



**Instituto Latinoamericano de Estudios de la
Familia A.C.**

Terapia Familiar Sistémica en Pacientes EMAR (Psicosis)

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

P R E S E N T A N

**PATRICIA LÓPEZ ALVAREZ
IRMA STEPHANÍA ESCALANTE REYES**

COMITÉ DE TESIS

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARISA OSEGUERA GARCÍA**

**SINODALES
DRA. MARIBEL NÁJERA VALENCIA
MTRO. GERARDO VÁZQUEZ ESTRADA**

CIUDAD DE MÉXICO, 2024

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación
Pública. Según acuerdo NO. 974201 de fecha 18 de julio de 1997



**Instituto Latinoamericano de Estudios de la
Familia A.C.**

Por la presente aprobamos la tesis:

Terapia Familiar Sistémica en Pacientes EMAR (Psicosis)

Realizada por:

**PATRICIA LÓPEZ ALVAREZ
STEPHANÍA ESCALANTE REYES**

Para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación
Pública. Según acuerdo NO. 974201 de fecha 18 de julio de 1997

COMITÉ DE TESIS

DIRECTORA: DRA. MARISA OSEGUERA GARCÍA

SINODAL: DRA. MARIBEL NÁJERA VALENCIA

SINODAL: MTRO. GERARDO VÁZQUEZ ESTRADA

CIUDAD DE MÉXICO, 2024

Tabla de Contenidos

<i>I.- Agradecimientos y dedicatorias</i>	<i>iv</i>
<i>II.- Resumen</i>	<i>vi</i>
<i>III.- Metodología</i>	<i>vii</i>
<i>IV.- Introducción.....</i>	<i>1</i>
<i>V.- Planteamiento del problema</i>	<i>16</i>
<i>V.-Pregunta de Investigación.....</i>	<i>19</i>
<i>VI.-Objetivo general.....</i>	<i>21</i>
<i>VII.- Aportaciones Teóricas.....</i>	<i>23</i>
<i>VIII.- Aportaciones de Teorías Psicológicas para la Intervención de Psicosis</i>	<i>64</i>
<i>IX.- Instrumentos de Evaluación de Alto Riesgo Clínico y Psicométrico</i>	<i>67</i>
<i>X. Conceptos Básicos de Prevención En Psicosis.....</i>	<i>70</i>
<i>XI. Conceptos Básicos de Pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)</i>	<i>72</i>
<i>XII. Aproximaciones Terapéuticas</i>	<i>80</i>
<i>XIII.- Sistema de Salud Mental en México (Programas Existentes de Intervención de Salud Mental en Psicosis)</i>	<i>96</i>
<i>XIV.- Propuesta para la Psicosis Temprana en Sujetos con Estados Mentales de Alto Riesgo</i>	<i>105</i>
<i>XV.- Conclusión.....</i>	<i>112</i>
<i>XVI.- Referencias.....</i>	<i>118</i>

I.- Agradecimientos y Dedicatorias

Paty: En lo primero que pienso cuando tengo que agradecerle a alguien es a Dios, ya que gracias a ÉL todo es posible. Después, quiero darle las gracias a mi papá por darme su apoyo incondicional y económico para cumplir esta meta. Gracias a mi esposo, Tino, porque su amor, amistad y presencia me impulsan a dar todo para cumplir mis metas. Gracias a mis hijos adorados, Inés y Alonso, por inspirarme y motivarme con el amor inmenso que siento hacia ellos, ser mamá es el mejor regalo que me ha dado la vida. Gracias a mi mamá, mis hermanos y sobrinos que son parte clave de mi red de apoyo y que adoro con todo mi corazón. Gracias a Maricarmen porque con su confianza y apoyo pude equilibrar el trabajo con la maestría. Finalmente, gracias a Stephe porque pudimos ser una gran mancuerna para desarrollar y concluir la tesis.

Stephie: Agradezco infinitamente la oportunidad de vivir esta vida humana rodeada de personas que me enseñan y me motivan a ser mejor. Agradezco a mis papás y el oportunidad que me dieron de conocer nuevos saberes que aportan a mi construcción como persona y como psicóloga, guiándome por el camino de crecimiento al ser una mejor persona y poder ayudar a los demás a vivir esta vida más consciente, para mi el ILEF fue una enorme sorpresa y escuela que me ayudó a entender que todo en esta vida es un sistema y que el estar en este lugar y en este momento nos hace parte esencial e inigualable de este gran sistema que es la vida, con esa idea en la cabeza desde hace 4 años he podido cuestionarme todos los días de mi vida qué parte son en la vida de los demás y en la relación que tengo con ellos.

Ser consciente de mi existencia en este gran sistema es lo que me motiva a seguir un camino de autoconocimiento y aprendizaje construyendo una experiencia humana única

Paty; agradezco haber estado en el momento y en el lugar exacto para conocerte y aprender de ti, hacer esta Tesis contigo es un placer y una enseñanza continua de lo que significa el trabajo en equipo.

Queremos agradecer de manera conjunta a personas que han sido piezas clave en el desarrollo de esta investigación bibliográfica;

Tecelli: por sus aportaciones teóricas y su motivación por mejorar la salud mental e incluir a la familia en la prevención en casos de psicosis

Marisa: Por ser nuestra guía a lo largo de la maestría y por ser nuestra directora de tesina

Gerardo: Por aceptar ser nuestro lector y brindarnos tanto apoyo para darle cuerpo y claridad a la tesina

Maribel: Por aceptar ser nuestra lectora y compartirnos toda su experiencia para enriquecer la tesina

ILEF: Por cambiar nuestra manera de ver las relaciones familiares y la importancia de los sistemas sociales

II.- Resumen

El objetivo de esta tesina es vincular las aportaciones teóricas del enfoque sistémico con la intervención y prevención de la psicosis temprana.

Se desarrollarán de manera detallada los temas del objetivo, como lo son la prevención y las características de los pacientes con estados mentales de alto riesgo (EMAR).

El tipo de investigación que se lleva a cabo a lo largo de este trabajo corresponde a una revisión teórica y bibliográfica que nos ayudará a corroborar las implicaciones e importancia que tienen las aportaciones psicológicas en casos de psicosis temprana y sobre todo desde un enfoque sistémico familiar, al igual que la utilidad de este enfoque para prevenir y abordar casos de psicosis temprana dentro de un ámbito familiar.

Algunas de las principales teorías que abordaremos son la teoría de paradoja y contra paradoja, triangulación familiar, teoría del apego, mensaje transgeneracional, doble vínculo entre otros, los cuales nos ayudarán a entender la raíz y el desarrollo de los casos EMAR.

A lo largo de la investigación se hará una revisión teórica mencionada anteriormente acerca de qué es la psicosis, enfocándonos principalmente en la fase prodrómica del trastorno, al igual que las aportaciones y la manera de abordar este tipo de trastornos desde un enfoque sistémico. De igual manera abordaremos las diferentes

aportaciones psicológicas para una mejor intervención en casos de psicosis y conceptos importantes en la formulación de un plan de acción, identificando y explicando los factores importantes del contexto familiar del paciente para prevenir y abordar de la mejor manera el inicio del trastorno. Se explicarán los tipos de intervención tanto clínicos como gubernamentales que existen hoy en día para los casos de alto riesgo.

Por último y como consecuencia de la investigación cualitativa se desarrollarán las propuestas de intervención y abordaje que creemos aptas y necesarias para la psicosis temprana.

III.- Metodología

Elegimos este tema porque nos parece sumamente interesante el poder que tienen las relaciones en la manera que percibimos al mundo. Además, cada una tuvimos nuestros motivos y experiencias personales que nos llevaron a interesarnos por el tema de la psicosis, familia y prevención:

Paty: a nivel personal, me interesó muchísimo el trabajo de Jaakko Seikkula en términos de prevención en psicosis y familia. Empecé a leer sus intervenciones y notar que en países europeos como Finlandia, la prevención es un factor importante para evitar que los trastornos de salud mental se instauren como patologías. La familia es esencial para prevenir tempranamente. Además, a la par de mi interés en los temas antes mencionados sucede que la Dra. Tecelli Domínguez presentó sus investigaciones de prevención en psicosis en un ateneo del ILEF. Platicó esto con Stephie y decidimos escribirle a Tecelli para organizar una reunión con ella. Nos recibe en sus oficinas y le

platicamos nuestro interés en su investigación para desarrollar la tesina. Ella muy entusiasmada nos comparte sus diversos artículos publicados, así como trabajos de otros autores para incluirlos en el desarrollo del proyecto. Es así como encontramos el enfoque bibliográfico para el proyecto. En cuanto a mi experiencia profesional, trabajé un caso de un paciente con psicosis instaurada y en las primeras consultas pude identificar que sus primeros episodios sucedieron en su adolescencia, sin embargo, no lo detectaron oportunamente por falta de información en el tema de la psicosis. Nuevamente identifiqué la importancia del acompañamiento que brinda la familia y el factor clave de psicoeducación en etapas tempranas de la psicosis para prevenir que se instaure. Por otro lado, considero necesario compartir este trabajo bibliográfico con otros terapeutas sistémicos para prevenir oportunamente la psicosis en la práctica clínica.

Stephie:

Para mí la psicosis siempre ha sido algo significativo en mi vida y que vivo con mucha curiosidad. Cuando empecé a estudiar en el ILEF estaba trabajando como co-terapeuta en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, y conforme fui aprendiendo más en la maestría me di cuenta lo poderosos que son nuestros linajes para crear nuestra vida.

Durante mi tiempo en el Fray Bernardino me pude dar cuenta que las enfermedades mentales se basan en la necesidad del amor. Son expresiones de una realidad que muchas veces es traumática y dolorosa, la estructura mental hace lo necesario para sobrevivir y muchas veces eso significa separarse de la realidad a través de procesos mentales complejos como las alucinaciones y/o despersonalización.

En la mayoría de los casos de esquizofrenia podemos ver anhelos, necesidades y deseos por la unión y el cariño, y por eso es tan importante involucrar, acompañar y educar a las familias para poder crear dinámicas que dignifiquen y constituyan amorosamente las relaciones en el sistema familiar.

Uno de los casos que recuerdo bien en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino fue de una (T) un joven de 23 años que había ingresado al hospital por haber tenido un episodio psicótico, uno de sus principales alucinaciones era con que su familia le ocultaba el secreto de la muerte de alguien. Tenía alucinaciones auditivas y visuales constantemente y dentro de su narrativa había mucho miedo y enojo.

Cuando empezamos la terapia familiar pudimos notar que las lealtades tenían tintes parecidos a las alucinaciones de (T), ya que si se hablaba de una muerte en la familia y había muchos secretos e historias confusas en relación con su padre.

Conforme pasaban las sesiones fue muy impactante y poderoso para mi ver como cuando trabajamos con el sistema se pueden abrir puertas hacia verdades y realidades que antes se reprimía o se escondían.

Conforme fueron pasando las sesiones pudimos ir entendiendo que efectivamente al papa de (T) lo habían matado en un acto muy violento y la familia había decidido ocultarlo durante muchos años, haciéndole creer a (T) que su padre lo había abandonado.

Cuando salió el secreto familiar y pudimos trabajar las emociones, las mentiras y el perdón en el proceso terapéutico pudimos observar como los síntomas de la psicosis bajaban y la narrativa cambiaba.

El proceso psicoterapéutico le dio un espacio a la familia y a (T) para poder expresar lo que había sido esa experiencia y a modificar las dinámicas y las relaciones que se daban en el sistema.

Uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de una psicosis es un contexto violento y/o traumático en la infancia y que la adolescencia es la etapa preventiva en el desarrollo de una enfermedad de salud mental, y sin embargo, como sociedad solemos invisibilizar, abandonar y violentar estas etapas. Actualmente las infancias y adolescencia están abandonadas, dejándole su salud mental, educación, atención y cariño de las redes sociales.

Sabemos que la familia es la base del desarrollo, no sólo desde un lugar formativo/ educativo, sino también desde el desarrollo de las relaciones, los apegos, creencias, tradiciones, historias de vida entre otras. La familia y el contexto en el que vivimos y nacimos nos forman.

Por eso es tan importante no sólo educar a los posibles pacientes a prevenir las enfermedades mentales, si no que debemos involucrar a toda la familia a ser responsable del cambio de paradigma y dinámicas que se viven dentro del sistema familiar.

El cambio del sistema es una de las únicas maneras de poder abordar las enfermedades mentales con éxito.

Durante muchos años le hemos apostado al cambio neurobiológico, a crear la experiencia del amor, el cariño y la felicidad a través de pastillas y medicamentos, las cuales no han logrado su cometido, por lo que para mi la terapia sistémica es un camino donde podemos enseñar la importancia de los vínculos que creamos en nuestra vida. El amor, el vínculo y la conexión con los demás nos salvan.

Cuando tuve el honor de ver y conocer a Jakko Seikkula y su increíble trabajo, me di cuenta que era posible cambiar la vida de los seres humanos desde la comunidad y la unión, regresarle la importancia que tiene las relaciones y la compasión en el desarrollo de los individuos y la sociedad; y entender que nuestro mayor poder de sanación es nuestra interacción con el otro.

Mi interés por el trabajo con psicosis nos acercó a la gran investigación de la Dr. Tecelli, que nos reafirmó que el trabajo sistémico tiene una gran oportunidad ante la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales como la psicosis.

Desde ese momento sabía que Paty y yo teníamos un gran trabajo por delante para lograr explicar el gran potencial de prevención e impacto que tiene la terapia sistémica en la vida de los EMAR .

Hoy en día, 3 años después sigo creyendo fielmente que una de las responsabilidades más grandes que tengo como psicoterapeuta sistémica es

acompañar y enseñar a los demás a crear sistemas que nos sostengan, sistemas que nos ayuden a experimentar y presenciar la evolución desde la comunidad compasiva y respetuosa

Como terapeutas sistémicas nos parece de suma importancia ser conscientes de lo importante que son los sistemas en nuestra vida y como los factores de interacción influyen en nuestro mundo psíquico.

Nos parece muy valioso darle voz a la importancia que tiene la terapia sistémica en la prevención de este tipo de desarrollos mentales. Reforzar que uno de los tratamientos al padecimiento más viables y con mejores resultados longitudinales son los cambios contextuales y de paradigma que se crean en los sistemas humanos. Los sistemas donde nos convertimos quienes somos y nos desarrollamos desde ahí.

Uno de los objetivos principales para esta tesis es entender y darle voz a lo complejo que son los EMAR, lo interesante que es el desarrollo mental y lo poderoso que es la comunidad. También es reforzar los principios de la terapia sistémica y como para hacer cambios importantes a nivel social tenemos que empezar por el cambio de los núcleos.

IV.- Introducción

En años recientes y a nivel internacional se está introduciendo un creciente interés en el desarrollo de programas terapéuticos y de investigación sobre las fases iniciales de las enfermedades mentales; esta nueva óptica exige que se progrese desde la enfermedad mental instaurada hacia las fases iniciales de la patología. El nuevo paradigma plantea nuevos conceptos para estudio e intervención: “primer episodio”, “pródromo” de primeros episodios, atendiendo el trastorno, la edad en que brotaría y los retos que plantea un diagnóstico certero en fases tempranas.

Como terapeutas egresadas del ILEF realizamos un análisis bibliográfico de la psicosis temprana a fin de que reflexionemos la temática que gira entorno a la prevención desde el campo de la terapia familiar sistémica.

De acuerdo a las diferentes descripciones que existen de familia podemos decir que es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, S, 1974).

Los pacientes con psicosis forman un amplio grupo de la población mundial sometido a intensos sufrimientos y limitaciones. Esto no solo afecta a los pacientes, sino también a sus familiares, a menudo se sienten confundidos.

Durante los últimos 15 años, el optimismo creciente sobre la posibilidad de mejorar el pronóstico de la psicosis y alterar con ello el curso negativo de la enfermedad, ha producido una reforma sustancial en la práctica clínica y en el desarrollo de estrategias de intervención temprana en muchos países. De esta manera, el desplazamiento del foco de atención desde las fases estables o residuales de la psicosis hacia los inicios de la misma está suponiendo una serie de innovaciones y avances, tanto en la evaluación y diagnóstico, como en las modalidades terapéuticas (psicoeducación, manejo clínico de casos e intervenciones grupales) y en la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales (Domínguez, Vainer, Massanet, et al, 2011).

Hoy en día se piensa que la psicosis, cuando llega a ser diagnosticada en nuestras redes sanitarias, suele llevar una evolución, con síntomas prodrómicos entre dos y cinco años hasta el primer diagnóstico de “esquizofrenia” o de “trastorno delirante”. Pero antes, el sujeto ya habrá manifestado signos de rareza, sufrimiento mental, problemas emocionales, discapacidades. Son síntomas que preceden a la organización del trastorno: por eso se llaman pre-mórbidos. Y para la prevención del desarrollo de la psicosis, así como para sus cuidados precoces, se trata de realidades fundamentales. Entre otras cosas, porque tanto el sujeto como sus familiares y allegados han tenido durante años la intuición de que “algo va mal” “este chico/a es raro/a” “no lo entendemos” (Tizón, 2013).

En relación al contexto de la prevención y abordaje temprano, el trabajo con la familia puede ser crucial, ya que los familiares son los principales cuidadores informales y son una parte fundamental para la recuperación del paciente (Domínguez, Vainer, Massanet, et al, 2011).

En relación a lo anterior, Tizón (2013) refiere que “en todo caso, en los ámbitos social y familiar se deberían conocer más y mejor los síntomas prodrómicos de la psicosis y las situaciones que, ya desde la infancia, pueden facilitar su desarrollo, o las que pueden hacerlo en la vida adulta. La idea sería ayudar precozmente e intentar evitar el desarrollo de esa forma de vida que llamamos “psicosis” o, al menos, evitar sus grandes repercusiones”.

Por lo que hoy se sabe que con un tratamiento precoz e integral, usando no solo los medicamentos, la tendencia a recaer es mucho menor.

Con base en la información propuesta en los párrafos anteriores nos llegamos a preguntar: ¿Se pueden detener las evoluciones desfavorables? ¿Se puede evitar la aparición de una psicosis? ¿Podrían ayudar las personas próximas al sujeto que está desarrollando una psicosis o viviendo ya experiencias psicóticas?

Con respecto al párrafo anterior, por eso es tan importante disponer de datos y conocimientos a fin de detectar cuanto antes la situación de riesgo de psicosis, la situación de “Estado Mental de Alto Riesgo”.. En este sentido, hoy podemos hablar de dos vías de recuperación de la psicosis o del primer episodio de “psicosis diagnosticada”. Las llamamos la vía suave y la vía turbulenta. Creemos que es importante hablar de este tema porque en países como México damos por entendido que la evolución será la que Tizón (2013) llama *evolución turbulenta o vía turbulenta*, pero esto no tiene por qué ser así, es tan solo una posibilidad.

Continuando con lo propuesto por Tizón, lo que ayuda a mejorar la evolución es proporcionar desde un principio un tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y a su familia. De igual manera, tenemos que tener en cuenta que el entorno familiar puede influir en el comienzo y en el desarrollo de la psicosis y aquellos que han investigado en las etapas tempranas de la psicosis con pacientes con esquizofrenia han encontrado que existen implicaciones clínicas significativas.

El primer y principal objetivo de este estudio es presentarle al lector los conceptos teóricos básicos para poder comprender el tema, así como vincular las aportaciones teóricas del enfoque sistémico con la intervención terapéutica familiar de la psicosis temprana.

En resumen, pretende responder a la pregunta ¿Qué aportación tiene la terapia sistémica en el abordaje de la psicosis temprana en individuos con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) ?

Nos surgió un creciente interés en vincular la teoría sistémica existente con diversas investigaciones recientes que estudian los patrones interaccionales en la familia previo a la aparición del primer episodio de psicosis. Además, como resultado de nuestra formación en el ILEF, consideramos importante incluir el contexto del sistema de salud en México para explorar la posibilidad de proponer una intervención precoz para la psicosis temprana.

Por otro lado, la razón social por la que nos interesa el tema, tiene que ver con que en México existen pocos abordajes desde este enfoque en la población de estados

mentales de alto riesgo. Por lo tanto, buscamos analizar las diversas aportaciones teóricas que se interrelacionan con la identificación de factores que influyen en la aparición de psicosis y aportan a que los individuos con EMAR puedan construir otro modo de existir y habitar el mundo y sus relaciones con los otros.

IV.1.- Conceptos Básicos de la Psicosis

En este apartado introducimos la relación entre la psicosis con la teoría sistémica. Empezamos por utilizar la definición de familia propuesta por Minuchin en 1974 como “una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo”.

Posteriormente, colocamos el término psicosis desde la etapa prodrómica para fines preventivos en el área clínica, los cuales son síntomas que preceden a la organización del trastorno.

Pensamos que al profundizar nuestra investigación teórica en las etapas prodrómicas de la psicosis ponemos el foco en evitar el desarrollo o evolución del trastorno o al menos reducir sus repercusiones en la vida del individuo.

Por lo tanto, la categorización de “estados mentales de alto riesgo” es una población que presenta síntomas que preceden la psicosis. En términos preventivos se puede abordar los síntomas prodrómicos en dos vías: la turbulenta o la suave. Nosotras proponemos utilizar la vía suave para que desde un inicio se proponga un tratamiento

integral a nivel individual y a nivel familiar a fin de que la psicosis no evolucione ni tenga grandes afectaciones.

IV.2.- Conceptos Básicos de la Teoría Sistémica

Definimos la teoría sistémica considerando que cada miembro de la familia interactúa con los demás y se influyen mutuamente.

El enfoque sistémico es complejo, circular y válido para la comprensión de los sistemas humanos. Los autores sistémicos observan a la persona en desarrollo en función de los ambientes en los que participa y de aquellos por los que se ve influida.

Postulamos que la comunicación, desde el enfoque sistémico, tiene una gran influencia para la comprensión de las enfermedades mentales tales como la psicosis.

Las aportaciones teóricas que encontramos importantes en relación con casos de psicosis son: doble vínculo, paradoja/contraparadoja, triangulación y mensaje transgeneracional. Posteriormente, mencionamos que el tratamiento psicofarmacológico y un tratamiento psicosocial es sumamente importante para abordar casos de psicosis. Finalmente, la detección oportuna mediante instrumentos de evaluación permite identificar los síntomas prodrómicos en sujetos con estados mentales de alto riesgo. Los dos instrumentos son: Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) (Miller et

al., 2003) y la Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS) (Yung et al., 2005).

IV.3.- Conceptos Básicos de Prevención en Psicosis

En este apartado reiteramos la importancia de la detección temprana de síntomas en sujetos con estados mentales de alto riesgo a fin de que se pueda intervenir por medio de la “vía suave” en la fase premórbida o prodrómica. En caso de que no se detecte oportunamente pasaría lo que se conoce como la “vía turbulenta”, es decir, una detección tardía de los síntomas en las que el sujeto y su sistema familiar ya presenta repercusiones o daño.

IV.4 Conceptos básicos de pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)

La definición de sujetos de alto riesgo procede de numerosos estudios de investigación que detectan características clínicas que permiten identificar sujetos con gran probabilidad de desarrollar psicosis en el futuro. Se dividen en tres de acuerdo al grupo de trabajo PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation) en Melbourne, Australia:

(1) Grupo de Síntomas Psicóticos Atenuados (haber experimentado síntomas durante el año previo que no alcanzan el umbral).

(2) Grupo de Síntomas Psicóticos Breves Limitados e Intermitentes (en inglés BLIPS), que se corresponden a episodios psicóticos francos de menos de una semana de duración.

(3) Grupo de Rasgo y Estado como Factor de Riesgo (tener un trastorno esquizotípico de la personalidad o un familiar de primer grado con un trastorno psicótico y haber sufrido durante el año previo un deterioro significativo en el funcionamiento global) (Yung, et al., 2003; Yung, Phillips, Yuen y Mc Gorry, 2004).

Los programas que trabajan con EMAR como población diana, definen tres perfiles de alto riesgo con los criterios de la International Early Psychosis Association- Organización Mundial de la Salud (Bertolote y McGorry, 2005). Son personas que presentan:

1. Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente severos o persistentes para cumplir criterios de primer episodio o trastorno psicótico breve en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año.

3. Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS: Brief and Limited Intermitent Psychosis) que no tengan más de una semana de duración y remiten espontáneamente.

IV.5 Factores a tomar en cuenta de la dinámica familiar con pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo

IV.5.1 Comunicación /Emoción Expresada

La comunicación es y ha sido objeto de estudio por su importante intervención en los procesos sociales y psicológicos. Desde el punto de vista psicológico, cumple una función especial en la formación de la personalidad y resulta un factor importante en el funcionamiento de los grupos (Acevedo y Vidal, 2019).

La comunicación es la interacción de las personas que entran en ella como sujetos. A su vez, se considera a esta interacción como un proceso que se lleva a cabo por medio de símbolos y sistemas de mensajes, fundamentalmente por los canales verbal y extraverbal (Acevedo y Vidal, 2019)

El constructo de Emoción Expresada (EE), refleja la cantidad-calidad de actitudes hacia el paciente. Se valora el tono afectivo y el contenido, y en su valoración se contemplan cinco escalas principales: criticismo, hostilidad, sobreinvolucramiento emocional, calidez y comentarios positivos.

IV.5.2 Tipos de Apego

De acuerdo con la Teoría del Vínculo de John Bowlby (1976), existe una tendencia natural en los seres humanos a crear relaciones íntimas y estables con personas determinadas, esta tendencia se inicia en los primeros meses de vida y se hace visible en las diferentes formas en las que el niño y la niña se manifiestan para obtener y mantener una proximidad con el entorno.

Según Bowlby (1988) los patrones de apego se vuelven cada vez más parte individual de las personas más que de sus relaciones.

Esto se debe a la formación gradual de representaciones mentales relacionadas con el apego, por lo que suelen guiar al individuo a cómo serán sus interacciones futuras de acuerdo a su patrón de apego.

En este contexto, el sistema familiar posee una función fundamental desde sus funciones primarias de protección y socialización.

IV.5.3 Contexto

El contexto está incluido en todos lados. Bateson (1972) dijo que “toda comunicación exige un contexto, que sin contexto no hay significado y los contextos confieren significados porque hay una clasificación de contextos”.

El contexto es importante para ubicar cualquier información, dentro del medio en el cual tiene sentido. Según Morin (1997): *“situar un acontecimiento en su contexto, incita a ver cómo éste modifica al contexto cómo le da una luz diferente... Se trata de buscar siempre las relaciones e inter-retro-acciones entre todo fenómeno y su contexto, las relaciones recíprocas entre el todo y las partes; como una modificación local repercute sobre el todo y cómo una modificación del todo repercute sobre las partes”*.

IV.6 Aproximaciones terapéuticas

Hoy en día los modelos que se consideran eficaces son intervenciones prolongadas, más de seis meses, que van más allá de la mera psicoeducación y combinan con ésta, apoyo emocional, intervención en crisis y estrategias de afrontamiento de los síntomas de la enfermedad y problemas relacionados, reduciendo la tasa de recaídas, re-hospitalizaciones y disminuyendo la carga familiar, (Dixon, et al., 2009; Patterson y Leeuwenkamp, 2008; Pharoa, 2007).

Las intervenciones familiares habrán de tener en consideración estos aspectos exclusivos. Algunos elementos comunes de los programas de intervención en pacientes con psicosis que han demostrado su efectividad son los siguientes (Leff, 2005):

- Promueven un compromiso inicial evitando actitudes culpabilizadoras.
- Potencian la colaboración de la familia en el proceso de tratamiento.
- Proporcionan una respuesta flexible y adaptada a las necesidades de la familia.
- Valoran de forma continuada la situación de la familia en relación al conocimiento de la psicosis y la experiencia anterior con el trastorno; el impacto en cada miembro a nivel práctico, cognitivo y emocional, así como de la rutina familiar habitual; los recursos de afrontamiento del estrés y; los patrones de comunicación.

Se ofrecerán tratamientos específicos para cada fase del trastorno, adecuados a las necesidades, al género, al fondo cultural y preferencias individuales. Estos tratamientos deben integrarse en un plan individual de intervención temprana junto a otras intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Actualmente existe una gran necesidad de información sobre las enfermedades mentales en todos los sectores de la sociedad, lo cual dificulta la búsqueda de atención oportuna y como consecuencia hay una cronificación y deterioro de los pacientes . Además, el desconocimiento general sobre las instituciones y hospitales donde se atienden los diferentes trastornos mentales hace que los pacientes y sus familiares no sepan a dónde acudir para obtener un diagnóstico y proceder al tratamiento adecuado. A su vez, la falta de información promueve el estigma y la discriminación hacia los pacientes razón por la cual se crea una barrera para el proceso de entendimiento, comprensión y aceptación de la enfermedad y dificulta la integración social.

Se ha demostrado que para una verdadera integración social de los pacientes con trastornos mentales es necesario implementar nuevas formas de abordaje basadas

en un tratamiento integral que incluya el tratamiento médico-psiquiátrico, la atención a la familia y dos o más modalidades de intervención psicosocial, como apoyo psicoterapéutico individual o grupal, psicoeducación, terapia ocupacional, inducción laboral, etc. (Díaz y cols., 2005).

La psicoeducación incluye dos ámbitos (salud-educación) que están relacionados intrínsecamente y hacen referencia a la educación que se ofrece a los familiares y a las personas que sufren de un trastorno psicológico, La meta es que tanto el familiar como el paciente entiendan y sean capaces de manejar la enfermedad. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con una visión a largo plazo.

La psicoeducación también permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, aislamiento, entre otros aspectos (Rascón et al. 2012).

Se ha encontrado que los trastornos mentales tienen un componente biológico, psicológico y social, que deben ser tomados en cuenta en el tratamiento integral del paciente en el cual varios aspectos deben ser considerados

De lo que se trata es que la familia al participar en diversas modalidades terapéuticas, tenga más herramientas y opciones para enfrentarse a las dificultades que conlleva el manejo de la enfermedad mental.

IV.7 Propuesta para la Psicosis Temprana en Sujetos con Estados Mentales de Alto Riesgo

Tomando en cuenta los factores antes mencionados, consideramos que estas herramientas pueden ayudar oportunamente a la prevención, identificación y tratamiento:

- A. Diagnóstico precoz
- B. Identificación de factores de riesgo en la dinámica familiar y Terapia familiar sistémica
- C. Psicoeducación
- D. Diálogo abierto
- E. Programas de rehabilitación social

Actualmente, el intervalo de tiempo que transcurre desde los primeros síntomas diagnosticables de psicosis hasta el momento en que es diagnosticado el paciente oscila en general entre uno y dos años. A este tiempo se le debe sumar el retraso que se produce hasta que inicia el tratamiento (Apiquian, R., Fresán, A., Ullora, R, 2001). Es por esto que consideramos necesario que los profesionales de salud mental cuenten con mejores herramientas que aseguren el diagnóstico precoz y la derivación del paciente a un centro de salud mental en el momento oportuno.

Cada palabra y cada ser humano desean entendimiento y respuesta. En una sesión de tratamiento, la responsabilidad del terapeuta, como un miembro del equipo de tratamiento, es asegurar que todos sientan que son escuchados, que se les responde y, en última instancia, que son comprendidos. A pesar de que puede ser confuso y doloroso para el oyente, el lenguaje delirante de un paciente psicótico también busca ser escuchado, entendido y respondido. Si el paciente se siente amenazado, a menudo es importante que los terapeutas aseguren a los pacientes psicóticos que estarán protegidos contra la amenaza. Con estas palabras, los terapeutas se alinean como copartícipes en contra de la amenaza. Los integrantes de la familia del paciente también tienen que estar seguros de que cuentan con el apoyo del equipo de tratamiento igualmente.

La habilidad terapéutica implica identificar cuestiones terapéuticamente significativas sobre las cuales los pacientes todavía no pueden hablar. La conversación mutuamente reflexiva en la cual los terapeutas consideran cuestiones difíciles pero importantes, haciéndolas menos amenazantes para la familia.

En el diálogo reflexivo, los miembros de un equipo de tratamiento se comprometen en mutuo diálogo sobre las observaciones, pensamientos e imágenes que se plantean en la sesión de tratamiento y, en la reflexión, dirigen sus palabras a otros miembros del equipo más que al paciente y la familia.

V.- Planteamiento del problema

El trastorno psicótico es un síndrome complejo caracterizado por la presencia de síntomas muy diversos como delirios, alucinaciones, distorsión del proceso del pensamiento, aplanamiento afectivo, déficits cognitivos y deterioro funcional. Los trastornos psicóticos suelen presentar un curso crónico y episódico que afecta a alrededor de un 5 y 8% de la población general (Van Os et al., 2008). Habitualmente aparecen en la adolescencia o al comienzo de la adultez provocando alteraciones notables en todas las áreas de la vida y diversos grados de discapacidad que generan, a su vez, grandes costos a nivel familiar, social y sanitario (Lua y Bakar, 2011).

El período previo al inicio del trastorno se le denomina “etapa prodrómica”, la cual se caracteriza por la presencia de síntomas no específicos como estado de ánimo depresivo y ansiedad, síntomas negativos y síntomas psicóticos atenuados y una disminución en el funcionamiento social (Domínguez-Martínez et al., 2011). No obstante, el “pródromo” es un concepto retrospectivo que puede identificarse una vez que se manifiestan los síntomas psicóticos francos que dan cuenta del inicio de un episodio psicótico (Woods et al., 2009).

En las últimas décadas ha surgido interés en la mayoría de países occidentales sobre la posibilidad de detectar y dar seguimiento a personas con síntomas de alto riesgo de desarrollar psicosis (que se encuentran en la prodrómica) para poder intervenir antes de que aparezcan los síntomas psicóticos francos y, con ello, poder mejorar su pronóstico a largo plazo.

La población con estados mentales de alto riesgo que en inglés utiliza el acrónimo ARMS (At Risk Mental State) se refiere a la población con riesgo a presentar un episodio psicótico, sin desarrollar, forzosamente el trastorno.

Yung & McGorry (1996) distinguieron tres grupos de alto riesgo para identificar y monitorear el rango de conversión hacia la psicosis:

1. Grupo vulnerable: presentar un trastorno esquizotípico de la personalidad o tener un pariente de primer grado con algún trastorno psicótico y, además, tener una disminución reciente en el funcionamiento.
2. Síntomas atenuados positivos (Attenuated Psychotic Symptoms, APS)
3. Síntomas psicóticos positivos que aparecen de manera breve e intermitente como para ser considerados como un síndrome psicótico (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS)

En la actualidad se sabe que el trabajo con la familia es crucial, ya que los familiares son los principales cuidadores informales y son una parte fundamental para la recuperación del paciente. La mayoría de las intervenciones familiares en pacientes con psicosis ofrece psicoeducación y/o terapia familiar (Domínguez-Martínez, et al, 2011). No obstante, poco se ha hecho con respecto a etapas más tempranas, es decir, es importante integrar y desarrollar nuevas formas de terapia que se adapten a las características específicas de cada una de las fases iniciales de la psicosis. En este sentido, nos cuestionamos ¿cuáles serían los factores considerados para una intervención terapéutica sistémica en sujetos con estados mentales de alto riesgo?

Para responder la pregunta anterior, es necesario, identificar cuáles serían los factores de riesgo y los recursos protectores tanto a nivel familiar como individual para crear una intervención que ayude a mejorar el pronóstico de los jóvenes con riesgo a desarrollar psicosis desde la mirada sistémica.

Los enfoques actuales hacia los sistemas familiares no observan a la familia como el agente causal principal de la enfermedad del paciente, ni observan la expresión de los síntomas como un “escape” de todas las disfunciones familiares ocultas. En contraparte, los enfoques sistémicos modernos se concentran en la manera que tiene la familia de reaccionar y organizarse en sí misma alrededor de los episodios del miembro con un trastorno psiquiátrico, y cómo esas reacciones protegen o fomentan el riesgo de reincidencia (Miklowitz, D., 2004).

Con base en nuestro objeto de estudio, consideramos enfocarnos en las siguientes aportaciones teóricas para responder a nuestra pregunta de investigación:

- 1.- Teoría del Apego propuesta por John Bowlby (1989)
- 2.- Teoría de la Comunicación por el grupo de Palo Alto (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967)
- 3.- Aspectos y actitudes de la Emoción Expresada (EE). (Brown, Birley y Wing, 1972)
- 4.- Contexto (Morin, E, 1997)

V.-Pregunta de Investigación

¿ Qué aportación tiene la terapia sistémica en el abordaje de la psicosis temprana en individuos con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) ?

V.1.- Contexto de la pregunta

En los últimos 30 años, las investigaciones se han enfocado en la posibilidad de mejorar el pronóstico de la psicosis e influir con esto el tradicional curso negativo de la enfermedad a través de la detección precoz y la intervención terapéutica en etapas tempranas, en lugar de enfocarse únicamente en la intervención en etapas estables o residuales de la psicosis. Este nuevo paradigma ha aportado nuevas miradas y avances, tanto en la evaluación como en el diagnóstico y en las modalidades terapéuticas.

Los retos actuales en el abordaje de psicosis temprana apunta a integrar y desarrollar nuevas formas de terapia que se adapten a los rasgos específicos de cada una de las fases iniciales de la psicosis (fase prodrómica o de alto riesgo, inicio de la psicosis o primer episodio de psicosis y “fase crítica” o poscrisis) (Domínguez-Martínez et al 2011).

V.2.- Justificación

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la esquizofrenia como un problema de salud pública; en el mundo representa la novena causa de

discapacidad. En México se estima que 20% de los pacientes están severamente incapacitados por la enfermedad y que existe alrededor de un millón de personas con esquizofrenia, con una prevalencia poblacional estimada de 1%. Este trastorno se presenta entre los 15 y 25 años de edad y su incidencia mundial anual se ha estimado entre 0.16 a 0.42 por 1000 habitantes. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales con mayor costo para la sociedad; para el año 2002 en Estados Unidos se hizo un estimado económico de alrededor de 62.7 mil millones de dólares (Nicolini, H, 2009).

La prevalencia de trastornos psicóticos en México es similar a la del resto del mundo, representando un alto costo social y económico para nuestra comunidad (Apiquán, R., et al, 1997).

La psicosis es un trastorno que aparece en un momento en el que las personas inician actividades familiares, sociales y laborales que marcan su futuro. El impacto psicosocial en la persona, su familia y el entorno hace que se trate de problemas con gran repercusión comunitaria que generan muchos costos sociales (Calderón, et al 2020).

La importancia de tomar en cuenta al factor familiar en las intervenciones terapéuticas radica en que las familias que tienen un integrante con enfermedad de salud mental participan activamente en los cuidados diarios del paciente, por lo que toman un rol significativo en su recuperación (Koutra, et al 2014).

Los pacientes que presentan un cuadro de psicosis temprana son diferidos a terapias psicológicas con sus familias, para poder tener un proceso de rehabilitación psicosocial. Diversos estudios han mostrado que hay un efecto en el tratamiento de la psicosis temprana cuando la familia está involucrada (Domínguez-Martínez et al, 2011).

Tal efecto significa que los familiares podrían ayudar a desarrollar estrategias de adaptación y afrontamiento, disminuir el estrés y la carga a largo plazo, así como mejorar la comunicación y la resolución de problemas (Domínguez-Martínez et al, 2011).

Por lo tanto, queremos proponer un cambio epistemológico al respecto, pasando de un diagnóstico de esquizofrenia crítico y estable a una etapa temprana como lo es la fase de riesgo para la psicosis, para identificar los factores de vulnerabilidad y recursos protectores tanto a nivel individual como familiar y, con ello, mejorar el pronóstico o postergar el posterior desarrollo de la enfermedad.

VI.-Objetivo general

El objetivo de esta tesis es vincular las aportaciones teóricas del enfoque sistémico con la intervención terapéutica familiar de la psicosis temprana.

VI.1- Objetivos específicos

En formato de pregunta:

1. ¿Cuáles son las teorías existentes con respecto a la evidencia de intervenciones familiares en individuos con alto riesgo de psicosis?
2. ¿Cuáles son los estudios familiares realizados en población de alto riesgo a la psicosis?
3. ¿Cuáles son las intervenciones familiares existentes que han mostrado éxito terapéutico?
4. ¿Cuál es la propuesta de intervención familiar utilizando las variables del enfoque sistémico y que se adapte a las necesidades de la población mexicana?

En formato de afirmaciones:

1. Hacer una revisión crítica de la literatura existente sobre la evidencia de las intervenciones familiares en jóvenes con alto riesgo de psicosis.
2. Identificar en los estudios previos en población de alto riesgo a la psicosis, los factores familiares que han mostrado ser factores de riesgo o factores protectores en función de su asociación con la gravedad clínica, el deterioro funcional y las tareas de transición a la psicosis.
3. Analizar cómo han abordado las diferentes intervenciones familiares existentes, los factores familiares (por ejemplo, interacción comunicacional, emoción expresada, estilos de apego, ejes del contexto, funcionamiento familiar, etc) que han mostrado asociaciones entre el estatus clínico de los pacientes con riesgo de psicosis, así como con las tasas de transición a la psicosis.
4. Hacer una propuesta de intervención familiar desde el enfoque sistémico que complemente y fortalezca las intervenciones terapéuticas familiares enfocadas en la psicosis temprana actuales y que se adapte a las necesidades de la población mexicana.

VII.- Aportaciones Teóricas

VII. 1 Conceptos básicos de la psicosis

La psicopatología se define como la ciencia que estudia los trastornos psíquicos, y precede a la psiquiatría (o psicología) clínica, que agrupa los síntomas que describe la psicopatología en entidades que supuestamente tienen una relación etiopatogénica y/o similares tratamientos entre sí.

La psicopatología describe los problemas o trastornos que podemos encontrar al utilizar las funcionalidades y potencialidades de nuestra mente: la percepción, la inteligencia, la memoria, la afectividad, la expresión verbal, el pensamiento, la consciencia, la sexualidad, la agresividad, etc.

El término *psicosis* está compuesto por dos palabras griegas: *psyche*, que hace referencia a la mente, al alma, y *osis*, que se refiere a una enfermedad, un proceso patológico o a una situación médica. Por lo tanto, en cuanto a significados originales de las palabras, “psicosis” significa “enfermedad de la mente” (Tizón, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluso la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) definen la psicosis y la esquizofrenia como trastornos, no enfermedades y, por lo tanto, tienen componentes psicológicos y sociales

fundamentales en su definición, y no solo médicos. Consecuentemente, eso significa que las ayudas psicológicas y sociales (psicoterapia, grupos, inserción en la red social, trabajo, escuela) son fundamentales en su tratamiento.

Un estado psicótico o psicosis lo entenderemos como un estado de confusión extrema. A ese estado de confusión no se llega de la noche a la mañana, como suele pensarse y decirse en la sociedad. En realidad, ese estado de confusión, esa descompensación o episodio, por lo general, suele estar precedido por meses y años en los que el individuo ha dado muestras de problemas mentales. Pero si esos sucesos ocurren durante meses y años, y en una persona vulnerable, pueden acabar produciendo la ruptura temporal de la organización de la personalidad: eso es la descompensación, el episodio de psicosis aguda. Al periodo anterior, cuando solo aparecen los síntomas aislados, lo llamamos fase prodrómica (Tizón, 2013).

Por eso hoy algunos investigadores tienden a hablar de psicosis y no de esquizofrenia para designar un conjunto de cuadros clínicos más amplios que cursan todos ellos con una ruptura más marcada de lo habitual de la distinción entre realidad interna y realidad externa, con ese tipo de confusión fundamental (Tizón, 2013).

Además de la confusión extrema, que es el síntoma fundamental (y, en especial, la confusión entre el adentro y el afuera, entre uno mismo y el mundo), puede llegar a desarrollarse una afectación más grande de todas las funciones psíquicas. Así, el sujeto no puede cuidar adecuadamente de sí mismo, controlar sus impulsos, en especial agresivos, establecer un correcto juicio de realidad, tener conciencia de sus propias

alteraciones ni, en gran parte de los casos, convivir racionalmente con los demás (Freeman, T, 1972).

Síntomas de la Psicosis

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- V propone criterios diagnósticos específicos para la psicosis. Estos criterios incluyen síntomas que deben estar presentes, la duración de los síntomas y la exclusión de otras condiciones médicas que puedan explicar los síntomas.

Trastorno Psicótico Breve

298.8 F23

A.- Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1) , (2), o (3) :

1.- Delirios.

2.- Alucinaciones.

3.- Discurso desorganizado (por ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente).

4.- Comportamiento muy desorganizado o catatónicos.

Nota: No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente.

B.- La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.

C.- El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía,

y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p, ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con factor(es) de estrés notable(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Sin factor(es) de estrés notable(s): si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Con inicio posparto: Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

Fases de la psicosis

Jorge Tizón (2013), un psiquiatra español, ha destacado la importancia de reconocer las fases de la psicosis para intervenir tempranamente y prevenir la evolución hacia un episodio psicótico completo. Las fases de la psicosis se dividen en: fase premórbida, fase prodrómica, primer episodio psicótico, psicosis aguda, período crítico y fase tardía. A continuación se describen cada una de ellas para identificar su definición y sus señales o síntomas correspondientes.

1.- Fase Premórbida

Esta primera fase, que algunos profesionales consideran como el inicio de la psicosis y otros investigadores no, se da ya en la propia infancia. El niño puede

manifestar algunas de las señales de alerta o haber sufrido varias de las situaciones o factores de riesgo que vienen descritos en algunos programas preventivos.

Listado SASPE (Señales de Alarma y Signos Prodrómicos de la Esquizofrenia) :

Problemas biológicos pre o perinatales
Problemas o señales de alteraciones en el desarrollo
Problemas de socialización
Otros síntomas o trastornos

Síntomas o señales: indicios, señales o dificultades desde la infancia y la pubertad. Acumulación de factores de riesgo.

Ocurre, sin embargo, que esos síntomas o “señales” no marcan claramente la existencia de una psicosis, ni es seguro que el niño vaya evolucionar hacia ella. Se necesita una marcada gravedad de los mismos o una acumulación de muchos de ellos. Por eso hoy, desgraciadamente, lo normal es darse cuenta después, cuando se revisa la biografía de ese niño: a menudo, esos problemas en su día no se detectaron o, si se detectaron, no se les concedió el valor de “factor de riesgo” para la psicosis. En otras ocasiones, sí se descubrieron a tiempo, pero la comunidad y los profesionales no lograron ayudar eficazmente a la familia en esas situaciones.

Premórbida significa “antes de la enfermedad”, no es claro que el niño vaya a manifestar psicosis pero sí es claro que emite señales (síntomas) de que algo no va bien.

2.- Fase Prodrómica

Pro-dromos es un compuesto de *pro* (“antes”) y *dromos* (“pista”, “vía”, “recorrido”). Designará, pues, los síntomas o señales que se dan antes de la irrupción total de la enfermedad o de un episodio agudo de esta.

Lo que toda investigación actual apoya es la existencia de una “fase prodrómica” que, son los primeros momentos de un trastorno o una enfermedad. En ella aparecen ya algunos síntomas psicóticos, tales como rarezas muy extremas, desconfianza excesiva, aislamiento social, ideas o percepciones inusuales, dificultades escolares o de relación no fácilmente explicables, alteraciones emocionales marcadas, ansiedad excesiva, trastornos del sueño o de la alimentación, etc.

Síntomas: hay ya algunos síntomas de psicosis, ya sean atenuados, ya sean pasajeros, que aparecen y desaparecen.

3. Psicosis Incipiente o Primer episodio psicótico

El sufrimiento del sujeto aumenta. Algo importante ha cambiado en el sujeto o en la realidad circundante, algo que aún no puede explicarse.

Síntomas: unos meses o incluso uno o dos años de momentos con intensas emociones, miedos y dudas acompañados del consiguiente retraimiento social.

4.- Psicosis aguda

Por eso, si no hay cambios ambientales favorables muy radicales y no se realiza un tratamiento intensivo e integral, con ayudas psicosociales al paciente y a su familia, llega al cuadro agudo, el “brote”. La psicosis aguda implica una ruptura del propio mundo, con el mundo y la ruptura de la identidad: el sujeto o la familia ya no pueden contener esas ansiedades y sus convicciones delirantes y aparece una situación maníaca o de delirio persecutorio intenso. A menudo, tales vivencias van acompañadas de comportamientos extravagantes o llamativos; en ocasiones, pueden comportar peligros para el propio paciente o para otras personas.

Síntomas: El sujeto ya no puede contener esas emociones y muestra vivencias maníacas, o de delirio persecutorio intenso, con comportamientos extravagantes o llamativos y, en ocasiones, con peligro para los demás o sí mismo. Se requieren ayudas sociales intensivas tales como “residencia para crisis” en hospitales o comunidades terapéuticas.

5.- Período crítico

Son los cinco años siguientes al primer episodio diagnosticado.

Síntomas: Recuperación del primer episodio. Posibles recaídas. Recuperaciones tras las recaídas.

6.- Fase tardía

Síntomas: Recuperación o estado defectual.

VII.2 Conceptos básicos de la teoría sistémica

Los orígenes de la intervención sobre la familia se hallan en la asistencia social estadounidense de finales del siglo XIX. La terapia familiar surge como una alternativa de tratamiento para dar una respuesta a problemas desde la óptica de la comunicación y en lo relacional (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La premisa básica de la teoría sistémica se basa en que la persona se encuentra inmersa en un “sistema” siendo los miembros de ese sistema interdependientes (Pinho LG, Pereira A, Chaves C, 2017).

Según Bertalanffy (1934) el sistema es un todo que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse.

El origen de la terapia familiar se refiere a John Bowlby y a su famoso artículo sobre las familias en 1949. Dicho artículo ejerce cierta influencia sobre un nuevo método terapéutico donde juntaban a toda la familia en una sesión con el paciente.

En 1951 el doctor John Bell, profesor de psicología de Clark University de Worcester, prueba este nuevo método y obtiene resultados notables. Descubre que los problemas de comportamiento del paciente adquieren sentido si se insertan en la historia de su familia (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Continuando con la idea del párrafo anterior, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativa; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente: el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema (Pinho LG, Pereira A y Chaves C,2017).

La familia constituye un sistema abierto que incluye diversos subsistemas. Dentro de las fronteras que diferencian al sistema familiar de su ambiente, este se estructura de un modo apropiado a su misión y al tratamiento de dichas fronteras. Este enfoque asume que la familia es un sistema con propiedades que pueden tenerse en cuenta y resultar útiles al terapeuta para la comprensión y tratamiento del sistema familiar, entre las cuales figuran: Interdependencia - Intercambio variable con el medio e internamente - Capacidad de cambio y transformación - Diferenciación progresiva, Organización de una estructura jerárquica - Tendencias al equilibrio - Retroalimentación (Pinho LG, Pereira A y Chaves C,2017).

La primera propiedad de los sistemas abiertos es la totalidad. El enfoque sistémico considera que cada miembro de la familia interactúa con los demás y se influyen mutuamente. A consecuencia, todo cambio en uno de los miembros repercutirá sobre todo el sistema y provocará cambios para mantener el status o equilibrio que existía. Al respecto, Jackson denomina a este fenómeno como *homeostasis familiar*, al observar que las familias de pacientes que mejoraban, sufrían repercusiones psicósomáticas (Pinho LG, Pereira A y Chaves C,2017).

En consecuencia, el análisis de una familia no puede ser la suma del análisis de sus miembros por separado, ya que existen patrones interaccionales que trascienden a los individuos, en los cuales la conducta sintomática resulta una cualidad del propio sistema (Pinho LG, Pereira A y Chaves C,2017).

El sistema familiar modifica sus entradas y tiende al equilibrio, lo cual es denominado como *retroalimentación positiva*, ya que los resultados de tales entradas tienden al mantenimiento de una situación estática y a su potenciación progresiva. Dentro de la familia también existe aprendizaje y cambio, por lo que el modelo homeostático puro no es suficiente. Por tanto, toda familia debe caracterizarse por cierto grado de retroalimentación negativa y, si bien la familia se encuentra equilibrada por procesos homeostáticos, coexisten y deben coexistir elementos de cambio (Pinho LG, Pereira A y Chaves C,2017).

La familia es un sistema abierto, gobernado por reglas, que cumple los principios de retroalimentación positiva y negativa. Las reglas son metáforas acuñadas por el observador para denominar secuencias redundantes de comportamiento, que caracterizan el funcionamiento de cada sistema familiar concreto. Las familias se van dotando de reglas con el paso del tiempo a través de ensayos y errores. Los síntomas son una forma más de comunicación, que surgen por la tendencia cada vez más rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas anteriormente (Pereira, R. 2014).

La terapia sistémica se centra en la solución del problema presentado, y en el aquí y ahora. La pregunta que se debe realizar el terapeuta sistémico no es por qué

sucede, sino para qué sucede. El paradigma causal deja de tener importancia, ya que en la hipótesis de funcionamiento cibernético, el efecto es causa, y la causa, efecto (Pereira, R. 2014).

El modelo de causalidad lineal da paso a la causalidad circular, que no tiene principio ni fin; la terapia sistémica consiste en un salto cualitativo de un sistema de reglas a otro, para lo que se hace necesaria la intervención de una agente externo (Pereira, R. 2014).

La terapia sistémica trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación. Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como una expresión del sistema familiar (Feixas y Viaplana, G., et al, 2016).

El movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar, por lo que para entender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. (Feixas y Viaplana, Guillem et al, 2016).

¿Cómo ha abordado y qué aportaciones ha tenido la teoría sistémica en psicosis?

Puesto que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el

desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos. En este periodo, la esquizofrenia ha sido el principal foco de atención de investigadores y terapeutas familiares (Merino y Pereira, 1990).

Estos últimos 30 años se han caracterizado por un continuo interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo. Desde esta perspectiva, las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales, y debido a ello las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de estudio (Merino y Pereira, 1990).

La comunicación, desde el enfoque sistémico, reviste gran importancia para la comprensión de las enfermedades mentales, en particular la esquizofrenia (Merino y Pereira, 1990).

Diversas investigaciones científicas han resaltado el rol de las dinámicas familiares en la causa y mantenimiento de las afecciones mentales, comportamentales, específicamente de la esquizofrenia (Berger MM, 1978).

En otro orden de ideas, la personalidad de un sujeto puede considerarse un subsistema dentro del sistema familiar, por lo cual se plantea que las interacciones disfuncionales entre el sujeto y la familia pueden provocar afecciones psicológicas que requieren intervención en la familia (Berger MM, 1978).

A continuación vamos a analizar las aportaciones de la Teoría Sistémica para Casos de Psicosis:

Paradoja / contra paradoja

Murray Bowen fue un médico estadounidense que estudió las relaciones familiares de niños con esquizofrenia. A partir de tales investigaciones, conforma un cuerpo teórico denominado “Teoría Familiar Sistémica de Bowen”.

De acuerdo con Bowen (1979) son necesarias por lo menos tres generaciones para obtener un esquizofrénico. En esas familias las soluciones encontradas a los problemas de “ cómo” vivir se manifiestan mediante normas rígidas y repetitivas. En estas familias de origen la lucha por la definición de la relación, característica del ser humano, es tan exagerada porque los padres o sea la primera generación se comportaron como si dar una confirmación fuese signo de debilidad.

En otras palabras, si alguien hace bien algo, pretende ser alabado, confirmado (aceptado). En este caso el confirmarlo sería acceder a su deseo, sería una pérdida de prestigio, de autoridad. Para mantener tal autoridad es necesario, por lo tanto, no dar confirmación y responder siempre con argumentos evasivos “ si, pero, se podría hacer mejor”.

Según Bowen (1979), la interacción comunicacional por excelencia en las interacciones esquizofrénicas son: descalificación de algunos o de todos los

componentes del mensaje, tangencialidad, desplazamientos del tema, amnesias y por último, la maniobra suprema, la descalificación del self.

A propósito de la descalificación es importante señalar que es un tipo de respuesta a la definición que el otro intenta dar de sí en la relación. Esta definición no es una confirmación ni siquiera un rechazo. Es una respuesta crítica, incongruente, que conlleva, sustancialmente el siguiente mensaje “ no doy cuenta de ti, no estás, no existes”

Por otro lado, existe otra manera de descalificación todavía más funesta; es el autor mismo del mensaje quien se califica como no existente, señalando de alguna manera “ yo no estoy, no existo en la relación contigo”

Los estudios realizados por Bowen sobre familias con transacción esquizofrénica han afirmado a menudo que los padres de estas familias son personalidades frágiles aferrados el uno al otro, ya sea por terror al abandono o por una verdadera intimidad.

Un juego de este tipo puede, por lo tanto, tener fin, ya que el resultado sería indefendible: quien ha vencido quizás haya perdido y quien haya perdido quizá haya vencido. El desafío está siempre ahí. Cada uno se esmera en provocar al adversario con una serie de tácticas que se irán perfeccionando con el uso.

La depresión, la tristeza; serán algunas de tales tácticas “me siento cansado, desanimado: tómese el trabajo de animar el juego”. También pedir desesperadamente

ayuda para después señalar: “qué lástima, quería tanto que me ayudaran, pero ni siquiera esta vez lo lograron, quizá, sí lo volvieran a intentar”.

Pero sobre todo alentar una esperanza de que algún día se dará una confirmación es una táctica poderosa para inducir a los otros a continuar el juego con el fin de obtener un mensaje claro, sin embargo, reciben un mensaje críptico que el otro vuelve a intentar.

Tal modalidad comunicacional puede sintetizarse del siguiente modo: en el nivel verbal se da una indicación que a continuación en el segundo nivel casi siempre no verbal, es descalificada. Al mismo tiempo se agrega al mensaje que está prohibido hacer comentarios o sea metacomunicaciones sobre la incongruencia de los dos niveles y está prohibido dejar el campo. Una indicación de este tipo, obviamente, no permite al receptor ocupar la posición complementaria, o sea la obediencia a la indicación, pues no está claro cuál es la verdadera indicación.

Tampoco le está permitido ponerse en posición simétrica, o sea, desobedecer, porque no está claro cuál es la verdadera indicación contra la cual rebelarse. Desde nuestro punto de vista tanto la prohibición de metacomunicarse como la de dejar el campo están ya implícitas en la imposibilidad de asumir una posición definible en la interacción: o simétrica o complementaria. Por cierto, sólo una posición bien definida permite ya la metacomunicación, ya el abandono del campo, o sea la redefinición de la relación.

Sólo es posible redefinir una relación luego que tal relación se haya definido claramente. En la situación del doble vínculo, el interlocutor está obligado a mantenerse

en guardia, en estado de alarma, con el fin de lograr una tercera respuesta que no puede ser otra que proponer nuevamente al otro un rompecabezas idéntico.

El mensaje esquizofrénico que expone Haley (1963) : "no es que deben hacer algo diferente -deben ser lo que no son- sólo así podrán ayudarme a ser lo que no soy pero que podría ser, si ustedes fueran lo que no son". Es el mensaje super paradójico de quien se ha hecho maestro en un contexto de aprendizaje cuyos miembros, si bien evitando por todos los medios definir la relación, comunican continuamente a los otros la petición paradójica de cambiar una definición de la relación que no ha sido nunca definida. En estas familias, como incluso Haley (1963) observó cada uno no sólo se encuentra continuamente enfrentado con niveles conflictivos en un mismo mensaje, sino que también la propia respuesta es siempre de algún modo calificada por algún otro como "equivocada" o, mejor aún, cómo "no exactamente ajustada".

Así, si un miembro de la familia dice algo, aparece siempre alguien listo para hacerle entender que no lo ha dicho como debía, que debía decirlo de otra manera o si alguien trata de ayudar a otro, éste le da a entender que lamentablemente no lo hace lo bastante a menudo, o con bastante eficacia, en suma, que en realidad no lo ha ayudado. También, si alguien hace una propuesta, algún otro rápidamente le da a entender que tiene muchas dudas sobre su derecho a hacer propuestas. Pero si no las hace, se le da a entender que su conformidad con los otros es una pretensión discutible.

El mensaje esquizofrénico lleva entonces la paradoja al extremo, el imposible absoluto a través de la genial sustitución del hacer por el ser. "No es que no lo hagan como deberían hacer... Es que no son como debieran ser..." (dónde el cómo, por obvio,

permanece indefinido). Por la teoría general de los sistemas y por la cibernética, sabemos que el mecanismo autocorrectivo al servicio de la homeostasis de un sistema es la reacción negativa. El comportamiento esquizofrénico se nos aparece, por tanto, como una reacción negativa potentísima por lo paradójica.

Nuestro aprendizaje por ensayo y error con las familias nos induce a concluir, más bien, que aún los cambios reales, concretos, operados ya en el exterior, ya en el interior del grupo, son absorbidos por el juego dominante en la familia, como fuente de ulteriores amenazas, que al hacer vislumbrar el peligro de la interrupción del juego, pragmáticamente lo refuerzan.

En colaboración con su equipo, Selvini Palazzoli (1980) introdujo el concepto de "contraparadoja" en el contexto terapéutico. La contraparadoja es una estrategia terapéutica que implica el uso intencional de una paradoja por parte del terapeuta para interrumpir los patrones de comunicación disfuncionales y fomentar un cambio en la familia.

En esencia, la contraparadoja consiste en responder de manera inesperada o contraintuitiva a las demandas o comportamientos problemáticos de un miembro de la familia. Esto puede implicar, por ejemplo, prescribir el síntoma en lugar de intentar suprimir, o alentar a la familia a intensificar o exagerar un comportamiento problemático en lugar de intentar detenerlo. Al hacerlo, el terapeuta crea una situación que desafía las expectativas del sistema familiar y abre nuevas posibilidades de interacción y cambio.

La idea detrás de la contraparadoja es que al hacer algo contrario a lo esperado, se interrumpe el patrón rígido y disfuncional en el que la familia puede estar atrapada. Esto puede crear una oportunidad para que la familia reflexione sobre sus patrones de interacción y explore nuevas formas de relacionarse entre sí. La contraparadoja se utiliza a menudo en la terapia familiar con familias de personas con esquizofrenia u otros trastornos mentales, donde los patrones de comunicación problemáticos pueden contribuir al mantenimiento de los síntomas del paciente.

Triangulación

Según Hoffman, L (1984) la triangulación significa “una descripción de tres sistemas de relaciones mutuamente influyentes”.

Una de las principales aportaciones de Bowen (1979) a la teoría familiar es su pensamiento sobre la parte desempeñada por triángulos en la interacción familiar. La triangulación es un proceso que ocurre en todas las familias, todos los grupos sociales, al formarse parejas con exclusión de un tercero, o contra éste. Para Bowen, un sistema emocional de dos personas formará, bajo presión, un sistema de tres personas. Por ejemplo, puede surgir una tensión entre los dos, y el que se siente más incómodo aliviará la tensión “triangulando” ésta a una tercera persona, acaso contando un cuento acerca de tal persona. Además, es factible que la acción puede no quedar localizada dentro del triángulo original, sino activar otros triángulos, arrastrando más personas (Hoffman,L, 1981).

La tríada patológica

Observó Haley(1963) que en familias con un miembro sintomático la tríada que más a menudo salía a la superficie era una coalición entre dos personas, habitualmente de generaciones distintas, a expensas de una tercera. Afirma Haley que en el comienzo de la esquizofrenia fue descrita como reacción a un contexto de aprendizaje en que habitualmente eran confusos los niveles de comunicación. El tipo de mensaje o intercambio repetitivo que encarnaba esta confusión era llamado doble atadura.

Después de que Haley empezó a estudiar el comportamiento en coalición en familias con pacientes con esquizofrenia, cambió de posición y empezó a sugerir que los problemas no sólo surgían de una confusión de los niveles de comunicación, sino de una confusión entre los niveles de un sistema de relación.

Triángulo Perverso o la coalición intergeneracional

Es una estructura triádica que siempre causará tensiones en un sistema social (Haley, 1963).

Las características de este triángulo son (Haley, 1963):

1.- Debe contener a dos personas de un mismo nivel en una jerarquía de estatus y una persona de un nivel distinto. En la familia, esto significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.

2.- Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante. Debe establecerse una distinción entre una alianza,

que puede basarse en intereses comunes y no abarcar un tercer partido, y una coalición, en que dos personas se unen contra o con exclusión de una tercera.

3.- La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta. Es decir, el comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado al nivel metacomunicativo. En suma, Haley (1963) dice que el triángulo perverso es aquel en que la separación entre generaciones queda esbozada en forma encubierta.

Para Bowen (1979) el concepto de triángulo, entendido como instrumento, permite describir la naturaleza dinámica de las relaciones dentro de un sistema emocional, con sus tensiones y con sus equilibrios, y explica el proceso dinámico interno en el seno de un sistema emotivo.

A menudo, la familia, al presentar un problema, elabora esquemas explicativos que se enfocan hacia las díadas "Estoy deprimida porque mi hijo no está nunca en casa". Por contra, el presupuesto sistémico según el cual "lo más complejo explica lo más simple" permite diseñar hipótesis que, al menos por el hecho de ser triádicas, se sitúan en un nivel distinto y amplían el campo del observador (Andolfi, M, 2003).

Debemos aprender a pensar tanto en individuos y díadas, como en triángulos, y a desplazarnos libremente en la terapia de un nivel a otro. Los triángulos promueven el desarrollo de síntomas en el individuo. Estar aprisionado en un triángulo es tensionante y provoca un sentimiento de indefensión y desesperanza. Los triángulos contribuyen a la cronicidad de los síntomas de un individuo y del conflicto en una relación. En psicoterapia cuando trabajamos con individuos que no han respondido a otras modalidades de tratamiento, podemos obtener buenos resultados si asumimos que esa

situación se debe a que los pacientes están aprisionados en uno o más triángulos. Cuando los individuos están atrapados en triángulos, su libertad de movimiento es muy limitada (Guerin, Fogarty, Fay y Gilbert, 1996).

La idea de los triángulos relacionales es clínicamente útil de muchas maneras. En primer lugar, pensar en un caso en términos de los triángulos que contiene le proporciona al terapeuta un mapa de ruta para encarar una intervención temprana.

Mensaje transgeneracional

Bowen fue uno de los primeros psiquiatras que hospitalizaron a familias enteras para su observación y tratamiento. Había comenzado en el decenio de 1950 con la idea de que la esquizofrenia era resultado de un no resuelto nexo simbiótico con la madre. Después de trabajar cerca de un año con madres y sus hijos en un medio de tratamiento en la Clínica Menninger, empezó a sentir que la esquizofrenia era señal de una patología más generalizada en toda la familia, y trató de tener todos los miembros posibles de la familia viviendo en el hospital durante el tratamiento. Después desarrolló una hipótesis de que la esquizofrenia se transmite en tres generaciones. De esta investigación procedieron muchas ideas de Bowen acerca de las características de la perturbación emocional, aplicadas tanto a las familias como a los individuos que vivían en ellas. Las ideas de especial importancia para nuestro análisis incluyen la transmisión multigeneracional de enfermedades emocionales y la importancia de trabajar con la familia de origen.

Desde el modelo sistémico se niega que la esquizofrenia sea una enfermedad sólo del cerebro, donde la genética manda más que la biografía del sujeto. Para la aparición de la esquizofrenia se necesitan dos componentes (el biológico y el relacional) íntimamente relacionados (Beltran, Galindo, Grandal, Lopez y Rios, 2017).

Se entiende el defecto en el funcionamiento no como algo individual, sino como un defecto en el funcionamiento familiar (crisis).

El mensaje transgeneracional de M. Bowen se centra en el estudio del nivel de diferenciación. Esto es, el grado de separación de un individuo con respecto a su familia de origen. Es un proceso en el cual el hijo se desvincula lentamente de la fusión inicial con la madre y se mueve hacia la propia autonomía personal.

Comunicación

Desde la perspectiva sistémica, la comunicación es vista como el medio a través del cual se manifiestan, mantienen y pueden resolverse los problemas dentro de un sistema. La atención a los patrones de comunicación son esenciales para comprender la dinámica dentro del sistema.

La teoría de la comunicación humana (Watzlawick, 1967) tiene una gran importancia para el tema de este estudio. Se considera elemental para hablar del impacto que tiene no sólo en el estudio de la familia, sino en su intervención y tratamiento psicoterapéutico. La familia, como sistema abierto que intercambia energía con su medio circundante, es el claro ejemplo del postulado por Watzlawick (1967). La

comunicación es el vehículo por el cual se manifiestan las relaciones y la conducta a través de su pragmática. En otras palabras, esta teoría plantea que una conducta es vista como una comunicación y a su vez afecta otras conductas, que, a su vez, son vistas como comunicación.

Watzlawick (1967) presenta, a través de su obra "Pragmatics of Human Communication" , supuestos o axiomas sobre la comunicación humana.

1. Es imposible no comunicar.
2. Existen dos niveles de comunicación: a) contenido y b) relación.
3. Cada sujeto tiene una visión o puntuación de la realidad fuera de la consciencia. La relación entre los comunicantes depende de la puntuación de las secuencias comunicacionales.
4. Existen dos tipos de comunicación: a)analógica y b) digital.
5. Los intercambios de comunicación pueden ser: a) simétricos b) complementarios.

Una unidad simple comunicacional será llamada "mensaje", o el lugar donde no hay posibilidad para confundirse. Una serie de mensajes intercambiados entre personas se le va a llamar interacción. Finalmente, los patrones de interacción, es un nivel alto de comunicación humana. Hay múltiples modalidades comportamentales que son fluidos y multifacéticos- verbal, postural, contextual, etc. La imposibilidad de no comunicarse es un fenómeno y es parte del dilema esquizofrénico.

Una conducta esquizofrénica es observada cuando el esquizofrénico intenta no comunicarse. El esquizofrénico está expuesto a una tarea imposible de llevar a cabo: rechaza todo intento de comunicación y al mismo tiempo niega esta negación de comunicación.

La realización de este dilema en el esquizofrénico es clave para la comunicación. Toda comunicación implica compromiso y por ende, se hipotetiza que el esquizofrénico se comporta como si rechazara el compromiso de comunicación al no comunicarse.

- Comunicación patológica:

La imposibilidad de no comunicar: el dilema esquizofrénico está señalado en los pacientes que se comportan como si trataran de negar la comunicación y luego encuentran necesario rechazar esta negación en sí misma de la comunicación “esquizofrenizante”. Esto último es un lenguaje que lleva a que el receptor tome la decisión dentro de múltiples significados que no solo son diferentes pero además son incompatibles entre sí mismos.

La pragmática de este contexto comunicacional señala distintas posibles reacciones:

- Rechazo de comunicación.
- Aceptación de la comunicación.
- Desconfirmación de la comunicación.- cubre una gama de fenómenos comunicacionales, tales como: contradicciones, inconsistencias, tangencialidades, frases incompletas, malentendidos, estilos oscuros y manierismos en el discurso, las interpretaciones literales de metáforas.
- La comunicación como síntoma.- la teoría de la comunicación concibe al síntoma como un mensaje no verbal: “no es que yo lo haga o no quiera hacer esto, es algo fuera de mi control”.

El fenómeno de rechazo provee un buen marco de referencia para el estudio de los conflictos en la comunicación, el cual se debe a una confusión entre contenido y relación. Por ende, esta es otra manera de decir que desde el factor de rechazo hay dos individuos que tienen que definir su relación tal como simétrica o complementaria.

Doble vínculo

El término doble vínculo es un concepto clave dentro del enfoque sistémico. Fue desarrollado por Gregory Bateson y sus colaboradores en el estudio de la comunicación humana y los trastornos mentales, particularmente la esquizofrenia.

Un doble vínculo lo entendemos como una situación de comunicación en la cual una persona recibe mensajes contradictorios o incompatibles de manera simultánea. A continuación vamos a describir las características que necesitan estar presentes para considerarse como tal.

Las condiciones necesarias para una situación de doble vínculo, son las siguientes (Bateson, 1956) :

1. Dos o más personas: no suponer que el doble vínculo sea infligido exclusivamente por la madre; puede serlo por cualquier persona dentro de la dinámica familia (madre, padre, hermanos, etc)
2. Experiencia repetida: cuando el doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la víctima.

3. Un mandato negativo primario: este puede adoptar cualquiera de las dos formas siguientes: a) “ no hagas eso, o te castigaré” o b) “si no haces eso, te castigaré”. Aquí elegimos un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo, en lugar de un contexto de búsqueda de la recompensa. Quizás no haya una razón formal para esta selección. Suponemos que el castigo puede consistir tanto en la privación de amor como en la expresión de odio o enojo, o lo que es más devastador en el tipo de abandono que resulta de la expresión de impotencia extrema del “progenitor”.
4. Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que como el primero, está reforzado por castigos o señales que se perciben como una amenaza para la supervivencia. Este mandato secundario es más difícil de describir que el primero, por dos motivos. En primer lugar, el mandato secundario suele comunicarse al niño de forma no verbal. La postura, el gesto, el tono de voz, la acción significativa y las implicaciones ocultas en el comentario verbal pueden utilizarse para transmitir el mensaje más abstracto. En segundo lugar, el mandato secundario puede chocar con cualquiera de los elementos de la prohibición primaria. En consecuencia, la verbalización del mandato secundario puede asumir gran variedad de formas, o bien cuando no es infligido por un individuo sino por dos. Así, uno de los progenitores puede negar en un nivel más abstracto los mandatos del otro.
5. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo. En un sentido formal, quizá sea innecesario incluir este mandato como un elemento separado, ya que el refuerzo en los otros dos niveles implican una amenaza contra la supervivencia, y si los dobles vínculos son impuestos durante la infancia, la escapatoria es ciertamente imposible. Sin embargo, parece ser que en algunos casos lo que hace imposible la escapatoria es el empleo de ciertos recursos no totalmente negativos, como por ejemplo las promesas caprichosas de amor y cosas semejantes.

6. Por último, el conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima bastará entonces para desencadenar el pánico o la ira, El patrón de mandatos conflictivos puede ser adoptado incluso por voces alucinadas.

El efecto del doble vínculo

Cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de discriminar entre tipos lógicos. Las características generales de una situación de doble vínculo son las siguientes (Bateson, 1993):

1. El individuo participa en una relación intensa, es decir, una relación en la que se siente que es de vital importancia para él distinguir con exactitud qué tipo de mensaje se le está comunicando, para poder responder de manera adecuada.
2. El individuo está atrapado en una situación en la que el otro miembro de la relación está expresando dos clases de mensajes, uno de los cuales niega al otro.
3. Además, el individuo es incapaz de comentar los mensajes que están siendo expresados para corregir su discriminación de la clase de mensaje a la que debe responder, es decir, no puede hacer una declaración metacomunicativa.

Hemos postulado que este es el tipo de situación que se da entre el pre-esquizofrénico y su cuidador (madre, padre, hermanos, etc), pero también se da en las relaciones normales.

Cuando una persona está atrapada en una situación que se da entre el pre-esquizofrénico significa que un individuo interpreta literalmente un enunciado metafórico cuando se encuentra en una situación en la que no puede dejar de responder, se enfrenta con mensajes contradictorios y es incapaz de comentar las contradicciones.

Los pacientes con esquizofrenia se sienten terriblemente observados todo el tiempo, que habitualmente responden con insistencia defensiva en el nivel literal, cuando resulta totalmente inadecuado, por ejemplo cuando alguien bromea.

Los pacientes con esquizofrenia también confunden lo literal y lo metafórico en sus propias verbalizaciones cuando se sienten atrapados en un doble vínculo.

Para la víctima de un doble vínculo no solo es más seguro desplazarse a un mensaje de tipo metafórico, sino que, en una situación imposible, es mejor desplazarse y convertirse en otra persona, o desplazarse e insistir en que uno se encuentre en otro lugar.

Entonces el doble vínculo no puede actuar sobre la víctima, debido a que no es ella misma y que, además está en otro lugar. En otras palabras, los dichos que muestran que un paciente está desorientado pueden interpretarse como maneras de defenderse de la situación en la que se encuentra.

La patología aparece cuando la propia víctima ignora que sus respuestas son metafóricas o no puede decirlo. Para reconocer que habló metafóricamente necesitaría tener conciencia de que se estaba defendiendo, y por lo tanto, de que temía a la otra persona. Para el paciente con esquizofrenia, ese percatamiento equivaldría a una acusación contra la otra persona y en consecuencia, provocaría un desastre.

Una de las principales características del modelo sistémico es su énfasis en la comunicación. Centrarse en la comunicación permite estudiar la interacción, lo que

ocurre entre las personas, en lugar de lo que ocurre dentro de ellas. En efecto, a diferencia del concepto de conducta, que habitualmente se entiende referida a un individuo, la comunicación, ya por su naturaleza, necesita dos o más interactuantes. Concebir la actividad humana como comunicación supone partir de la idea de que lo que hacemos, sea lo que sea, tiene un valor de mensaje, está en relación a otro.

Toda actividad humana es comunicación, y aunque sí que es posible no emitir conductas, no es posible no tener actividad. Cualquiera que sea la actividad (estar inmóvil, dormirse, irse, desmayarse, etc.) tiene valor de mensaje (Watzlawick, 1967).

La comunicación paradójica es vista como una modalidad disfuncional o, al menos, incongruente de comunicación que, si se instala como patrón predominante de comunicación tiene efectos perturbadores en los que participan de ella, más visibles en los más indefensos, los niños y adolescentes. De hecho, la hipótesis del doble vínculo consiste precisamente en eso, es postular que ese es el patrón comunicacional predominante en las familias de pacientes con esquizofrenia.

El grupo de Milán conformado por Selvini Palazzoli, Boscolo, Checchin y Prata elaboró sus propias formulaciones acerca de la investigación con familias patológicas basada en las investigaciones de MRI de Bateson, Jackson y Haley;

1. Las familias en transacción esquizofrénica (así llamaban el grupo a su población objetivo) participan en “ juegos” familiares no reconocidos.
2. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.

3. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

En sus técnicas terapéuticas, el grupo tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI. El doble vínculo terapéutico (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1967) o , como lo llamó el grupo de Milán, la “ contraparadoja”, se convirtió en el núcleo de su terapia.

Una de las propuestas del grupo de Milán, fue la connotación positiva. La connotación positiva se elaboró a partir de una técnica aplicada por los terapeutas de Palo Alto; percibir el síntoma. Este concepto se refiere a la idea de que los síntomas de un individuo pueden estar influenciados y mantenidos por el sistema familiar en el que se encuentran.

Sin embargo, el grupo de Milán advirtió que, al apoyar el síntoma, connotaban negativamente las opiniones en contrario a los demás miembros de la familia. Era como si tuviese que existir una inculpación, si se culpaba al miembro sintomático, otros integrantes de la familia se sentían culpables.

El razonamiento del grupo de Milán continuaba así: esta división implícita de la familia en elementos “ buenos” y “malos” no sólo perpetúan la mitología sintomática sino que impedía contemplar a la familia como una unidad sistémica.

Por consiguiente, el grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente designado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia; lo explicaron así : “ La función primordial de la connotación positiva de todas las

conductas observables en el grupo es permitir el acceso de los terapeutas al modo sistémico” (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978, pág.56).

Cuando se hace una connotación positiva, los terapeutas sistémicos no prescriben el síntoma en el vacío ni con una justificación persuasiva, como podría hacerlo un terapeuta estratégico, sino que lo relacionan con su contexto social, al servicio de la “ homeostasis” familiar o de algún aspecto de ella (Boscolo,L et al 1987).

Al proceder así, respetan la necesidad que tiene la familia de proteger el equilibrio y , en consecuencia, reduce el riesgo de incrementar su resistencia al cambio (Boscolo,L et al 1987).

La idea de la connotación positiva fue testimonio elocuente de la naciente conciencia sistémica y no lineal que distinguiría al método de Milán de los anteriores abordajes de terapia familiar. Formulaciones de este tipo tenían enorme flujo en las actitudes de la familia, pero sobre todo en las actitudes de los terapeutas. No se podía ver en la connotación positiva una simple treta destinada a inducir engañosamente al sistema familiar a aceptar un cambio: los terapeutas también empezaban a creer en ella. (Boscolo,L et al 1987)

Desde luego que una connotación positiva no es la única explicación posible de un síntoma; después de todo, se podría formular una connotación negativa igualmente verosímil (Boscolo,L et al 1987) .

El diálogo con la familia ocupaba un segundo plano respecto del diálogo entre los miembros del equipo. Hacia finales de la década de 1970, Boscolo y Cecchin

descubrieron que, en vez de interesarse por las complejas prescripciones paradójicas ideadas por sus maestros, los terapeutas en formación se preguntaban “¿por qué formularon esa pregunta?” las familias querían informarse acerca de la conducta de los terapeutas (Boscolo, et al 1987).

Este desplazamiento del centro de atención, de la conducta familiar al terapeuta, dio lugar a la elaboración de una técnica específica de interrogatorio que el grupo denominó “interrogatorio circular” (Boscolo, L et al 1987).

Diálogo Abierto de Jaakko Seikkula

El diálogo abierto es un enfoque construccionista social para el tratamiento de la enfermedad mental grave, que se desarrolló en el Hospital de Keropudas en Finlandia, donde continúa evolucionando y expandiéndose.

El tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia en Finlandia comenzó a desarrollarse a principios de los ochenta con el trabajo Proyecto Nacional Finandés de Esquizofrenia y la introducción del Enfoque de necesidades-adaptadas (Alanen, et al, 1991).

El enfoque de necesidades-adaptadas destacó: (a) rápida intervención, (b) planificación del tratamiento para cumplir con el cambio y las necesidades específicas-del-caso de cada paciente y de la familia, (c) la atención a la actitud psicoterapéutica en ambos, evaluación y tratamiento, (d) visión del tratamiento como un proceso continuo,

integrando así diferentes métodos terapéuticos y (f) seguimiento consistente del proceso de tratamiento y resultados (Alanen, et al 1991; Alanen, 1997).

La experiencia clínica y los estudios de investigación con este modelo han identificado siete principios fundamentales, ambos práctica y contextualmente relevantes, que pueden aplicarse en todas las crisis psiquiátricas sin importar el diagnóstico específico (Seikkula & Arnkil,2006):

1. La intervención inmediata. La primera reunión se prepara para dentro de 24 horas a partir del primer contacto hecho por el paciente, un familiar, o institución referencial. Esta intervención inmediata permite al equipo tratante aprovechar las oportunidades que ofrece la crisis, incluyendo la movilización de las redes sociales de apoyo de la familia y del paciente. La crisis libera recursos no explotados previamente y moviliza cuestiones no discutidas a la luz pública, ofreciendo un potencial tratamiento único. En esta etapa todas las posibilidades están abiertas.

2. La red social y los sistemas de apoyo. Los miembros de la familia y otros, significativos para el paciente, son invitados a participar en la sesión de tratamiento y seguimiento de lo acordado. Otro tipo de apoyo de miembros de instituciones, como los trabajadores de servicio social, el empleador del paciente, los trabajadores de seguros de salud y otros empleados o supervisores del hospital también están invitados a participar en el tratamiento.

3. Flexibilidad y movilización. El tratamiento está adaptado a las necesidades específicas y cambiantes del paciente y su familia. Integrar terapias especializadas e

intervenciones según sea necesario. Por ejemplo, en una situación de crisis, se sugiere una reunión diaria en el hogar del paciente en lugar de adherirse a los protocolos tradicionales prescritos que definen rígidamente la frecuencia de tratamiento, forma y configuración.

4. El trabajo en equipo y responsabilidad. El integrante del personal inicialmente contactado es responsable de la organización de la primera reunión de tratamiento. Se forma un equipo de acuerdo a las necesidades del paciente, con la posibilidad de incluir tanto personal ambulatorio como de hospitalizados. Todos los miembros del equipo asumirán la responsabilidad de todo el proceso de tratamiento.

5. Continuidad psicológica. Los integrantes del equipo siguen manteniéndose coherentes durante todo el proceso de tratamiento, independientemente de si el paciente está en casa o en el hospital y de la duración del tratamiento. Por ejemplo, de una crisis de primer episodio se puede esperar una duración de dos a tres años (Jackson y Birchwood, 1996) requiriendo un compromiso a largo plazo.

6. La tolerancia a la incertidumbre. En una crisis aguda, el terapeuta mantiene todas las vías abiertas y evita conclusiones apresuradas o soluciones de tratamiento como la hospitalización y la medicación neuroléptica. El equipo debe tener confianza en su propio trabajo con el fin de fomentar la esperanza y confianza en la familia. Se necesita suficiente tiempo para crear un entorno de trabajo seguro para el paciente, la familia y el equipo.

7. **Diálogo.** La atención se centra principalmente en generar el diálogo entre todos los participantes en la reunión de tratamiento. El diálogo crea nuevos significados y explicaciones que introducen posibilidades y cooperación de todos los participantes.

Es de fundamental importancia que el equipo genere un entorno seguro para que todo lo que se diga pueda ser discutido abiertamente, lo que permite la generación de una nueva comprensión colectiva sobre la naturaleza del problema.

El diálogo es visto como un foro en el que el paciente, la familia y los miembros del equipo pueden crear nuevos significados para el comportamiento y síntomas del paciente (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1988; Haarakangas, 1997), ayudando a la familia y al paciente a adquirir más autonomía en sus propias vidas debatiendo los problemas (Holma y Aaltonen, 1997).

Una vez que el tratamiento centrado en la familia y las sesiones para el tratamiento se hayan efectuado, la participación del paciente y sus familiares se vuelven cruciales para el proceso del tratamiento. En la medida en que la terapia de familia se ganó un lugar junto a la terapia individual, apareció un nuevo grupo de especialistas, los terapeutas familiares. Al principio, muchos miembros del personal consideraron con aprehensión e incertidumbre los métodos e intervenciones de los terapeutas familiares, creando una sensación de división y por lo tanto, aumentando la resistencia de las enfermeras a tomar un papel activo en la sesión.

La multiplicidad de voces es parte natural del tratamiento centrado en la familia y la red de apoyo. Una "voz" en este contexto es una metáfora que representa los puntos

de vistas variables y específicos expresados en el contexto de la sesión para el tratamiento en relación al tema de la conversación (Bakhtin, 1981; Haarakangas, 1997).

Las voces del paciente y las de sus familiares suelen representar la más íntima conexión con los temas de conversación en las reuniones para el tratamiento, dado que los miembros de la familia son los mejores expertos en su propia vida. La voz de cada persona refleja las múltiples posiciones que cada una mantiene simultáneamente en la vida. Teniendo en cuenta que los trabajadores del tratamiento son hijos de padres, padres de familia, y posiblemente abuelos, estas variadas y contradictorias posiciones mejoran sus posibilidades de relacionarse empáticamente con sus pacientes. Las conversaciones de múltiples voces en la sesión para el tratamiento contribuyen a alcanzar acuerdos significativos y los objetivos terapéuticos, ya que permite un cuadro más completo, terapéuticamente multifacético.

Las ideas delirantes y las palabras deben verse como una clave importante para entender el mundo que el paciente psicótico habita. Los miembros de la familia pueden ayudar enormemente en las conexiones entre los acontecimientos de la vida del paciente y las experiencias psicóticas. Cuando sea necesario, se pueden integrar a las sesiones para el tratamiento, varios otros puntos de vista psicoterapéuticos o de rehabilitación.

Sesiones del tratamiento:

Las ideas delirantes y las palabras deben verse como una clave importante para entender el mundo que el paciente psicótico habita. Los miembros de la familia pueden

ayudar enormemente en las conexiones entre los acontecimientos de la vida del paciente y las experiencias psicóticas. Cuando sea necesario, se pueden integrar a las sesiones para el tratamiento, varios otros puntos de vista psicoterapéuticos o de rehabilitación.

En la primera sesión y cuando los nuevos participantes estén involucrados, es necesaria una ronda de presentaciones, incluyendo los nombres de los participantes y la relación con el paciente, así como una orientación sobre el proceso de tratamiento. Después de las presentaciones, el terapeuta pide al paciente y la familia conversar sobre sus preocupaciones. El terapeuta acomoda sus palabras a las del paciente y su familia y respeta las definiciones y el lenguaje expresado por cada uno. Puede hacer esto mediante el uso de sus palabras y expresiones.

La tarea del terapeuta en la sesión de tratamiento es la de generar un ambiente psicológicamente seguro en el que todos los miembros se sientan libres de expresar lo que quieren decir y explorar sus preocupaciones individuales, dolores y ansiedades.

El terapeuta puede compartir experiencias personales o cómo otros pacientes sí lo han hecho bien a pesar de las dificultades que enfrentan. Estas historias pueden dar lugar a la confianza y a la esperanza. Lo que se necesita es tiempo y una conversación significativa con la familia como un socio colaborativo en el proceso de tratamiento. Mantener la conversación y generar un diálogo en la sesión de tratamiento se realiza mejor con un equipo de terapia de tres personas, dos terapeutas en el diálogo y el tercero toma la posición de terapeuta reflexivo. El enfoque de equipo ayuda a los terapeutas a enfrentar el estrés y la ansiedad de un paciente y su familia.

La conversación en la sesión de tratamiento está orientada a obtener comprensión sobre la situación del paciente y de su familia. Los participantes van juntos por el significado y a través de compartir mutuamente diferentes experiencias y perspectivas, encuentran el entendimiento.

Nadie, ni siquiera el jefe de psiquiatría, necesita saber de antemano cuál podría ser exactamente la solución “correcta” para los síntomas del paciente o las dificultades de la familia. Esta posición de “no saber” descrita por Anderson y Goolishian (1992), permite que el conocimiento y entendimiento cambien y se desarrollen durante las conversaciones en el proceso del tratamiento. La base epistemológica de esta instancia es el construccionismo social (Berger y Luckman, 1966; Gergen, 1985; McNamee y Gergen, 1992).

Los terapeutas se esfuerzan por generar una conversación en la cual las variadas voces de los participantes contribuyen a los diferentes significados; cada una de un único pero igualmente participativo lugar. De acuerdo a la teoría Bakhtin de la filosofía del lenguaje (Bakhtin, 1981; Voloshinov, 1996), la palabra del propio hablante y la de los “otros” (una palabra “extraña”) que cumple, penetra y cambia a unos y otros. Escuchando el discurso de los otros somos capaces de integrar sus pensamientos a los nuestros y considerar los asuntos desde sus puntos de vista.

En este proceso, los significados cambian, los temas pueden considerarse en un nuevo contexto, y pueden involucrar nuevos entendimientos de sus realidades y del mismo padecimiento.

Cada palabra y cada ser humano desean entendimiento y respuesta. En una sesión de tratamiento, la responsabilidad del terapeuta, como un miembro del equipo de tratamiento, es asegurar que todos sientan que son escuchados, que se les responde y, en última instancia, que son comprendidos. A pesar de que puede ser confuso y doloroso para el oyente, el lenguaje delirante de un paciente psicótico también busca ser escuchado, entendido y respondido. Si el paciente se siente amenazado, a menudo es importante que los terapeutas aseguren a los pacientes psicóticos que estarán protegidos contra la amenaza. Con estas palabras, los terapeutas se alinean como copartícipes en contra de la amenaza. Los integrantes de la familia del paciente también tienen que estar seguros de que cuentan con el apoyo del equipo de tratamiento igualmente.

Mientras escuchamos el discurso del otro, filtramos las palabras a través de nuestro propio sistema de significados construidos por nuestra historia personal. Nuestros filtros personales lo editan para su aceptabilidad, comodidad o confrontación y rara vez identificamos realmente los prejuicios, hábitos de pensamiento y defensas que hemos erguido para modificar o rechazar lo que hemos escuchado.

Lo propuesto hasta ahora es característico de un "diálogo" y de una "conversación dialógica". Yankelovich (1999) presenta tres características distintivas de diálogo que diferencian una de otra forma de conversación:

- 1) En primer lugar, en el diálogo, todos los participantes deben ser tratados como iguales. En una sesión de tratamiento es posible generar la cooperación entre los participantes desde una posición de igualdad, porque todos, -incluso los miembros de la

familia- son expertos. Todos están en el mismo nivel de "no saber", y su objetivo colectivo es crear entendimiento.

2) La segunda característica es escuchar con empatía. En lugar de defender las opiniones propias, el diálogo se caracteriza por entender los puntos de vista y sentimientos de un interlocutor.

3) La tercera característica es sacar a la luz presunciones subyacentes. El propósito aquí es ser consciente y analizar los supuestos, tanto propios como del otro y las fundamentaciones de pensamiento y trasladarlos a un diálogo abierto.

En la sesión para el tratamiento, los terapeutas están muy ocupados en una corriente de significados. En el diálogo, las palabras surgen y desaparecen, luego reaparecen y cambian. Algunas palabras tienen un peso especial, ya que pueden estar tan cargadas emocionalmente, que solo las afecta el lenguaje corporal y el orador tiene dificultad para mantener su pasión bajo control. A veces, emergen sentimientos para los cuales parece no haber palabras disponibles. Al escuchar empáticamente, los terapeutas son sensibles a ambos mensajes emocionales, tanto los que están totalmente cargados de palabras como aquellos sin palabras. Un momento dialógico puede pasar sin previo aviso o puede ser capturado por un terapeuta que lo identifica y refleja en una palabra que parece de gran significancia para el hablante.

La habilidad terapéutica implica identificar cuestiones terapéuticamente significativas sobre las cuales los pacientes todavía no pueden hablar promoviendo una conversación mutuamente reflexiva, es decir, el terapeuta considera cuestiones difíciles pero importantes, haciéndolas menos amenazantes para la familia.

En el diálogo reflexivo, los miembros de un equipo de tratamiento se comprometen en mutuo diálogo sobre las observaciones, pensamientos e imágenes que se plantean en la sesión de tratamiento y, en la reflexión, dirigen sus palabras a otros miembros del equipo más que al paciente y la familia.

La habilidad de los miembros del equipo encuentra su expresión en su capacidad de mantener el respeto por el paciente y la familia, equilibrando cuidadosamente sus observaciones finales a fin de no ofender o discrepar gravemente con los observadores (Andersen, 1991). En el mejor de los casos, el diálogo es reflexivo, está flexiblemente conectado a otras conversaciones para asegurar que el paciente y su familia no lo experimenten como ajeno o embarazoso. Reflexionando imágenes subjetivas, los miembros del equipo ayudan a darle a la conversación de la sesión de tratamiento una forma para que el paciente y familia lo entienda como una opinión y pensamiento personal –no una verdad psiquiátrica asentada y final.

La conversación en las sesiones de tratamiento es un proceso continuo reflexivo donde se alterna el diálogo interno y el externo. Un terapeuta debería mantener el diálogo interno con su propia mente y cuerpo durante el proceso, verificando con preguntas a sí mismo.

VIII.- Aportaciones de Teorías Psicológicas para la Intervención de Psicosis

Consideramos importante agregar otras perspectivas desde las teorías psicológicas para permitir un análisis más completo. Además, diferentes teorías nos permiten ofrecer otras explicaciones y enfoques complementarios para abordar la complejidad en el tema de la psicosis.

Históricamente nominadas como locura, las psicosis han sido tratadas de diversas formas de acuerdo al contexto histórico en que se sitúe. Es Freud(1894) quien realiza una clasificación psicopatológica diferenciando neurosis de psicosis, lo que marca la tradición psicoanalítica.

Actualmente, si bien se ha ampliado el conocimiento respecto de las psicosis, y los mecanismos psíquicos a la base. Estas siguen presentando un importante desafío en la terapéutica, o métodos dispuestos para la cura de estas personas cuyo modo de existir y habitar el mundo implica una ruptura en el encuentro con los otros (Tapia, S 2014).

El abordaje psicofarmacológico del paciente esquizofrénico en muchos casos imprescindible para la disminución de los síntomas psicóticos, no supone un remedio para afrontar las vulnerabilidades, conflictos, problemas o tensiones interpersonales o

biográficas, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa (Tapia, S 2014).

Todo ello nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico. En este sentido, la combinación de antipsicóticos con otros tipos de abordaje terapéuticos hace que ambos métodos se influyan y potencien (García Cabeza y González de Chávez, 2009; M González de Chávez, García Cabeza y Fraile, 1999).

Aparte de la medicación neuroléptica, diversas intervenciones han ido acumulando evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de las psicosis. Algunos ejemplos son la psicoterapia individual, de grupo, la terapia cognitivo-conductual, rehabilitación vocacional, habilidades sociales, y la intervención familiar (AATRM, 2009). Sin embargo, la persona atendida sólo recibe estos tratamientos de forma suficientemente mantenida y completa cuando presenta una evolución crónica y por lo tanto realiza continuas demandas al sistema socio-sanitario. De hecho, el desarrollo de sistemas de gestión de casos suelen tener como objetivo a las personas atendidas de larga evolución (Alonso, 2005).

Por otro lado, la evidencia ha demostrado que la capacidad de los tratamientos para modificar el curso de la psicosis depende en parte de lo precoz que sea su aplicación (McGlashan, 1999). Algunos estudios señalan que los primeros 5 años son críticos, fase definida como el período crítico tras el inicio de la psicosis (Birchwood, 2000). Hay varios estudios que analizan las razones por las que el inicio temprano del

tratamiento de la psicosis puede determinar el curso del trastorno. Algunas investigaciones apuntan a que una intervención temprana puede atajar un posible efecto neurotóxico de las crisis psicóticas (Pantelis, 2003, Hulshoff Pol y Kahn, 2008).

Otros estudios apuntan a que un tratamiento precoz de la psicosis, es capaz de amortiguar el impacto y la discapacidad que la enfermedad puede provocar en la vida del paciente y su entorno, en un momento crucial de la vida (Ross, 2007; Norman, 2007).

Las intervenciones fundamentales recomendadas por la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) y la Organización Mundial de la Salud (Bertolote y McGorry, 2005), las principales guías de práctica clínica, internacionales y nacionales y la evidencia disponible son la psicoterapia y la intervención familiar.

En el apartado de aproximaciones terapéuticas revisaremos las intervenciones más utilizadas en pacientes psicóticos distinguiendo por un lado aquellas que se realizan en fases tempranas de la enfermedad, las intervenciones más clásicas en periodos de estabilidad y por último y brevemente intervenciones relacionadas con la rehabilitación psicosocial del enfermo psicótico.

Existen diversas modalidades psicoterapéuticas aplicadas a la psicosis temprana, entre las que destacan la psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica e integradora (Calderón, A., et al, 2020).

Resulta crucial la determinación tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores de la aparición del primer episodio y de las recaídas. Ante esto encontramos que diversos estudios muestran que un tratamiento psicosocial precoz mejora la evolución de dichos pacientes y disminuye el sufrimiento de sus familias.

IX.- Instrumentos de Evaluación de Alto Riesgo Clínico y Psicométrico

Una de las líneas de investigación más prometedoras en el campo de la psicosis es la identificación temprana de personas de riesgo o con vulnerabilidad latente.

El motivo de este acercamiento se fundamenta en la capacidad de identificar, antes del debut del cuadro clínico, a personas con riesgo o vulnerabilidad a desarrollar psicosis, y poder así realizar intervenciones profilácticas preventivas. La mera posibilidad de detectar un caso de psicosis en sus fases incipientes o antes de su aparición como trastorno clínico es alentadora. Estudios longitudinales indican que aquellos participantes que presentan un estado mental de alto riesgo (EMAR) tienen una mayor probabilidad de transitar hacia un trastorno de tipo psicótico en el futuro (Fusar-Poli et al., 2012).

Diferentes autores han ensalzado el rol de los síntomas negativos atenuados a la hora de predecir la transición a la psicosis dentro de este conjunto de participantes (Valmaggia et al., 2013).

En la actualidad existe un elenco de herramientas que tratan de medir la vulnerabilidad o la condición de riesgo a la psicosis, donde todas ellas, en mayor o menor medida, consideran la dimensión negativa o algunos de sus componentes (p.ej., anhedonia). Básicamente, este conjunto de herramientas se encuadra en el paradigma de alto riesgo clínico o de ultra riesgo (p.ej., EMARs o pródromos) o en el paradigma de alto riesgo psicométrico (p.ej., esquizotipia).

El paradigma de alto riesgo psicométrico tiene como finalidad la detección, mediante la utilización de autoinforme y a partir de su perfil de puntuaciones, de aquellos participantes con una mayor vulnerabilidad teórica de transitar hacia un trastorno psicótico en el futuro (Fonseca-Pedrero, et al, 2010).

Para la evaluación de los síntomas negativos en los estados prodrómicos de psicosis o los EMARs se puede utilizar la Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) (Miller et al., 2003) o la Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS) (Yung et al., 2005).

La Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS) es una entrevista clínica utilizada para evaluar a las personas que pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno psicótico, en particular esquizofrenia. Forma parte de la Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos, desarrollados por investigadores como Thomas H. McGlashan, Barbara A. Cornblatt y Jean Addington.

El SIPS está diseñado para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas asociados a la fase prodrómica de la psicosis, que es el periodo que precede a la aparición de un episodio psicótico completo. Esta entrevista suele ser realizada por

clínicos o investigadores formados y consta de varias secciones que cubren diferentes aspectos de los síntomas prodrómicos.

La SIPS ha demostrado ser una herramienta efectiva para predecir la transición a la psicosis con un grado significativo de precisión. Además cuenta con validación clínica y consistencia en los resultados mostrando alto nivel de fiabilidad. Es por esto que es ampliamente utilizada en estudios de investigación.

La Evaluación Global del Estado Mental de Alto Riesgo (CAARMS) es una herramienta de evaluación semiestructurada utilizada por los profesionales de la salud mental y los investigadores para identificar a los jóvenes que buscan ayuda y que presentan un riesgo elevado de desarrollar psicosis. Fue desarrollada por Alison Yung, Barnaby Nelson y Patrick McGorry en la Universidad de Melbourne, Australia.

Diversos estudios han mostrado que los individuos identificados como de alto riesgo por la CAARMS tienen una probabilidad significativamente mayor de desarrollar psicosis en un período de 1 a 2 años, lo que permite intervenciones tempranas que podrían retrasar o prevenir la transición.

Los avances en la conceptualización y evaluación de los síntomas psicóticos negativos permiten ayudar al profesional no sólo en una evaluación más rigurosa de la sintomatología, sino también en el diseño y planificación de tratamientos de intervención y de rehabilitación (Fonseca-Pedrero, et al, 2015).

X. Conceptos Básicos de Prevención

En Psicosis

La prevención de la psicosis temprana se centra en identificar y tratar a las personas que están en riesgo de desarrollar psicosis, especialmente en la fase prodrómica, cuando los síntomas iniciales están comenzando a manifestarse.

Las personas próximas al sujeto que está desarrollando una psicosis o viviendo ya experiencias psicóticas pueden ayudar mucho a su familiar o allegado. Por eso es tan importante disponer de datos y conocimientos a fin de detectar cuanto antes la situación de riesgo de psicosis, la situación de “Estados Mentales de Alto Riesgo”(EMAR) como la llaman algunos equipos punteros en la clínica e investigación en este campo.

Hoy podemos hablar de dos vías de recuperación de la psicosis o del primer episodio de “psicosis diagnosticada”(Tizón, 2013):

1.- Vía suave

Detección y atención social y profesional precoces, en la fase premórbida y prodrómica, son los medios fundamentales para lograr esa vía más suave y menos dramática de evolución o incluso para detener esa evolución. En el mismo sentido favorable irían la instauración de tratamientos integrales e intensivos precozmente, así como la disminución del número de internamientos médicos, cuidando, asimismo, de

que si los hay, sean lo menos traumáticos posible. Sobre todo, ayuda a mejorar la evolución el poder proporcionar desde el principio un tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y a su familia en la comunidad.

No es fácil llegar a estar seguros de que un familiar o allegado esté desarrollando o no una “psicosis incipiente”. Nos vendría bien para ello una idea de la salud mental menos profesionalizada y más aplicable a la vida cotidiana. En este sentido, Tizón (2013) propuso una definición sintética de la “salud” y de la “salud mental”: “podremos considerar sana a una persona que es capaz de amar, trabajar, disfrutar y tolerar. Explorando estas capacidades, resulta más fácil determinar un cuadro sindrómico, un estado que debe alertarnos hacia un EMAR.

2.- Vía turbulenta

Comienza con una detección tardía, tras años de sufrimiento evitables del sujeto y sus allegados. Sigue con una instauración tardía de tratamientos, que además, son parciales, no integrales. Hay poco apoyo de la red social. Hay más posibilidades de suicidio. La desesperanza va adueñándose del paciente y su familia comienzan e interrumpen una y otra vez distintos tratamientos (Tizón, 2013).

La aproximación de la “vía suave” en el tratamiento y recuperación de la psicosis es más humana y menos medicalizada, enfatizando la importancia en la relación terapéutica, el apoyo familiar y social, y la intervención psicoterapéutica en lugar de depender exclusivamente de fármacos antipsicóticos.

XI. Conceptos Básicos de Pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)

XI.1 ¿Cuál es la población EMAR?

La definición de sujetos de alto riesgo significa que son sujetos con gran probabilidad de desarrollar psicosis en el futuro. Tres son las definiciones más influyentes de este concepto. La más extendida es la de “riesgo ultra-alto”, desarrollada por el grupo de trabajo PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation) en Melbourne y que incluye la edad (entre 14 y 29 años) y criterios de al menos uno de los siguientes grupos:

(1) Grupo de Síntomas Psicóticos Atenuados (haber experimentado síntomas durante el año previo que no alcanzan el umbral).

(2) Grupo de Síntomas Psicóticos Breves Limitados e Intermitentes (en inglés BLIPS), que se corresponden a episodios psicóticos francos de menos de una semana de duración.

(3) Grupo de Rasgo y Estado como Factor de Riesgo significa tener un trastorno esquizotípico de la personalidad o un familiar de primer grado con un trastorno psicótico y haber sufrido durante el año previo un deterioro significativo en el funcionamiento global (Yung, et al., 2003; Yung, Phillips, Yuen y Mc Gorry, 2004).

Los programas que trabajan con EMAR como población diana, definen tres perfiles de alto riesgo con los criterios de la IEPA-OMS (Bertolote y McGorry, 2005). La población diana representa el subconjunto de la población donde se generalizan los resultados del estudio. Los tres perfiles de alto riesgo son:

1. Síntomas positivos subumbral que no son lo suficientemente severos o persistentes para cumplir criterios de primer episodio o trastorno psicótico breve en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año.
3. Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS: Brief and Limited Intermitent Psychosis) que no tengan más de una semana de duración y remiten espontáneamente.

Finalmente, Tizón (2013) establece que cuando un sujeto tiende hacia “un estado mental de alto riesgo (psicosis) el paciente no tiene amigos ni relaciones sentimentales duraderas, ha abandonado o está abandonando los estudios y el trabajo, sus capacidades de disfrutar están enormemente limitadas y su tolerancia ha disminuido. Incluso pueden haber disminuido tanto que solo admite ambientes sumamente controlados y con la mínima cantidad de estímulos y/o variables no controladas posible. Esto es lo que nos apuntan los conocimientos científicos actuales, menos centrados en los tipos clásicos de “psicosis” y de “esquizofrenia”: se trataría de

intentar detectar precozmente los sufrimientos individuales o familiares que podrían apuntar hacia un desarrollo de esas situaciones años después.

XI.2 Factores a tomar en cuenta de la dinámica familiar con pacientes con Estados Mentales de Alto Riesgo.

Comunicación /Emoción Expresada

La comunicación es y ha sido objeto de estudio por su importante intervención en los procesos sociales y psicológicos. Desde el punto de vista psicológico, cumple una función especial en la formación de la personalidad y resulta un factor importante en el funcionamiento de los grupos, pero no es posible hallar una definición conceptual unánime (Acevedo y Vidal, 2019).

La comunicación es la interacción entre las personas. A su vez, Frías et al(14) consideran a esta interacción como un proceso que se lleva a cabo por medio de símbolos y sistemas de mensajes, fundamentalmente por los canales verbal y extraverbal (Acevedo y Vidal, 2019).

La Emoción Expresada (EE) es un término acuñado por Brown y Rutter (1966) para un índice compuesto por varios elementos: comentarios críticos, hostilidad, calidez y sobreimplicación. Cada elemento es una categoría de respuesta emocional, que se califica a partir de la cinta de audio de una entrevista con el familiar de un paciente.

El resultado obtenido en el estudio por Butzlaff y Hooley. (1998) confirmaron que la EE es un predictor significativo y sólido de la recaída en la esquizofrenia. Análisis adicionales demostraron que la relación EE-recaída era más fuerte en los pacientes con enfermedad esquizofrénica más crónica.

Ha demostrado ser un predictor fiable y sólido de la evolución de la enfermedad en pacientes con trastornos psiquiátricos graves como la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos alimentarios y la demencia (Brown, 1958).

Los pacientes que viven en un entorno de alto nivel de EE tienen un riesgo significativamente mayor de recaída que los pacientes que viven en un entorno de bajo nivel de EE. Basándose en esta investigación, se han desarrollado muchos programas de intervención familiar para reducir el nivel de EE de la familia y, por tanto, disminuir el índice de recaída del familiar (De Jesus Mari y Streiner, 1994).

Tipos de Apego

De acuerdo al desarrollo de indicadores de apego en la vida adulta, muchos estudios han explorado la relación entre los diferentes tipos de apego en adultos y los problemas o desórdenes psicopatológicos que se pueden dar a raíz del tipo de apego (Sarah, 2006).

La mayoría de los teóricos que investigan el apego en adultos afirman que los patrones de apego en la adultez consisten en pensamientos generalizados, emociones y expectativas que regulan la manera en cómo los individuos desarrollan sus relaciones cercanas. (Rholes y Simpson, 2004).

Según Bowlby (1996) los patrones de apego se vuelven cada vez más parte individual de las personas más que de sus relaciones. Esto se debe a la formación gradual de representaciones mentales relacionadas con el apego, por lo que suelen guiar al individuo a cómo serán sus interacciones futuras de acuerdo a su patrón de apego.

Es importante detectar el tipo de apego que mantiene el paciente con su familia y la familia con el paciente (circularidad), ya que el proceso de vinculación de apego constituye el paradigma actual de la construcción psíquica por y a través del otro significativo otorgando, por ende, las bases para la personalización sana o distorsionada (Kimelman, M., 2019).

La relación de apego se caracteriza por la necesidad de mantener intimidad, angustia de separación, alegría en el reencuentro y dolor por la pérdida de la persona, sin embargo, lo que caracteriza especialmente a las relaciones de apego en comparación de otro tipo de relaciones es el uso del apego como una figura de seguridad (Sarah, 2006).

La teoría del apego fue formulada para explicar ciertas pautas de conducta características no sólo de los bebés y los niños sino también de los adolescentes y los adultos. La teoría del apego subraya (Bowlby, 1996) :

- a) El status primario y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre los individuos, cuya formación y conservación se supone que están controladas por un

sistema cibernético situado dentro del sistema nervioso central, utilizando modelos operantes del sí-mismo y de la figura de apego en la relación mutua.

- b) La poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna, y
- c) que los actuales conocimientos sobre el desarrollo del bebé y el niño exigen una teoría de los caminos del desarrollo reemplace a las teorías que recurren a las bases específicas del desarrollo, en las que se afirma que una persona puede quedar fijada y/o a las que puede regresar.

Los estudios realizados han encontrado que la mayoría de pacientes con esquizofrenia fueron clasificados con apegos de tipo evitativo o ambivalentes (Quijada, Y., et al 2012).

La investigación realizada por el equipo Mikelson et al (1997) descubrieron que un alto porcentaje de pacientes con esquizofrenia tenían un estilo de apego de tipo evitativo, mientras que los pacientes con psicosis temprana o primer episodio de psicosis presentaban un estilo de apego ambivalente.

Es por eso, que los factores ambientales tienen un rol muy importante en el desarrollo del trastorno psicótico, específicamente las creencias negativas acerca de sí mismo y del entorno juegan un rol importante en la vulnerabilidad y presencia de síntomas psicóticos (Penn, et al 1997).

Tait, Birchwood, y Trower (2004) encontraron una relación importante entre los cuidados parentales en la infancia y el estilo de apego en etapas adultas; de igual

manera, el abuso parental tiene una gran influencia en el tipo de apego ansioso que llega a tener una persona con altas probabilidades de desarrollar un trastorno psicótico.

Por lo tanto, altos niveles de criticismo y alto involucramiento emocional están asociados más frecuentemente con la recaída de síntomas psicóticos importantes (Barrowclough & Hooley, 2003). El alto involucramiento emocional está compuesto por aspectos de sobreprotección, autosacrificio y malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar; por lo tanto, el paciente se percibe menos competente y más vulnerable (Rascón, et al, 2008).

Es por eso, que trabajar con familiares del paciente con algún tipo de trastorno psicótico demuestra altas asociaciones entre atribuciones negativas de que el paciente puede controlar sus síntomas y las atribuciones externas relacionadas con el ambiente tanto familiar como social que pueden llegar a afectar en el desarrollo y la gravedad de los síntomas (Barrowclough y Hooley, 2003).

Contexto

El pensamiento complejo rompe con la unilinealidad y la unilateralidad del pensamiento científico; a integrar de manera compleja, en el sentido de tejer conjuntamente elementos provenientes de la concepción sistémica, cibernética y de la teoría de la información, recuperados a favor de que cualquier estudio de la experiencia humana se haga en forma multifacética y multirreferencial (Juárez y Comboni, 2012).

El contexto está incluido en todos lados, Bateson (1972) dijo que “toda comunicación exige un contexto, que sin contexto no hay significado y los contextos confieren significados porque hay una clasificación de contextos”.

El contexto es importante para ubicar cualquier información, dentro del medio en el cual tiene sentido. Según Morin (1997): *“situar un acontecimiento en su contexto se trata de buscar siempre las relaciones e inter-retro-acciones entre todo fenómeno y su contexto, las relaciones recíprocas entre el todo y las partes; como una modificación local repercute sobre el todo y cómo una modificación del todo repercute sobre las partes”*.

Los ambientes familiares juegan un rol central como moderadores de la severidad que toma la enfermedad. Nuevas investigaciones se han enfocado en la manera en que la familia reacciona y se organiza alrededor de los episodios de los pacientes con alguna enfermedad mental, y como esas reacciones protegen o contribuyen al riesgo de recaída del paciente. Las relaciones familiares juegan un rol importante en la mayoría de los desórdenes mentales.

XII. Aproximaciones Terapéuticas

XII.1 Terapia familiar en casos de psicosis

Las terapias familiares han sufrido una enorme evolución, aunque en este caso a lo largo de décadas. Hoy en día los modelos que se consideran eficaces son intervenciones prolongadas, más de seis meses, que van más allá de la mera psicoeducación y combinan con ésta, apoyo emocional, intervención en crisis y estrategias de afrontamiento de los síntomas de la enfermedad y problemas relacionados, reduciendo la tasa de recaídas, re-hospitalizaciones y disminuyendo la carga familiar (Dixon, et al., 2009; Patterson y Leeuwenkamp, 2008; Pharoa, 2007).

Este malestar en la familia generará un entorno tenso que aumentará el riesgo de exacerbación de los síntomas (Gleeson y McGorry, 2005). Todo ello ha estimulado el desarrollo de intervenciones familiares, que habitualmente incluyen la psicoeducación y el apoyo durante todo el curso del trastorno. Las intervenciones pueden estar dirigidas a la unidad familiar individual o a grupos multifamiliares, incluyendo o no a las personas afectadas.

Las investigaciones realizadas sobre las intervenciones familiares en la esquizofrenia avalan sus beneficios en la reducción del número de recaídas y de reingresos, y el aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico, manteniéndose

durante el seguimiento a los 9 y 18 meses. Para las familias, la intervención reduce la carga de la enfermedad, incrementa el conocimiento y reduce la emoción expresada (Pharoah, 2006). La mayoría de la evidencia disponible ha sido obtenida en poblaciones en fase estable de la esquizofrenia y los resultados han sido extrapolados a las poblaciones en fases iniciales de la psicosis.

Los desafíos a los que se enfrenta la persona en estas fases de la psicosis y su familia son diferentes a los de una persona con enfermedad crónica. Las intervenciones familiares habrán de tener en consideración estos aspectos exclusivos. Algunos elementos comunes de los programas que han demostrado su efectividad son los siguientes (Leff, 2005):

- Promueven un compromiso inicial evitando actitudes culpabilizadoras.
- Potencian la colaboración de la familia en el proceso de tratamiento.
- Proporcionan una respuesta flexible y adaptada a las necesidades de la familia.
- Valoran de forma continuada la situación de la familia en relación al conocimiento de la psicosis y la experiencia anterior con el trastorno; el impacto en cada miembro a nivel práctico, cognitivo y emocional, así como de la rutina familiar habitual; los recursos de afrontamiento del estrés y; los patrones de comunicación.
- Infunden esperanza en el futuro, potenciando los sentimientos de control y de optimismo.
- Fomentan la responsabilidad de cada miembro sobre su propio desarrollo personal y sobre la mejora del clima familiar.

- Incluyen entre sus objetivos reducir el sufrimiento, la alteración de la rutina familiar, el estrés y la sobrecarga en los o las familiares, y optimizar el funcionamiento adaptativo de la familia.
- Centrar la intervención en la psicoeducación, estrategias de afrontamiento, entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas.
- Animar a las familias a buscar apoyos externos.

Se ofrecerán tratamientos específicos para cada fase del trastorno, adecuados a las necesidades, al género, al fondo cultural y preferencias individuales. Estos tratamientos deben integrarse en un plan individual de intervención temprana junto a otras intervenciones psicosociales y farmacológicas. A continuación se detallan las principales intervenciones psicológicas en las distintas fases de la enfermedad (Calderón,A., et al, 2020):

1.- Fase premórbida

El objetivo fundamental que se persigue a la hora de practicar intervenciones en estas primeras fases de la enfermedad es evitar la cronificación del paciente, para ello es sumamente importante reducir al máximo el periodo de la enfermedad sin tratar poniendo en marcha intervenciones específicas lo antes posible.

Los tratamientos psicológicos han demostrado ser de gran ayuda a la hora de potenciar los efectos de los farmacológicos, para trabajar sobre contenidos delirantes que de otro modo tienen un alto riesgo de permanecer imperturbables y para amortiguar

el impacto que las propias experiencia psicóticas o algunos abordajes, como los ingresos hospitalarios.

Aunque las guías nacionales e internacionales en general abogan por abordajes psicoterapéuticos que incluyan terapia cognitivo-conductual, intervenciones psicoeducativas y familiares, en general la puesta en marcha de programas integradores son las que han puesto de manifiesto mayor eficacia (Bravo et al, 2009). La terapia cognitiva persigue entre otros objetivos que el paciente sea capaz de tener un mayor control sobre los síntomas psicóticos, educar sobre la naturaleza de los mismos, que pueda identificar pensamientos negativos o molestos y que sepa en qué contextos surgen, así como aprender manejos alternativos ante situaciones estresantes y favorecer una pronta y adecuada recuperación (Bravo et al, 2009).

En distintos estudios la terapia cognitiva mejora síntomas positivos persistentes, sobre todo en estadios precoces, alucinaciones auditivas, sentimientos de desesperanza, puede ayudar a mejorar la adaptación a la enfermedad, la adherencia al tratamiento, e incluso a reducir el abuso de sustancias (Penn, et al, 2005; Scott, et al 2006; Tarrier, 2005).

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta en pacientes que han superado un primer episodio psicótico es la repercusión emocional que éste genera, son comunes los sentimientos de vergüenza, minusvalía, culpa, ansiedad social o baja autoestima y no es infrecuente que se asocian síntomas propios del trastorno por estrés post traumático.

La aplicación de técnicas psicoeducativas debe ir enfocada tanto a la figura del paciente, como de los familiares. Se pretende aumentar el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad, desmontando mitos y fomentando su aclaración. La información dada deberá ser revisada y actualizada cada cierto tiempo, adaptándose a los niveles culturales e intelectuales de todos los miembros. Es fundamental en estos primeros estadios tratar de desculpabilizar a los familiares e infundir esperanzas de futuro (Bravo et al, 2009).

Algunos estudios encuentran una reducción hasta de un 20% en las recaídas cuando se incluyen a familiares en el tratamiento (Francey, et al., 2010). La intervención familiar aborda las dinámicas intrafamiliares, recoge las explicaciones que cada familiar da al comportamiento del paciente, se tratan de solventar los conflictos existentes, se analizan las emociones más comunes que aparecen tras los primeros episodios, se da soporte e información, entre otras intervenciones (Bravo et al, 2009). La intervención familiar acorta el tiempo de hospitalización y evita recaídas, como en cualquier otro momento de la evolución de la enfermedad (Dingemans, et al., 1996; Wang, Li y Phillips, 1994).

La familia puede jugar un papel fundamental en la recuperación de la psicosis. Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que se encuentran en una fase inicial son jóvenes que viven en casa con su familia, y el impacto potencial del trastorno sobre el funcionamiento psicosocial de la persona, este papel es aún más relevante. Se ha comprobado que los miembros de familias con una persona con psicosis temprana, presentan un nivel elevado de malestar personal, de sensación de sobrecarga,

aislamiento social y falta de formas de afrontamiento constructivas (Martens y Addington, 2001).

McGorry y Edwards, en su libro “Intervención Precoz en la Psicosis” (2004), explica los principios que deben tenerse en cuenta en el tratamiento inicial de un primer episodio psicótico. Aunque señala la importancia del tratamiento farmacológico y los logros obtenidos mediante la terapia cognitivo conductual, todo debe formar parte de un tratamiento integrado de los aspectos “biológicos, sociales y psicológicos”. Esta terapia integral debe adaptar de forma flexible los objetivos a las necesidades del paciente y tener en cuenta las distintas fases de la enfermedad. La intervención biológica principal es el tratamiento farmacológico y las intervenciones psicológicas tienen como objetivo explicar al paciente en qué consiste la enfermedad, dar apoyo y confianza de cara a la recuperación, y explicar por qué es preciso tomar la medicación y cuáles son los efectos de ésta. Los aspectos sociales deben incluir el trabajo con la familia y la red social del paciente así como la ayuda al paciente en la resolución de problemas cotidianos (Edwards y McGorry, 2004).

Se han llevado a cabo varios estudios con el objetivo de evaluar las intervenciones de carácter integrador en primeros episodios psicóticos. El programa danés OPUS (“obra”) compara pacientes que reciben un tratamiento convencional, psicodinámico y tratamiento integrado (tratamiento asertivo, psicoeducación y habilidades sociales). Los resultados del seguimiento los dos primeros años demuestran que el tratamiento integrador facilita una mayor recuperación tanto sintomática como funcional, así como menos carga familiar (Petersen, et al., 2005), a los cinco años las

diferencias significativas quedan reducidas a una mayor autonomía y un menor número de hospitalizaciones (Bertelsen, et al., 2009).

Algunos ejemplos de las intervenciones puntuales para esta fase:

1. Intervención y apoyo en crisis para la persona atendida y su familia.
2. Psicoeducación para paciente y familia adecuada a sus necesidades de información y capacidad de comprensión.

2.- Fase Prodrómica

Lo que toda investigación actual apoya es la existencia de una fase prodrómica en la que aparecen ya algunos síntomas psicóticos, tales como rarezas muy extremas, desconfianza excesiva, aislamiento social, ideas o percepciones inusuales, dificultades escolares o de relación no fácilmente explicables, alteraciones emocionales marcadas, ansiedad excesiva, trastornos del sueño o de la alimentación, etc.

Síntomas: hay ya algunos síntomas de psicosis, ya sean atenuados, ya sean pasajeros, que aparecen y desaparecen.

Intervención en esta fase:

La detección e intervención precoz en la esquizofrenia, así como el tratamiento de los primeros episodios psicóticos han despertado un gran interés a la vez que han generado dudas y controversias, motivado probablemente por la falta de conocimiento que en la actualidad existe sobre muchos aspectos de esta patología.

Las dudas y controversias tienen que ver con los siguientes puntos: 1) la dificultad para realizar un diagnóstico inicial certero, 2) si usar o no medicamentos antipsicóticos ya que puede ser perjudicial en cuanto a los efectos a largo plazo y 3) existe incertidumbre sobre el pronóstico a largo plazo.

El auge en cuanto a número de estudios y programas de intervención precoz en psicosis se asienta en la evidencia de que la demora en el inicio del tratamiento en pacientes que han sufrido un primer episodio se asocia a peor respuesta al tratamiento farmacológico, mayor severidad de síntomas positivos, negativos y depresivos y peor funcionamiento global (Francey, et al., 2010; Marshall, et al., 2005; Perkins, et al., 2005). Estudios de neuroimagen también indican que un periodo prolongado de enfermedad no tratada produce anomalías estructurales cerebrales más pronunciadas (Francey, et al., 2010; Keshavan y Amirsadri, 2007).

Algunas de las intervenciones puntuales que se utilizan en esta fase son:

1. Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión, ansiedad, uso de drogas y ayuda en problemas interpersonales, laborales, familiares.
2. Psicoeducación y habilidades de afrontamiento de los síntomas psicóticos atenuados o transitorios. Un ejemplo es la terapia cognitiva para personas en alto riesgo de desarrollar psicosis de Morrison y French (2004), que trabaja en la reducción de la gravedad de los síntomas y el riesgo de transición a la psicosis aguda.

3. Psicoeducación y apoyo a la familia flexible y adecuado a sus necesidades. Información acerca de los riesgos para el desarrollo de un trastorno psicótico en el futuro a cada paciente y su familia.
4. Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión, ansiedad, uso de drogas y ayuda en problemas interpersonales.
5. Intervención familiar que trabaja en la reducción de la gravedad de los síntomas y el riesgo de transición a la psicosis aguda.
6. Psicoeducación enfocado en habilidades de afrontamiento de los síntomas psicóticos atenuados o transitorios. Información acerca de los riesgos para el desarrollo de un trastorno psicótico en el futuro a cada paciente y su familia.

XII.2 Abordaje clínico para la psicosis temprana

Se ha demostrado que para una verdadera integración social de los pacientes con trastornos mentales es necesario implementar nuevas formas de abordaje basadas en un tratamiento integral que incluya el tratamiento médico-psiquiátrico, la atención a la familia y dos o más modalidades de intervención psicosocial, como apoyo psicoterapéutico individual o grupal, psicoeducación, terapia ocupacional, inducción laboral, etc (Díaz y cols, 2010).

De igual manera se necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad y que les apoyen de un modo flexible y continuo

para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares (Rodríguez, 2004). Los familiares requieren ser tomados en cuenta en los servicios, que existan grupos de apoyo comunitarios para situación de crisis, de reinserción laboral y social

Se identificó la necesidad del combate al estigma y discriminación, destacando la autodiscriminación del paciente, de la familia y de los profesionales al tener relación con la enfermedad mental. Evitar contribuir al estigma es importante mediante la información adecuada de lo que son las enfermedades mentales, al permitir la prevención de situaciones de rechazo creando conciencia, siendo más fraternos y facilitando la pronta integración a la vida cotidiana de las personas con enfermedad mental. La familia actúa como nexo entre el enfermo y la sociedad, favoreciendo su integración. (Rascón et al, 2010) Además, la familia es crucial en el control terapéutico del enfermo.

Al estudiar la relación entre los familiares y la persona que padece el trastorno mental, se sostiene que están involucrados ambos en el cuidado y la evolución de la enfermedad. El término Familiar Cuidador Primario Informal (Gómez y Díaz, 2007) se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente.

La psicoeducación incluye dos ámbitos (salud-educación) que están relacionados intrínsecamente y hacen referencia a la educación que se ofrece a los

familiares y a las personas que sufren de un trastorno psicológico, La meta es que tanto el familiar como el paciente entiendan y sean capaces de manejar la enfermedad. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con una visión a largo plazo.

La finalidad de la psicoeducación es aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad. Se sabe que un mayor conocimiento permite a las personas con trastorno mental y a sus familiares y amigos afrontar la enfermedad de manera más efectiva, otro beneficio importante es el combatir el estigma (Uribe-2007).

La psicoeducación también permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, aislamiento, entre otros aspectos (Rascón et al. 2012).

Es necesario considerar a la familia en el proceso de la enfermedad como un socio activo indispensable así mismo como una persona a la que se debe ayudar a enfrentar con habilidad la solución de problemas relacionados con la convivencia entre cuidador y enfermo. Se ha observado que la implicación familiar favorece la evolución del paciente, ya que la continuidad del tratamiento es más sostenible y el pronóstico se hace favorable.

Paty tuvo un caso donde atendió a un paciente con psicosis temprana y al realizar intervención psicoeducativa familiar se notó considerablemente la reducción del

estrés familiar, desarrollaron habilidades de afrontamiento para evitar el agotamiento. A través de las sesiones se aseguraba que los familiares fueran capaces de brindar un apoyo continuo y efectivo. En este caso, se encontró que la familia, al estar informada y capacitada, pudo reconocer tempranamente los signos para evitar recaídas y facilitar la adherencia al tratamiento.

Otra de las aportaciones de la intervención psicoeducativa en los familiares es que se motivan para crear redes sociales de apoyo. Actualmente los familiares se han organizado en diversos grupos de apoyo a los pacientes y a los mismos familiares, esto ha ayudado a que una familia afectada por un familiar con un trastorno mental no se sienta sola con el problema, sino más bien acompañada por otras familias con problemas similares. Compartir los problemas puede ayudar a que las familias se sientan comprendidas en su problemática y en consecuencia disminuir la carga emocional que implica tener a una persona con un trastorno mental en la familia.

Desde el momento que un integrante de la familia ha sido identificado como una persona con un trastorno mental, tanto el paciente como su familia invariablemente pasan por un proceso que puede incluir diversos momentos de crisis, cuando reciben el impacto del diagnóstico, el proceso de aceptación o rechazo del mismo.

La búsqueda de atención es un elemento importante, lo deseable es que se dé inmediatamente al momento de la aparición de la sintomatología, pero generalmente no es así. Esto se puede deber a la falta de información y al desconocimiento de donde llevar a su familiar enfermo para que reciba atención. Clínicamente se considera que mientras más tiempo tarden los pacientes en buscar atención, el pronóstico respecto a

su recuperación puede ser más complicado. Cuando no hay conciencia de la enfermedad, o bien una negación de la misma y la familia no quiere apoyar al paciente el panorama puede ser muy desalentador. La realidad es que la familia va experimentando una serie de cambios y ajustes a muy largo plazo, sobre todo cuando se trata de padecimientos mentales crónicos.

Se ha encontrado que los trastornos mentales tienen un componente biológico, psicológico y social, que deben ser tomados en cuenta en el tratamiento integral del paciente en el cual varios aspectos deben ser considerados.

En el esquema actual de salud mental, la familia ha tomado un rol protagónico ya que no se la considera como parte del problema, siempre y cuando acepte colaborar, sino más bien como una parte importante de la solución que puede ayudar de una manera considerable en la recuperación del paciente y por lo tanto en la tranquilidad de la familia. Actualmente la familia pide una participación más activa en el proceso de tratamiento de su pariente enfermo y hacen un esfuerzo meritorio para estar más informadas respecto al manejo de la enfermedad, sobre todo considerando que hoy en día el acceso a cualquier tipo de información es más fácil con el uso del internet.

De lo que se trata es que la familia al participar en diversas modalidades terapéuticas, tenga más herramientas y opciones para enfrentarse a las dificultades que conlleva el manejo de la enfermedad mental.

Actualmente existen diferentes programas para la intervención y manejo de la psicosis temprana enfocado en el trabajo interdisciplinario y familiar, a continuación mencionaremos algunos obtenidos del texto de Ibañez, V (2019).

En Noruega y Dinamarca, existe un amplio programa de educación pública enfocado en la prevención de signos tempranos de psicosis.

TIPS (Early Treatment and Identification of Psychosis) Larsen y colaboradores. Es una campaña de prevención que mediante anuncios divulgativos en radio, televisión y prensa para que la población general identifique los síntomas de la psicosis y busque ayuda.

De igual manera la educación de profesores y médicos generales con material audiovisual y en el caso de los profesionales sanitarios un manual de evaluación de síntomas y discusión de casos clínicos.

A. Equipos clínicos multidisciplinares para detección temprana que trabajan en coordinación con las unidades de salud mental, facilitando el acceso a los servicios y realizando la evaluación diagnóstica.

B. Intervención por un período de al menos dos años, con sesiones semanales psicoeducativas combinadas con dosis bajas de neurolépticos (tienen un protocolo de inicio con Clozapina) e intervención con la familia.

EPP (Early Psychosis Program), Addington y colaboradores. Calgary.

Es un programa que ofrece un tratamiento estructurado en cinco áreas con una duración de tres años con los siguientes servicios.

A. Detección y tratamiento de la psicosis en la fase prodrómica. Es una de las sedes para el proyecto nacional del sistema de salud canadiense de intervención precoz, juventud y enfermedad mental.

B. Un programa de case management con un psiquiatra y un responsable de caso que realizan la coordinación con diferentes recursos de la red y tareas de apoyo y educación. C. Tratamiento farmacológico con neurolépticos atípicos a dosis bajas.

D. Terapia cognitivo-conductual individual de dos tipos, una para reducir la comorbilidad y

de adaptación a la psicosis y otra para reducir la sintomatología positiva. e. Terapia de grupo en distintos formatos y con distintos objetivos.

F. Intervenciones familiares individuales, de seis a ocho sesiones, durante los seis primeros meses.

G. Grupos multifamiliares breves en los siguientes seis meses centrados en resolución de problemas y en la planificación del alta en el segundo año.

PEPP (Prevention and Early Intervention Program for Psychosis), Malla y colaboradores. London, Ontario.

Es un programa integral para la prevención y tratamiento de la psicosis. Cuenta con:

A. Es un servicio de consultas externas con 16 camas reservadas en un hospital general. B. Funcionan según el modelo case management, con asignación de un key worker a cada paciente.

C. La duración del tratamiento principal es de dos años, después de los cuales el paciente pasa a un programa de gestión de casos intensivo, si no ha progresado adecuadamente durante un año y de ahí al tratamiento psiquiátrico habitual.

D. Realizan intervenciones terapéuticas individuales y grupales.

E. Las intervenciones grupales son de tres tipos: Grupo de ayuda a la reinserción, de dos horas por semana durante tres meses para la adquisición de aptitudes funcionales y sociales; Grupo de educación sobre la enfermedad de ocho sesiones; Programa cognitivo de diez semanas para ayudar a la vuelta a los estudios o al trabajo.

F. Realizan intervenciones familiares individuales y grupales basadas en el modelo de intervención familiar de Hogarty y Anderson.

G. Tiene un programa de detección y sensibilización que se desarrolla en las escuelas y en la comunidad que se complementa con las acciones de sensibilización y defensa de los derechos de los pacientes realizadas por los familiares integrantes de un grupo de apoyo.

De igual manera la propuesta de Jaakko Seikkula de “Diálogo abierto” ha reforzado la facilitación de comunicación dialógica y acompañamiento social dentro de los sistemas de tratamiento siendo un enfoque altamente efectivo.

El diálogo abierto es un enfoque construccionista social para el tratamiento de la psicosis, que se desarrolló en el Hospital de Keropudas en Finlandia. Es más una forma de pensar y de trabajar en contextos psiquiátricos, ya que el diálogo es visto como un foro en el que el paciente, la familia y los miembros del equipo pueden crear nuevos significados para el comportamiento y síntomas del paciente (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1988; Haarakangas, 1997)

XIII.- Sistema de Salud Mental en México (Programas Existentes de Intervención de Salud Mental en Psicosis)

Además de la revisión bibliográfica del tema creemos de suma importancia poder incluir algunos de los programas existentes en México donde abordan la psicosis en todas sus fases, ya que para nosotras es importante reconocer y compartir la información y los centros de ayuda que el gobierno mexicano ofrece para este tipo de casos.

De acuerdo a la Secretaría de Salud, el tiempo que tardan los familiares de personas con trastornos mentales en llevar a su pariente enfermo para que reciba atención especializada es de 8 a 15 años (Vitela, 2006), otros han reportado que el tiempo es hasta dos años (Valencia et al 2001) y como consecuencia a esto existe un enorme índice de trastornos mal tratados que llevan tanto a las familias como a los

pacientes a sufrir la enfermedad y tener consecuencias tanto sociales, familiares y económicas.

A nivel mundial, se han desarrollado e investigado diferentes programas como, por ejemplo, la International Early Psychosis Association (IEPA) que en el 2002 junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) formularon una declaración de consenso sobre los principios de la Intervención Temprana en Psicosis: «EARLY PSYCHOSIS DECLARATION: An International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis» publicada como una guía clínica, «International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis» (Bertolote y McGorry, 2005).

Los objetivos de estos programas son (Jackson y McGorry 2009):

- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los síntomas o síndromes.
Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los cambios neurobiológicos.
- Reducir o prevenir la morbilidad asociada: depresión, ansiedad, suicidio, uso de tóxicos.
- Reducir o prevenir un deterioro significativo en el funcionamiento.
- Reducir o prevenir las experiencias traumáticas y/o estresantes, tanto individuales como familiares, como la hospitalización involuntaria. Reducir el estigma y proporcionar educación temprana.
- Reducir el coste.

Para conseguir estos objetivos se realizan intervenciones dirigidas en tres momentos diferentes:

1. Tratamiento especializado de primeros episodios.
2. Detección precoz: reducir la duración de la psicosis no tratada (DUP).
3. Intervención en Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).

XIII.1 Programa de Acción

Específico Salud Mental

En México el programa responsable de la intervención y responsabilidad en temas de salud mental es el Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018, programa respaldado por la Secretaría de Salud de México a nivel federal.

El PAE forma parte de la estrategia más amplia del Programa Sectorial de Salud (PSS), que establece las prioridades en salud para el país. La Secretaría de Salud, a través de instituciones como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entre otros, es la encargada de diseñar, coordinar y ejecutar políticas de salud mental, incluyendo la implementación de los programas de acción específicos como el PAE.

El IMSS, el ISSSTE y otros sistemas de salud en México pueden implementar estrategias y acciones en línea con el PAE Salud Mental, pero la planificación y regulación de estos programas dependen principalmente de la Secretaría de Salud.

El PAE está dirigido a toda la población mexicana, sin importar si son derechohabientes del IMSS o de cualquier sistema de seguridad social.

El PAE es un programa que ayuda a la coordinación intersectorial en materia de salud mental, a la vez que favorece la organización de los servicios, a través del establecimiento de una red de base comunitaria.

Se pone énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales como una estrategia efectiva para reducir la carga de estos trastornos, ya que una detección y atención temprana mejora la calidad de vida de las personas y reduce los costos de atención.

El PAE se dirige a la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura: en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegia sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas para dolencias prioritarias y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención diurna y primaria, apoyo a personas con trastornos mentales que viven con sus familias y viviendas subvencionadas.

Así mismo, propone que en la hospitalización de estancias cortas o medias, además del proceso clínico-farmacológico, se trabaje con programas de rehabilitación psicosocial siempre pensando en la reinserción del usuario a su comunidad.

XIII.2 Centro Integral de Salud

Mental

En la actualidad se cuenta con dos Unidades de Especialidad Médicas (UNEMES) que son:

- Centro Integral de Salud Mental Cuautitlán que forma parte de la jurisdicción Cuautitlán.
- El Centro Integral de Salud Mental Barrio Transportistas que pertenece a la jurisdicción Texcoco en el Municipio de Chimalhuacán.

Unidades Médicas con Servicios de Psicología

El Centro Integral de Salud Mental (CISAME), pertenece a la red de servicios de la Secretaría de Salud y proporciona servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas y en caso de requerirse, refiere a los usuarios a unidades hospitalarias.

Los objetivos del CISAME son:

- Proporcionar atención integral psiquiátrica y psicológica en salud mental ambulatoria, a toda persona que lo solicite.
- Prestar servicios de promoción de la salud mental, diagnóstico temprano, psicoeducación y tratamiento mediante consulta externa, para favorecer la salud mental entre la población con repercusiones psicológicas o trastornos mentales, que requieren de una atención especializada o subespecializada.

- Operar como punto de enlace entre la población y los otros niveles de atención y servicios del Sistema en materia de Salud Mental.
- Dar seguimiento y control al tratamiento de personas que presentan alguna enfermedad mental.

El CISAME, está conformado por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia, administrativos.

La diferencia entre un psicólogo clínico y el psicólogo especialista, es que el primero se dedica a realizar la entrevista inicial para recabar antecedentes, emitir un diagnóstico acorde al manual DSM-V así como la propuesta de tratamiento para ser referido con el psicólogo especialista.

El proceso para ingresar consiste en una primera cita que puede ser agendada vía telefónica en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 12:00 horas. Como parte de los requisitos para abrir expediente clínico son: identificación oficial, copia del CURP, copia de comprobante de domicilio, acta de nacimiento. Para agendar las citas subsecuentes también se realizan por llamada telefónica en los mismos horarios mencionados previamente.

XIII.3 Rehabilitación Psicosocial

El objetivo general en rehabilitación psicosocial es facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible. Este objetivo general incluye aspectos, como son el residencial o el entrenamiento en habilidades laborales muy específicas.

Los objetivos específicos son, por tanto, los asociados a una mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo socio-afectivo y al ofrecimiento de un soporte social adecuado a las necesidades individuales

En México, los programas de rehabilitación psicosocial están diseñados para ayudar a personas con trastornos mentales y emocionales a reintegrarse a la vida cotidiana, mejorando su calidad de vida y promoviendo su autonomía. Estos programas son gestionados por diversas instituciones de salud pública y organizaciones no gubernamentales. A continuación mencionamos algunos de los más destacados:

1. Centros Integrales de Salud Mental (CISAME)

Los CISAME, operados por la Secretaría de Salud, ofrecen servicios de rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales. Se enfocan en la atención comunitaria y proporcionan programas de tratamiento que incluyen:

- Terapia ocupacional
- Actividades para mejorar habilidades sociales
- Psicoeducación para pacientes y familiares
- Programas de reinserción social y laboral

2. Centros de Atención Psiquiátrica y Rehabilitación (CAPSR)

Algunos estados en México cuentan con **CAPSR**, que están especializados en ofrecer servicios de atención psiquiátrica y rehabilitación psicosocial. Estos centros trabajan con pacientes en etapas de recuperación de trastornos mentales graves, como esquizofrenia y trastornos bipolares, a través de:

- Programas de entrenamiento en habilidades sociales
- Actividades recreativas y artísticas
- Capacitación laboral

3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Este instituto es uno de los principales referentes en el país para el tratamiento de trastornos mentales y cuenta con programas de rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos crónicos y graves. Sus programas incluyen:

- Terapia grupal
- Actividades recreativas y artísticas
- Talleres de capacitación en habilidades para la vida diaria

4. Hospitales Psiquiátricos Estatales

Diversos hospitales psiquiátricos en todo el país, como el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en Ciudad de México, ofrecen programas de rehabilitación psicosocial. Estos hospitales implementan actividades que fomentan la reintegración social y laboral de los pacientes mediante:

- Terapias ocupacionales
- Programas de reinserción laboral

- Grupos de apoyo y autoayuda

5. Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

Existen también ONGs en México que se enfocan en la rehabilitación psicosocial, como:

- Fundación Pro Personas con Esquizofrenia (FUNDAPRES): Ofrecen atención integral para pacientes con esquizofrenia, con programas de terapia ocupacional y reintegración social.
- Voces Unidas por la Salud Mental: Ofrecen apoyo a personas con trastornos mentales y sus familias, con enfoque en la psicoeducación y la inclusión social.

6. IMSS e ISSSTE

El IMSS y el ISSSTE también tienen sus propios programas de rehabilitación psicosocial para derechohabientes con trastornos mentales. En sus hospitales y clínicas, estos programas están integrados en las áreas de atención a la salud mental, incluyendo terapias grupales, actividades psicosociales y reinserción laboral.

7. Red Nacional de Apoyo a la Salud Mental Comunitaria (RENASC)

Esta red tiene como objetivo promover la rehabilitación psicosocial en el ámbito comunitario, buscando la integración de personas con trastornos mentales en la sociedad a través de programas comunitarios que incluyen la participación activa de las familias y la sociedad civil.

Estos programas y centros en México tienen un enfoque integral para ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades funcionales, sociales y laborales, mejorando su independencia y bienestar en su vida diaria.

XIII.4 Taller Protegido

La tarea de los Talleres Protegidos consiste en trabajar con las capacidades remanentes de los pacientes (afectivas y productivas), con el fin de que paulatinamente, a través del trabajo protegido, puedan recuperar el nivel de autonomía necesaria para poder reinsertarse en la vida cotidiana.

XIV.- Propuesta para la Psicosis

Temprana en Sujetos con Estados

Mentales de Alto Riesgo

Con base en lo anteriormente mencionado, creemos que los siguientes modelos terapéuticos pueden utilizarse para el tratamiento de psicosis temprana en sujetos EMAR.

- A. Diagnóstico precoz
- B. Psicoeducación
- C. Identificación de factores de riesgo en la dinámica familiar y Terapia Familiar Sistémica
- D. Diálogo abierto
- E. Programas de rehabilitación social

a. Diagnóstico precoz

Actualmente, el intervalo de tiempo que transcurre desde los primeros síntomas diagnosticables de psicosis hasta el momento en que es diagnosticado el paciente oscila en general entre uno y dos años. A este tiempo se le debe sumar el retraso que se produce hasta que inicia el tratamiento (Apiquian, R., Fresán, A y Ullora, R, 2001). Es por esto que consideramos necesario que los profesionales de salud mental cuenten con mejores herramientas que aseguren el diagnóstico precoz y la derivación del paciente a un centro de salud mental en el momento oportuno.

Para cumplir con ello, proponemos aplicar el instrumento Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) (Miller et al., 2003) y la Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS).

Una vez que se tiene el diagnóstico, es importante considerar que en ese momento la familia y el paciente posiblemente nieguen la enfermedad porque el diagnóstico genera un gran impacto y una tensión constante, lo cual en muchos casos, dificulta a su vez la adherencia al tratamiento. Por ello es importante que el profesional de salud mental esté capacitado para dar acompañamiento y atención al daño emocional que conlleva este proceso.

Por lo tanto consideramos relevante brindarle al paciente y su familia la información suficiente, apoyo profesional e institucional para el manejo de crisis. El tipo de información debe ser específica y detallada tanto para el paciente como para su familia, entender qué es la psicosis, como se trata, qué consecuencias tiene, cual es el

pronóstico, etc. Para lograr esto, proponemos el modelo de “Diálogo abierto” que se explica de manera detallada en el siguiente apartado.

b. Psicoeducación

Los familiares de sujetos con enfermedad mental sufren una experiencia variada de estrés y agotamiento.

La psicoeducación y los programas educativos para familiares tienen como objetivo proponer una intervención con bajo costo. Se ha comprobado que la psicoeducación promueve la adherencia al tratamiento y los resultados son más positivos porque reducen las recaídas, los períodos de internamiento, el estrés y el desgaste emocional que experimentan los familiares o cuidadores. También incrementa el conocimiento del paciente acerca de la enfermedad, estrategias efectivas de afrontamiento, calidad de vida y promover redes de apoyo.

Para atender estas necesidades, la National Alliance on Mental Illness (NAMI) desarrolló un modelo de enseñanza que entrena a los miembros de la familia con supervisión profesional. El NAMI Family-to-Family (FTF) Education Program for caregivers of people with mental illness tiene como objetivo disminuir la tensión de los cuidadores, causado por el cuidado de su familiar y aumenten el manejo de su propia vida, empoderarlos para proteger a sus familiares enfermos, y aumentar su confianza y resistencia para desempeñar un papel de apoyo continuo.

“Familia a Familia” es un programa de 12 semanas enseñado por miembros de la familia que ayudan a los familiares de personas con enfermedades mentales a desarrollar una mayor empatía, habilidades de comunicación, promover estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos, comprometerse con su autocuidado, comprender la investigación que promueve la recuperación, y acceder a redes de apoyo y servicios de atención integral.

La Dra. María Luisa Rascón es investigadora en Ciencias Médicas “E”, de la Facultad de Medicina y Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su línea de investigación son: 1) Funcionamiento Familiar y la Esquizofrenia, 2) Carga, emoción expresada en familiares, 3) Creencias, necesidades y estigma hacia la enfermedad, 4) La psicoeducación en la salud mental para familiares y usuarios y 5) Reinserción social y trastorno mental.

El equipo de investigación Rascón et al (2017) llevó a cabo un estudio que duró tres meses con la finalidad de comprobar los efectos del programa “Familia a Familia” tanto en la emoción expresada como en el conocimiento subjetivo acerca de la enfermedad mental. El programa fue traducido al español y dirigido a familiares mexicanos de pacientes con una severa enfermedad mental. En total fueron 230 participantes y encontraron una disminución significativa de los niveles de emoción expresada (criticismo y sobre involucración emocional) en la postprueba. También, mejoró su conocimiento subjetivo acerca de la enfermedad mental al concluir el programa.

Por lo tanto, la psicoeducación influye en la reducción de actitudes negativas e incrementa la comprensión del trastorno entre todos los familiares que completaron el programa, a pesar de su edad y género. Estos resultados apoyan la importancia y beneficios que tiene proveer psicoeducación a los cuidadores de personas con enfermedad mental. De manera consistente y en relación a otras investigaciones, se encontró que los familiares reportaron mayor satisfacción de sus necesidades de información y una disminución de las actitudes negativas hacia el paciente.

Otra de las aportaciones de la intervención psicoeducativa en los familiares es que se motivan para crear redes sociales de apoyo a tal grado, que se han formado diversas asociaciones de familiares que sirven de apoyo para los pacientes y sus familias. Algunas de ellas son: Asociación de familiares, amigos y personas con esquizofrenia: AFAPE, Asociación de amigos al arte: Am`ARTE y, a su vez, el interés por participar e integrarse a la asociación de familiares y usuarios de la red nacional Voz Pro Salud Mental.

c. Identificación de factores de riesgo en la dinámica familiar y Terapia Familiar Sistémica

Según Bowen (1979), la interacción comunicacional por excelencia en las interacciones esquizofrénicas son: descalificación de algunos o de todos los componentes del mensaje, tangencialidad, desplazamientos del tema, amnesias y por último, la maniobra suprema, la descalificación del self.

También la triangulación, entendido como un proceso mediante el cual una relación conflictiva o tensa entre dos personas (por ejemplo, en una familia) se "alivia" mediante la incorporación de una tercera persona, creando una triada o triángulo relacional.

En el contexto de la psicosis, la triangulación puede tener efectos significativos. Las dinámicas familiares problemáticas, incluidas las triangulaciones crónicas, pueden contribuir a la aparición o empeoramiento de trastornos psicóticos.

Finalmente, la paradoja describe ciertas dinámicas comunicacionales que ocurren dentro de las familias y que pueden generar confusión, estrés y disfunción emocional en sus miembros.

La exposición continua a situaciones paradójicas, especialmente en el contexto de relaciones familiares importantes, puede generar **desorganización mental** y una **fractura en la percepción de la realidad**. Las paradojas familiares pueden impedir que el individuo desarrolle un sentido claro de sí mismo y de los demás, lo que aumenta el riesgo de desconexión con la realidad, uno de los síntomas principales de la psicosis.

d. Diálogo abierto

Es una intervención en salud mental que ha mostrado resultados prometedores, especialmente en el tratamiento de personas que experimentan episodios de **psicosis temprana**.

El modelo de Diálogo Abierto promueve una intervención rápida, generalmente dentro de las primeras 24 horas desde el inicio de la crisis psicótica. Las reuniones se llevan a cabo en el entorno cotidiano del paciente, como su hogar, en lugar de un hospital o clínica. El objetivo es involucrar de inmediato a la persona afectada y a su red social, lo que ayuda a reducir el estigma y a aumentar la sensación de apoyo.

El foco está en la creación de un **diálogo** auténtico, donde cada persona (paciente, familia, profesionales) pueda expresar sus pensamientos y sentimientos, sin que se sienta juzgada o presionada. No se trata de **convencer** al otro, sino de construir sentido en conjunto a través de la conversación.

Este diálogo tiene el potencial de generar nuevas formas de entender la situación y las dificultades del paciente, lo que puede llevar a **soluciones creativas y personalizadas**.

Aunque el uso de medicamentos antipsicóticos no está prohibido, el Diálogo Abierto tiende a limitar su uso y a recurrir a ellos solo cuando es estrictamente necesario. En lugar de depender excesivamente de la medicación, se prioriza la creación de un entorno de apoyo y la comprensión de la crisis a través del diálogo.

Se ha encontrado que el modelo de Diálogo Abierto promueve una reducción del aislamiento, desarrollan un nuevo significado de las crisis psicóticas, evita la cronificación de la psicosis, disminuye el uso de medicamentos y hay mejorías a largo plazo.

Las investigaciones en Finlandia han mostrado resultados positivos en comparación con los enfoques tradicionales:

- Reducción de la hospitalización: Solo el 33% de los pacientes que reciben Diálogo Abierto necesitan hospitalización, comparado con el 70% en otros enfoques.
- Menor uso de medicación: Un 35% de los pacientes tratados con Diálogo Abierto no necesitan antipsicóticos a largo plazo.
- Altas tasas de recuperación: Entre el 70% y el 80% de los pacientes tratados con este modelo vuelven a trabajar o estudiar y no experimentan recaídas significativas en los primeros cinco años tras el tratamiento.

e. **Programas de rehabilitación social**

En México, existen diversos programas y servicios de rehabilitación social para pacientes con psicosis, dirigidos tanto por instituciones públicas como privadas. Estos programas buscan mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos psicóticos, facilitando su inclusión social y la recuperación funcional en áreas como el empleo, la educación y las relaciones interpersonales.

XV.- Conclusión

Es importante entender e interpretar a la familia como un todo, ya que los individuos que suman sus partes están inmensamente involucrados e interrelacionados entre sí.

Un objetivo importante de la familia es la diferencia del yo; un yo pobremente

diferenciado tiene más probabilidades de desarrollar conflictos personales hasta enfermedades mentales; donde en la teoría de los sistemas familiares la meta más importante que puede atribuírsele es el tratamiento de la familia, donde se debe conseguir la identificación de los diferentes miembros de la familia y desarrollarse hacia los mejores niveles de «diferenciación del yo».

A partir del momento que un integrante de la familia ha sido identificado como un paciente con un trastorno mental, comienzan las alteraciones psíquicas como resultado de las complejas interacciones del paciente con su contexto. Tanto el paciente como la familia suelen pasar por un proceso difícil y que posiblemente incluirá factores de crisis.

Salvador Minuchin (1974) postula que la familia no es una entidad estática, sino que está en constante movimiento, por lo que la evaluación debe centrarse en la interacción y la estructura familiar. Es importante identificar la influencia de la funcionalidad familiar en el desarrollo del individuo. Por lo que un elemento importante a considerar es la observación de los límites. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y la función de los límites reside en proteger la diferencia del sistema

De igual manera, es importante recordar que el cambio en una familia depende de la interrelación entre la desviación y la manera en la que la desviación se mantiene dentro de los límites de la familia para conservar la homeostasis.

Las familias que viven con algún miembro sintomático los consideraban patogénicos, sospechando que cuando algún miembro de la familia desviaba las normas familiares,

podría la familia derivar nueva información y hacer surgir nuevas estructuras, teniendo que reorganizarse; si esta familia no lograba el cambio, tenían el riesgo de que más miembros de la familia mostraran síntomas. Recordemos que parte del desarrollo del trastorno y su sintomatología viene de la dinámica y del contexto familiar.

Somos lo que nos rodea, porque de nuestro contexto y situaciones cotidianas creamos nuestra realidad. Para nosotras como terapeutas sistémicas es esencial recordar que muchas veces el único control que tienen algunos pacientes en sus vidas son sus narrativas internas, es decir, las vivencias de trauma que crean dinámicas violentas se vuelven incapaces de procesar psíquicamente por lo que hay un quiebre de realidad en los miembros sintomáticos tratando de cambiar las dinámicas familiares.

Por eso uno de los objetivos esenciales en el trabajo con pacientes EMAR es el involucramiento de las familias desde una mirada integrativa, donde se tomen en cuenta diferentes modalidades terapéuticas que incluyan herramientas que los ayuden a enfrentarse a las dificultades y crisis que conlleva entender y manejar la enfermedad mental.

Resaltando la importancia que tiene trabajar directamente con la dinámica familiar y sus factores para poder crear espacios y relaciones sanas y así intercambiar los factores de riesgo a factores de prevención. **Ya que el bienestar de la familia es parte fundamental para el bienestar del paciente.**

Sin embargo, es importante volver a considerar que la psicosis tiene componentes biológicos, sociales, contextuales y psicológicos que inciden sobre el

desarrollo del diagnóstico y por ende influyen tanto en la intervención como en el tratamiento.

Tomando en cuenta la influencia que tienen los factores psico-sociales y culturales para prevenir y dignificar la enfermedad y -como hemos visto a través de este documento- el involucramiento de la familia es esencial tanto en una fase preventiva como en la evolución del trastorno mental.

El carácter dinámico de la causalidad de ciertos trastornos mentales. Una de las principales aportaciones del modelo de Minuchin es la responsabilidad compartida de los miembros de la familia y su relación con la aparición del síntoma; al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar.

La fase prodrómica de la enfermedad suele ser el inicio de una psicosis por lo que empieza la aparición de síntomas que marcan claramente la existencia del trastorno, es en esta fase donde la familia tiene más peso en evitar el desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, la psicoeducación en la familia es de vital importancia, ya que la falta de información y el escaso acceso a la salud mental en México tiende a retrasar la identificación de síntomas y por ende se retrasa la detección oportuna de la enfermedad causando un desarrollo tardío.

Es importante poder entender a la familia como un todo, por lo que sería de suma importancia entender las necesidades y dinámicas básicas de la familia para

compartir las herramientas que ayuden a evolucionar a las dinámicas patológicas a dinámicas más compasivas y entendidas.

Creemos importante poder cambiar el esquema actual de salud mental donde la familia ha tomado un rol protagónico en la evolución de la enfermedad, ya que se le puede considerar como parte del problema o parte de la solución. Por ende, es imprescindible que la familia se involucre con todas las herramientas para poder actuar de una manera correcta y evitar que el problema se prolongue considerando que pueden ser una ayuda esencial en la prevención y recuperación del paciente.

A lo largo de este documento hacemos énfasis en las situaciones en las que puede involucrarse más a la familia para contribuir de manera favorable en el diagnóstico y tratamiento del paciente, sin embargo, hay factores que dificultan a la familia de poder ser esta ayuda. Los factores de riesgo que sí podemos modificar que son parte de la sintomatología pueden ser un gran paso hacia la prevención del desarrollo de la enfermedad, y esto no sólo traerá un mejor diagnóstico sino que al modificar las dinámicas y relaciones inter familiares , si no que también cambiamos las realidades de sus miembros. Y para nosotras entender el poder del cambio en la vida de las familias es esencial.

Sin embargo, es igual de importante compartirle a la familia las herramientas necesarias para aceptar las circunstancias que no pueden cambiar, no podemos dejar de lado la realidad del sistema y del mundo, donde la educación y el acceso a la salud mental es muy precario, donde la mayoría de las veces vivimos en realidades desoladoras en el acompañamiento y manejo emocional y psicológico. Recordemos que

vivimos en un mundo donde la salud mental es un estigma enorme, con un peso importante en la realidad de las familias.

No sólo es un problema de logística, cambios de hábitos, roles y económico, sino también es un problema social que hace que evolucione un rechazo hacia el paciente y su enfermedad, dejándolo desprotegido para poder prevenir que evolucione a otras fases de la psicosis.

Es por eso que como terapeutas sistémicas hemos encontrado y evidenciado la importancia que tiene la familia en el proceso de enfermedad del paciente, tanto en prevención como en empeoramiento del diagnóstico siendo importante poder identificar tempranamente la influencia e involucramiento que tiene la familia con el paciente y el trastorno, de esta manera se podrá hacer una intervención más precisa.

De igual manera, esta tesina pretende buscar alternativas de intervención y de mejora para los casos relacionados con psicosis, un programa integral nos ayudará a entender desde distintos factores la causa y por ende la mejor manera de tratamiento. Desde nuestro punto de vista, proponemos el enfoque de Jaakko Seikkula donde deposita la relevancia en integrar tanto al paciente directamente como a la familia para un mejor pronóstico.

Jaakoo Seikkula propone la creación de espacios de comunicación donde el paciente pueda expresarse y donde se reconstruyan los lazos de comunicación con su red social y familiar. Además, pone mucho énfasis en la intervención temprana donde la atención debe comenzar dentro de las primeras 24 horas de la crisis psicótica. Al

abordar la crisis de manera inmediata y en un entorno colaborativo, se evita la cronificación del trastorno y se previene la marginación del paciente.

Los factores mencionados en el apartado teórico como contexto, emoción expresada, tipo de apego, etc nos darán un insight más delimitado a como tiene que ser el enfoque y el plan de tratamiento de esa familia, sin embargo, recordemos que en México existe una falta abismal de información y las diferencias sociales hacen crecer esa brecha con el poco acceso que se tiene a los programas de salud pública siendo de suma importancia entender el contexto tanto social, económico y relacional de cada una de las familias para poder abordar de una mejor manera los planes de acción ya que es posible que los contextos familiares sean los causantes de la gravedad del diagnóstico y sean la misma resistencia para el plan de tratamiento. Finalmente, hay que involucrar a las familias dentro de sus posibilidades y necesidades para que el tratamiento sea efectivo, eso ayudará a que las familias se comprometan de manera pro activa en dar apoyo al paciente.

XVI.- Referencias

Acevedo, L., Vidal, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*; 23 (1):131.

Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363–372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>

Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*, 27(4), 371–393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>

Apiquian, R., et al. (1997). Estudio Mexicano sobre el Primer Episodio Psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas.

Fresán, Ana, & Apiquian, Rogelio, & Ulloa, Rosa Elena, & Loyzaga, Cristina, & García, María, & Gutiérrez, Doris. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares . *Salud Mental*, 24(4),36-40.[fecha de Consulta 10 de Marzo de 2022]. ISSN: 0185-3325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242404>

Bakhtin, M. (1981). *Discourse in the Novel* (M. Holquist, & C. Emerson, Trans.). In M. Holquist (Ed.), *The Dialogic Imagination* (pp. 259-422). Austin: University of Texas Press.

Bateson, G. (1956). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohlé Lumen: Argentina, Buenos Aires.

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohlé Lumen: Argentina, Buenos Aires.

Bateson, Gregory; Jackson, Don D; Haley, Jay; Weakland, John. *In. Berger, Milton M.*

Más allá del doble vínculo: Comunicación y sistemas familiares: teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos. Barcelona, Paidós, 1993. p.21-45.

Barrowclough, C. & Hooley, J.M. (2003). Attributions and expressed emotions: A review. *Clinical Psychology Review*. 23: pp. 849-880.

Beltran, I., Galindo, G., Grandal, E., López, A., Rios, A. (2017). Aparición de un Primer Brote Psicótico en la Familia: Aproximación desde el Modelo Sistémico. *Trabajo Social Hoy*, 81, 83-102. doi: 10.12960/TSH.2017.0012

Berger MM. (1978), *Beyond the Double Bind: Communication and Family Systems, Theories, and Techniques with Schizophrenics*. New York: Bruner/Mazel.

Berger, P., Luckmann, T. (1966). *La construcción social de la realidad*. USA: Penguin Books.

Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2006). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Science Direct*.

Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 48, s116–s119. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>

Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós.

Birchwood, M., McGorry, P., & Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 170, 2–5.
<https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.2>

Boscolo, L y col (1987) Terapia Familiar Sistémica de Milán. Terapia Familiar Sistémica de Milán. Amorrortu.

Bowen, M. (1979). De la Familia al Individuo. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1976). El Vínculo Afectivo. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237–243.

Bravo MF, V. O., San Emeterio M, Cid J, Ibañez V, González Cases J, Fernández Liria A. . (2009). Consenso sobre la Atención Temprana a la psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Paper presented at the Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Brown, G.W., Birley, J.L.T & Wing J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Brown, G. W., & Rutter, M. (Eds.). (1966). "The Social Background of Mental Illness". Tavistock Publications.

Calderón,A., et al. (2020, 27 de mayo). Detección e intervención temprana en las psicosis. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/DIT_Psicosis_SAS_2010.pdf

Caraveo y cols. (1994).Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares AN. Instituto Mexicano de Psiquetría.

De Jesus Mari, J., & Streiner, D. L. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: Meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, 24(3), 565–578.

Diaz, N.,Roman,N.,Gonzalez,M.,Fraile,J.C.,García-Cabeza,I.(2010). Psicoterapia de la Psicosis:De la persona en riesgo al paciente crónico. *Redalyc*,21(3),295-297.

Dixon L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *The journal of mental health policy and economics*, 2(1), 3–8.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-176x\(199903\)2:1<3::aid-mhp31>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-176x(199903)2:1<3::aid-mhp31>3.0.co;2-0)

Dominguez, T., Blanqué, J., Codina, J., Montoro, M., Mauri, L., & Barrantes-Vidal, N. (2011). Rationale and State of the Art in Early Detection and Intervention in Psychosis. *Salud Mental*; 34, pp. 341-350.

Domínguez-Martínez, T., Rascon-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., García-Silberman, S., Casanova-Rodas, L., & López-Jiménez, J. L. (2017). Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(4), 415–418.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500457>

Domínguez MT, Vainer E, Massanet MA, et al. El tratamiento integrado y adaptado a las necesidades del Programa de Psicosis Incipiente-Sant Pere Claver (PPI-SPC) en Barcelona, España. *Salud Mental*. 2011;34(6):517-524

Edwards, J., McGorry, P. (2004). La intervención precoz en la psicosis: guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Estevez, N. Avezuela, R. González, M. Fraile, J. García-Cabeza, I (2010) *Psicoterapia de la Psicosis: de la persona en riesgo al paciente crónico*.

Feixas i viaplana, G. Muñoz, D. Compañ, V. Montesano del Campo, A. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar.

Fonseca-Pedrero, Eduardo, Paino, Mercedes, Lemos-Giráldez, Serafín, Vallina-Fernández, Oscar, & Muñiz, José. (2010). ESQUIZO-Q: Un Instrumento para la Valoración del "Alto Riesgo Psicométrico" a la Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 255-269. Recuperado en 06 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300005&lng=es&tlng=es.

Fonseca-Pedrero, Eduardo, Inchausti, Felix, Ortuño-Sierra, Javier, Gutiérrez, Carmen, Gooding, Diane C., Paino, Mercedes. (2015). Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico. *Papeles del Psicólogo* [en línea]. 36(1), 33-45[fecha de Consulta 2 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77834057005>

Francey, S. M., Nelson, B., Thompson, A., Parker, A. G., Kerr, M., Macneil, C., Fraser, R., Hughes, F., Crisp, K., Harrigan, S., Wood, S. J., Berk, M., & McGorry, P. D. (2010). Who needs antipsychotic medication in the earliest stages of psychosis? A reconsideration of benefits, risks, neurobiology and ethics in the era of early intervention. *Schizophrenia research*, 119(1-3), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1071>

Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., & McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>

García Cabeza, I. y Gonzalez de Chavez, M. (2009). Insight and therapeutic factors in group psychotherapy for schizophrenic outpatients. *Psychosis*, 1, 134-144.

Gergen, K.J.(1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*,40,266-275.

Gleeson, J. F., Rawlings, D., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2005). Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 80(1), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.019>

Gómez, L., & Díaz, R. (2007). La carga del cuidado en los cuidadores informales: Un estudio en la región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 81(1), 85-94.

Gonzalez de Chavez, M.,García Cabeza,I. y Fraile,J. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 72, 573-586.

Gonzalez-Pinto, A., Ruiz de Azua, S., Ibanez, B., Otero-Cuesta, S., Castro-Fornieles, J., Graell.Berna, M.,Arango, C. (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research*, 186, 28-33.

Guerin, P., Fogarty, T. Fay, L. Gilbert, J. (1996). Triángulos relacionales: el a-b-c de la psicoterapia. Argentina: Amorrortu editores.

Haley, J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.

Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. [The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary.]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119–126

Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Nueva York: Basic Books.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica.

Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.

Hulshoff Pol, H. E., & Kahn, R. S. (2008). What happens after the first episode? A review of progressive brain changes in chronically ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 34(2), 354–366. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm168>

Ibáñez Rojo, Vicente. (2019). Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 215-240. Epub 11 de noviembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100012>

Izon, E., Berry, K., Law, H., French, P. (2018). Expressed emotion (EE) in families of individuals at-risk of developing psychosis: A systematic review. Elsevier: *Psychiatric Research*. pp. 661-672.

Jackson, C., & Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: opportunities for secondary prevention. *The British journal of clinical psychology*, 35(4), 487–502. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01206.x>

Juárez, J.M., Comboni, S. (2012). Epistemología del pensamiento complejo. Redalyc.

Kimelman J., Mónica. (2019). Apego normal, apego patológico y psicosis. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(1), 43-51. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100043>

Koutra, K., Vgontzas, A., Lionis, C., Triliva, S. (2014). Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Epidemiol* (49): 1023-1036.

Leff, J. (2005). *Advanced Family Work for Schizophrenia*. Gaskell.

Lua, P.L., & Bakar, Z. A. (2011). Health-related quality of life profiles among family caregivers of patients with schizophrenia. *Family & community health*, 34(4), 331-339.

Martens, L., & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(3), 128–133. <https://doi.org/10.1007/s001270050301>

McGlashan TH. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry*. 1;46(7):899-907. doi: 10.1016/s0006-3223(99)00084-0. Erratum in: *Biol Psychiatry* 2000 Mar 1;47(5):473. PMID: 10509173.

McNamee,S.,Gergen,K,J.(1992).La terapia como construcción social. Paidós.

Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la emoción expresada: consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, 27 (103), 251-266.

Merino, H.,Pereira, M. (1990). Familia y Esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología*, 6 (1), 11-20.

Mikelson, KD, Kessler, RC., Shaver, PR. (1997). Adult Attachment in a nationally representative sample. *Journal personality social psychology*. 73: 1092-106.

Miklowitz, D. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Development and psychopathology*. 16. 667-88.

Miller, T. J., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Woods, S. W., Hawkins, K. A., Hoffman, R., Preda, A., Epstein, I., Addington, D., Lindborg, S., Marquez, E., Tohen, M., Breier, A., & McGlashan, T. H. (2003). The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. II. Baseline characteristics of the "prodromal" sample. *Schizophrenia research*, 61(1), 19–30.
[https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00440-1](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00440-1)

Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Morin, E. (1997). *Epistemología de la Complejidad: Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL.(2009). Overview of genetics and obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 170(1): 7-14.

Norman, R. M., Malla, A. K., & Manchanda, R. (2007). Delay in treatment for psychosis : its relation to family history. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(6), 507–512. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0174-3>

Pai, S., & Kapur, R. L. (1982). Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on the family of psychiatric patients. *Psychological medicine*, 12(3), 651–658.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700055756>

Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. (1978). A Ritualized Prescription in Family Therapy: Odd days and Even Days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, Vol.4, N3.

Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD, Wood SJ, Suckling J, Phillips LJ, Yung AR, Bullmore ET, Brewer W, Soulsby B, Desmond P, McGuire PK. (2003). Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* ;361(9354):281-8. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12323-9. PMID: 12559861.

Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(1), 114–132. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.114>

Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T. y Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2220-2232.

Pererira, R. (2014) Revisión Histórica de la Terapia Familiar. Recuperado por: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Revisi%C3%B3n-Hist%C3%B3rica-de-la-TF.-Roberto-Pereira-2014.pdf>

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1785–1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>

Pinho LG, Pereira A, Chaves C. (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP*; 51: 3244.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>

Quijada, Y., Tizón, J., Artigue, J., Kwapil, T. Barrantes-Vidal, N. (2012). Attachment Style predicts 6 month improvement in psychoticism in persons with at risk mental states for psychosis.

Rascón-Gasca, M.L., Domínguez, T., Alcántara-Chabelas, H., García-Silberman, S., Casanova-Rodas, L., López-Jiménez, J.L. (2017). Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients with Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatric Services*. 68:4.

Rascón G., Ma. Luisa, Gutiérrez L., Ma. de Lourdes, Valencia C., Marcelo, & Murow T., Esther. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud mental*, 31(3), 205-212. Recuperado en 06 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300006&lng=es&tlng=es.

Rascón, M.L., H. Alcántara, L. Casanova. (2010). "Las necesidades clínicas y sociales de familiares de personas con esquizofrenia" Título de libro: *Medicina Social en*

México 1. Experiencias, subjetividad y salud Coordinadoras: Florencia Peña Saint Martin y Beatriz León Parra; Ed. EON; ISBN: 978-607-7519-87-4; pp. 89-104.

Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). Attachment Theory: Basic Concepts and Contemporary Questions. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 3–14). Guilford Publications.

Rodriguez,R.(2009). El trastorno,la psicosis, la clínica, y el psicoanálisis.Redalyc,4,88-101.

Sarah I.F, Daniel (2006). Adult Attachment Patterns and individual Psychotherapy : A Review . Copenhagen: Clinical psychology Review.

Schlosser, D.A., Zinberg, J.L., Loewy, R.L., Casey-Cannon, S., O'Brien, M.P., Bearden, C.E.,... Cannon, T.D.(2010). Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 118, 69-75.

Scott,J.,Chant,D.,Andrews,G.McGrath,J.(2006). Psychotic-like experiences in the general community: The correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological Medicine*, 36 (2), 231-238.

Selvini Palazzoli, M., Cecchin, G., Prata, G., & Boscolo, L. (1980). "Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction". Jason Aronson.

Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London: Karnac Books.

Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2004). Adapting to the challenges of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry*, 185, 410-415.

Tapia, S. (2014). La Función Terapéutica de la Institución en el Tratamiento de la Psicosis. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131561>

Tarrier N. (2005). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia -- a review of development, evidence and implementation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(3), 136–144. <https://doi.org/10.1159/000083998>

Tizón, J. L. (2013). Entender las psicosis : Hacia un Enfoque Integrador. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

Valmaggia, L. R., Stahl, D., Yung, A. R., Nelson, B., Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & McGuire, P. K. (2013). Negative psychotic symptoms and impaired role functioning predict transition outcomes in the at-risk mental state: a latent class cluster analysis study. *Psychological medicine*, 43(11), 2311–2325. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000251>

Van Os, J., Rutten, B. P., & Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1066-1082.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A study of interactional patterns pathologies, and paradoxes*. Mental Research Institute: Palo Alto.

Woods, S.W., Addington, J., Cadenhead, K.S., Cannon, T.D., et al. (2009). Validity of the prodromal risk syndrome for first episode psychosis: findings from the North America Prodrome Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin* (35) 894-908.

Yankelovich, D. (1999). *The magic of dialogue: transforming conflict into cooperation*. New York: Simon & Schuster.

Yung, A., McGorry, P. (1996). The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Actualizations. *Schizophrenia Bulletin*. VOL. 22, NO 2 pp.352-368.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., & McGorry, P. D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia research*, 60(1), 21–32.
[https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00167-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00167-6)

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features.

Schizophrenia research, 67(2-3), 131–142. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00192-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00192-0)

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(11-12), 964–971. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>

Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994). Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (24), 96–102.