabajar, su vida transcurre entre periodos de hospitalización y de convivencia con sus padres.

En un momento dado su producción artística se va focalizando en la vivencia subjetiva de sí mismo. Su último trabajo, antes de suicidarse, fue una serie de 17 autorretratos que iba produciendo según el





estado mental que iba experimentando, incluidos los efectos de diversas medicaciones incapaces de sostenerle adecuadamente. Son una de las más impresionantes muestras gráficas del terrible sufrimiento que puede llegar a producir esta enfermedad. En su producción artística se puede apreciar diversas sensaciones y vivencias que se corresponden con lo relatado por algunos pacientes graves: la vivencia de vacío, disgregación y desperdigamiento, la sensación autonomía de la palabra al margen del propio control, intensa angustia, dolor y sufrimiento sin sentido, etc. A título ilustrativo reproducimos cuatro de sus autorretratos<sup>8</sup>.



---

8. Los originales se encuentran actualmente en el *Prince of Wales International Centre for SANE Research*, en Oxford, Reino Unido. Se pueden consultar en la web: [www.bryanchamley.info/1portriat.asp](http://www.bryanchamley.info/1portriat.asp)





Eleanor Longden (2012), subraya un hecho relacionado con la vivencia de sí misma cuando más activa se encontraba su sintomatología negativa. Es algo que sintió que pasaba desapercibido precisamente por la naturaleza de estos síntomas, que cursan con retraimiento emocional y distanciamiento de los otros:

*El miedo y el horror me impedían moverme y mi cuerpo se iba agarrotando y vaciando de emociones. Pensaba «si pudiera quedarme quieta, sobreviviré, estaré a salvo y quedaré libre» (...) Trataba de aguantar lo más posible quieta aunque desolada y llena de pena.*

Longden propone que para algunos pacientes, el retraimiento emocional tiene más que ver con la incapacidad para mostrarse que con la ausencia de emociones y denuncia algo que, entre otros, Sass (2000) ya había subrayado con anterioridad: la evaluación de las emociones realizada sobre la base de criterios presuntamente objetivos no necesariamente se corresponde con la vivencia subjetiva del individuo en observación. Este es un muy importante subrayado porque con demasiada frecuencia se ha negado viso alguno de vida emocional a los pacientes esquizofrénicos con más predominancia de sintomatología negativa. Algo que, además de no contribuir al proceso terapéutico, trae consecuencias devastadoras desde el punto de vista de la estigmatización: puesto que lo que nos identifica más como humanos frente a otros es la capacidad para la comunicación emocional, el *no tener emociones* puede hacer que algunos sitúen a estos enfermos en un nivel implícito, nunca admitido o enunciado en voz alta, de algo menos que plenamente humanos (Sass, 2000; Jenkins, 2004; Lodgen, 2012). Es la experiencia de la propia autora (recordemos que paciente y clínica al tiempo) cuando se veía observada como un espécimen extraño más que como una persona que antes de la entrevista con el profesional, y sintiéndose «como desagrada desde el interior», había estado dibujándose a sí misma gritando en una actitud de frenética desesperación; nadie había reparado en





ese dibujo cuando fue solemnemente descrita como alguien con una «extrema pobreza emocional». Toda una llamada de atención que, tal vez, no deba de ser generalizable pero que, en todo caso, nos previene sobre la dificultad para acceder a un mundo interno con claves de comprensión muy diferentes a las de una persona sana.

Para finalizar este apartado en el que, como no podría ser de otro modo, los testimonios personales son cruciales, volvemos a Arnhild Lauveng, con quien comenzamos. Esta mujer estudia psicología clínica y desde ahí es capaz de formular con gran nitidez su sensación de pérdida tanto de la vivencia de sí misma como de la vivencia de realidad:

*El sentimiento de pérdida de mí misma comenzó como una niebla que aparece en un día soleado. Al principio las siluetas de los objetos lejanos comienzan a desdibujarse y el mundo se va empequeñeciendo (...) todo se va volviendo más nebuloso e irreal. Es como conducir en un paisaje con espesa niebla, por el que casi no puedes ver la carretera enfrente de ti, no sabía dónde estaba y comencé a temer perder el camino (...) no estaba ciega, por supuesto que podía ver las cosas, pero no reconocía ninguna como familiar y, más importante aún, llegó un momento en el que no podía siquiera reconocermé a mí misma (...) incluso ahora resulta enormemente complicado describir esta sensación (...) Comencé a pensar en mi misma como «ella» (...) y me preguntaba quién sería «ella» ¿Ella era yo? Escuchaba en mi cabeza: «ella está triste», «ella fue al colegio»... Por supuesto no se lo conté a nadie. ¿Qué iba a contar? ¿Qué yo ya no existía? Hubiera sonado muy extraño (...) Poco a poco me di cuenta de que ya no podía fiarme de mis sentidos. Una simple sombra podría volverse repentinamente amenazante y peligrosa (...) los edificios, gigantes que me situaban como un asustado ratoncito esperando ser aplastado (...)*





*Después cambió mi percepción auditiva. Sonidos que solían pasar desapercibidos, como mis propios pasos, se volvieron fuertes y distraían mi atención de cualquier otra cosa en la que deseara concentrarme, como una conversación (...) Hasta que comencé a escuchar una voz; es cuando apareció El Capitán. Una tarde, escribiendo mi diario, me di cuenta de una frase que terminaba de un modo completamente diferente a como había planeado. Continué escribiendo, y pregunté: ¿quién escribió eso? y «Él» respondió (utilizando mi mano para escribir la respuesta): fui yo. Yo soy El Capitán (Lauveng, 2012).*

## HOSTILIDAD, AGRESIÓN

Merece la pena decir una palabra sobre la hostilidad y la agresión en la esquizofrenia. La imagen pública de esta enfermedad se encuentra bastante asociada a comportamientos violentos. Es una imagen que se refuerza exponencialmente cada vez que algún medio de comunicación se refiere a algún tipo de agresión y añade que ésta fue cometida por una persona con una enfermedad mental. De algún modo es algo que se suele esperar de un enfermo psicótico y, por tanto, sin importar la frecuencia del acontecimiento, cada vez que se da esta coincidencia se confirma el prejuicio asentándose más y más. Habría que matizar este tema aludiendo a lo que ya hemos mencionado reiteradamente: hay muchos tipos de pacientes esquizofrénicos y resulta profundamente injusto y contraproducente asignar a todos el mismo potencial violento.

Mirado el problema desde un punto de vista judicial, resulta llamativo que las personas con esquizofrenia tienden a ser más bien víctimas de la violencia que perpetradores de la misma en una proporción realmente sorprendente: por cada enfermo arrestado por violencia hay 14 que son víctimas (Brekke et al., 2001). Podemos preguntarnos cómo se explica que, a pesar de lo mencionado, Weh-





ring y Carpenter (2011) nos hagan caer en la cuenta de que la mayor parte de la literatura publicada desde 1990 se centra en el estudio de la violencia perpetrada por los enfermos mentales (31 estudios) y no tanto en la violencia sufrida por los mismos (diez estudios).

Seguramente la desproporción viene dada por la preocupación científica que existe sobre esta potencial característica que, aunque queda minimizada al centrar la atención en los registros delictivos judiciales, tanto los familiares como los agentes de salud mental conocen. Sin llegar a ser delictivos y procesables, a veces porque no se denuncia dadas las circunstancias, en algunos pacientes no son descartables los comportamientos hostiles, agresiones verbales, conductas de confrontación con cuidadores y familiares, que pueden enrarecer el ambiente de convivencia. Se trata de un asunto muy sensible que no termina de abordarse con entera libertad ni en muchas terapias ni en investigación por el potencial estigmatizante que contiene. Sin embargo compartimos con Serper (2011) y con Torrey (2011) la idea de que es necesario mirar esta realidad con profunda honestidad para avanzar en la implementación de terapias adecuadas y, sobre todo, estrategias preventivas que ayuden a los enfermos en su avance hacia la salud y la integración social; un fallo en la prevención de un asunto como este es potenciar el riesgo de que ocurra.

Se suele decir que las conductas agresivas son más frecuentes en varones jóvenes. Sobre todo si tienen un historial de violencia, tanto como agente como sujeto pasivo en un contexto familiar en el que este factor está presente de diversos modos. Las características personales que dificultan la adherencia al tratamiento, el abuso de sustancias o rasgos de impulsividad serían elementos que pueden ayudar a suponer que pueden hacer su aparición los comportamientos agresivos con mayor frecuencia. Esto, sin embargo, no es suficiente porque es demasiado evidente y, seguramente, aplicable también a la población normal.

Son numerosos los investigadores que se han embarcado en la tarea de definir lo más meticulosamente posible los aspectos relacio-





nados con la conducta violenta de pacientes con enfermedades mentales graves y no es un asunto sencillo<sup>9</sup>. Resumidamente tendríamos que decir que sabemos que la inclinación hacia la violencia puede venir muy determinada por numerosos factores al margen de la enfermedad psicótica. Serán importantes desde los factores prenatales hasta el contexto sociocultural en el que se desarrolla el individuo pasando por sus rasgos de personalidad, mayor o menor impulsividad, edad, sexo o el consumo de sustancias. Los estudios neurobiológicos arrojan resultados excesivamente dispersos, por tanto parece que no se puede afirmar que haya una teoría limpia y clara que explique y prediga desde el punto de vista neurológico el comportamiento violento en enfermos esquizofrénicos (Soyka, 2011). Además, no se deberían olvidar las características particulares de la psicosis en cada individuo concreto como elementos esenciales para comprender y predecir agresiones: naturaleza de sus delirios o alucinaciones, nivel de agitación psicomotriz, nivel de distorsión cognitiva general, etc.

Buckley (2011) dirá que la etiología multifactorial de los varios tipos de comportamiento violento supone una complicación enorme a la hora de elegir el tratamiento farmacológico teniendo que manejar con sumo cuidado tanto los tratamientos encaminados a controlar la agitación y violencia a corto plazo como aquellos cuyo objetivo será ayudar a un mejor encaje del enfermo en un contexto sociocultural normalizado.

A juicio de Serper (2011) todavía hay mucho terreno por delante antes de poder manejar esta sintomatología con cierta eficacia y pone sobre la mesa la dificultad de avanzar en este terreno sin antes unificar el lenguaje que se utiliza en los diversos contextos (intervención terapéutica, contexto jurídico, investigación). Los términos violencia, agresión, rabia, peligrosidad, hostilidad, etc. frecuentemente se

---

9. Excelentes investigaciones y revisiones de investigaciones pueden ser encontradas por ejemplo en: Serper, 2003; Volavka y Citrome, 2011; Singh, 2011; Buckley et al. 2011; Soyka, 2011; Torrey, 2011.





utilizan de modo intercambiable reduciendo operatividad al concepto y dificultando su valor predictivo. A este respecto, el mismo autor subraya que, por el momento, las investigaciones se centran más en la *predicción de la agresión* y no tanto en prevención y tratamiento, lo cual es comprensible desde el punto de vista de la seguridad a todos los niveles pero supone una clara e importante laguna: lo ideal sería poder prevenir que ocurra mediante actuaciones profesionales diversas, predecir tiene una función más bien clasificadora, es decir, tratar de identificar a los peligrosos para mantenerlos aparte sin poner medios para que no lleguen a serlo.

En todo caso es un tema que debe de ser mencionado y situado en su justo lugar para ayudar tanto al enfermo como a sus familias y entornos: no es un problema de todo enfermo y, sin embargo, puede serlo para algunos. El reto está en manejar esta dimensión sin caer en afirmaciones fáciles, simplificaciones o estigmatizaciones que tienen resultados contraproducentes.

## TERAPIA

*Curar, pocas veces.*

*Aliviar, a menudo.*

*Consolar y confortar, siempre.*

Bérard y Gubler, médicos franceses S. XIX. **TÍTULO DE LA OBRA**

Una enfermedad con tantos frentes abiertos tanto en la etiología como en el curso y la evolución es una complicación a la hora de presentar una visión sintética de recomendaciones terapéuticas. En principio lo ideal no sería tanto elegir entre un solo tipo de tratamiento (farmacológico o psicológico en términos generales) cuanto de poder acceder a terapias integradas en una especie de intervención masiva atendiendo a diversos frentes, a los más posibles, para tratar de ayudar al sostenimiento y, en lo posible, reconstitución de la arquitectura psíquica del enfermo.





Habría que dejar clara una prevención al respecto. Remisión de síntomas y curación no son dos conceptos enteramente equivalentes. En un buen número de casos se puede llegar a vivir con esquizofrenia de un modo plenamente adaptado con síntomas mínimos durante una gran parte del tiempo pero nunca descuidando totalmente la supervisión terapéutica; aquí radicaré la clave del éxito en aquellos pacientes que por constitución y circunstancias psicosociales logren avanzar con éxito hacia los objetivos terapéuticos ideales.

Como fácilmente se puede comprender no es posible entrar a fondo en desmenuzar todas y cada una de las muchas experiencias terapéuticas que se han puesto en práctica, o que se están ensayando, con sus diversos niveles de éxito o fracaso. Entendemos que podría resultar agotador, incluso desalentador por conducir a generar ilusiones equivocadas. Efectivamente las experiencias terapéuticas son muchas y arrojan niveles de éxito/fracaso muy diverso. Casi todas ellas podrían ser ofrecidas desde su perspectiva exitosa para, a continuación, tener que mostrar todos sus fracasos acumulados. Al final, parece que hay un importante factor *artesanal*, es decir, que todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades únicas del paciente individual.

Al hablar de la terapia, algo nada lejano del estudio de la etiología, debemos de ser conscientes de que venimos de una historia, la de la psiquiatría occidental, que ha estado habitada por tensiones y luchas ideológicas en dura competencia por alcanzar la predominancia de su planteamiento (Martindale, 2012). La mayor de las polarizaciones siempre se ha dado entre los intentos comprensivos de corte psicologista y los que parten de presupuestos netamente biologicistas para explicar la enfermedad. A juicio de Paris (2005), los turnos durante el siglo XX han sido seguidos con gran rigor. Tras unas décadas de hegemonía psicoanalítica, durante otro buen número de décadas los planteamientos biologicistas han tenido la oportunidad de mostrar sus aparentemente incontestables planteamientos terapéuticos dejando sobrada muestra de sus limitaciones (Lewis y Lieberman, 2008) para dar paso a las aproximaciones cognitivo-conductuales que arrojan resultados favorables en los estudios a corto plazo con inter-





venciones breves pero que no parecen serlo tanto en el largo plazo (Paley y Shapiro, 2002). Evidentemente, sería proceloso y seguramente poco útil extendernos en estos debates que, esta es la grandeza del debate científico-intelectual, han hecho avanzar enormemente la comprensión que actualmente tenemos del psiquismo humano en general y de la esquizofrenia en particular; sobre todo ha obligado a todos a tener que colaborar y asumir las propias limitaciones al lado de los escasos éxitos.

¿Cuáles serían a día de hoy las prácticas terapéuticas más deseables por su probada eficacia? Esto hay que manejarlo con suma cautela porque, como venimos diciendo, no hay dos enfermos iguales ni en su modo de padecer la enfermedad, psico-biológicamente hablando, ni en su contexto psico-social-familiar. Exponemos a continuación algunos de los planteamientos más extendidos.

### Intervención farmacológica

No es nada prudente hablar de tratamiento de la esquizofrenia sin poner en la base de toda intervención la farmacología, por eso es nuestro primer punto al hablar de terapia.

Somos conscientes de que existen multitud de teorías, experiencias o investigaciones que tratan de dejar a un lado la intervención farmacológica y, seguramente, es posible ver en alguna investigación que se han logrado éxitos más o menos significativos sin recurrir a los fármacos pero estamos convencidos de que no dejan de ser experiencias piloto o avances, más o menos científicamente probados, que, en ningún caso, pueden ser tenidos como un referente generalista.

A nuestro juicio resultaría un tanto frívolo e irresponsable no conceder a la farmacología un papel primordial y esencial, nunca único; una especie de principio terapéutico *sine qua non*.

La medicación neuroléptica, o antipsicótica, ayuda a los enfermos de esquizofrenia a pensar más ordenada y realísticamente (ceden los





desórdenes de pensamiento), a verse liberados de sus alteraciones sensorceptivas (las alucinaciones desaparecen) o a ser capaces de establecer de nuevo vínculos interpersonales (la sintomatología negativa se va disolviendo). ¿Esto es curar? No, desde nuestra perspectiva, es una remisión de síntomas. Pero es un paso esencial para poder seguir trabajando.

La medicación ha de ser correctamente administrada y eso implica constancia y continuidad. Las inconsistencias a este respecto suelen pasar factura en forma de reaparición/agravamiento de los síntomas y, sobre todo, sensación de ineficacia que hace que no parezca compensar el esfuerzo de sobrellevar los efectos secundarios; por tanto desánimo. Porque, efectivamente, el tratamiento farmacológico tiene beneficios innegables pero también efectos indeseables que sólo pueden ser manejados adecuadamente si enfermos y cuidadores comprenden que son mayores las ventajas que las desventajas.

Sin entrar en muchos detalles, podemos decir que existen diversas familias de fármacos antipsicóticos. Desde los llamados *tradicionales* divididos en baja y alta potencia hasta los denominados *atípicos*.

Una de las diferencias más notables entre ambas familias es que los segundos, en principio, causarían efectos secundarios mucho más tolerables. El problema es que las cosas no son tan sencillas. De nuevo, cada paciente es un mundo, y estos segundos y prometedores fármacos atípicos tienen sus propios inconvenientes. Por ejemplo, la Clozapina en particular, puede ser para algunas personas de una toxicidad extraordinaria y producirles un déficit de granulocitos; un severo problema de la sangre que puede predisponer al cuerpo humano a contraer infecciones. Estos pacientes tendrían que recibir otro tipo de fármacos con sus posibles inconvenientes. Es decir, no podemos imaginar que este tratamiento es algo fácil, automático o inocuo; incluso en el mejor de los casos hay que contar con efectos, al menos, sumamente desagradables. No es bueno para nadie hacer como que éstos no existen y parte de la tarea de todos los agentes que intervienen en el proceso terapéutico será ayudar al enfermo a comprender, en la medida en la que este pueda según la fa-





se de su enfermedad, que esos efectos secundarios no han de ser la razón para abandonar o consumir indebidamente la medicación.

A título ilustrativo, a continuación enumeramos algunos de los efectos secundarios más frecuentes, sabiendo que ni están todos, ni tienen que darse todos, ni, mucho menos, se han de dar al tiempo (Fadem y Simring, 1997):

### Cuadro 1.5. Efectos secundarios más frecuentes (Fadem y Simring, 1997)

Efectos secundarios anticolinérgicos:

- Periféricos: boca seca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria
- Centrales: agitación intensa, confusión

Efectos secundarios neurológicos:

- Parkinsonianos: temblor de reposo, acinesia, rigidez
- Disonía aguda: espasmos musculares lentos y prologados.
- Síndrome neuroléptico maligno: fiebre alta, sudoración, confusión, aumento de la tensión arterial y del a frecuencia cardíaca, rigidez muscular, etc.
- Discinesia tardía: movimientos espasmódicos de la lengua, la cabeza, la cara y la boca.

Otros:

Aumento de peso, sedación, hipotensión, aumento de las glándulas mamarias y secreción, impotencia, falta de menstruación, alteraciones hepáticas, fotosensibilidad, problemas en la visión, etc.

Insistimos en que esta es una enumeración de *posibles* efectos secundarios que van a producirse o no según la prescripción farmacológica y la naturaleza del sujeto enfermo el reto estará en aprender a manejarlos. Especialmente en ayudar al enfermo a comprender la





importancia de no abandonar la medicación; y el enfermo esquizofrénico padece una muy marcada tendencia a abandonar, a saltarse los plazos establecidos, a pensar que ya no lo necesita porque se encuentra bien y no necesita más *inconvenientes*. Esto es uno de los grandes factores de recaída y de fracaso en el uso de los otros vectores terapéuticos que relatamos a continuación.

### Terapias integradas

Si bien hemos afirmado con insistencia que la intervención farmacológica por sí sola no basta para rescatar al enfermo con esquizofrenia de su tormento también está claro que las terapias psicológicas tradicionales tomadas de una en una no arrojan, en términos generales, resultados particularmente optimistas.

Actualmente hay un acuerdo bastante extendido sobre el hecho de que es necesario implementar un plan de intervención global, desde distintos frentes con un horizonte que podríamos denominar como de revitalización de la persona. Porque, en general, la persona con esquizofrenia pierde el pulso vital, la capacidad para disfrutar la vida, para confiar en los demás y, sobre todo, la confianza en sí mismo. Tengamos en cuenta que ha sufrido una especie de *enmienda a la totalidad*: ni lo que piensa ni lo que percibe es enteramente fiable; ni su subjetividad le da seguridad ni las relaciones interpersonales son ya claras y liberadoras.

Uno de los efectos más dañinos de la esquizofrenia es el impacto negativo que produce en la capacidad para relacionarse con demás. Será una prioridad el re-aprendizaje de habilidades sociales básicas como mantener una conversación, expresar lo que quiere y desea de un modo adecuado o, en general, la capacidad para entretener una red de relaciones (Barlow, 2012; Bäuml, 2006; Dickson, 2010; Kring, 2012; Frederick, 2009, etc.)

Son particularmente útiles las terapias integradas compuestas de farmacología e intervenciones grupales, familiares, individuales y psicoeducación, que se ocupa todo el ámbito de *reaprendizajes* varios





del manejo de diversos asuntos de la vida cotidiana. El problema es que no siempre es posible un abordaje tan integral como sería deseable por diversas razones:

- La gravedad de la enfermedad y el potencial de recuperación en cada enfermo es muy diferente. Lo que ha funcionado para unos, tal vez no ofrezca los resultados esperados en otros. Tengamos en cuenta que la personalidad previa al inicio de la enfermedad, las capacidades cognitivas o el grado de cultivo personal, tanto intelectual como de capacidad de intercambio emocional, serán elementos muy valiosos que contribuirán al buen pronóstico.
- En ocasiones el paciente no dispone del entramado social y/o familiar necesario para acompañarle en un proceso de revitalización global.
- En no pocos casos los factores económicos son un impedimento importante: cuanta más intervención, y a más niveles, más caro es todo. Los recursos estatales a este respecto suelen estar bastante ajustados, cuando no son escasos y la financiación de las intervenciones termina por recaer en el propio enfermo y sus allegados.

Probablemente el tratamiento integrado desarrollado por los investigadores de Madison, Wisconsin, es uno de los más probados y extendidos (Swartz, 2006). Incluye seis áreas de intervención:

- Uso de la psicofarmacología. Para tratar tanto los signos y síntomas positivos (delirios, alucinaciones, etc.) como los negativos (retraimiento emocional) así como sintomatología asociada como la de depresión secundaria.
- Entrenamiento en asertividad en contexto comunitario. Se les ofrece tareas sencillas y a su alcance en el contexto social natural tratando de integrar a las personas lo más posible, fuera





de ámbitos clínicos aunque con suficiente soporte y atención por si fuera necesario algún tipo de soporte.

- Psicoeducación familiar. Toda una tarea de reaprendizaje de nuevos modos de relación, reacción y manejo de las circunstancias del familiar enfermo que minimicen tensiones y estrés en el hogar.
- Empleo de apoyo. Trabajo real pero adaptado a las posibilidades y circunstancias del individuo de tal modo que la persona se sienta desarrollando una tarea significativa.
- Manejo adecuado de la enfermedad, prevención de recaídas y seguimiento de la recuperación. Nos detendremos en este punto más abajo porque es esencial.
- Atención específica a la patología dual. Es decir, situaciones en las que además de la esquizofrenia existen otras patologías del orden del abuso de sustancias, algo no del todo infrecuente.



En el particular asunto del *manejo adecuado de la enfermedad*, uno de los objetivos principales en todo proceso de recuperación es cultivar la capacidad del enfermo para vivir independientemente, lo cual incluye que sea capaz de estar al tanto de su propia medicación y cumplir las pautas de administración indicadas. Un ejemplo de programa focalizado en la adquisición de esta independencia es el que viene implementando y mejorando la Universidad de Los Ángeles (Lieberman, 2007; Eckman, 1992). El programa, denominado *habilidades para la vida independiente*, tiene dos grandes módulos:



- Manejo de síntomas. Resulta esencial que el paciente aprenda a identificar los signos y síntomas de su enfermedad para que tome las medidas necesarias; será crucial que aprenda, también, a permitir que otros le ayuden en esta tarea. Habrá que aprender a distinguir los signos de alerta de un rebrote (son nuevos o viejos conocidos) de los signos que son una





persistencia de la enfermedad pero no son novedosos. También habrá que diferenciar estos de los efectos secundarios de la medicación; incluso las señales que pueden ser fruto de la interacción de la medicación con el consumo de algún tipo de sustancia, alcohol por ejemplo. Todo ello para ser capaces de pedir ayuda de los agentes terapéuticos oportunos (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) cuando sea procedente.

- Manejo de la medicación. Es muy importante lograr que, en lo posible, el paciente comprenda cómo funciona la medicación en su organismo cuáles son los beneficios y los inconvenientes y qué hacer con éstos últimos. Parece claro que hacer esto solo es muy complicado, el apoyo social, familiar o entre iguales resultará muy beneficioso para ir alcanzando niveles razonables de *vida independiente*.

Un ejemplo de nuevos modos de intervención integrales que obligan a repensar la naturaleza de la esquizofrenia es la que ofrecen Seikkula y Alakare (2012) denominada *intervención de diálogo abierto* (*Open dialogue approach*). Desde la experiencia de los autores, que se remonta a 1996, es muy importante que tras la crisis aguda y en el más corto plazo posible a su juicio un día sería lo ideal se pueda reunir al paciente con sus familiares más significativos y junto a aquellas personas que se estimen convenientes y que estén relacionadas con el paciente y su proceso de cura: cuidados primarios, psiquiatría, trabajo social, psicología, etc. Se trata de convocar un grupo junto con el paciente para discutir abiertamente sobre diversas tomas de decisiones que le afectan a él mismo y a su familia. Tengamos en cuenta que ya hace más de cincuenta años que Erving Goffman escribe su célebre *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, fue en 1961. Ahí podíamos leer cómo el autor denunciaba el «proceso de expropiación» personal que iban viviendo los pacientes ingresados en los centros de tratamiento (Goffman, 1961: 139):





*Cuando se inicia esta primera etapa [de pre-paciente hospitalario] el paciente es poseedor de derechos y de relaciones; cuando da comienzo su estadía en el hospital, los ha perdido casi todos. Los aspectos morales de este proceso parten así, típicamente, de una experiencia de abandono, deslealtad y resentimiento, aunque para los demás sea obvio que necesita tratamiento, y él mismo pueda reconocerlo a poco de estar en el hospital (p. 139).*

*Su transición de persona a paciente suele efectuarse en una serie de etapas eslabonadas. Cada etapa señala una acusada reducción en su status de adulto libre, y al mismo tiempo cada agente procura mantener la ficción de que no habrá reducciones ulteriores (p. 145).*

El modo de proceder planteado por Seikkula y Alakare es una alternativa posible al antiguo planteamiento que denunciaba Goffman. Aunque no es algo único y exclusivo de estos autores y su entorno<sup>10</sup> responde a una concepción de la salud mental que aún tiene mucho terreno por conquistar. Es un modo de abordar el tratamiento que va ganando cuerpo, con diversas variaciones, y que trata de otorgar al paciente toda la responsabilidad que sea capaz de administrar según la fase de su enfermedad. Se concede mucha importancia a reforzar la capacidad de autonomía que cada paciente conserve (sea esta mucha o poca) y a tratar de normalizar su situación en lugar de potenciar en ellos y en sus familias actitudes que pueden ser calificadas de *regresivas* (por ejemplo infantilizaciones que terminan por ser asumidas por ambas partes). Incluir al paciente en la planificación y

---

10. Por ejemplo, Bäuml y colaboradores (Bäuml et al., 2006) ofrecen un planteamiento parecido, con sus propios matices y hacen una extensa revisión bibliográfica sobre la necesaria psicoeducación en el tratamiento integral de los pacientes esquizofrénicos.





toma de decisiones del proceso terapéutico, es buscar generar corrientes de corresponsabilidad y diálogo; algo tan importante o más que el planificar intervenciones.

Según la experiencia de estos autores, este tipo de planteamiento terapéutico arroja un nivel de normalización, por tanto éxito terapéutico, mayor que las tradicionales perspectivas centradas en la enfermedad y los tratamientos clásicos que llegaban a potenciar el rol de enfermo hasta el extremo de convertirles en auténticos sujetos pasivos progresivamente incapacitados para imaginarse a sí mismos de otro modo.

Más allá de la discusión científica que se pueda establecer, lo interesante es caer en la cuenta que estos problemas psíquicos tan complejos necesitan de nuevos modos de pensar en ellos, para desarrollar intervenciones creativas. Parte de esta tarea reside en ser capaces de cuestionar tratamientos y preconcepciones que paradójicamente, a veces durante décadas, han ido mostrando su inoperancia. Esto no siempre es sencillo porque tanto las personas como las instituciones que generamos tendemos al anquilosamiento y a terminar por no caer en la cuenta de que podemos estar perpetuando planteamientos terapéuticos que, por más que estén basados en teorías consistentes, arrojan resultados muy pobres. El reto radica en reinventar la teoría, o al menos, revisitarla periódicamente sobre la base de resultados, para transformar las estructuras. No siempre es sencillo que algunos sectores de las comunidades científica y política cuestionen sus propios planteamientos y prácticas.

### **El papel del estigma en el proceso terapéutico**

Aunque dedicaremos un amplio espacio a hablar de la importancia del estigma, no podemos concluir esta sección sin mencionar el peso que este aspecto tiene en diversos aspectos de la vida ordinaria de los enfermos y, muy específicamente en el proceloso camino que conduce a una cierta estabilización y control de la enfermedad.





En un informe realizado en 1999 por el U.S. Department of Health and Human Services se ponía de manifiesto cómo el estigma y la discriminación asociada al mismo era una de las principales barreras para que los pacientes asuman que padecen una enfermedad y, por tanto, para buscar tratamientos adecuados.

La enfermedad mental es una de las condiciones humanas más estigmatizadas en nuestra sociedad (Wahl, 1999; Dickerson et al. 2002; Link et al. 2004): los enfermos mentales están oficialmente etiquetados, apartados, asociados a características indeseables para nuestros contextos.

El estigma se refiere no sólo a la imagen que tienen otras personas sobre el enfermo también a la imagen que el enfermo posee sobre sí mismo. Ambos vectores son muy importantes y, si bien es cierto que parece claro que la imagen social tendrá gran importancia en la autoimagen, la confianza en uno mismo, en definitiva, la autoestima y seguridad del enfermo, estos dos asuntos deberían de ser manejados específicamente, por separado.

Respecto a la imagen social, no podemos evitar el papel que cumplen los medios de comunicación, es central. Vivimos conectados y pendientes de lo que nos ofrecen los diversos informadores, las producciones orientadas al ocio y tiempo libre o la publicidad. Por eso será muy importante revisar y tratar de usar de los mismos para ayudar a modificar las enormes connotaciones negativas que transmiten cuando se refieren a la enfermedad mental. Será clave para la perpetuación o potenciación de la opinión social.

Stout y colaboradores (2004) hacen un exhaustivo análisis de 34 estudios e investigaciones que han sido hechas al respecto y Link y colaboradores (2004) hacen un estudio de 123 artículos empíricos publicados entre 1995 y 2003. Sintéticamente, parece claro que:

- Los medios de comunicación son la fuente primordial de información sobre enfermedad mental para la mayor parte de las personas.





- Existe un exceso de informaciones erróneas, poco precisas o reduccionistas sobre enfermedad mental que hacen que este sea un tema difícil de comprender y, por tanto, sujeto a todo tipo de reinterpretaciones subjetivas.
- Es esencial el manejo que los medios hacen de los estereotipos negativos sobre asuntos de enfermedad mental. El mínimo uso de los mismos potencia enormemente los que se encuentran latentes en la población general.
- La imagen de los personajes con enfermedades mentales que aparezcan en los medios (incluidos espacios de ocio y tiempo libre, series televisivas, etc.) será crucial para la generalización ulterior que el gran público haga.
- Parece que está claro que en los medios se tiende a asociar enfermedad mental con violencia y con peligrosidad, por tanto lo mejor es evitar a las personas que la padecen.



### **Algunos aspectos personales e interpersonales que necesitan ser atendidos**



Gumley y Schwannauer (2008) hablan de diversas áreas del sujeto psíquico que probablemente habrá que atender en el proceso de recuperación. Inspirados en su extenso trabajo, ofrecemos seis que entendemos son primordiales:

- Reconstituir la propia identidad. No es extraño que nos encontremos ante una autoimagen muy afectada por la humillación de haber tenido que aceptar la propia limitación y someterse a los demás. No son raros los sentimientos de inferioridad, tal vez de culpabilidad, la paralización vital fruto de una especie de impotencia aprendida. Conviene abordar estos asuntos, y otros ligados a los estados de ánimo deprimidos posteriores a la vivencia psicótica, para que la persona pueda ir viéndose equipada para ser autónomo y libre.





- Minimizar la desconfianza interpersonal. Un obstáculo significativo para la recuperación es la presencia de sensaciones, de bajo nivel pero constantes, de recelo e impresión de amenaza interpersonal. Es necesario analizar y tratar de comprender esta situación para ayudar al enfermo a sobrevolar esta silenciosa barrera que aparece, sobre todo, en enfermos con un alto componente persecutorio.
- Suavizar y resituar las reacciones traumáticas a las experiencias psicóticas. Es muy importante evaluar detenidamente las experiencias del sujeto en relación con la psicosis y con el tratamiento psiquiátrico, así como las experiencias relacionadas con otro tipo de traumas que puedan haber acontecido antes, durante o después del episodio psicótico. Revisitar la propia historia de enfermedad y tratamiento con mirada positiva y alentando la conciencia de que, a pesar de la dificultad de las experiencias vividas en todo puede haber aprendizaje y avance, ayudará a reconciliar momentos biográficos que, en ocasiones, se tienden a tratar de olvidar y a evitar.
- Potenciación de estrategias interpersonales saludables. Es sobradamente conocida la importancia de la calidad de las relaciones sociales cercanas en el proceso de recuperación de la psicosis. Es crucial buscar el apoyo social en términos de contactos sociales positivos y saludables que vayan posibilitando la expresión emocional del paciente, sobre todo, en lo relacionado con sus temores y/o emociones desagradables o perturbadoras.
- Abordar los esquemas y los modelos internos de referencia. No hay proceso de recuperación con visos de éxito que no trate de arrojar alguna luz, y de sanar si procede y se puede, los efectos que las experiencias adversas tempranas hayan podido tener sobre la forma de ser y pensar del paciente referidos a las relaciones interpersonales y su función en la regulación de las emociones. Recordemos que no es nada extraño hallar duras historias de abusos físicos o psicológicos en la biografía de un gran número de enfermos de esquizofre-





nia (Gumley y Schwannauer, 2008). Estos pueden generar un impacto permanente y generalizado, ahora potenciado por la experiencia de la esquizofrenia, sobre las representaciones que la persona tiene de sí misma y de los demás, su forma de relacionarse, su capacidad de establecer relaciones de confianza o íntimas, etc.

- Sacar a la luz el temor a recaer. Es esencial establecer cauces para hablar del temor a la recaída. La evitación de este tema conduce a dificultades como aumento de la ansiedad, evitación de personas o situaciones asociadas a la enfermedad o al ocultamiento explícito de sensaciones-señal de que, efectivamente, la enfermedad puede estar activándose de nuevo. Explicitar el temor a la recaída es importante porque, como se sabe y ya hemos dicho en varios momentos, atajar los síntomas antes de que se desarrollen es crucial. Esconder este temor conduce a un pesimismo existencial muy arraigado y difícil de manejar: sensación de que ya nunca nada va a ser igual, sensación de verse atrapados en la psicosis y, eventualmente, ideación suicida.



Hay aspectos del ámbito interpersonal, como la vivencia de afecto o de ser significativo para otros, que es necesario tener en cuenta a la hora de tratar de ayudar a un paciente con esquizofrenia. Por más que a algunos pueda parecerles una dimensión *poco científica* y objetivable, de difícil manejo en la investigación o en la terapia, no puede ser ignorada. Strauss (2014) nos recuerda que cuando una persona en fase de recuperación de la esquizofrenia relata que la más importante fuente de mejora ha sido «alguien a quien he importado» hablaría muy poco a favor de la ciencia si ésta ignorase este testimonio solamente porque hay dificultades para medir este parámetro o porque no encaja en alguno de los esquemas conceptuales comúnmente aceptados. El campo de la salud mental está sembrado de este tipo de errores, cuando se tiende a marginar todo elemento que no encaja en los *a priori* teóricos denominándolos *factores no específicos*. Es muy importante integrar en el tratamiento de esta enfer-





medad aspectos que, a primera vista, podría parecer asuntos no propios de una terapia generalizable o técnicamente coherente con la teoría que mueve al profesional. Por ejemplo la determinación («he decidido terminar con esta sensación de disgregación») o aspectos que pueden ayudar a un paciente particular desde su propia experiencia personal («cuando trabajo no escucho las voces por eso trabajo») por más que a otros no les sirva de igual ayuda.

Arnhild Lauveng (2012), desde su experiencia como paciente, comenta cómo algunos profesionales y auxiliares trataban de restar importancia a sus alucinaciones subrayando que en realidad, no eran reales; por tanto, no había razón para preocuparles. Su intención era buena, trataban de servir de principio de realidad pero esto, según ella lo vivía, la dejaba mucho más confusa, sola y asustada reduplicando la cantidad e intensidad de sus alucinaciones que no eran otra cosa que la plasmación de sus propias ansiedades y temores. Muy diferente fue su experiencia con los profesionales que eran capaces de transmitirle que ellos no veían ni oían esas cosas pero que si lo hicieran se sentirían muy angustiados; por eso estaban preocupados por cómo de mal debía de sentirse ella. Ese tipo de intervenciones la confortaban y la hacían sentirse menos sola, por tanto, menos amenazada y con más sosiego para manejarse.

Volviendo al complejo asunto de la sintomatología negativa, Longden (2012) es de la idea de que los profesionales de la salud mental han de ser muy conscientes de los riesgos que se corren al asumir sin más que pueden fiarse de su buen criterio al juzgar los estados internos de los pacientes mediante la mera observación. Insiste la autora en que, en lo posible, es necesario tratar de contrastar con el propio paciente y estar abiertos a la sorpresa de descubrir que hay un mundo emocional más allá de lo meramente observable. Para algunos pacientes el apartamiento emocional es una estrategia preventiva para lidiar con la realidad (incluyendo los otros) que se capta como extraña, incluso amenazante; lo interesante es caer en la cuenta del miedo, la desesperación o la vivencia de desintegración que hacen que la persona se *oculte*, se proteja. Por esto entiende que es importante mantener una cierta constancia en los cuidadores; para





que el paciente gane confianza pero, también, para que éstos lleguen a conocer bien al individuo y puedan llegar a captar matices y así tener un mayor grado de comprensión de la situación. Longden afirma que un carrusel de rostros diferentes haciendo comentarios diversos, muchas veces contradictorios, sobre la enfermedad, o sencillamente la vida en general, no ayuda a crear contextos en los que el paciente pueda ir confiando y relajándose.

Ciertamente, acompañar a alguien que se ha encerrado en sí mismo no es una tarea sencilla y seguramente lo único que se puede hacer es estar y permanecer con tolerancia y respeto sin tratar de animar vanamente porque, con la mejor de las intenciones, se estaría transmitiendo un mensaje de incompreensión y lejanía. A menudo estos pacientes lo que más necesitan, tal vez más con gestos que con palabras, es el mensaje de que no están solos, no hay prisa, que están a salvo.

### Atención a las necesidades existenciales

*Temo que si mis demonios me abandonan,  
mis ángeles también levanten el vuelo.*

Rainer María Rilke, *Título de la obra*

Curar la esquizofrenia no es sólo lograr la ausencia de síntomas, supone reconciliar a la persona consigo misma y con su contexto sociocultural; supone recuperar, tal vez generar, horizontes, metas, sentido. El problema es que esta reconciliación puede prolongarse excesivamente en el tiempo y, al estar cargado de intensos vértigos existenciales, puede terminar siendo un horizonte inalcanzable que deja a la persona en un mar de frustraciones. ¿Cómo se vive con normalidad tras lo que se ha vivido? ¿Cómo se vive cuando uno no está en el rol de enfermo? ¿Cómo se regresa siendo uno sin ser igual? Son algunas de las muchas preguntas que pueden dar mucho miedo responder.

Para entender un poco más la sima en la que estos enfermos pueden haber entrado y de la que han de ir saliendo, encontramos





particularmente iluminador el trabajo que presenta Mark Ellerby (2013). Utiliza la terapia centrada en la compasión de Gilbert (2010) para ayudar a comprender al enfermo psicótico aludiendo tangencialmente al tradicional modelo de Maslow basado en la jerarquía de necesidades<sup>11</sup>.

Ellerby, paciente de esquizofrenia paranoide durante más de veinte años, habla desde su propia experiencia y se centra en sus dos principales síntomas voces críticas y delirios paranoides para dar cuenta de cómo éstos han ido desmoronando cada uno de los cinco niveles de necesidades antropológicas:

- La esquizofrenia frecuentemente dificulta la motivación del enfermo para cuidar de sí mismo, atender sus propias necesidades o buscar salidas para los estados de ansiedad en los que se va enmarañando (primer nivel de Maslow que se centra en las necesidades fisiológicas).
- Los delirios paranoides acostumbran a ser aterradores o, al menos sumamente perturbadores, y hacen que el enfermo se sienta inseguro en el mundo que habita. (Segundo nivel de necesidades, seguridad).
- Los delirios, particularmente los de naturaleza persecutoria, hacen que resulte muy complicado no sólo sentirse seguro en la

---

11. La escala de las necesidades se describe como una pirámide de cinco niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como *necesidades de déficit* (*deficit needs* o *D-needs*) (primordiales); al nivel superior lo denominó *autorrealización, motivación de crecimiento, o necesidad de ser*. La idea básica es: solo se atienden necesidades superiores cuando se han satisfecho las necesidades inferiores y todos aspiramos a satisfacer necesidades superiores. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía. Según la pirámide de Maslow tendríamos de:... (Maslow, ...). FALTA TEXTO





realidad que se habita sino, también, confiar en las personas y sentirse parte de un grupo (tercer nivel de necesidades, pertenencia).

- Las voces críticas con uno mismo, los propios actos, incluso los propios pensamientos, atacan la autoestima (cuarto nivel de necesidades, autovaloración).
- Resulta muy complicado centrarse en algún tipo de actividad creativa o de desarrollo personal, en algo que a uno le produzca la impresión de que es capaz de hacer algo útil, valioso, apreciado; toda la atención está focalizada en una interioridad enmarañada (quinto nivel de necesidades, autorrealización).

Más allá de que compartamos o no el modelo de Maslow, encontramos iluminadora la descripción: la persona enferma ve amenazada y limitada la integridad de su sistema cognitivo pero, también, sus sistemas motivacionales y se ve invadido por la sensación de que sus necesidades humanas esenciales se encuentran al descubierto. No es sólo una cuestión de unos cuantos síntomas de naturaleza biológica que remiten mediante la administración de los fármacos oportunos. Estamos ante una persona que, tras padecer los síntomas psicóticos, puede quedar como un campo de batalla arrasado, plagado de confusión y desconcierto. El reto estriba en ayudar a que el paciente se vaya alzando sobre los traumas, miedos, problemas de relación y desajustes familiares creados por su enfermedad.

Cada vez hay mayor conciencia de la gran importancia que tienen los aspectos subjetivos y el dar al paciente un papel protagonista en su liberación. Esto subraya una gran y frecuente incongruencia por cuanto gran parte de los esfuerzos en el tortuoso camino de los tratamientos también en el ámbito de la investigación parecen estar focalizados sobre la sintomatología objetivable, mensurable o describible en términos de un observador exterior. Para entender un poco más la psicosis, e imaginar nuevas vías de curación, es esencial tratar de ver los signos observables de la enfermedad como si se trataran de un cierto lenguaje, con un potencial significado que habla de la vi-





da de la persona que los padece. Un lenguaje que requiere ser desentrañado a la luz del contexto sociocultural y de su biografía desde una actitud de honesto deseo de comprender cargado de compasión; no es lástima es comprensión afectiva, respetuosa y sincera por el sufriente.

Wagner y King (2005) ofrecen una interesante investigación en la que destacan cómo los pacientes de esquizofrenia encuentran que sus necesidades existenciales apenas son atendidas en los diversos tratamientos a los que son sometidos. Las clasificaciones actuales centradas en un conjunto de signos tratables, fundamentalmente mediante fármacos, han contribuido enormemente a situar a estos enfermos en una especie de *cadena de producción de salud mental* que culmina con éxito en el momento en el que el listado oficial de síntomas desaparece. No, la enfermedad no termina cuando ceden los síntomas observables, caer en la cuenta de ello obliga a una reformulación de las estrategias terapéuticas y, sobre todo, a una reconsideración sobre la administración de los recursos públicos necesarios para que la remisión de la enfermedad alcance niveles de verosimilitud.

Geekie (2012) ofrece una interesante revisión de investigaciones al respecto y describe tres áreas que brotan de la experiencia subjetiva de enfermos y aglutinan aspectos existenciales básicos que han de ser tenidos en cuenta en la terapia integral: necesidad de autoría, necesidad de seguridad ontológica y necesidad de certidumbre epistemológica.

- Necesidad de autoría: una de las mayores preocupaciones de los pacientes psicóticos es apropiarse de su experiencia y otorgarle un sentido. No le sirven racionalizaciones pre-fabricadas o visiones externas que tratan de cerrar el caso con un sumario. Tanto Shotter (1981) como Roe y Davidson (2005) afirmarán que esta necesidad, la de ser un agente activo en el proceso de dar sentido a la experiencia vivida, debería ser considerado un derecho moral de cara a apuntalar el sentimien-





to de autonomía de un ser humano que necesita re-adquirir un sentimiento de que todo en su historia le pertenece y tiene un sentido. Es la experiencia que toda persona madura posee cuando experimenta que las experiencias vividas a lo largo de la vida le han traído a un presente aceptable. En este caso es necesario asumir como parte de sí no sólo la historia previa a la enfermedad sino, también, el conjunto de vivencias extrañas, temores y angustias que se dieron en las fases más activas de la patología.

Además, este proceso de apropiación no es algo que se pueda dar exclusivamente en el ámbito intra-psíquico, en el interior de la persona, sería una tarea que ha de ser realizada en contexto social. Es esencial la experiencia de sentir que otros significativos para el paciente, no sólo el grupo clínico, escuchan y comprenden el relato que el paciente va hilando. Lo contrario, por ejemplo el silencio bienintencionado y hacer como que no ocurrió nada para que no se sienta mal, es deteriorante por ubicar a la persona, de nuevo, en un aislamiento. Les desprovee de la dignidad personal de «contar quien soy todo yo» y defender su versión de su existencia; les desprovee de la dignidad de sentirse autores y dueños del propio relato autobiográfico.

- Necesidad de seguridad ontológica: la experiencia de incertidumbre que acompaña a la esquizofrenia termina por pasar factura. Sin apenas advertirlo, nuestra vida cotidiana se sostiene sobre muchos actos de confianza. Vivimos *confiadamente* cuando conducimos tras otro vehículo y suponemos que no va a frenar o hacer maniobras repentinas; vivimos *confiadamente* cuando viajamos pegados unos a otros en un transporte público y suponemos que nadie nos va a agredir con un objeto punzante amparado en el anonimato de la masa; vivimos *confiadamente* cuando llegamos a casa y esperamos encontrar a nuestra familia tan acogedora y afectuosa como era esa misma mañana; o cuando nos vamos a dormir suponiendo que despertaremos al día siguiente para hacer las cosas





que tenemos planificadas. La existencia humana se sostiene sobre la seguridad que otorga la confianza. Y precisamente, la confianza es lo que se pierde cuando uno experimenta durante un largo período de su vida que no puede fiarse de sus sentidos, de sus suposiciones, de la idea que se ha hecho de las cosas, de las relaciones interpersonales, etc. El paciente psicótico no recupera automáticamente esta confianza cuando sus síntomas, a juicio de los técnicos, han desaparecido. Es crucial trabajar esta dimensión para que la persona sea capaz de verse viviendo espontáneamente.

- Necesidad de certeza epistemológica: está íntimamente relacionado con la necesidad anterior. Tiene que ver con la capacidad para diferenciar la realidad de la *no realidad* y la consiguiente y aterradora pregunta: en el futuro ¿Cómo seré capaz de distinguir qué es real y qué no lo es? Estamos hablando de reconquistar la certeza que tenemos el común de las personas al ser capaces de distinguir, sin pensar, no sólo los datos que provienen de los sentidos frente a los datos que provienen de nuestro sistema cognitivo sino, también, los aspectos relacionados con el mundo emocional; no pocos enfermos hacen afirmaciones como: «no soy capaz de saber qué tengo que sentir», «es como si no sintiera nada o todo a la vez», «no sé si mis sentimientos son reales o falsos», etc.

Trabajar activamente estos aspectos es restablecer y asegurar el sentimiento de uno mismo como agente activo, con voluntad, que vive en un mundo coherente y predecible; sin este trabajo terapéutico no hay posibilidad de una auténtica recuperación. Alcanzar el objetivo de una auténtica restauración existencial es algo que no se logra más que ayudando a la persona a tomar decisiones, a actuar ya mediante pequeños actos significativos que pueden llegar a convertirse en actividades e iniciativas más complejas. Todas esas pequeñas cosas que las personas que no han atravesado por las caídas de esta enfermedad dan por supuestas y por automáticas pueden ser grandes retos para alguien que está rehaciéndose y necesita re-aprender





muchas cosas. Recordemos que para estas personas, a veces, volver a hacer una cama o limpiar su vaso puede ser un gran paso adelante.

*Mis terapeutas fueron muy claros al dejarme a cargo de mi proceso de recuperación; ya me habían ocurrido demasiadas cosas que había vivido como descontroladas y me habían dejado con la sensación de verme sobrepasado y aterrado. Así que me confiaron liderar el proceso con ellos a mi lado. Su fe en mi supuso un verdadero regalo según iba avanzando y ganando confianza en mi propia habilidad para saber lo que necesitaba e iba cayendo en la cuenta de cómo ir dando algún sentido a mi propio ser y a la presencia de otros (...) caer en la cuenta de que, en último término, nadie podría salvarme si no lo hacía yo mismo fue al tiempo aterrador y clarificador (Dillon, 2012).*

