



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Psicosis Infantil, A propósito de un Caso”

Trabajo de Graduación Previo a la Obtención del Título de Psicólogo Clínico

AUTOR: David Mauricio Farez Salazar

DIRECTOR: Ph.D. Martha Cobos C.

Cuenca, Ecuador

-2016-

INDICE

Contenido	
Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
CAPITULO I.....	5
<i>EL DESARROLLO INFANTIL</i>	5
Introducción	6
Aspectos Biológicos del Desarrollo Infantil	7
Factores Hereditarios y Genéticos en el Desarrollo	9
Evolución Psicológica en los Niños	12
Niñez Sociedad y Cultura	15
Niñez e Interconectividad	16
CAPITULO II.....	19
<i>PSICOSIS INFANTIL</i>	19
La Psicosis desde las Principales Corrientes Psicológicas	20
La Psicosis desde la Perspectiva Psicoanalítica.....	21
Terapia Cognitivo – Conductual, Tratamiento en la Psicosis	29
Psicosis y Tratamiento a través de la visión Sistémica Familiar	36
Psicosis Infantil	44
Investigaciones y Aportes	44
CAPITULO III.....	52
<i>METODOLOGIA</i>	52
Objetivos Investigativos	53
El Estudio de Caso como Método de Investigación.....	53
Recolección de la Información	56
Informe de Estudio de Caso	57
Procedimiento y Manejo del Caso	58
CAPITULO IV.....	59
<i>CASO CLÍNICO</i>	59
Datos Generales	60
Tratamiento.....	62
CAPITULO V.....	64
<i>RESULTADOS</i>	64
Discusión	65
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	69
Anexos	70
Anexo 1. Test Proyectivo H.T.P. (Persona).....	70
Anexo 2. Test Proyectivo H.T.P. (Árbol).....	71
Anexo 3. Test Proyectivo H.T.P. (Casa)	72
Anexo 4. Test Proyectivo “La Familia”	73
Anexo 5. Test Proyectivo “Persona Bajo la Lluvia”	74
Anexo 6. Dibujo Libre de Proyección “Charlie – Charlie”	75
Referencias Bibliográficas	76

Resumen

Trabajo investigativo sobre Psicosis Infantil que relaciona el aspecto teórico con el práctico. Se elabora un marco teórico abordando el tema desde los ámbitos generales de la normalidad del desarrollo infantil en lo biológico, psicológico y social, para luego continuar con el abordaje de la Psicosis Infantil desde tres corrientes psicológicas: corriente Psicoanalítica, corriente Cognitivo – Conductual y corriente Sistémica Familiar, tomando en cuenta aportes al origen y al tratamiento de la enfermedad conjuntamente con estudios investigativos sobre la Psicosis en niños. Se utiliza el Estudio de Caso como herramienta que permite identificar las características de la psicosis infantil. Este trabajo resalta la presencia de psicosis en la infancia, aspecto muchas veces, sub diagnosticado o ignorado en nuestro medio

Palabras Claves: Psicosis infantil, esquizofrenia infantil, alucinaciones y delirios infantiles.

Abstract

ABSTRACT

This research paper deals with Child Psychosis associating the theoretical to the practical aspect. A theoretical framework is developed to address the issue from the general areas of normal child development in the biological, psychological and social areas; to then continue with a Child Psychosis approach based on three psychological theories: Psychoanalytic, Cognitive-Behavioral, and Systemic-Family; taking into account contributions to the origin and treatment of the disease together with children's Psychosis research studies. The Case-Study method is used as a tool to identify the characteristics of childhood psychosis. This paper emphasizes the presence of psychosis in childhood; aspect often sub-diagnosed or ignored in our environment.

Keywords: Child Psychosis, Child Schizophrenia, Child Hallucinations and Delusions.



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

La Universidad del Azuay junto con la Carrera de Psicología Clínica, tienen como requisito para los estudiantes que cursan los últimos años, la realización de Prácticas pre-profesionales, brindando así la oportunidad de vincularse directamente con la población y visualizar la realidad de la atención psicológica diaria. Esto permite encontrarse con una diversidad amplia de pacientes entre ellos casos fuera de lo común, es así como surge el interés a trabajar en el análisis de un caso específico que se presenta como una posible Psicosis infantil. Vemos como factores globales influyentes se pueden volver factores desencadenantes de patologías varias, las personas, hoy en día desde una perspectiva psicológica, están más expuestas a riesgos, uno de los grupos proclives a riesgos de este tipo es el de los niños. En estas circunstancias, es importante estudiar la relación de la sintomatología psicótica infantil observada en la práctica clínica con el respectivo componente teórico de la enfermedad, para ello cobra importancia el análisis del caso clínico antes mencionado.

Se utiliza la modalidad de Estudio de Caso, encaminándonos hacia la explicación y tratamiento de la Psicosis desde tres enfoques psicológicos, conjuntamente con una revisión de investigaciones y aportes acerca de la Psicosis Infantil, obteniendo así una conexión entre teoría y práctica.

CAPITULO I

EL DESARROLLO INFANTIL

Introducción

“El concepto de desarrollo abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio - afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa” (OMS, 2015). A través de este apartado mencionamos algunas de las características que se manifiestan en el desarrollo del niño señalando tres ejes: Desarrollo Biológico, Desarrollo Psicológico y Desarrollo Social.

Tomamos el desarrollo Biológico abarcando etapas y procesos físicos, genéticos y neurológicos, refiriéndonos a una evolución dentro de los parámetros de normalidad del niño desde sus primeros años hasta la etapa de pre – adolescencia. Este desarrollo físico puede ir de la mano con el proceso madurativo psicológico, permitiéndonos evidenciar anomalías junto con síntomas y signos de patologías mentales, facilitando el estudio del psiquismo en el individuo.

Todo esto se desarrolla en un ámbito social que generalmente resulta una influencia directa, siendo muchas veces desencadenante y detonante de enfermedades tanto mentales como físicas. Familia, escuela, globalización, entre otros, podrían llegar a ser factores directos que repercuten en el proceso evolutivo del niño.

Aspectos Biológicos del Desarrollo Infantil

El desarrollo infantil parte de procesos normales en donde es primordial conocer el término salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define a este término, como “el estado de completo bienestar, tanto físico como social y psicológico del individuo”, dentro del aspecto físico se define a la Biología como “la Ciencia que estudia el funcionamiento y características de los seres vivos” (Mosby, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señala que “En los últimos decenios, se han llegado a conocer mucho mejor las relaciones entre la salud, el crecimiento físico, el desarrollo psicológico y los cuidados que prodigan los padres. Combinando intervenciones que se centren en el crecimiento y el desarrollo y ayuden a los padres a adoptar una actitud responsable se puede promover mejor el desarrollo psicológico y el crecimiento físico de los niños”.

Desde su nacimiento el niño empieza un proceso evolutivo que durará largas décadas. El interés del estudio del niño, como señala Delval (2002). El desarrollo humano. España: ed. Siglo XXI. Se inicia por preocupaciones de tipo práctico relacionado sobre todo con la educación, posterior se da un interés de tipo médico para finalmente presentarse un interés de tipo científico. La preocupación por la salud y el bienestar de los niños es también muy antigua y es a partir del siglo XVI que los médicos se interesan por las enfermedades infantiles y por la mejor manera de cuidarlos, alimentarlos y educarlos dando consejos para facilitar un desarrollo normal.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) señala que existen factores que influyen directamente en el proceso evolutivo del niño, estos pueden ser de tipo biológico, psicológico y social, señalando en el aspecto biológico lo siguiente:

- Factores Nutricionales: Se refieren a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo
- Factores Neuroendocrinos: Participan en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejercen sobre funciones preexistentes. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse a través de una aceleración o retraso del

proceso de crecimiento y desarrollo. Todas las hormonas y factores que regulan el crecimiento ejercen su acción a través de mecanismos específicos y a edades determinadas de la vida, tanto en la etapa de crecimiento prenatal como en la posnatal.

- Factores Genéticos: Ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aun entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de la aparición de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes.

Existe diferencia entre el proceso de crecimiento y de maduración. Maduración se entiende por “el proceso de adquisiciones progresivas de nuevas funciones y características, que se inicia con la concepción y finaliza cuando el ser alcanza el estado adulto”. OPS (1994). Este concepto debe diferenciarse bien del crecimiento, que se caracteriza por el aumento de tamaño y peso (Hipertrofia / Hiperplasia) y se mide en centímetros, kilos, etc. La maduración en cambio, se mide por la aparición de funciones nuevas. No todos los niños terminan su crecimiento con el mismo peso, o con la misma estatura; en cambio, todos los niños terminan su maduración con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez. Existe una variación relativa en la velocidad con que los niños maduran, de tal manera este proceso viene a ser individual y característico de cada sujeto.

Del ciclo vital, las funciones principales para un niño se centran en el nacer y crecer, esto permite que el sujeto adquiera nuevas habilidades ya sean motrices, verbales, sensoriales y cognitivas. Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (1994) Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño Segunda Edición. Washington D.C. Paltex. Dentro del periodo de crecimiento existen dos etapas:

Primero, el Crecimiento Prenatal, que abarca todo el proceso de desarrollo desde la fecundación hasta el nacimiento, y una segunda etapa, la etapa de Crecimiento Posnatal que se forma por cuatro etapas de características disímiles:

- Primera infancia.- Se considera que abarca desde el nacimiento hasta los tres años de edad, y se caracteriza por un crecimiento rápido, si bien con una notable desaceleración en relación al período anterior (etapa prenatal) esta es una etapa de riesgo, sensible a las carencias nutricionales, infección y otras enfermedades.

- Segunda infancia o intermedia.- A partir de los tres años y hasta el comienzo de la edad puberal, transcurre un período en el cual la velocidad de crecimiento se mantiene constante. Sin embargo, desde el punto de vista del desarrollo se producen cambios muy importantes en la motilidad fina y la adquisición de conocimientos que posibilitan la integración a una educación formal.
- Etapa de Aceleración o Empuje Puberal.- El empuje puberal señala los grandes cambios que sufre el niño en su constitución somática y su desarrollo psicosocial. Es un período de rápidas transformaciones que en las niñas alcanzan, en promedio, su máxima velocidad a los 12 años, y en los varones a los 14 años y que condiciona en gran parte el ajuste que ha de tener el joven a su ambiente.
- Fase de detención final del Crecimiento.- Es el fin de un proceso complejo que se inició en el momento de la concepción y que finaliza aproximadamente en la mitad de la segunda década de la vida. El individuo se encuentra ya en este momento en condiciones físicas, que sumadas a las experiencias de aprendizaje, posibilitarán su expresión en el medio social.

Factores Hereditarios y Genéticos en el Desarrollo

“El destino de un ser está dictado por los patrones de herencia desde el momento de la concepción entre la madre y el padre del ser, durante y luego del nacimiento, el ambiente es un factor importante para determinar el desenvolvimiento de la conducta del ser...La genética afirma que lo que determina todo esto es la unión del ovulo con el espermatozoide cuando este se concibe” Bolatti (2013). Este autor entre otros más coinciden en que, la carga genética y hereditaria que trae consigo el nacimiento de un nuevo ser, es un factor primordial para el conocimiento y desarrollo de conductas y características, es evidente como rasgos físicos, visibles y tangibles son heredados de los padres, sin embargo esto va más allá de lo superficial, los genes cumplen un factor relevante en la influencia de enfermedades de tipo cerebral, neuronal y psicológico.

Científicos como Mendel y Darwin realizaron estudios importantes sobre la importancia de los factores hereditarios y evolutivos, creando de esta manera teorías que recalcan la importancia de estos factores en el momento de la

adquisición de nuevas conductas, normas y pautas del individuo. Es así como surgen nuevas ramas científicas para el estudio de la evolución infantil, siendo el caso de la Epigenética, término acuñado por Waddington (1939) definiéndola como “El estudio de todos los eventos que llevan al desenvolvimiento del programa genético del desarrollo” o en otras palabras a la relación genes – ambiente.

Robin Hollida (1987) puntualizó que los cambios en la expresión genética no sólo se llevan a cabo en el desarrollo temprano de la vida, sino durante toda la vida en estado adulto. A comienzos del siglo XX la genética era considerada la ciencia de la herencia y la embriología la del desarrollo, Waddington trató de demostrar que ambas disciplinas estaban estrechamente ligadas entre sí y con la evolución. Actualmente se reconoce el papel fundamental que el ambiente extracelular y social ejercen en la modulación de la actividad genética. Se sabe así, que las modificaciones epigenéticas participan en un importante número de procesos; como por ejemplo en el aprendizaje y en la respuesta al estrés, en la asociación con enfermedades como la esquizofrenia y la depresión y en enfermedades de tipo neurológicas. (Bedregal et al, 2010)

Así mismo este autor señala que se ha encontrado eventos del periodo pre y post natal que pueden influir en el desarrollo de enfermedades a través de modificaciones epigenéticas, entre los cuales se indica:

Eventos Pre - natales.-

- Nutrición y dieta de la persona embarazada
- Maltrato y estrés materno
- Cultivo de embriones in vitro

Eventos Post – natales.-

- Calidad de vida familiar (vinculo materno)
- Desarrollo de enfermedades físicas (obesidad, hipertensión, etc.)
- Desarrollo de enfermedades psíquicas (depresión, trastornos de ansiedad, adicciones, etc.)
- Relación entre pobreza y desarrollo emocional y cognitivo en niños mediado por la calidad de la interacción padres – hijos.

Uno de los programas de investigación que ha aportado luces sobre los mecanismos epigenéticos en el período postnatal es el encabezado por Meaney, (1988) citando en Canetti (2003), en donde se publicaron el primero de una serie de experimentos que culminaron cerca del año 2004 proponiendo el mecanismo por el cual la conducta materna, en ratas, afecta la respuesta al estrés de sus crías, determinando que las ratas que se mantuvieron por un periodo más prolongado junto a sus madres tiene a través de múltiples mecanismos una respuestas disminuida al estrés. Los mismos autores mostraron que el efecto en la cría de la separación prolongada de la madre, es exactamente el opuesto: éstas mostraron una respuesta exagerada al estrés. Confirmaron de esta manera, la existencia de una modificación epigenética, en la base de las distintas respuestas al estrés entre ambos grupos de ratas.

Así se percibe la existe importancia entre factores genéticos y ambientales vinculándose de manera probabilística y dinámica a lo largo de la vida; es fundamental conocer cómo se da esta relación en diferentes contextos, esto permitirá comprender mejor los problemas de salud y las diferencias en las trayectorias de desarrollo humano. Este nuevo paradigma plantea desafíos epistemológicos y metodológicos para capturar esta relación en modelos explicativos de carácter multidisciplinarios. (Bedregal et al., 2010)

Evolución Psicológica en los Niños

“El desarrollo cognitivo - psicológico es el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida, en el cual se aumentan los conocimientos y habilidades para percibir pensar y comprender, estas habilidades son utilizadas para la resolución de problemas prácticos de la vida cotidiana” Linares (2009). Uno de los estudios más amplios en el campo de la psicología y del desarrollo evolutivo del niño resultan ser los realizados por Jean Piaget.

Piaget (1896 – 1980) Biólogo y Psicólogo suizo considerado como el precursor de los estudios en el campo infantil y creador de teorías sobre el desarrollo cognitivo psicológico de los niños, siendo uno de sus aportes más relevantes las conocidas Etapas del Desarrollo. Piaget (1947) suponía que los niños a cada edad tienen capacidad para resolver determinadas cuestiones y problemas. Comenzó estudiando los errores de los niños, de esta manera se dio cuenta de que los niños con la misma edad cometían los mismos errores y por lo tanto establece una secuencia evolutiva en el proceso cognitivo basada en la generalidad tomando como factores comunes la edad y sin hacer distinción de género y cultura. Berger (2007). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Madrid: ed. Panamericana. Señala los aportes piagetianos con las siguientes etapas o periodos:

- Etapa o Periodo Sensorio – Motor o Sensoriomotriz (0 a 2 años):

En este periodo el niño utiliza sus sentidos y capacidades motoras para conocer los objetos y el mundo. Aprende lo que se conoce como permanencia del objeto. Esta etapa tiene lugar entre el nacimiento y los dos años de edad, conforme los niños comienzan a entender la información que perciben sus sentidos y su capacidad de interactuar con el mundo. Durante esta etapa, los niños aprenden a manipular objetos, aunque no pueden entender la permanencia de estos objetos si no están dentro del alcance de sus sentidos.

- Etapa o Periodo Preoperatorio o Preoperacional (2 a 7 años):

La fase preoperacional abarca de los dos a los siete primeros años del niño. En esta fase, el niño mantiene una postura egocéntrica, que le incapacita adoptar el mismo punto de vista de los demás. Se observa que los niños son capaces de utilizar el pensamiento simbólico que incluye la capacidad de hablar. Los humanos utilizamos signos para conocer el mundo y los niños ya los manejan en este

periodo. Sin embargo, este pensamiento simbólico es todavía un pensamiento egocéntrico, el niño entiende el mundo desde su perspectiva.

Dicho proceso comienza cuando se ha comprendido la permanencia de objeto. Durante esta etapa, los niños aprenden cómo interactuar con su ambiente de una manera más compleja mediante el uso de palabras y de imágenes mentales. Piaget señala que el paso del periodo sensoriomotor a este segundo periodo se produce fundamentalmente a través de la imitación, que de forma individualizada el niño asume, y que produce la llamada imagen mental, en la que tiene un gran papel el lenguaje.

- Etapa de Operaciones Concretas (7 a 11 años):

En este periodo el niño puede aplicar la lógica, aplica principios. El niño ya no conoce intuitivamente sino racionalmente. El niño hace uso de algunas comparaciones lógicas, como por ejemplo: la reversibilidad y la seriación. Sin embargo, no maneja todavía abstracciones. Su pensamiento está anclado en la acción concreta que realiza. Es el periodo escolar. Esta etapa está marcada por una disminución gradual del pensamiento egocéntrico y por la capacidad creciente de centrarse en más de un aspecto de un estímulo

- Etapa o Periodo de Operaciones Formales (12 años en adelante):

Hablamos del adolescente y del adulto. Es la etapa del pensamiento abstracto, no solo piensa en la realidad, sino cómo puede hacer las cosas, ya puede hipotetizar. En este periodo los niños comienzan a dominar las relaciones de proporcionalidad y conservación. A su vez, sistematizan las operaciones concretas del anterior periodo, y desarrollan las llamadas operaciones formales, las cuales no sólo se refieren a objetos reales como la anterior, sino también a todos los objetivos posibles. Con estas operaciones y con el dominio del lenguaje que poseen en esta edad, son capaces de acceder al pensamiento abstracto, abriéndoseles las posibilidades perfectivas y críticas que facilitan la razón. Pueden aplicar la reversibilidad y la conservación a las situaciones tanto reales como imaginadas. También desarrollan una mayor comprensión del mundo y de la idea de causa y efecto

Es importante recalcar que las etapas de las operaciones concretas, correspondería a la edad que tiene la paciente que posteriormente presentaremos como caso clínico. esta etapa corresponde a la Etapa de Latencia (6 años – pubertad), dentro de la teoría del desarrollo Psicosexual de Freud (1905). En la que, la pulsión sexual queda latente o dormida. Esto significa que durante este período los niños y las niñas se centrarán en otros aspectos de su desarrollo, como puede ser el aprendizaje cognitivo de destrezas y las relaciones personales con niños del mismo sexo principalmente

Niñez Sociedad y Cultura

Finalmente, uno de los ejes que hemos numerado en este capítulo consiste en el ámbito y contexto de la sociedad y la cultura al cual el niño se ve inmerso y del cual forma parte generalmente por influencia de padres o iguales hasta alcanzar su personalidad propia. El contexto social y cultural presuntamente tiene el poder de influenciar en un sujeto, los niños, al encontrarse en un proceso madurativo de desarrollo mental se exponen a recibir información de influencias externas, siendo éstas de tipo beneficioso o perjudicial.

Durkheim (1917) indica que sociedad es un sistema de interacciones humanas culturalmente estandarizadas, Marx (1883) menciona que sociedad consiste en una red de relaciones sociales, e incluso puede ser un sistema institucional, por ejemplo, sociedad anónima, sociedad civil, sociedad artística, etc. Weber (1920) puntualiza que sociedad se entiende como un sistema de símbolos, valores y normas, pero también es un sistema de posiciones y roles. El origen de la palabra viene del latín 'societas' que significa asociación amistosa con otros. Por otra parte, encontramos el tópico cultural, "La cultura debe ser considerada el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias" (UNESCO, 2001)

En el campo psicológico, autores como Vygotsky (1896 – 1934) basan su teoría en la importancia de la interacción socio – cultural y el aspecto psicológico, es así como la Teoría Sociocultural pone énfasis en la participación proactiva de los menores con el ambiente que les rodea, siendo el desarrollo cognoscitivo fruto de un proceso colaborativo.

Lev Vygotsky sostenía que los niños desarrollan su aprendizaje mediante la interacción social, van adquiriendo nuevas y mejores habilidades cognoscitivas como proceso lógico de su inmersión a un modo de vida. Aquellas actividades que se realizan de forma compartida permiten a los niños interiorizar las estructuras de pensamiento y comportamiento de la sociedad que les rodea, apropiándose de ellas. Según esta teoría, el papel de los adultos o de los compañeros más avanzados es el de apoyo, dirección y organización del aprendizaje del menor, en el paso previo a que él pueda ser capaz de dominar esas facetas, habiendo interiorizado las estructuras conductuales y cognoscitivas que la actividad exige.

Otro autor encaminado al estudio de la relación sociedad – cultura – niñez es Albert Bandura (1925), uno de los desarrollos más importantes de la teoría del aprendizaje ha sido el tema del aprendizaje por imitación, vicario, social u observacional.

Miller y Dollard (1941) ya habían establecido que la adquisición de respuestas de imitación a un modelo se fijaba mediante refuerzo, una vez que espontáneamente había aparecido. Pero es con Bandura cuando alcanza su gran relevancia. Su teoría del aprendizaje, expresada principalmente en su obra *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (1963, trad. 1974), parte del principio de que se puede aprender a través de la observación, es decir, otra persona realiza la acción y experimenta sus consecuencias. El observador aprende por medio de la experiencia ajena. En este sentido, por eso se le llama a este tipo de aprendizaje modelado, ya que la conducta del modelo observado y otras situaciones estimulares se transforman en imágenes y códigos verbales que se retienen en la memoria.

Según el modelo clásico de Estimulo - Respuesta, el aprendizaje se produce a medida que las respuestas se asocian a los estímulos, o bien las acciones se relacionan con las consecuencias. Lo importante desde esta perspectiva es la conducta observable de la persona, careciendo de interés lo que piensa mientras realiza la acción. Bandura (1977) considera que ante una determinada situación respondemos en función del significado que le otorgamos a la misma, tanto si estamos implicados directamente en ella como si nuestra presencia es la de simple observador de la situación. En tal sentido, según la teoría social cognitiva, el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en la que conducta, factores cognitivos y personales, y los acontecimientos ambientales, operan como determinantes unos de otros, interaccionando entre sí.

Niñez e Interconectividad

La posmodernidad abarca todo los aspectos de nuestras vidas diarias, es así como factores externos (sociedad, cultura y contexto) e internos (genéticos y hereditarios) se ven juntados en un solo canal de influencia directa hacia el niño en desarrollo, psicológicamente, estos factores juegan un papel importante, la interacción con los iguales en la escuela, colegio, reuniones sociales etc. Son una oportunidad clara de intercambiar rasgos y características culturales y sociales. Así también la influencia

viene del medio extranjero y aquí nos vemos enfrentados a otro fenómeno que resulta ser decisivo en muchos casos, hablamos de la interconectividad a través del internet. “De esas nuevas formas de comunicarse han surgido nuevos riesgos como por ejemplo el acoso, con un impacto fatal como el Grooming, una práctica a través de la cual un adulto se gana la confianza de un menor con un propósito sexual, el Sexting o intercambio de fotografías o vídeos con contenido erótico entre los propios jóvenes con las que luego llegan a extorsionarse causando daños psicológicos importantes, y el conocido Cyberbullying o acoso entre menores que en Internet por su carácter global, supone un alcance que puede llegar a generar mucho daños no sólo al menor sino a su familia y amigos” (Medina, 2013)

Además existe un riesgo por medio de la navegación cibernética de adquirir información que no representa un beneficio para los individuos que la buscan, una de estas prácticas es la de los juegos paranormales. Entendemos por paranormal a “cualquier suceso o experiencia poco corriente en contraposición a los fenómenos psíquicos”. (Parra, 2003). De esto, poco tiempo atrás surgió a nivel global un brote de enfermedades de tipo psicológicas causadas por la práctica de juegos paranormales, el conocido juego “Charlie – Charlie Challenge” versión actualizada de la antigua Ouija o Guija (según la grafía recomendada por la Real Academia Española) y del juego de la Copa.

Tal práctica de carácter excéntrico, tiene como finalidad contactar con espíritus y/o energías provenientes de otras dimensiones en busca de información, conocimiento o simple curiosidad. “Charlie Charlie Challenge” (desafío de Charlie Charlie) llegó a ser viral en redes sociales alcanzado más de 1,6 millones de retweets y siendo el tema más buscado o “gogleado” en el motor de búsqueda Google de información. (<https://twitter.com>)

Se cree a simple vista que el juego es inofensivo pues no tiene base o fundamento real o científico, sin embargo se conocieron casos en niños generalmente, que debido a su edad y vulnerabilidad, se vieron afectados en su estado de ánimo y en sus actividades diarias, episodios de ansiedad, nerviosismo extremo, miedo y en casos complejos indicios de trastornos de apego junto con depresiones leves y brotes psicóticos son algunas de las enfermedades presentadas, esto corrobora la información que señala (Montanelli & Parra, 2005): “los resultados encontrados muestran que el grado de conflictividad que tienen las experiencias paranormales es de un valor que no debe ser desestimado, los psicólogos clínicos y sociales deben prestar atención a los reportes de experiencias paranormales, ya que éstos

revelan el impacto que parecen tener sobre la población general". Hay varias posibles explicaciones del contexto en que estas experiencias ocurren,

- Primero, gran parte de las personas interesadas en lo paranormal hayan alcanzado experiencias de este tipo durante el ejercicio de prácticas religiosas, meditación, yoga, control mental, u otras técnicas.
- Segundo, la creencia en lo paranormal probablemente ejerza algún dominio sobre las experiencias paranormales en general, es decir, es probable que la creencia en lo paranormal funcione como un marco referencial que sirva tanto para una preparación cognitiva como para el procesamiento de su impacto emocional.

CAPITULO II

PSICOSIS INFANTIL

La Psicosis desde las Principales Corrientes Psicológicas

En este aspecto, existen varias corrientes, escuelas y teorías encaminadas al estudio de las enfermedades mentales de todo tipo, desde estudios sobre patologías leves hasta compendios extensos sobre psiquiatría y psicología avanzada conforman el marco teórico con el que se cuenta para abordar la salud mental y sus distintas enfermedades. La revisión de varios autores proporciona abundante información sobre el tema, además de conceptualizaciones de sumo interés para los investigadores, pues estas vertientes de pensamiento aún dejan huellas en las concepciones actuales sobre las enfermedades. (Rodríguez, 2007)

Debido al tema propuesto en este trabajo, nos centraremos en corrientes que explican y tratan la Psicosis de forma más clara, el campo Psicoanalítico, la corriente Cognitivo – Conductual y la teoría Sistémica – Familiar, toman peso y son objeto de estudio en el siguiente capítulo.

La Psicosis desde la Perspectiva Psicoanalítica

La corriente psicoanalítica ha sido una de las ramas principales dentro del estudio de la psicología humana, hablar de psicoanálisis es en un principio remitirnos a la figura de Sigmund Freud (1856 – 1939) médico y creador de tal corriente. En sus estudios y escritos encontramos aportes hacia distintas enfermedades mentales, siendo la neurosis el principal objetivo de estudio de Freud, sin embargo también se realizaron estudios sobre los procesos psicóticos. Una afirmación reiterada por Freud y plena de consecuencias es que un acto psíquico, incluso un sueño o un síntoma, está provisto de un sentido y que todo acto psíquico comienza siendo inconsciente. Freud (1915) Lo que resulta muy interesante de la relación de Freud con la psicosis es que, a pesar de su pronóstico negativo para la cura por medio del psicoanálisis y de que trató muy pocos psicóticos en su trabajo clínico realizó aportaciones teóricas vigorosas y sustanciales para su comprensión.

La distinción entre neurosis y psicosis es uno de los problemas principales incluidos en la relación psicosis-psicoanálisis, en su escrito Freud (1924) La pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis. Se señala que en lo que concierne a la psicosis, el desasimiento o ruptura inicial de la realidad, resultado, en ese caso, del conflicto entre el Yo y la realidad, es seguido por una etapa en la que la realidad es reconstruida, mientras las neurosis nada quiere saber de la realidad y la desmiente, la psicosis se aboca al intento restitutivo de darse una realidad nueva en las formaciones delirantes y en las alucinaciones.

Freud señala que el método psicoanalítico resulta poco favorable siendo un obstáculo infranqueable el ser un tipo de neurosis sin transferencia. (Freud, 1978)

La relación especial que surge espontáneamente entre las dos personas que participan en el proceso psicoanalítico: la transferencia, es postulada por Freud como el motor mismo de una cura psicoanalítica, como el componente determinante de este proceso y cuyo manejo lo distingue de manera esencial. Si en el encuentro entre los dos participantes de la experiencia falta la relación transferencial, no puede haber psicoanálisis y por lo tanto, terapia psicoanalítica. Para Freud algo que singulariza a los pacientes psicóticos es su imposibilidad para entrar en transferencia, lo que los hace incapaces para el psicoanálisis; a diferencia de éstos, los neuróticos obsesivos, histéricos, fóbicos son susceptibles de establecer el lazo transferencial y por lo tanto constituyen el suelo propio para la práctica psicoanalítica. A partir de esto es que Freud habla de neurosis de

transferencia y neurosis sin transferencia en una de las distinciones que estableció entre neurosis y psicosis

Ya desde los comienzos del psicoanálisis y en el marco de la teoría de la defensa como etiología de las neurosis, Freud intentó diferenciar los mecanismos actuantes en la conformación de las neurosis y de las psicosis. Si bien el factor causante en ambas era la defensa del Yo contra una representación de carácter sexual que le resultaba inaceptable, esta defensa tenía que ser diferente si el resultado era una psicopatología u otra. Freud (1978) Para el primer caso, Neurosis, postula al mecanismo de la Represión como siendo aquel por medio del cual el Yo logra expulsar de la conciencia la representación inconciliable, separándola del afecto que la acompaña. Se trata de un tipo de defensa que, a la vez que reconoce la existencia de la representación que causa displacer al Yo, permite a éste desentenderse de ella, excluyéndola del campo consciente de representaciones y enviándola a otro espacio psíquico, el inconsciente, desde el cual permanecerá activa, fortaleciéndose en las condiciones de lo reprimido.

Para la psicosis, dice Freud, el mecanismo es más enérgico que el que concluye en una neurosis, la defensa ejercida por el sujeto ante la representación insoportable es de una naturaleza distinta y más vigorosa que la represión. Freud utiliza el término Rechazo para referirse a este tipo de defensa. Como consecuencia de ésta, señala Freud, para el Yo la representación intolerable no habrá existido; se trata de un proceso mediante el cual el Yo desestima la existencia tanto del afecto acompañante de una representación como de esta misma, la cual corresponde a un fragmento de la realidad. Con interés de ilustrar estos planteamientos, Freud presentó ejemplos de casos clínicos de los que extrae estas reflexiones. Uno de estos es el de una mujer que perdió durante el embarazo un hijo fervorosamente ansiado y se defiende de este hecho real rechazando su existencia, comportándose como si no hubiera ocurrido y cayendo, con esto, en una confusión alucinatoria: arrullaba incansablemente entre sus brazos un trozo de madera. Freud. (1888). Estudios sobre la Histeria.

Para Freud y para otros autores psicoanalíticos como Lacan hay tres posiciones defensivas fundamentales o Estructuras Clínicas que los sujetos humanos ponen en juego ante lo inexorable de la falta: Represión, Renegación y Rechazo (o repudio) determinando cada una de ellas, respectivamente, las estructuras psicopatológicas: Neurosis (Histeria y Obsesión) – Perversión (Fetichismo) – Psicosis (Paranoia y Esquizofrenia), (Bernal, 2009)

- Represión.- La operación del mecanismo de la Represión implica un no querer saber nada de eso, el saber está, ha sido reconocido por el sujeto pero lo reprime, no quiere saberlo y obtiene como resultado su remisión al campo del inconsciente, desde donde actuará bajo las condiciones propias de lo reprimido. Hablamos en este caso de la neurosis, cuyo campo está compuesto, de acuerdo con el psicoanálisis, por la histeria, la obsesión y las fobias. El sujeto neurótico sabe que la madre no posee el falo pero reprime ese saber, que se hará presente, como un retorno de lo reprimido, a través de sus síntomas.
- Renegación.- En las perversiones persiste una doble creencia como resultado de la operación defensiva puesta en juego: la Renegación. El sujeto acepta las dos posibilidades: sabe y por lo tanto cree que la madre no posee el falo, pero, igualmente, cree en la madre fálica; moviliza un mecanismo, dice Freud, por medio del cual sabe de la castración pero, inmediatamente, niega este saber de una forma distinta a como ocurre con la represión neurótica; es decir, se trata de una negación seguida de una aceptación, no es, por lo tanto, una simple negación de algo, sino una renegación, no se niega la existencia del hecho, se le reniega después que se le ha aceptado.
- Rechazo.- Para el sujeto que devendrá psicótico, el psicoanálisis postula que la experiencia de la castración de la madre le habría resultado tan insoportable que repudia o rechaza integrar en su psiquismo tal verdad, con lo que se evita vivir y confrontarse con este saber de la realidad que no es un simple fragmento de ésta, sino que constituye la pieza esencial de la vida humana; este saber rechazado o forcluido, según terminología lacaniana, de lo Simbólico de la realidad humana se le reaparecerá, por medio de sus alucinaciones y sus delirios, desde lo real a donde fue remitido.

La exclusión de la psicosis del campo de trabajo de los psicoanalistas hecha por Freud, se tradujo, evidentemente, en una proscripción al abordaje terapéutico de los enfermos de este tipo por parte de los analistas; prohibición que fue desoída por algunos seguidores freudianos, entre los que destacan Jacques Lacan, produciéndose experiencias clínicas y aportes teóricos de consideración que modificaron el estatuto de la relación psicosis-psicoanálisis tal como lo dejara Freud, posibilitando el abordaje terapéutico de la psicosis..

Lacan (1901 – 1981) retomando la obra de Freud, inclinó su interés hacia la comprensión del origen psicótico. El primer escrito de Lacan sobre la psicosis: Estructura de las psicosis paranoicas data de 1931. Ahí donde Freud no logra aislar un principio específico susceptible de discriminar estructuralmente la causalidad psicótica, Lacan, por el contrario, va a efectuar un avance decisivo sacando el mayor partido posible de ciertas nociones freudianas, particularmente la Spaltung (división, escisión) y Verwerfung (rechazo para Freud, forclusión para Lacan) De hecho, con la división del sujeto y la forclusión, el acento es definitivamente puesto en la función principal que juegan las estructuras simbólicas y lo Real por vía del Imaginario, en la comprensión de los procesos psicóticos. (Dor, 1996)

Para Lacan, la psicosis, entre otras cosas, constituye un desarrollo anormal de las tendencias de la personalidad que tiene relación entre sí, la personalidad viene a ser "un conjunto de funciones incluyendo el desarrollo del sujeto, la concepción que tiene de él mismo y la naturaleza de sus relaciones con otros, dotada de tres puntos; individual, estructural y social, esta personalidad recubre la totalidad constituida por el individuo y su entorno propio". (Lacan, 1936)

En 1932, Lacan distingue dos tipos de patogenias de la psicosis:

- Una patogenia no psicogénica incluyendo los factores hereditarios, congénitos u orgánicos adquiridos, independientes de influencias condicionales del medio y particularmente del medio social. La organogénesis es considerada como prevaleciente en la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, ella toma en cuenta el desencadenamiento de la enfermedad y caracteriza las psicosis orgánicas.
- Una patogenia psicogénica definida como una génesis anormal de la personalidad y, más precisamente, como un paro evolutivo, más o menos precoz, traducéndose por una fijación al estado de narcisismo primario o secundario según el tipo de la psicosis que será calificada entonces como anomalía afectiva personal, dicho de otro modo, que afecta la personalidad. Entonces son consideradas como psicogénicas las psicosis ligadas a la personalidad del sujeto, a su historia, a su concepción de él mismo y a sus conflictos vitales especialmente, las psicosis paranoicas.

El origen psicótico para Lacan también tiene un fuerte componente libidinal determinado por etapas primarias de la niñez, aunque sus aportes se relacionan con

otras perspectivas como el lenguaje creando así nuevos constructos y términos psicológicos como los esquemas I, esquema R, esquema L en donde se explican los procesos de Forclusión del Nombre del Padre, Significante y Significado, las categorías de lo Real, Simbólico e Imaginario entre otros y su relación con el proceso psicótico. Dor (1996) Lacan observa una frecuente correlación entre psicosis y anomalía de la estructura familiar: "El grupo familiar reducido a la madre y a la fratría (hermandad), dibuja un complejo psíquico en donde la realidad tiende a quedarse imaginaria o al menos abstracta, la clínica muestra que efectivamente el grupo así descompletado es muy favorable a la eclosión de psicosis" (Lacan, 1936).

Como señala Baez, et al (2008) el psicoanálisis como disciplina, tiene aplicaciones en extensión, es decir, encaminadas a hacer aportes en el terreno clínico, el grado psicótico depende del grado de incidencia en cuanto al deterioro social, desconociéndose que existen muchos psicóticos invisibles en tanto que no le hacen daño a nadie. Navarro et al, (2006) pero, el psicótico, en tanto es enclavado en una subjetividad, tiene tanto derecho a ser escuchado como cualquier otro sujeto. (Báez, 2008)

Artaloytia, (2015) en su trabajo Psicoanálisis y Esquizofrenia, ¿una relación acabada?, indica que en la actualidad se dibuja un panorama sombrío que cuestiona la relación entre psicoanálisis y esquizofrenia (como principal enfermedad psicótica). Los argumentos esgrimidos son fundamentalmente tres:

- La etiología de la esquizofrenia es "biológica" y no "psicogénica".
- No hay casos bien documentados de esquizofrenia en la literatura psicoanalítica.
- No hay publicaciones que demuestren una utilidad del psicoanálisis en la esquizofrenia.

Analizaremos brevemente estos tres apartados:

- Al mencionar que la etiología de la esquizofrenia es "biológica" y no "psicogénica" es incuestionable señalar que factores etiológicos orgánicos como la predisposición genética, las infecciones intraútero o el sufrimiento peripuerperal se han visto sólidamente relacionados con la etiología de la esquizofrenia. Minzeberg et al (2008) sin embargo, hay una serie de datos que llevan a reflexionar más a fondo:

Resulta difícil definir variables “psicogénicas” susceptibles de ser registradas y estudiadas epidemiológicamente, no es fácil pensar en cómo objetivar la presencia de funcionamientos favorables o no entre el bebé, la madre y su entorno durante los primeros tiempos de vida. El que el estudio de tales factores sea complejo no implica que carezcan de importancia de hecho hay datos que apuntan en la dirección de no poder descartarlos tan rápidamente. Así la tasa de concordancia en gemelos monocigotos (el porcentaje de casos en que ambos hermanos desarrollan la enfermedad) para la esquizofrenia (compartiendo prácticamente una misma carga genética y un mismo ambiente intraútero y parecidas aunque no iguales condiciones peripuerperales) es en torno a un 40-50%. Cardno & Gottesman (2000) para una enfermedad genética con etiología demostrada como la Enfermedad de Huntington la tasa de concordancia es cercana al 100%. Friedman et al (2005) para una enfermedad infecciosa de afectación intraútero como la toxoplasmosis la tasa de concordancia en monocigotos es en torno al 95%. Peyron et al (2003) ha qué se puede atribuir el porcentaje de no concordancia para la esquizofrenia si los genes y el ambiente intraútero son prácticamente los mismos y las condiciones peripuerperales parecidas, se puede descartar tan categóricamente que haya además factores psicogénicos involucrados. (Artaloytia, 2015)

- No hay publicaciones de casos de esquizofrenia bien documentados: Berdullas & Malamud (2010) señalan que en las publicaciones biomédicas, psiquiátricas y psicológicas contemporáneas se da gran importancia a los estudios controlados y a las grandes series epidemiológicas, ambos con diagnósticos fiables y un alto número de sujetos en los que se estudia el comportamiento correlativo de unas pocas variables. No hay duda de la trascendencia de tales trabajos. Con respecto al número de casos a estudio, parece que en los citados ámbitos se ha perdido la importancia del estudio en profundidad de los casos únicos singulares. Kafka (2011) tal enfoque permite valorar la interacción de muchas variables en un único paciente. En la historia de la medicina vemos muchos ejemplos, como el caso de Phineas Gage. Harlow (1848) que permitió el acceso al conocimiento de la patología frontal. En la historia del psicoanálisis bastaría con recordar cómo el estudio en profundidad del caso Dora permitió a Freud (1905) descubrir

la transferencia. Por ello, estamos en una posición privilegiada para el estudio en profundidad de los casos únicos. Nos encontramos con el problema de la confidencialidad, que hay que intentar soslayar de la mejor manera posible. (Gabbard, 2000)

Lombardi (2003) presenta un trabajo muy interesante de 13 años con una paciente psicótica de 44 años, severamente confusa en un inicio, con delirios paranoides y con una completa recuperación de sus síntomas al final del análisis. Utiliza un encuadre primero de 6 sesiones semanales en diván para ir pasando a 5 y estabilizarse en 4 sesiones semanales. Aunque en las palabras clave introduce el término esquizofrenia, no especifica el diagnóstico de la paciente, lo que limita el alcance de la experiencia comunicada. Además, a menudo, tal y como reconoce Bion (1957) citado en Moretto & Nocera (2010) se presentan las viñetas para ilustrar un pensamiento teórico del autor, y no como un objeto de estudio. Green insiste en que la teoría tiene que partir de la clínica y no viceversa, tal y como se ilustra en el estudio del caso Z. (Green & Donnet, 1973)

- No hay publicaciones que demuestren el valor terapéutico del psicoanálisis (con sus diferentes variaciones técnicas) en la esquizofrenia: existen estudios como los de McGlashan (1984), Kafka (2011) con ciertas limitaciones metodológicas, se habla de una buena evolución en un tercio de los casos, tratándose de pacientes con un perfil de cronicidad que no habían respondido a diversos abordajes terapéuticos previos. Podemos citar por otro lado el caso Martine de Kapsambelis (2003) en el que analista y paciente trabajan durante 23 años con un encuadre psicoterapéutico variable. Se describe la evolución de una forma catatónica de una esquizofrenia a una forma más paranoide de la misma para llegar finalmente a un cuadro de naturaleza más distímica. González Zubieta, colaborador de Juan Francisco Artaloytia ha comunicado verbalmente su experiencia (no publicada) con un paciente esquizofrénico grave. Se trata de un paciente al que conoció en un psiquiátrico, recluido en una habitación protegida para que no se autolesionase. Comenzó a trabajar con él, primero en el sanatorio y luego en la consulta privada a tres sesiones

por semana en cara a cara durante 12 años y otros 12 años con el paciente tumbado en el diván.

El paciente ha conseguido llegar a sacar unas oposiciones, mantener un trabajo, ser independiente, entablar una relación de pareja y casarse. Sigue en tratamiento con su analista. Por supuesto, en ambos casos además se mantiene un tratamiento farmacológico con antipsicóticos seguido por un psiquiatra diferente al analista. No es infrecuente escuchar a analistas hablar de la frustración que sienten cuando un paciente esquizofrénico que aparentemente iba evolucionando bien se vuelve a brotar.

Tras la escéptica postura inicial de Freud, los aportes de otros autores psicoanalíticos para el acercamiento a los pacientes psicóticos produjeron cierto entusiasmo. Rosenfeld (1952) y se llegó a pensar que el psicoanálisis podría curar la esquizofrenia. Sin embargo, la experiencia nos ha llevado a comprobar que tales expectativas no se han cumplido. “Parece que si no curamos a un paciente, la experiencia no es digna de ser publicada” (Artaloytia, 2015)

Sin embargo, este autor se cuestiona lo siguiente: “¿No pecaremos de cierta omnipotencia? En el ámbito de la investigación psiquiátrica se puede medir la afectación sintomática de los pacientes antes y después de una determinada intervención farmacológica. Por lo tanto, se pueden detectar pequeños cambios”. Así por ejemplo, en el ámbito de la esquizofrenia resistente, una pequeña superioridad en diversas escalas de la clozapina respecto a la clorpromazina. Kane et al (1988) supuso un cambio trascendental y la apertura al desarrollo de toda una generación de nuevos antipsicóticos, movilizandó gran cantidad de recursos y de intereses económicos. Con nuestro afán por curar, ¿no corremos el riesgo de no ver que podemos ayudar mucho a este grupo de pacientes produciendo pequeños cambios? (Artaloytia, 2015)

Terapia Cognitivo – Conductual, Tratamiento en la Psicosis

La rama psicoanalítica, anteriormente abordada, ha tenido una fuerte influencia en la explicación del posible origen de la psicosis, sin embargo, no ha podido determinar un mecanismo bastante contundente en lo que se refiere a la terapia aplicada, esto lleva a explorar otras opciones y ramas psicológicas en búsqueda de aplicaciones que aborden la psicosis desde una terapia aplicada. Una de estas ramas es la terapia Cognitivo – Conductual, (de ahora en adelante TCC), la TCC se empleó inicialmente para el tratamiento de los trastornos afectivos y ha probado ser eficaz para disminuir los síntomas de ellos derivados. Muñoz & Ruiz (2007) La primera aplicación conocida del modelo cognitivo – conductual para el análisis y tratamiento de síntomas psicóticos se debe a Beck (1952) quien trató a un paciente con delirio resistente al tratamiento farmacológico obteniendo resultados alentadores. La finalidad de la TCC en la psicosis y en la esquizofrenia específicamente, es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas a través de las colaboración del paciente junto con entrenamiento en habilidades sociales que permitan mejorar el estilo de vida del paciente psicótico.

Aun siendo la medicación, fundamentalmente los neurolépticos un tratamiento de primera elección en la esquizofrenia y en otros trastornos psicóticos, presenta una serie de limitaciones de cara a ofrecer una respuesta a la complejidad y heterogeneidad de los problemas y necesidades de las personas que presentan el diagnóstico de psicosis, Cuevas – Yust (2006) señala la presencia de factores que encaminan al sujeto a la adhesión al tratamiento de corte Cognitivo – Conductual:

- Enorme variabilidad individual, con frecuencia el tratante se ve obligado a prescribir distintas modalidades y combinaciones de medicamentos a veces a modo de ensayo y error hasta que el paciente responda de manera favorable.
- Presencia de indeseables efectos secundarios debido a la medicación.
- Una adhesión no favorable por parte de los pacientes al tratamiento prescrito, circunstancia que se relaciona con un incremento en la probabilidad de aparición de nuevos episodios psicóticos. Robinson, Woerner, Alvir, Ma, Bilder, Goldman, Geisler, Koreen, Sheitman, Chacos, Mayerhoff & Lieberman (1999) citados en (Cuevas – Yust, 2006).
- Una adecuada adherencia al tratamiento no garantiza la desaparición de los síntomas psicóticos residuales, estimándose que entre un 25 a 50 % de

pacientes continúa sufriendo delirios y alucinaciones. Fowler, Garety & Kuirpers (1995)

- En las personas con experiencias psicóticas es muy frecuente la presencia de alteraciones del ánimo y ansiedad, entre un 25 y 75% de los casos dependiendo de los criterios empleados y de la cronicidad de la muestra sufren depresión. Birchwood, Iqbal, & Upthegrove (2005)
- Cada episodio psicótico se asocia a un incremento de los síntomas positivos residuales y al deterioro del funcionamiento del paciente. Shepherd, Watt, Falloon & Nigel (1989)
- Un adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico no constituye suficiente garantía de que las recaídas no vayan a tener lugar. Roth & Fonagy (1996)

La TCC ha demostrado obtener resultados significativos en el tratamiento de pacientes psicóticos, razón por la cual instituciones científicas como el United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence NICE (2002), la American Psychiatric Association APA (2004) o la Royal Australian and New Zealand Collage of Psychiatrists (2005) la incluyen en su guía de tratamiento para la esquizofrenia.

Sin embargo, la TCC es una rama relativamente nueva, se desarrolla durante la década de los años 60 y 70 del siglo pasado originariamente para el tratamiento de de la ansiedad y de la depresión. Ellis (1962), Beck, Rush, Shaw & Emery (1979). Tomando como objetivos desarrollar habilidades para afrontar situaciones estresantes y síntomas a través de métodos de reestructuración cognitiva que suponen que la modificación de creencias disfuncionales producirá cambios en la conducta y sentimientos de personas emocionalmente perturbadas. (Beck, 2000)

Es en el año de 1952 en donde Beck inicia la incursión en el campo psicótico tratando a un paciente con ideas delirantes propias de la esquizofrenia, la adaptación de esta terapia a los trastornos psicóticos ha sido algo tardía debido, entre otras cosas, a la creencia arraigada históricamente en el ámbito de la salud mental, de que las personas con delirios y alucinaciones no eran tributarias de terapias verbales. Jaspers (1963) razón por la cual las terapias de tipo psicoanalítico con pacientes psicóticos ofrecieron resultados negativos. (Mueser & Berenbaum, 1990), (McGlashan, 1994) citados en (Travé & Pousa, 2012)

A partir de 1990, se publican estudios encaminados a valorar la eficacia de la TCC aplicándose en:

- Síntomas positivos en pacientes ambulatorios. Sensky, Turkington, Kingdon, Scott, entre otros (2000), Trower, Meaden, Nelson & Ross (2004), Tarrier, Van Der Gaag (2005).
- A pacientes con psicosis en fase aguda, con la intención de acortar el tiempo de remisión de los síntomas positivos, reducir el número de recaídas y aliviar el sufrimiento asociado al propio episodio psicótico. Birchwood (2000), Hall & Tarrier (2004), Kohn, Knost, Klosterkotter entre otros (2005)
- A personas de alto riesgo con el objetivo de prevenir la aparición de un primer episodio psicótico. Morrison, Bentall, Walford entre otros (2002)

De esta forma la TCC de los síntomas psicóticos utiliza las mismas técnicas administradas en la terapia de otros trastornos de tipo afectivo, diferenciándose en la adaptación que se da en la psicosis a las características y limitaciones de los pacientes, personas que sufren síntomas de carácter severo, presentan deficiencias en el funcionamiento cognitivo, y en los que es frecuente una hipersensibilidad a la activación emocional respetando la percepción que tiene del mundo y de sus experiencias cada paciente. (Fowler, 1996)

Una vez detectada la psicosis, el tratamiento debe basarse en una perspectiva multimodal que incluya intervenciones farmacológicas y de carácter psicosocial. Álvarez - Segura (2009) el hecho de defender la TCC como tratamiento psicológico en la esquizofrenia, particularmente en los primeros episodios, es porque existe evidencia sobre la eficacia de ésta sobre los síntomas psicóticos. Jackson et al. (2008), Tarrier (2010) también porque desde su primera concepción se han desarrollado enormemente aspectos teóricos que han dado respuesta a las necesidades de pacientes jóvenes que se han recuperado de su psicosis de inicio reciente, por último, la TCC no solamente ha contribuido a aliviar lo más florido de la sintomatología psicótica sino que ha sido enfocada a resolver otros aspectos de igual complejidad que ésta. (Haarmans, 2006)

La TCC ha tenido y tiene un peso específico en el tratamiento de la psicosis, por lo que es necesario hacer hincapié en la administración de dicha terapia en la aparición de la psicosis de inicio reciente ya que el principal objetivo de la terapia es disminuir el estrés que produce la experiencia psicótica. En la actualidad, sabemos que una intervención temprana en la enfermedad puede disminuir el impacto que ésta produce en el funcionamiento de quien lo presenta. Alvarez - Segura, Llorente & Arango (2009) la duración de la psicosis no tratada, desde que empiezan las primeras manifestaciones clínicas de carácter psicótico hasta el comienzo de un

tratamiento adecuado, correlaciona de manera consistente con un curso y resultados mejores cuanto menor sea el intervalo entre el comienzo de los síntomas psicóticos y la celeridad con que se instaure el tratamiento, aunque los mecanismos por los que se produce dicha relación no se hayan esclarecido todavía. Melle et al. (2008). Por otro lado, una duración de la psicosis no tratada de larga duración y un bajo nivel de “insight” emergen como predictores de una pobre adherencia al tratamiento cognitivo-conductual. Álvarez Jiménez et al. (2009) así de igual manera, un retraso en el tratamiento podría reducir el potencial terapéutico de las intervenciones realizadas en un curso temprano de la enfermedad. (Gleeson et al., 2009)

Es así como podemos mencionar algunos objetivos que tiene la TCC para el tratamiento psicótico, trabajando con los pacientes que se recuperan de una psicosis de inicio reciente, no solamente nos hemos de dirigir al tratamiento de los síntomas de la enfermedad sino también al impacto que éstos producen en el individuo. Haarmans (2006) los objetivos de la TCC son:*

- incrementar la comprensión del trastorno psicótico en el paciente
- promover la adaptación a la enfermedad
- aumentar la autoestima, estrategias de afrontamiento y funcionamiento adaptativo
- reducir la alteración emocional y la comorbilidad
- reducir el estrés asociado a las alucinaciones y delirios y proveer de estrategias y habilidades para manejarlos en el día a día, y
- prevenir futuras recaídas. (Travé & Pousa, 2012)

En los últimos 5 a 10 años se ha presenciado un aumento de aproximaciones terapéuticas que van más allá de la teoría cognitiva general que se extiende al incluir una combinación ecléctica de teorías e influencias filosóficas. Ejemplos de estas aproximaciones de última generación son las técnicas de Mindfulness, Terapia meta - cognitiva, Entrenamiento en mente compasiva (compassionate mind training) y el Método de niveles (MOL).

- Mindfulness:
El método denominado Mindfulness consiste en aproximaciones o técnicas que implican el entrenamiento de la mente para desengancharse de patrones de pensamiento automáticos y/o des

adaptativos, además de cómo direccionar la atención o concentración, estas aproximaciones implican también la enseñanza de comportamientos de amabilidad, compasión y generosidad, el apoyo de estrategias de empatía como no prejuizar y comprender el sufrimiento de los demás. Tai & Turkington (2009) por ejemplo, en el caso de las experiencias psicóticas para las personas que experimentan voces críticas que son estresantes para el paciente, en la TCC tradicional se hubiera animado al sujeto a “engancharse” a la voz enfatizando las experiencias emocionales asociadas a su presencia. En cambio, aquí se entrenaría a la persona a aceptar la presencia de dichas voces y cambiar el foco de atención adoptando una actitud indiferente y no juiciosa, comportando que las voces se vuelvan menos estresantes y menos intrusivas. Chadwick et al. Han aplicado esta técnica en personas con síntomas psicóticos en la que parece beneficiar a algunos pacientes. Chadwick (2006), Abba, Chadwick & Stevenson (2008). También se ha utilizado dicha técnica en formato grupal. (Chadwick, Taylor & Abba, 2005)

- **Terapia de Aceptación y Compromiso:**
La terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment, ACT en adelante) utiliza la teoría del marco relacional, análisis del comportamiento, e influencias de mindfulness. La ACT no anima a los pacientes a controlar las actividades intrapersonales (pensamientos, sentimientos) como en la TCC tradicional pero les enseña a “tomar conciencia”, aceptar y abarcar acontecimientos internos. Esta terapia enfatiza la identificación de los valores personales de un individuo y les alienta a actuar de acuerdo con dichos valores. Últimamente ha aumentado esta técnica como tratamiento para la psicosis aunque la evidencia de su eficacia en ensayos clínicos y estudios longitudinales es escasa. (Tai & Turkington, 2009)
- **Entrenamiento en Mente Compasiva:**
El Entrenamiento en Mente Compasiva (Compassionate Mind Training, CMT en adelante) es una aproximación que forma parte de la TCC tradicional pero con un énfasis especial en una conciencia creciente de la relación negativa consigo mismo (self-to-self). Tai & Turkington (2009) esta terapia comprende específicamente el sentimiento de vergüenza y

autocrítica desde el punto de vista que esto puede actuar como una señal interna hostil que estimula las respuestas afectivas negativas y de sumisión que contribuyen a mantener los trastornos mentales. Gilbert et al. (2001), Gilbert (2005) la CMT facilita el cuidado individual para el bienestar del paciente respondiendo con calidez y compasión. Gilbert (2009) se utilizan diferentes técnicas como el cuestionamiento socrático, imaginación mental particularmente importantes cuando se trabaja con síntomas psicóticos. Existe una base teórica para utilizar esta terapia dentro de la TCC en los síntomas psicóticos y una prometedora perspectiva para su inclusión como estrategia terapéutica para los síntomas comunes en la esquizofrenia. (MacBeth, Schwannauer & Gumley, 2008; Mayhew & Gilbert, 2008)

- La Terapia meta-cognitiva:

La terapia meta-cognitiva está basada en un modelo teórico denominado Función Ejecutiva auto regulada. Wells & Matthews (1994). Desde esta perspectiva, la psicosis se considera como el resultado de un estilo de pensamiento y de la manera en cómo los pacientes controlan sus pensamientos (meta cognición). Esta terapia especifica que existen estilos verbales de pensamiento (preocupación y rumiación), un foco de atención en la información negativa de tipo amenazante, y acciones meta cognitivas de supresión del pensamiento y evitación que conducen al trastorno. Clasificando estos procesos meta cognitivos la terapia apunta a la manera para cambiar el modo en que los pacientes experimentan y regulan sus pensamientos, la terapia meta cognitiva implica enseñar a los sujetos habilidades alternativas para experimentar sus pensamientos utilizando técnicas como entrenamiento en atención y alterando las creencias meta cognitivas o pensamientos que preocupan en demasía o no pueden ser controlados por peligrosos. Aunque existen estudios con probada evidencia se necesitan más ensayos con un seguimiento de más de 12 meses y poder compararlos con estudios controlados y aleatorizados. (Tai & Turkington, 2009)

- Método de los Niveles:

El Método de los Niveles (Method of Levels, MOL en adelante) es una terapia basada en los principios de la teoría del control de la percepción. Powers (1973), Carey & Scitl (2005) que contabiliza los mecanismos de

cambio dentro de la psicoterapia. Carver & Scheir (2008), Higginson & Mansell (2008). Su base teórica también proviene de la TCC y especifica que la gente no busca el control de su conducta sino de sus experiencias perceptivas, cuando el objetivo es conseguir hacer que lo percibido en el ambiente por el paciente calce con los estándares internos (u objetivos) de éste. Powers (1990) la terapia postula que la principal característica del cambio con éxito es el cambio de conciencia del sujeto hacia niveles de percepción más altos para que el conflicto en los sistemas de control puedan ser reorganizados. Carey, Mullan & Spratt (2009) los resultados de estudios realizados con la terapia del MOL indican que es una psicoterapia efectiva y aceptable con beneficios al final de la terapia y en estudios de seguimiento a corto plazo. Carey et al. (2009), Carey & Mullan (2007) dichos estudios se han efectuado en comunidades clínicas, por lo que se necesitan más ensayos controlados.

Lo señalado son técnicas relativamente nuevos a los cuales se debe aumentar el número de investigaciones para que adquieran más renombre en el campo de tratamiento psicótico. Sin embargo, de manera general, la investigación nos ha enseñado al cabo de los años que la TCC es efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia. Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier (2008), Tarrier (2010). La mayoría de estudios han sido realizados en Reino Unido desde mediados de los años 80. Beck & Rector (2000) donde el Servicio Nacional de Salud recomienda dicho tratamiento a los pacientes con esta enfermedad.

En contraste en EEUU, la American Psychiatric Association describe esta terapia como una técnica añadida que “puede beneficiar” a los pacientes. Lehman et al, (2004). Esta evidencia anecdótica refleja la diferencia del uso y de la visión que tienen los clínicos ingleses y americanos en cuanto a la actitud y práctica de la TCC en su ámbito de influencia, mientras que los pacientes ingleses valoran mucho el tratamiento psicológico, los americanos otorgan supremacía al tratamiento farmacológico; aunque estas discrepancias parecen surgir del modelo de atención médico en sus respectivos sistemas de salud públicos, en la manera de enfocar la investigación clínica. Kuller, Ott, Goisman, Wainwright, & Rabin (2010) o incluso en las diferentes teorías etiológicas de la esquizofrenia que sostienen ambos modelos; aunque ambos países la han incluido como terapia preferida.

Psicosis y Tratamiento a través de la visión Sistémica Familiar

El curso de la esquizofrenia y de las enfermedades psicóticas en general está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales. El tratamiento farmacológico, aunque necesario, no evita que recaigan entre 36 y 78% de los esquizofrénicos, se ha hecho patente la necesidad de intervenciones psicosociales que incluyan a los familiares, especialmente a partir de los trabajos sobre la emoción expresada. Brow & Rutter (1966), Birley & Wing (1972), Leff, Kuipers & Berkowitz (1985), Linszen, Dingemans & Van Der Does (1997) citados en Dixon, Curtis & Lucksted (2000) se han realizado numerosos estudios controlados de programas de intervención familiar, ya sea aisladamente o en programas integrales. Díaz – Martínez, Ortega, Valencia & Ramirez (1996), Rascon & Leños (1999), Falloon, Williamson & Gilderman (1985), Kuipers, Berwokitz & Sturgeon (1985), Liberman & Falloon (1981) entre otros.

Los programas de intervención familiar a corto plazo ofrecen a los familiares nueva información sobre la esquizofrenia y la psicosis, lo que beneficia la percepción de las habilidades que poseen para enfrentar la enfermedad, los programas a largo plazo han dado como resultado beneficios significativos para los pacientes lo que ha reducido la tasa de recaídas y re – hospitalizaciones. Dixon, Curtis & Luksted, (2000); Leutch, Bauml, & Kissling (2001) se expone ciertos modelos de tratamiento basados en la intervención terapéutica familiar:

Terapia Psicopedagógica.

La terapia psicopedagógica se basa en la teoría de la vulnerabilidad al estrés e incide en los estresores agudos (acontecimientos vitales) y, sobre todo, en los crónicos (emoción expresada de los familiares). Goldstein, Rodnick, Evans, May & Steinberg (1978) desarrollaron un programa de terapia familiar breve en el que, a lo largo de seis semanas, se daban unas charlas sobre la esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés en el paciente, para prevenirlos en base a la elaboración de estrategias de resolución de conflictos.

En un estudio controlado en el que se aplicó esta terapia acompañada de medicación neuroléptica, a un grupo, y dosis bajas de medicación a otro grupo, consiguieron reducir la tasa de recaídas a los seis meses. Goldstein et al. (1978) pero los resultados se igualaron con el grupo control en el seguimiento a los dos años. Goldstein & Kopeikin (1981), Hogarty et al. (1979), Anderson et al. (1983)

Anderson, Hogarty & Reiss (1986) desarrollaron, a partir de la experiencia de Goldstein, una terapia psicopedagógica de mayor duración.

Modelo ambiental

En Estados Unidos durante los años 50, varios grupos de investigadores estudian familias de esquizofrénicos intentando encontrar una etiología familiar a la esquizofrenia. El grupo de Bateson (1956) publicó un trabajo en el que afirmaban que la esquizofrenia se debía al aprendizaje en el medio familiar de estilos comunicacionales disfuncionales. Esta comunicación esquizofrenógena se llamó "doble vínculo" y en ella se sometía al futuro esquizofrénico a mensajes incongruentes sin posibilidad de huida ni clarificación, atrapándole en una relación paradójica, de manera que no podía aprender a discriminar correctamente sus percepciones. (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956)

Posteriormente, Bateson (1960) señaló que la relación era recíproca eliminado el rol de víctima y, en 1963, los autores del trabajo de 1956 afirman "en la esquizofrenia el doble vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para explicar la etiología y a la inversa, es un subproducto inevitable de la comunicación esquizofrenica". Bateson, Jackson, Haley & Weakland (1963) de manera que relativizan el papel causal del doble vínculo, encontrado en otras patologías y en familias sin enfermos psíquicos, y hacen hincapié en la circularidad de la relación, es decir que el doble vínculo puede influir en la aparición de la esquizofrenia, pero también puede deberse a ella. El grupo formado por Lidz, Cornelison, Fleck & Terry (1958) publican un artículo en el que hablan de la transmisión de la irracionalidad de padres a hijos; es decir que la esquizofrenia es aprendida por el hijo al ver conductas atípicas en sus padres.

En la década de los 60 existían dos opiniones encontradas en relación a las alteraciones de la comunicación hallada en los padres de esquizofrénicos:

La esquizofrenia causa la alteración en la comunicación de los padres, versus, la comunicación de los padres causa la esquizofrenia. A partir de finales de esa década se empiezan a desarrollar investigaciones con una adecuada metodología sobre la interacción en familias de esquizofrénicos. Las tres más importantes son sobre la Comunicación Desviada (CD), los Estilos Afectivos (EA) y la Emoción Expresada (EE).

- Comunicación Desviada. (CD)

Wynne & Singer (1963, 1965, 1966, 1968) elaboran un instrumento para medir las alteraciones de la comunicación de los padres con el fin de comprobar la hipótesis de que las alteraciones en la capacidad de focalizar, mantener y compartir la atención en los esquizofrénicos son aprendidas de las alteraciones de la comunicación de los padres. Con el manual de comunicación desviada puntúan las respuestas obtenidas en una entrevista individual, en la que los padres deben mirar unas láminas del Rorschach y el T.A.T. y explicar lo que han visto, y los clasifican en altos o bajos en CD.

Con este método realizaron varios estudios transversales y jueces entrenados lograban averiguar la patología del hijo a través de la comunicación de los padres. Como esto no solucionaba el problema de si la patología se debía a la comunicación de los padres o viceversa. Wynne et al. (1982) realizan un estudio longitudinal con una muestra de familias con hijos no esquizofrénicos pero con características premórbidas afines, y a los 5 años el nivel de predicciones acertadas es muy elevado en base a la CD de los padres. La predicción va a ser mayor utilizando simultáneamente los Estilos Afectivos (EA).

- Estilos Afectivos. (EA)

Doane et al. (1981) desarrollan un instrumento para estudiar la relación afectiva entre los padres y el hijo, y evalúan las siguientes conductas: Apoyo, Crítica, Inducción a culpa e Intrusismo. Utilizando EA y CD estudian 65 familias con adolescentes con alteraciones psicológicas, pero no psicosis, y a los 5 años las familias altas en CD y EA tenían un hijo esquizofrénico o con otra psicosis.

En esta investigación se comprueba que la alteración en la interacción es anterior a la aparición de la esquizofrenia, aunque no explican porqué no todos los hijos de los padres altos en CD. y EA son esquizofrénicos. Podría argüirse que los padres actúan de diferente manera con cada hijo, lo cual podría valer para EA siempre que se evaluara la interacción con todos los hijos, pero en CD no se evalúa la interacción sino la capacidad de los padres para comunicarse adecuadamente, y si no pueden no lo harán con ningún hijo. En conclusión, deben existir otros factores que contribuyan a que un hijo de los mismos padres desarrolle una esquizofrenia y otros no aunque CD y EA sean factores importantes en la etiología y mantenimiento de la esquizofrenia.

- Emoción Expresada (EE).

En Inglaterra a diferencia de USA no se ocuparon de estudiar el origen interaccional de la esquizofrenia, sino que, a partir de la observación de que los esquizofrénicos que al alta regresaban al hogar recaían más que los que iban a un hogar protegido. Brown & Rutter (1966), Brown & Birley (1968), Brown, Birley & Wing (1972) investigaron la actitud emocional de los familiares de los esquizofrénicos. Fruto de sus investigaciones surge el constructo Emoción Expresada que se mide a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwel Family Interview (CFI), realizada con cada padre por separado y grabada en audio para ser evaluada por jueces entrenados. La CFI fue hecha más breve por Vaughn & Leff (1976) durando en la actualidad alrededor de una hora. La EE está compuesta por 5 subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C). Las tres primeras son predictores de la recaída.

Las intervenciones familiares que se han desarrollado desde los primeros años ochenta, tienen en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad. Zubin & Spring (1977), desde donde potencian la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental, más concretamente, de la Emoción Expresada familiar o EE. Esta variable, se muestra como el mejor predictor de recaídas en esquizofrenia, ya que el riesgo de recaída aumenta cuatro veces, aproximadamente, en los pacientes que vuelven, tras el alta hospitalaria, a un ambiente familiar con altos niveles de EE. Leff & Vaughn (1985). Se clasifica a una familia de alta EE cuando al menos uno de sus miembros presenta uno o más de las siguientes dimensiones:

- Crítica (evaluación negativa de la conducta del enfermo),
- Hostilidad (evaluación negativa del enfermo como persona)
- Sobreimplicación emocional (sentimientos o actitudes, por parte del familiar, de desesperanza, autosacrificio, sobreprotección hacia el enfermo). (Muela & Godoy, 2001)

Las intervenciones familiares eficaces para prevenir las recaídas y mejorar el ajuste social de los esquizofrénicos poseen varios elementos en común, como son la psicoeducación sobre la esquizofrenia, la importancia de la emoción expresada, el uso de la medicación, la resolución de problemas y la rehabilitación social. (Espina,

1991; Lam, 1991) De tal forma, las terapias de familia han integrado varios componentes básicos: educación acerca del problema de salud, identificación de las interacciones des adaptativas y entrenamiento en estrategias de comunicación. Estas terapias cuentan con un mejor respaldo desde el punto de vista de los estudios clínicos que han mostrado como estos factores influyen en la disminución de recaídas, rehospitalización y una mejoría en el cumplimiento con el tratamiento. (Turkington, Dudley & Warman, 2004) citados en (Ciceri, Saldarriaga & Franco, 2008)

Liberman (1993) señala que el desencanto sobre la eficacia de los neurolépticos como recurso definitivo en el tratamiento de las psicosis y de la esquizofrenia y el desarrollo de métodos conductuales y educativos para los problemas de salud mental, dirigen a nuevas exploraciones en diversos campos, dando oportunidad a ramas como la Sistémica Familiar de intervenir en el campo psicótico. Los movimientos de defensa de los familiares, y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, han sido determinantes para que fueran consideradas aliadas en el progreso terapéutico de la psicosis. Ello confluyó en el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar de los cuales las intervenciones familiares conductuales y las psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas, investigadas y las que más resultados prometedores han producido. (Fernandez & Giraldez, 2000)

Dos escuelas de terapia familiar sistémica se han ocupado particularmente de la esquizofrenia: La estratégica y la de Selvini.

Terapia Familiar Estratégica

Haley (1980) incluye a los esquizofrénicos en el grupo de los "jóvenes excéntricos" caracterizados por:

- Problemas sociales (no logran emanciparse, fracasan en sus estudios o trabajo haciéndose dependientes) y
- Problemas de comunicación (conducta desordenada y anómala). Y atribuye dos funciones a esta conducta:

a) Social, estabilizando al grupo familiar y

b) Metafórica, comunicando al grupo y al exterior que existe un conflicto familiar no explicitado.

Con esta visión de la esquizofrenia Haley propone como objetivo terapéutico desligar al hijo de la familia haciendo que los padres no lo necesiten como vehículo de su comunicación y éste pueda hacer su vida. La intervención se basa en que los padres funcionen como coterapeutas haciéndose cargo de la conducta del hijo, y para ello deben fijar metas para el hijo utilizando refuerzos para su consecución evitando el uso del hijo como "chivo expiatorio" ante otros conflictos familiares o de pareja.

Haley (1980), Madanes (1981), Perrota (1986) citados en Vallina Fernandez & Lemos Giráldez (2000) señalan que este abordaje es muy eficaz, en la experiencia, con adolescentes problemáticos, pero la esquizofrenia es algo más que eso. La casuística presentada por Haley (1980) es de 14 casos de supuesta esquizofrenia (no hace referencia a criterios diagnósticos) y que han tenido un solo ingreso. Es posible que esta terapia sea efectiva con esquizofrénicos jóvenes de buen pronóstico (buen ajuste premórbido, paranoides, reactivos etc.) evitando intervenciones iatrogénicas y su cronificación, como sugiere Mc Farlane (1983). Pero simplifica peligrosamente un cuadro clínico que puede revestir una gravedad importante, fijando unas metas inalcanzables, con la consiguiente frustración de pacientes, familias y terapeutas.

Abordaje de Selvini

Este abordaje ha sido llamado terapia sistémica o escuela de Milán, el equipo de Selvini ha sufrido varias escisiones y su terapia grandes modificaciones, por todo ello se prefiere llamarlo "Abordaje de Selvini" y describir las modificaciones que ha sufrido su terapia familiar de la esquizofrenia. Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata (1975) publicaron "paradoja y contraparadoja", libro que causó gran sensación en el campo de la terapia familiar, pues proponían en él intervenciones que modificaban la interacción disfuncional de familias de transacción esquizofrénica.

Esta descripción de la familia del esquizofrénico se basa en la teoría del Doble Vínculo y en las descripciones de Haley (1959) & Bowen (1960) y la esquizofrenia sería el producto de ese juego relacional en el que "los participantes, comunican continuamente a los demás la demanda paradójica de cambiar una relación que no ha sido definida" Selvini et al. (1975) y en el que el propio esquizofrénico se implica. La terapia contraparadójica consiste en detectar cual es la función del síntoma dentro de las transacciones familiares y dar instrucciones paradójicas que rompan

ese juego relacional, para que las relaciones familiares se normalicen y no sea necesaria la conducta anormal.

Posteriormente Selvini & Prata (1983) en vez de intentar descubrir el juego de cada familia para estructurar la intervención, propusieron utilizar una prescripción única con todas las familias. Esta "Prescripción Invariable" consistía básicamente en que los padres debían salir solos sin dar explicaciones a los hijos, guardar el secreto de la tarea y observar las conductas de los hijos para comentarlas con los terapeutas.

Todos estos aportes terapéuticos nos indican una notable diversidad de intervenciones familiares en la esquizofrenia y en la psicosis, existen distintos enfoques dentro de la misma rama familiar de los que se originan teorías y herramientas junto con posibles técnicas de manejo de la enfermedad. Lam (1991) sintetizó como elementos comunes de los tratamientos de intervención familiar lo siguiente:

- Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias:

Se ha evitado culpabilizar a las familias, enfatizando sus intenciones positivas y asumiendo su deseo de ayudar; incluso cuando sus conductas de afrontamiento no parecen acertadas para los profesionales. Se respetan sus propias necesidades y se reconocen las cargas que les suponen los cuidados de un familiar psicótico, al tiempo que les enseñan las mejores maneras de abordar todos los problemas.

- Proporcionar estructura y estabilidad:

Se pretende establecer un ambiente terapéutico con contactos regulares y estables, que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude ante la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la esquizofrenia por ejemplo. Del mismo modo, se resalta la necesidad de desarrollar climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.

- Centrarse en el aquí y ahora:

Todos los paquetes de tratamiento se centran en trabajar con los problemas y con el estrés que encaran las familias, en identificar sus formas de afrontamiento y sus puntos fuertes y débiles. Además, se analizan las relaciones mutuas dentro de cada familia, y la forma cómo cada miembro percibe los problemas y ensaya un estilo individual de afrontamiento.

- Utilización de conceptos familiares:

Se pretende establecer límites inter-personales e inter-generacionales claros, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario; y se establece una visión de la familia como un todo, analizando el efecto que le producen los distintos problemas que soporta.

- Reestructuración cognitiva:

Con los componentes educativos de las intervenciones se intenta proporcionar a las familias un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias, y les ayude a ser más hábiles y a disponer de mejores recursos de afrontamiento. Se pone especial atención en exculpar al paciente de su sintomatología y en quitarle cualquier intencionalidad sobre la misma, especialmente sobre la negativa.

- Aproximación conductual:

El trabajo clínico se centra en evaluar los recursos y necesidades de la familia, en establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales, establecer tareas entre sesiones para realizar en casa y revisarlas, todo ello generalmente bajo una estructura de solución de problemas.

- Mejorar la comunicación:

Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en solicitar los cambios a su familiar de un modo simple, claro y específico. Se pretende, además, que la comunicación sea un medio de corregir la erosión que producen los límites interpersonales dentro de la unidad familiar. El entrenamiento en expresiones de apoyo y de refuerzo es una de las técnicas frecuentemente utilizadas. Estos procedimientos comunicativos se entrenan por medio de ensayos de conducta previamente detallados, modelado, feedback, práctica repetida y generalización.

Psicosis Infantil

Investigaciones y Aportes

Después de observar distintas ramas en el campo de tratamiento de la psicosis, es necesario abordar este tema desde el ámbito infantil propiamente dicho, como se ha mencionado anteriormente, los estudios acerca de la psicosis infantil se ven envueltos aun en ciertos conflictos que dificultan su clara comprensión acerca de su origen y su tratamiento en la actualidad. Lo innegable ya, es la presencia de ésta enfermedad en los niños, por esto resulta importante una nueva visión y perspectiva acerca de tal enfermedad para un adecuado tratamiento.

Como señala Muiña (2012) en su trabajo: Psicosis en la Infancia, en la Niñez y en la Pubertad. Algunas características generales de los niños/as que presentan Psicosis en la infancia son:

- Desorganización, aspecto confuso y disperso, hiperactividad, cambios de humor repentinos, trastornos en la constitución del pensamiento, crisis de angustia, risas inmotivadas, automutilaciones, marcada inestabilidad e irritabilidad, soliloquios o lenguaje ecolálico y en tercera persona, uso de objetos de un modo peculiar que no habilitan el intercambio con el medio, ni con los otros.

Estos niños no tienen esa organización (patológica) que presentan los niños con Autismo, que de alguna manera lograron, aunque sea fallidamente, cierta sensación de control y continuidad. Tampoco han podido, por el momento en la constitución subjetiva y cognitiva en el que se encuentran, armar otro tipo defensivo de control de estas angustias masivas a través del pensamiento delirante, que puede empezar a constituirse en las psicosis en la niñez. Son niños que parecen estar todo el tiempo intentando entrar en el cuerpo de los otros, indiferenciarse o mimetizarse con ellos; cuando presentan algún tipo de juego es estereotipado, manifestando allí también enredo y confusión.

Se presume que pueden tener alucinaciones auditivas, olfativas y visuales. Pueden iniciarse las manifestaciones a partir de malestares o trastornos corporales. Se

coincide en que los estados e ideas delirantes se observan a partir de los 6 años, encontrándose anteriormente con sentimientos delirantes asociados a temores corporales, temor de sufrir una mutilación, vivencia de cuerpos rotos, fragmentados, sin límites precisos. Con el transcurso de los años, desde el mismo campo psiquiátrico se le otorgó distintos valores a las cuestiones hereditarias, a los factores psicógenos y a los relacionados con el medio en el que el niño vive. En las historias familiares de estos niños hay una alta incidencia de patología mental familiar. (Muiña, 2012)

Mahler (1984) las llama psicosis precoces, describiendo a los sujetos que la padecen como a un grupo de niños que raramente presentan trastornos de conducta durante el primer año de vida, salvo quizás por los trastornos del sueño, las reacciones patológicas se manifestaban durante el tercer o cuarto año de vida. Indicando en parte que el crecimiento madurativo de la coordinación motriz, que llevaba inherentemente el desafío de la independencia, provocara una ruptura con la realidad que llevaba a la vulnerabilidad del Yo ante la más mínima frustración.

Autores como Tustin (1977) basándose de algunos trabajos de Winnicott, centra sus investigaciones, partiendo de que la psicosis, plantea un sentimiento de ruptura dentro de la continuidad que crea un “agujero negro”, donde el niño lucha contra él, mediante mecanismos arcaicos de tipo enquistados o bien mediante la identificación proyectiva. De esta forma, el niño intenta negar la existencia de cualquier discontinuidad entre su cuerpo y el medio, a fin de preservar hasta donde le es posible un mínimo sentimiento de continuidad. Para Winnicott (1975), el niño se defiende contra la ansiedad mediante mecanismos como la desintegración, despersonalización, estado autista y exacerbación del narcisismo llevando así a una organización desviada y patológica.

El estudio de la psicosis infantil se ha planteado de mejor manera a través de estudio y presentación de casos, es así como Obando (2007) expone el caso de Juan un niño de ocho años de edad, quien es hospitalizado aparentemente por un cuadro de ansiedad, que en su evolución y acorde a la evaluación clínica, expone claramente la sintomatología de una psicosis infantil originaria de una situación traumática. De esta manera se evidencia como factores y características descritas de la enfermedad se van plasmando en el ejercicio práctico. Sin embargo, La casi inexistencia de recursos específicos en Salud Mental Infanto-Juvenil como por ejemplo en países como España hasta hace pocos años, unido a las deficiencias en

los recursos en este campo ha favorecido que los trastornos mentales severos como las Psicosis infantiles, Trastornos Generalizados del Desarrollo y los Trastornos Graves de Personalidad, hayan sido atendidos desde dispositivos de educación no adecuados para tales patologías, teniendo además en cuenta que la tardanza en el inicio del tratamiento de estas patologías conlleva un funcionamiento mental deficitario. (Jiménez, 1999)

Jiménez (1999) señala que en el equipo de estudio sobre esta temática debe considerarse que los trastornos mentales graves en niños y adolescentes también debían ser atendidos en sus aspectos clínicos emocionales y no sólo de diagnóstico o tratamiento farmacológico, lo que clásicamente es lo que parece corresponder al equipo clínico. El abordaje de la psicosis y de los trastornos mentales severos en niños y adolescentes nos parece un camino arduo y lleno de complicaciones, mereciendo un profundo respeto todo profesional o grupo de profesionales que se embarca en él así como las diferentes técnicas utilizadas con rigor y honestidad.

Sin embargo la estructura terapéutica desde la que se abordan estas patologías va a depender de la posición teórica de los profesionales que trabajan en este ámbito, aunque desde nuestra postura las distintas concepciones teóricas y los diferentes métodos de abordaje terapéutico no tienen por qué ser excluyentes, pudiendo por el contrario ser en muchos casos complementarios, dependiendo en gran medida del período evolutivo en el que se utilicen. Consideramos que la psicosis es un problema multifactorial, donde influyen o pueden hacerlo alteraciones biológicas de diferente índole, pero también factores psicopatológicos. (Jiménez, 1999)

De esta manera, se pretende, basándose en lo teórico de la psicopatología, encontrar alternativas de tratamiento en pos de un mejor resultado. La psicoterapia institucional, a través del programa el Hospital del Día realizado en España (2002) busca implementar un tratamiento para patologías infanto – juveniles, poniéndose como metas en el caso de problemas psicóticos:

- Intervenir mediante un abordaje grupal, pudiendo o no ir acompañado de otras actuaciones terapéuticas (fármacos, estimulación precoz, psicoterapia individual. etc.).
- La inclusión de los padres en el proceso terapéutico.
- Desarrollar el trabajo en dispositivos abiertos lo que favorece el mantenimiento del niño en su medio familiar social y escolar.

En la medida de lo posible, la mayoría de estos niños pueden ser aceptados en sus colegios correspondientes, estableciendo estructuras clínicas intermedias que permitan esta integración. Este modelo que defendemos, señala Jiménez - Pascual (1999) también posibilita salir de marcos cerrados (en algunos casos centros hospitalarios y colegios de Educación Especial)

Acción terapéutica:

Siguiendo las metas planteadas en el plan de intervención del Hospital del Día, España, se intenta a través del mismo, fomentar y estar atentos al mundo interior del niño, expresado en el juego, por sus actitudes y en ocasiones verbalmente; por ello las actividades tienden a ser libres en el espacio común, evitando intrusiones excesivas por parte del adulto. De tal manera se busca:

- Con los niños.- La acción terapéutica se centra en la posibilidad de establecer con el niño una relación que ofrezca garantías suficientes de estimulación y continuidad. Burnand, Manzano & Palacio – Espasa (1993) la base fundamental es establecer de forma no intrusiva una relación privilegiada con el niño, respetando sus defensas psicóticas pero haciendo una aproximación paulatina para que éstas puedan ir modificándose. (Winnicott,1979)
- Trabajo con las familias.- La relación entre el niño con trastornos mentales graves y su familia suele estar muy alterada; la propia gravedad del niño desilusiona, deprime, desorganiza. Lebovici (1992) creando círculos viciosos de relación perniciosos por ambas partes y en muchos casos perpetuando la situación, por lo que es importante trabajar en estos aspectos con los familiares del paciente.
- Coordinación y articulación con el nivel educativo.- La escolarización en los centros ordinarios sí puede favorecer una negación por parte de los padres de las dificultades reales del niño, llevándoles a una normalización tranquilizadora. Hochman (1992) sin embargo, la experiencia adquirida señala que las dificultades que toda integración escolar conlleva les hace afrontar tarde o temprano la realidad. (Jiménez, 1999)

Pombo Sánchez (2006) indica que la observación y el contacto directo es el principal medio de observación del pediatra y/o terapeuta. Su ubicación le permite

ver y observar al niño y su entorno en situaciones privilegiadas y con continuidad en el tiempo. La consulta pediátrica - terapéutica es fuente de enseñanza para quien sepa ver y oír.

El trabajo psicoterapéutico del pediatra es también original. No es una psicoterapia en el sentido de un reacondicionamiento de las organizaciones pulsionales y las relaciones objetales, la relación es siempre triangular: niño - padres - pediatra - terapeuta, y aparece investida de una cualidad transferencial cuyo conocimiento contribuye a la posibilidad de manejar sus aspectos positivos y negativos.

Al abordar la patología infantil deberemos tener siempre presentes tres conceptos claves:

- La evolución del niño (etapas evolutivas)
- Los factores de riesgo
- La vulnerabilidad

En general psicóticos son aquellos niños que continúan anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos. Pombo Sánchez (2006) son niños que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas. Es sin duda un trastorno que afecta al desarrollo y la personalidad del niño.

El tratamiento de la psicosis está presenciando una importante transformación en los últimos diez años. El desplazamiento del foco de atención desde la fase estable o residual de la enfermedad 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 y en la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales. Vallina, Lemos & Fernández (2006). Si bien en este último apartado, con excepción de Gran Bretaña, los servicios desarrollados aún son experiencias minoritarias en sus correspondientes países, y se encuentran todavía en una fase experimental de organización y desarrollo, el impacto que están produciendo sus propuestas e investigaciones supondrá sin duda una revisión y cambio de los actuales modos de trabajo en el campo de la psicosis.

Vallina et al (2006) señala que los estudios epidemiológicos más recientes nos han mostrado que existe un importante periodo de tiempo antes de que los pacientes inicien el tratamiento de su enfermedad. Este periodo inicial, conocido como

duración de la enfermedad sin tratar, abarca dos periodos claramente diferenciados:

- De un lado, el momento que va desde la aparición de la primera sintomatología inespecífica en un individuo sano (depresión, ansiedad, insomnio) hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados (susplicacia, referencialidad no delirante, aislamiento social) y que se denomina etapa prodrómica o estado mental de alto riesgo y puede durar de dos a cinco años. Y de otro,
- El periodo que incluye el tiempo que el paciente pasa con una sintomatología ya claramente psicótica, pero que a su vez tampoco está recibiendo tratamiento y que se conoce como duración de la psicosis sin tratar.

Estos dos momentos se han convertido en la justificación de la intervención temprana en la medida en que se están mostrando como fundamentales para el posterior curso y recuperación de la enfermedad. La intervención temprana en psicosis tiene dos elementos que la diferencian de las formas habituales de asistencia actuales:

- La detección temprana y
- la aplicación del tratamiento específico más eficaz para cada fase inicial de la enfermedad. Ambos elementos se pueden ofrecer de manera añadida a los cuidados estándar habituales o bien a través de equipos especializados en intervención temprana. (Marshall & Lokwood, 2005)

La detección temprana.- se puede definir como la identificación de aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una psicosis, por ejemplo quienes presentan síntomas prodrómicos, pero nunca han estado psicóticos, o como la identificación de aquellas personas que ya han desarrollado la psicosis, pero que aún no han recibido un tratamiento adecuado.

Por tratamientos específicos.- para cada fase se entienden aquellos tratamientos (psicológicos, físicos o sociales) que van específicamente dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis en aquellas personas con síntomas prodrómicos o bien a promover la recuperación en aquellas otras personas que han experimentado recientemente su primer episodio de psicosis.

Según Vallina et al (2006) el desafío actual en la aplicación de intervenciones psicológicas en las fases iniciales de la psicosis es doble. Por una parte, consiste en conseguir adaptar aquellas modalidades de tratamiento que ya han demostrado su eficacia en las fases estable y residual de la enfermedad a los inicios de la misma. Por otro lado, consistiría en el desarrollo de nuevas formas de terapia que se adapten a las características específicas de estas etapas de la enfermedad, y a las que no pueden acceder en soledad los tratamientos exclusivamente farmacológicos.

Haddock & Lewis (2005) llevan a cabo una revisión de aquellos tratamientos psicológicos que están demostrando su utilidad y eficacia en la actualidad, y concluyen que dentro de los aún escasos estudios experimentales y por consiguiente, con todavía un escaso grado de evidencia, las intervenciones familiares y las cognitivo-conductuales se presentan como dos formas de terapia aceptables para las fases tempranas de la psicosis.

Por su parte, McGorry (2000) sostiene que con independencia de la modalidad de intervención psicológica por la que se opte, los tratamientos psicológicos que se utilicen están obligados a cumplir una serie de condiciones fundamentales:

- Estar basados en teorías clínicamente evaluables en individuos y en grupos de pacientes.
- Ser altamente compatibles con los modelos biológicos de vulnerabilidad y del trastorno.
- Ser pragmáticos en términos de duración y profundidad de la intervención.
- Ofrecerse como parte de un tratamiento multimodal.
- Estar disponibles en un amplio rango de modalidades, dadas las extensas y variadas necesidades de los pacientes y sus familias.
- Ser secuenciados y variados, de acuerdo con la fase de la enfermedad y con las distintas necesidades de cada una de esas etapas.

Siguiendo la clasificación sugerida por Haddock & Lewis (2005) el foco de la investigación de los tratamientos psicológicos en la psicosis temprana se ha organizado en torno a las principales categorías que se relacionan con las fases por las que pasan las personas durante el inicio de la psicosis y que serían las siguientes:

- Intervenciones centradas en la fase prodrómica o de alto riesgo de desarrollo de psicosis.
- Intervenciones centradas en la fase aguda inicial de la psicosis.
- Intervenciones centradas en la recuperación o fase pos psicóticas.
- Intervenciones centradas en los servicios.

Para finalizar, podemos indicar que los tratamientos psicológicos en el campo de la psicosis infantil son útiles para:

- Desarrollar una alianza de terapéutica.
- Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma.
- Promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales que puedan haber sido un problema en algún caso, como resultado de factores de riesgo independientes de la psicosis y puedan haber empeorado o haber sido interrumpidas por los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo y ayuda a los miembros de la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y la agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
- Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis

Entre otros.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Objetivos Investigativos

Una vez acabada la referencia teórica sobre la enfermedad, recordamos los objetivos de la investigación junto con la metodología utilizada.

Los siguientes, son los objetivos trazados para la presente investigación:

Objetivo General:

- Estudiar un caso de Psicosis Infantil en nuestro medio

Objetivos Específicos:

- Analizar la Psicosis desde diversos enfoques psicológicos
- Realizar una revisión de Investigaciones acerca de la Psicosis Infantil
- Relacionar la teoría con un caso clínico concreto.

El Estudio de Caso como Método de Investigación

La información existente sobre la utilización del método de estudio de caso en investigación científica y sobre la forma como debe realizarse el análisis de datos cualitativos es relativamente escasa a comparación de otras herramientas investigativas, la mayoría de investigadores que usan el método de estudio de caso lo hacen bajo cierto grado de incertidumbre. No obstante, el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios. Yin (1989) Además, en el método de estudio de caso los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos. (Chetty, 1996)

Por otra parte Yin (1994) citado en Chetty (1996) argumenta que el método de estudio de caso ha sido una forma esencial de investigación en las ciencias sociales y en la dirección de empresas, así como en las áreas de educación, políticas de la juventud y desarrollo de la niñez, estudios de familias, negocios internacionales, desarrollo tecnológico e investigaciones sobre problemas sociales. Eisenhardt (1989) ha identificado otros usos de este método: en la descripción. Kidder (1982), en la contrastación de teoría. Pinfield (1986), Anderson (1983) y en la generación de teoría. Gersick (1988), Harris & Sutton (1986).

Se busca de tal forma demostrar tanto las características claves como el valor, el beneficio y la utilidad práctica que el método de estudio de caso ofrece a los investigadores, de cualquier área del conocimiento, como estrategia metodológica de la investigación científica. En este sentido, las investigaciones científicas pueden ser realizadas a partir de metodologías cuantitativas o cualitativas. La primera consiste en el contraste de teoría(s) ya existente(s) a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio. Por lo tanto, para realizar estudios cuantitativos es indispensable contar con una teoría ya construida, dado que el método científico utilizado en la misma es el deductivo; mientras que la segunda (metodología cualitativa) consiste en la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos. (Martínez, 2006)

En este y en la mayoría de investigaciones de carácter científico, el marco teórico se constituye en una parte importante de una investigación independientemente del tipo de metodología utilizado. En este punto también resulta útil reflejar la distinción propuesta entre la investigación cuyo objetivo es testear o verificar teoría versus la que pretende contribuir a generar teoría. Glaser & Strauss (1967) señalan que las teorías o modelos que pretenden obtener un cierto grado de aplicabilidad general pueden estar basadas en un número limitado de casos, ya que un solo caso puede indicar una categoría o propiedad conceptual y unos cuantos casos más pueden confirmar esta indicación.

Con relación a la aportación teórica pretendida, tal como se mencionó anteriormente, cabe distinguir entre investigaciones cuyo objeto es generar teorías

y las que se llevan a cabo para contrastar una teoría existente. El estudio de casos, inapropiado para el contraste de hipótesis, ofrece sus mejores resultados en la generación de teorías, mientras que los estudios cuantitativos se consideran aptos para la contrastación de teorías. Pese a las grandes virtudes que se han señalado respecto a la estrategia de estudio de caso, con frecuencia ha sido menos deseable que la de estudios cuantitativos y la de experimentos, debido a sus limitaciones, según algunos autores:

- Carencia de rigor, por permitir que el punto de vista del investigador influya en la dirección de los encuentros y en las conclusiones de la investigación.
- Proporciona pocas bases para la generalización, y
- Muchas veces adquieren demasiada amplitud, por lo cual los documentos resultan demasiados extensos.

No obstante a lo anterior, el investigador debe trabajar duro para sortear dichas limitaciones, seleccionando adecuadamente la estrategia de investigación de acuerdo con el tema de estudio y eligiendo un buen método de recolección de información. Pues, a pesar de que el estudio de caso ha sido considerado como la estrategia más suave de investigación, es también considerada la más difícil de hacer. (Yin, 1989)

De esta manera, para Yin (1989) la cuestión de generalizar a partir del estudio de casos no consiste en una generalización estadística (desde una muestra o grupo de sujetos hasta un universo), como en las encuestas y en los experimentos, sino que se trata de una generalización analítica (utilizar el estudio de caso único o múltiple para ilustrar, representar o generalizar a una teoría). Así, incluso los resultados del estudio de un caso pueden generalizarse a otros que representen condiciones teóricas similares. Yin (1989) considera el método de estudio de caso apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, pues en su opinión, la investigación empírica tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes
- Se utilizan múltiples fuentes de datos, y
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

De allí que Eisenhardt (1989) conciba un estudio de caso contemporáneo como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en

contextos singulares”, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría. En este sentido Chetty (1996) citado en Fong (2008) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren.
- Permite estudiar un tema determinado.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.
- Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y
- Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

De tal manera, el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes casos con distintas intenciones. (Sarabia, 1999)

Recolección de la Información

Uno de los pasos más importantes para obtener una buena investigación es la recolección de datos o de información. Yin (1989) recomienda la utilización de múltiples fuentes de datos para garantizar la validez interna de la investigación. Esto permitirá verificar si los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes de información guardan relación entre sí, es decir, si desde diferentes perspectivas convergen los efectos explorados en el fenómeno objeto de estudio.

En consecuencia, el investigador podrá utilizar diferentes fuentes de información bases de datos, Internet, entrevistas a investigadores del área, organismos públicos o privados, documentos y estadísticas relacionadas con el fenómeno abordado en

la investigación. De manera similar, se requiere la aplicación de distintos instrumentos de recolección de información, tales como: entrevista personal no estructurada, entrevista personal estructurada, encuestas por cuestionarios, observación directa estructurada, observación directa no estructurada, revisión de documentos y de datos estadísticos relacionados con el fenómeno estudiado, entre otros.

Shaw (1999) indica que “la investigación conducida dentro del paradigma cualitativo está caracterizada por el compromiso para la recolección de los datos desde el contexto en el cual el fenómeno social ocurre naturalmente y para generar una comprensión que está basada en las perspectivas del investigador”.

Informe de Estudio de Caso

En relación al informe a presentarse de estudio de caso no existe un formato aceptado por unanimidad para reportar los resultados del estudio. Por tanto, el investigador debe diseñar un esquema básico de lo que será el reporte del estudio de caso, el cual facilita la obtención de evidencia importante para el estudio y reduce el riesgo de que sea necesario regresar por información adicional. (Martínez, 2006)

De cara a replicar las teorías utilizadas en una investigación, el caso elegido debe satisfacer el criterio de selección para calificarlo como tal. Por con siguiente, basados en la revisión de la literatura el o los casos que conformen la muestra en una investigación cualitativa deben satisfacer los criterios de selección establecidos por el investigador en forma previa. Perry (1998) indica que no hay una guía precisa acerca del número de casos que deben ser incluidos, por lo que “esta decisión se deja al investigador...” citado en Romano (1989). Patton (1990) no proporciona un número exacto o rango de casos que podrían servir como guía a los investigadores, y afirma que “no hay reglas” para el tamaño de la muestra en una investigación cualitativa.

Podemos indicar, que el método de estudio de caso es una estrategia metodológica de investigación científica útil en la generación de resultados que posibilitan el fortalecimiento, crecimiento y desarrollo de las teorías existentes o el surgimiento

de nuevos paradigmas científicos; por lo tanto, contribuye al desarrollo de un campo científico determinado. Razón por la cual el método de estudio de caso se torna apto para el desarrollo de investigaciones a cualquier nivel y en cualquier campo de la ciencia, incluso apropiado para la elaboración de tesis doctorales, el estudio de caso enfatiza no sólo en la construcción de teorías, sino que también incorpora las teorías existentes, lo cual revela una mezcla de la inducción con la deducción características propias del estudio de caso contemporáneo. (Martínez, 2006)

Procedimiento y Manejo del Caso

Analizando las diversas teorías y posibles tratamientos desde las perspectivas psicológicas ya mencionadas, es conveniente vincular lo antes expuesto a la parte práctica. En nuestro contexto social como cultural, es nuevo la incursión y presentación de este tipo de anomalías (refiriéndonos a la Psicosis infantil) en la consulta diaria. Sin embargo, durante el periodo de realización de prácticas pre – Profesionales en la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay realizadas en el Hospital del Río de la Ciudad de Cuenca – Ecuador, se dio la oportunidad de evidenciar uno de estos casos de manera continua dándonos la facilidad de registrar y evaluar ciertos parámetros de conducta que refuerzan a la teoría existente.

Es así como durante los meses comprendidos entre abril a julio del año 2015 se trabajó terapéuticamente con una niña de nueve años de edad con claros síntomas de brote psicótico. Se realizaron entrevistas y sesiones semanales y quincenales tanto con la paciente directa como con su familia nuclear (padre y madre). De tal manera se evaluó el estado psicológico de la niña y se realizó terapia con sus padres.

CAPITULO IV

CASO CLÍNICO

Datos Generales

A continuación exponemos el caso de una niña de nueve años de edad, quien llega a consulta traída por su madre la cual manifiesta que su hija presenta impulsividad, frecuentes cambios bruscos de humor y carácter que se han venido manifestando desde el último año con más frecuencia. Todo se desencadena aparentemente a raíz que la niña junto con unas compañeras de la escuela deciden jugar a “Charlie – Charlie” (juego de carácter paranormal), lo hacen en una de las aulas de la escuela durante unos minutos, deciden cerrar el juego y preguntan, según las reglas del juego, “si pueden abandonar el mismo” a lo que reciben una respuesta de “no” lo cual hace que una de las niñas asustada rompa la hoja y concluya abruptamente el juego, las niñas corren asustadas y no comentan nada hasta el momento de salida de clases.

El momento de la salida llega el padre de la niña a recogerla encontrándola completamente asustada y nerviosa, ella le comenta lo sucedido pero el padre da poca importancia a tales eventos, a continuación van hacia el trabajo de la madre de la niña quien labora en una iglesia católica, al llegar al lugar la niña completamente aterrorizada da un grito indicando que ha visto el rostro de “Charlie” en el parabrisas del auto, aprovechando el lugar y la fuerte creencia religiosa de la familia entran a la iglesia a pedir ayuda al sacerdote del lugar. La ayuda brindada por el religioso consiste en bendecirle y en entregarle un rosario para que la niña rece todas las noches, aparentemente la menor se tranquiliza por el momento.

Después de unos días se presentan los mismos síntomas y esta vez acompañados de alucinaciones de tipo auditivas (escucha voces que le indican que debe matar a su hermano menor) y visuales (ve sombras por los rincones de la casa a todas horas y al salir al patio ve la silueta de un hombre, de un niño y de una mujer joven), presenta también un lenguaje desorganizado y manifiesta ideas delirantes. Poco a poco empieza a presentar síntomas de somatización, siente que la ahorcan y que le falta la respiración.

Indagando en el pasado de la niña nos manifiesta que esto no es nuevo para ella, que desde los cuatro años de edad ella recuerda que estas situaciones ya se presentaban, cada vez que contaba lo sucedido a su familia no la tomaban muy en serio y le ordenaban rezar indicando que solo Dios puede cuidarla de esos demonios y que si no reza las sombras y las voces que ve le harán daño. De esta

forma la niña se mantiene por años “ignorando” tales síntomas, atenuando su importancia y su presencia, todo se reactiva a partir del juego “Charlie – Charlie” realizado en la escuela.

La niña cuando llega a consulta presenta todos los síntomas mencionados con un tiempo de duración de tres meses atrás con relativa frecuencia.

El contexto familiar de la menor está compuesto por su padre de 28 años de edad, quien presenta consumo frecuente de alcohol, tiene un hijo de un compromiso anterior, su trabajo es inestable lo que conlleva a que se presenten fuertes problemas de dinero en la casa, en una ocasión estuvo preso por problemas de pensión alimentaria, esto ha llevado a que el padre busque obtener dinero solicitando préstamos a conocidos, y dándole una reputación de “vividor” y de “charlatán” puesto que uno de sus recursos para obtener dinero es la mentira. También en algún momento ha presentado síntomas neuróticos, desmayos, somatizaciones, falta de aire etc.

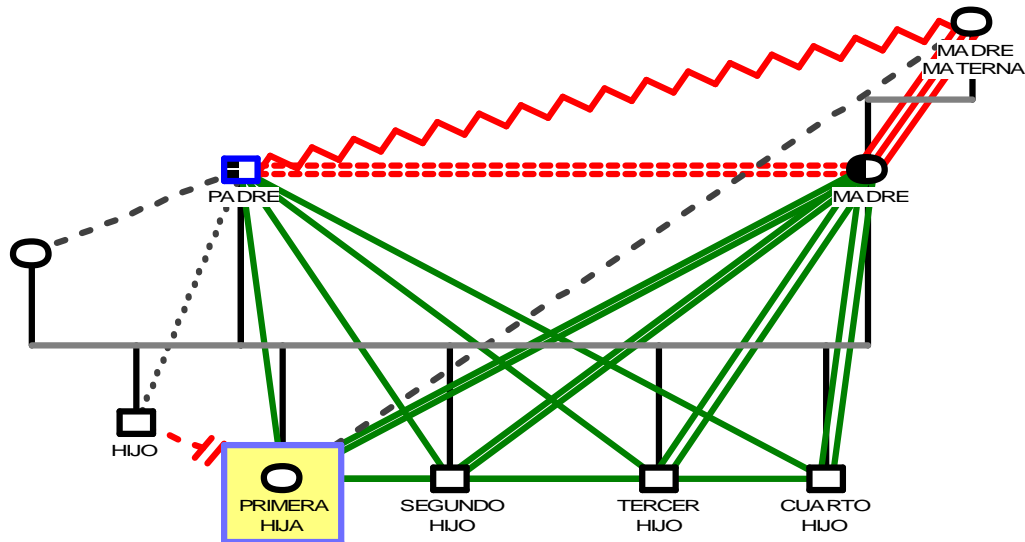
Está casado con la madre de la niña algunos años, la madre de la menor es una mujer de 32 años aproximadamente quien trabaja en un centro religioso, busca constantemente salir adelante, es más emprendedora aunque tiene un carácter fuerte, gritos, insultos e “histeria” son algunas de las características con la que la ve su pareja razón por la cual tiene constantes discusiones con su esposo a quien califica como conformista y poco responsable con las obligaciones del hogar.

Tienen cuatro hijos en total incluida la paciente, siendo ella la mayor, siguiéndole tres varones, los dos primeros de 7 y 4 años respectivamente y el último de 7 meses de edad. Todos viven con la abuela materna de crianza de 70 años, poco tiempo atrás reaparece la abuela biológica causando problemas en la familia y en el comportamiento de la niña, existe un abuelo paterno a quien mantienen alejado de la familia debido a que presenta rasgos de comportamiento extraño (altamente probables de trastorno psicótico) mentira patológica, entre otros comportamientos.

La niña manifiesta que tiene una buena relación, aparentemente, con toda su familia, su madre es cariñosa aunque más seria que su padre pero está pendiente de ella y es quien más le ayuda cuando manifiesta la sintomatología señalada, su padre es más jovial con ella y no presta mucha atención a lo que le pasa o a lo que le cuenta la niña sobre sus problemas. La menor indica que con sus hermanos se lleva bien aunque prefiere estar sola, llama la atención el hecho de que la niña al señalar los miembros de su familia menciona a un hermano menor

que falleció hace unos años, ella lo recuerda con viva imagen, mientras que por el lado de los padres no mencionan tener a ningún hijo fallecido.

Para una visión didáctica del contexto familiar, la figura del Genograma nos ayuda a entender las disfuncionalidades presentes:



En el ámbito escolar y social la niña es retraída y aislada con sus compañeros, no le gusta compartir mucho en actividades con sus iguales, no presenta buenas calificaciones y su rendimiento académico es normal tendiendo a bajo,

Tratamiento

El observar la sintomatología mencionada, nos lleva a inclinarnos por un diagnóstico de brote psicótico con tendencia al desarrollo de esquizofrenia u otra anomalía de la personalidad. Razón por la cual se opta por un tratamiento de tipo familiar abarcando así el núcleo de desarrollo de la niña. No se descarta el uso de herramientas cognitivo – conductuales y herramientas psicoanalíticas para un mejor manejo del caso.

En un principio, se comenzó con terapia familiar relacionada a la teoría del doble vínculo para entender la génesis de la enfermedad, esto se efectúa a través de un encuadre terapéutico de sesiones programadas una vez por semana y en ocasiones cada quince días. Se valoró el estado actual de la paciente a través de test gráficos y cuestionarios, ambos de tipo proyectivos. (Anexos)

Inicialmente con la familia se practicó una evaluación del estado actual de las relaciones entre los miembros de la familia y de las funciones realizadas y carentes

en las interacciones familiares. La psicoeducación juega un papel importante como principio terapéutico buscando el atenuar conflictos leves, dejando los problemas nucleares para un tratamiento más profundo.

Desafortunadamente, por cuestiones de fuerza mayor se interrumpió el tratamiento iniciado con la paciente y su familia, obligándonos a poner una pausa de alrededor de 4 a 5 semanas. Esto llevó a aumentar el riesgo de deserción del tratamiento que finalmente desencadenó en el aborto del mismo por parte de la familia. Pese a la inesperada finalización de la intervención terapéutica se logró tres aspectos básicos en la patología psicótica infantil: observar – evaluar – planificar.

Con relación a la paciente y su familia hasta la fecha de la última sesión se trabajó, con buenos resultados, en estabilizar a la menor en sus síntomas y en su brote psicótico, sin embargo, no descartamos la posibilidad de nuevas recaídas debido a la gravedad del trastorno, el pronóstico de la niña es de carácter reservado.

CAPITULO V

RESULTADOS

Discusión

Esta investigación nos aclara la panorámica actual y local del trastorno psicótico infantil, surgen incógnitas sobre su origen, tratamiento y diagnóstico en la clínica diaria. En el caso presentado se manifiestan alucinaciones visuales, auditivas, delirios, entre otros síntomas más, propios del trastorno psicótico, la niña se encuentra estancada en una etapa primaria de desarrollo psicológico cognitivo, a lo que señala Piaget citado en Pombo – Sanchez (2006): “En general psicóticos son aquellos niños que continúan anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos, son niños que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas. Es sin duda un trastorno que afecta al desarrollo y la personalidad del niño”

En el momento del diagnóstico clínico, uno de los principales cuestionamientos sobre el tema es la delgada línea que existe en los niños entre alucinación e imaginación, ¿cómo podemos abordar este eje principal de manera idónea? En el adulto resulta más preciso el diagnóstico debido a que su evolución cognitiva y psicológica descarta una imaginación que en el caso de los niños es algo característico.

Existe también una determinante influencia familiar para el desarrollo de la enfermedad, problemas parentales conyugales, fratrias medias, presencia de familiares no consanguíneos, entre otros, sin embargo, como lo señala Batenson (1956) en su modelo ambiental sobre la teoría del doble vínculo, en donde se indica que, la influencia patológica familiar puede originar la enfermedad y la enfermedad como tal influye en el mantenimiento de la disfuncionalidad familiar, no se certifica en su totalidad que la esquizofrenia en un individuo sea completamente originada por la disfuncionalidad familiar. Debemos entonces tomar en cuenta la influencia biológica – hereditaria que también se hace presente en el caso expuesto, mitomanía crónica junto con características psicóticas por parte del abuelo paterno, ¿rasgos de disfuncionalidades psicológicas en los padres o familiares directos pueden influenciar endógena o exógenamente en el individuo? Es decir, ¿prevalece más el factor ambiental – conductual o tiene más importancia el factor genético – biológico? Podemos preguntarnos así, ¿qué tan determinantes y contundentes, en nuestro medio, llegan a ser los resultados que asegura la teoría epigenética pueden llegar a darse en el individuo?

Esto nos lleva a corroborar ciertos datos encontrados en el diagnóstico y tratamiento que coinciden con los expuestos dentro del marco teórico desde las perspectivas indicadas y conjuntamente con los aportes e investigaciones en psicosis infantil. Artaloytia (2015), Peyron (2003) Cardno & Gottesman (2000) entre otros sugieren el posible tratamiento psicoanalítico para la psicosis, sin embargo vemos que existe escasos de estudios bien documentados sobre esta intervención, aunque estos autores hacen énfasis de que el aporte psicoanalítico dentro del tratamiento es importante por más pequeño que este pueda llegar a ser, debemos preguntarnos si en nuestro medio está el psicoanálisis lo suficientemente desarrollado para abordar de forma eficaz esta patología? Vemos también como en el tratamiento Cognitivo – Conductual, Travé & Pousa (2012), Álvarez Jiménez et al. (2009), Muñoz & Ruiz (2007), Cuevas – Yust (2006) entre muchos más, refieren aportes sobre la eficacia de esta intervención para la patología, esta rama junto con la intervención Sistémica Familiar, Ciceri, Saldarriaga & Franco, (2008), Fernández & Giraldez, (2000) entre otros, son las mayormente direccionadas para la intervención terapéutica.

El estudio de casos ha sido una modalidad utilizada por varios autores, Muiña (2012) Obando (2007), Pombo Sánchez (2006), Vallina, Lemos & Fernández (2006) Haddock & Lewis (2005) entre otros, para dar a conocer la presencia de la enfermedad y analizar los posibles tratamientos junto con concordancias en aspectos de origen de la patología, influencia externa y ambiental desde el contexto familiar hasta el ámbito social y cultural.

No podemos negar la envolvente influencia externa a la que estamos sometidos, así es como factores influyentes, en muchos de los casos se vuelven factores desencadenantes de patologías varias. La globalización no solo queda hoy en día para el campo tecnológico, comercial, económico etc. Si no llega también al campo médico y psicológico, por ende, enfermedades que anteriormente eran propias de países y lugares lejanos llegan a nuestras realidades y contextos, nuestra visión debe ampliarse hacia el mundo que hoy en día nos envuelve ¿Estamos preparados para abordar este tipo de patologías? Tanto en la atención pública como privada es necesaria la amplitud de conocimiento sobre el tema, desarrollar e implementar planes de atención e intervención para trastornos psicóticos infantiles y otras patologías poco comunes nos permitirá expandir la atención clínica y mejorar el servicio médico y psicológico que se está dando hoy en día.

Conclusiones

Entre los principales aspectos concluyentes señalamos:

- La psicosis infantil como enfermedad se encuentra presente de manera real, es decir, a diferencia de años atrás no podemos negar ni descartar la posibilidad de que un niño/a este afectado por esta enfermedad, sin embargo, la presencia de dicho trastorno aún está envuelto de misticismos, incógnitas y escepticismos que interfieren y enlentecen un diagnóstico adecuado en el niño/a. Por lo general siempre se pretenderá diagnosticar otro tipo de resultado dejando de última opción o descartando la presencia de cuadros psicóticos infantiles. Este acontecimiento se produce principalmente por la falta de información, estudios y actualizaciones acerca de la psicosis infantil tanto en origen como en tratamiento.
- La principal corriente psicológica que explica el posible origen de la psicosis dentro de nuestro trabajo viene a ser la corriente Psicoanalítica, el enfoque Cognitivo – Conductual y el enfoque Sistémico Familiar son en la actualidad los más adecuados para el tratamiento de la enfermedad.
- La atención clínica se encuentra vulnerable ante la presencia de un niño/a con este tipo de padecimiento, son escasos los lugares a nivel mundial y local en donde existen centros, hospitales y sobre todo programas de atención e intervención para cuadros psicóticos infantiles.
- A nivel local, existe escases y nulidad de registros de pacientes que se hayan presentado con psicosis infantil. Esto no quiere decir que no se haya suscitado anteriormente casos de este tipo, sino más bien nos indica la falta de conocimiento acerca del tema y el escepticismo sobre la presencia de psicosis en la niñez y un posible diagnóstico de la misma.
- Las expectativas del sujeto que contrae este trastornos son de carácter reservado, los estudios demuestran que existen porcentajes de pacientes que logran alcanzar un estilo y una calidad de vida

aceptables, logrando metas y grados de independencia, sin embargo también existe el otro grupo de sujetos que se ven envueltos completamente por la enfermedad truncando de esta forma sus expectativas de vida y adquiriendo nuevas patologías comorbidas al cuadro psicótico.

- La familia, el contexto en el que se desarrolla el niño/a y el medio externo, a través de estudios epigenéticos, demuestran ser factores de suma importancia tanto para la génesis de la patología como para su desencadenamiento y en algunos casos para su persistencia, sin embargo, existen también tendencias que respaldan una posible carga hereditaria y genética de la enfermedad.
- La influencia externa, refiriéndonos a la globalización e interconectividad, puede llegar a ser un factor desencadenante y activador de psicosis y otras patologías infantiles
- Existe relativa escases de técnicas y enfoques psicológicos para el tratamiento del paciente con enfermedad psicótica infantil, es por eso que la medicación sigue siendo la primera opción y el trabajo con el grupo familiar el soporte para el tratamiento.
- La incursión en el campo científico investigativo es una opción relevante a tomar en cuenta por parte de instituciones, centros de investigación y universidades en búsqueda de adquirir o generar nuevos conocimientos que permitan dar una adecuada respuesta ante el llamado de los pacientes.
- El Estudio de Caso como herramienta en la investigación clínica y como generador de nueva información resulta de de gran utilidad, puesto que es una técnica adecuada para el trabajo en temas relativamente nuevos y escasamente investigados

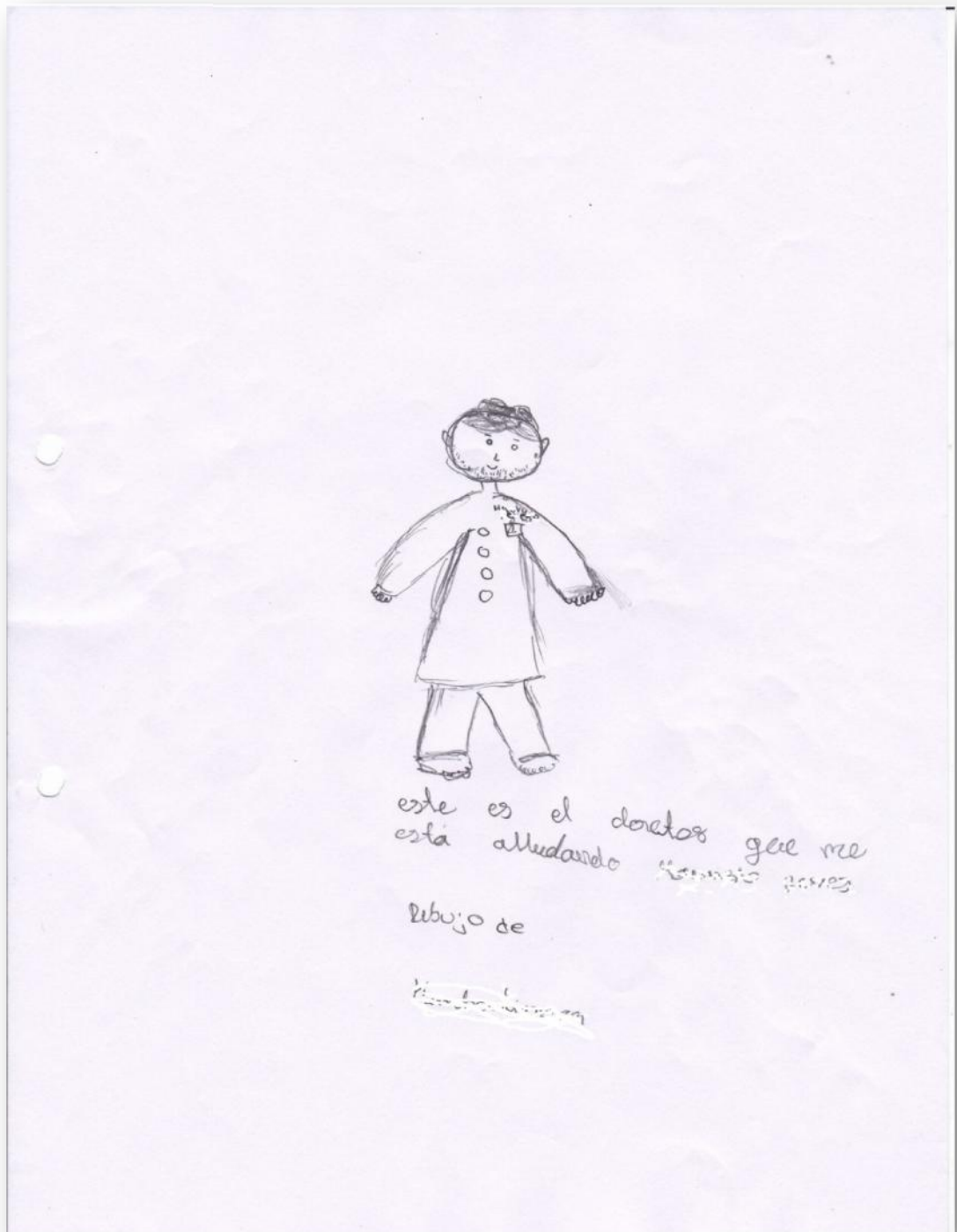
Recomendaciones

Es necesario señalar la importancia de emprender actividades de tipo investigativas acerca de temas poco estudiados, vemos como el caso de la psicosis infantil es uno de ellos, de esta forma, cualquier actividad científica que conlleve a un mejoramiento en el entendimiento y en una adecuada práctica clínica vendrá a ser de una utilidad innegable

Por otra parte, el incremento y la inclusión de programas terapéuticos en instituciones públicas o privadas que sean aptos para el abordaje de enfermedades mentales como la psicosis infantil mejoraría notablemente el diagnóstico y el tratamiento de esta y otras enfermedades.

Finalmente, invitamos al profesional de la salud mental a expandir sus horizontes y su visión clínica, todo esto debido al incremento de enfermedades que se presentan hoy en día, no podemos negar la posibilidad de un diagnóstico por mas infrecuente que este sea en nuestro medio, la modificación de las enfermedades mentales nos hace un llamado a poner en práctica una modificación en nuestros conceptos médicos y terapéuticos en busca siempre de una mejor atención clínica.

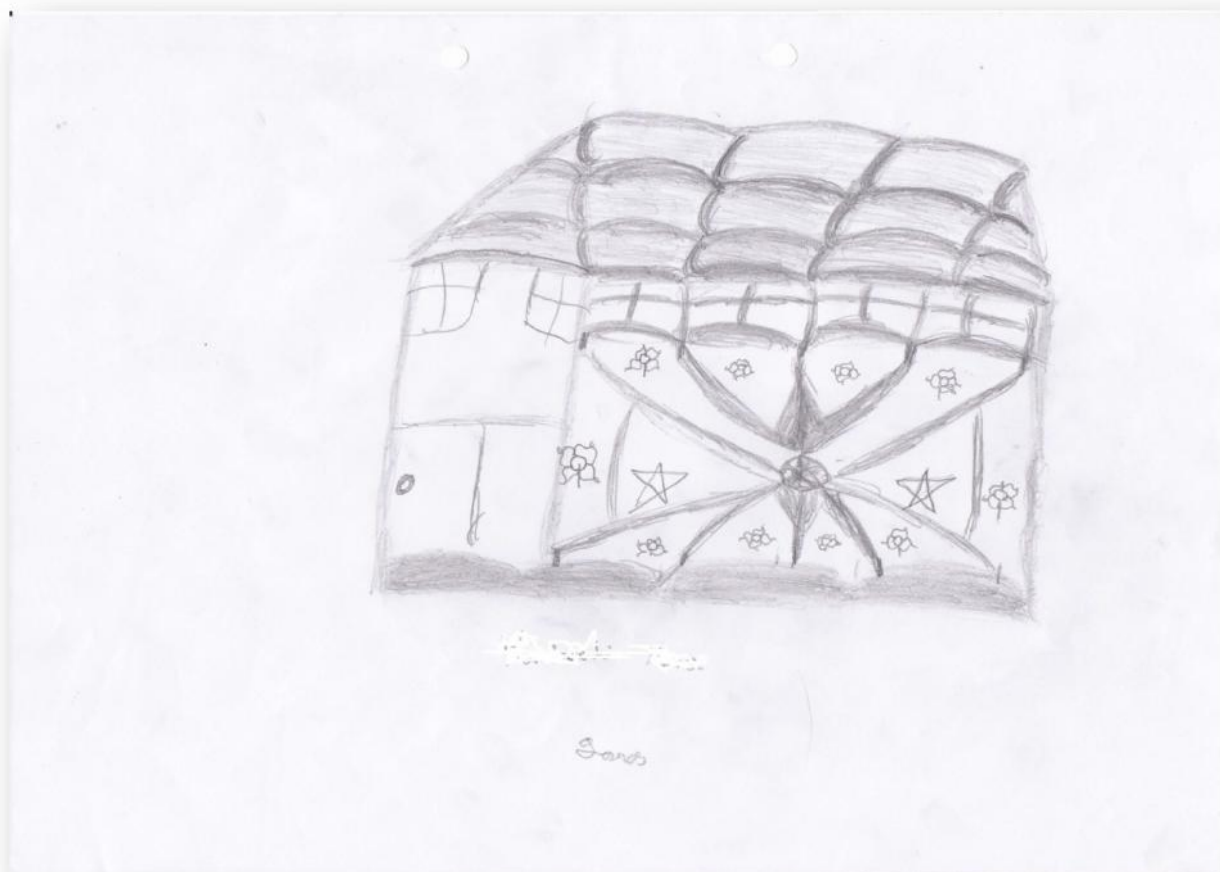
Anexos



Anexo 1. Test Proyectivo H.T.P. (Persona)



Anexo 2. Test Proyectivo H.T.P. (Árbol)



Anexo 3. Test Proyectivo H.T.P. (Casa)



Anexo 4. Test Proyectivo “La Familia”



Anexo 5. Test Proyectivo "Persona Bajo la Lluvia"



Anexo 6. Dibujo Libre de Proyección "Charlie – Charlie"

Referencias Bibliográficas

- aepap.org. (Febrero de 2004). *Asociacion Española de Pediatría de Atención Primaria* . Obtenido de Desarrollo Psicológico: <http://www.aepap.org>
- Akhutina, T. (2002). L.S. Vigotsky y A.R. Luria: la formación de la neuropsicología. *Revista Española de Neuropsicología* , 108 - 129.
- Amar Amar, J., Abello Llanos, R., & Tirado García, D. (2004). *Desarrollo infantil y construcción del mundo social*. Barranquilla : Ediciones Uninorte.
- Artaloytia, J. F. (2015). Psicoanálisis y esquizofrenia, ¿ una relación acabada? *Norte de Salud Mental*, 11 - 25.
- Baez, J. (2010). El dispositivo analítico para el caso de la psicosis. *Revista CES Psicología* , 115 - 125.
- Baez, J., Fernández Rodríguez, R., Karan Rozo, J., & Velosa Forero, J. (2008). Factibilidad de Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis en un Programa Institucional de Inclusión Social. *Tesis Psicológica*, 100 - 115.
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. J., & Ventura - Juncá, P. (2010). Aportes de la Epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista Médica Chile*, 266 - 372.
- Belarga, G. (2007). Las psicosis infantiles: del "autismo" a la psicotización . *Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 01 - 15.
- Berdullas, P., Malamud, M., & Ortiz Zevalla, G. (2010). Psicosis y Significación en Freud. *Anuario de Investigaciones*, 41 - 46.
- Berger, K. S. (2006). *Psicología del Niño: Infancia y Adolescencia 7ma Edición*. Madrid - España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Bernal, H. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano. *Revista electrónica de psicología social*, 01 - 06.
- Bolatti, L. (2013). Influencias ambientales, genéticas y hereditarias en el desarrollo del niño desde el embarazo. *Fundamentos del Desarrollo Humano*.
- Bordignon, N. A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erickson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación* , 50 - 64.
- Cano, P., Gallano, A., & Castaño, M. (1997). Trastornos psicóticos: ¿deficit o falla de lenguaje? *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 531 - 536.
- Carazo, M., & Piedad, C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión* , 166 - 193.
- Coriat, E. (2011). Las Psicosis y los Niños. *Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis*, (págs. 01 - 09). Buenos Aires.
- Craig, G. B. (2001). *Desarrollo Psicológico 8va Ed.* México: Pearson Educación .
- Cuellar Obando, A. (s.f.). Un caso de Psicosis Infantil. *Diseño y ejecución de un dispositivo analítico para la intervención de la psicosis infantil*. Bogotá.
- Cuevas Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología* , 267 - 292.

- Cuevas, C., & Parona, S. (1997). Tratamiento Cognitivo Conductual de las Ideas Delirantes de un paciente esquizofrenico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 275 - 291.
- Delval, J. (2002). *El desarrollo Humano*. España: Siglo XXI.
- Dor, J. (1996). La psicosis lacaniana. *Psicoanálisis APDeBA*, 461 - 476.
- Espina, A. (1991). Terapia Familiar en la Esquizofrenia. *Revista de Psicoterapia II*, 13 - 33.
- Espina, A., & Gonzalez, P. (2003). Intervenciones Familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Salud Mental*, 51 - 58.
- Fong Reynoso, C. (2008). El estudio de casos en la preparacion de tesis de posgrado en el ambito de la PYME. *XXII Congreso Anual de AEDEN*, (págs. 01 - 14). Salamanca.
- Freud, S. (1973). *Tres ensayos sobre una teoria sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1980). *La Regresion en la interprentacion de los sueños 1900 obras completas Vol. 5*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Garcia Cabeza, I. (2008). Evolucion de la Psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociacion Española de Neuropsiquiatria*, 09 - 25.
- Garcia Cabeza, I. (2008). Evolucion de la Psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociacion Española de Neuropsiquiatria*, 09 - 25.
- Garcia Cavazos, R. (2003). Epigenetica: una explicacion de las enfermedades hereditarias . *Perinatol Reproduccion Humana*, 57 - 60.
- Gomez Montanelli, D. P. (2005). ¿ Las experiencias paranormales son psicologicamente perturbadoras? Un estudio comparando dos muestras encuestadas. *Revista de Neuro - Psiquiatria*, 108 - 117.
- Gumley, A., & Schwannauer, M. (s.f.). Volver a la normalidad despues de un trastorno psicotico . *Biblioteca de Psicologia*, 16 - 31.
- Gutierrez Ciceri, C., Ocampo Saldarriaga, M. V., & Gomez Franco, J. (2008). Terapia Cognitivo Conductual en esquizofrenia: una revision narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 164 - 174.
- Jimenez Pascual, A. M. (1999). Estructuras clinicas intermedias en la psicosis infantil. *Asociacion Española de Neuropsiquiatria*, 151 - 159.
- Jimenez Pascual, A. M. (s.f.). Dispositivos de Internamiento Terapeutico para Patologia Mental Grave de Niños y Adolescentes. *Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil*, 168 - 186.
- Keegan, E., & Garay, E. (2007). Terapia Cognitivo Conductual de la Esquizofrenia. *Vertex*, 423 - 427.
- Maganto Mateo, C., & Cruz Saez, S. (s.f.). Desarrollo fisico y psicomotor en la etapa infantil . 01 - 41.
- Menendez Osorio, F. (2014). Salud Mental Infantil: de que hablamos al referirnos al niño en psicopatología. Prevencion y clinica en psicopatología infantil. *Revista Asociacion Española de Neuropsiquiatria*, 353 - 372.
- Moretto, Viviana y Nocera, M., & Monica, C. (2007). El Tratamiento de la Psicosis. Su Eficacia. *XIV Jornadas de Investigacion y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicologia del Mercosur*. Buenos Aires.
- Moscardó, B., Corchero Fernandez, A., Villegas Briz, M., Garcia del Moral, A., & Hijano Bandera, F. (2010). Psiquiatria Infantil: patologia prevalente en Atencion Primaria, abordaje y tratamiento. *Revista Pediatria de Atencion Primaria*, 93 - 106.

- Muela, J. A., & Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervencion familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 01 - 06.
- Muiña, D. (2012). *Psicosis en la Infancia, en la Niñez y en la Pubertad*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Muñoz Molina, F., & Ruiz Cala, S. (2007). Terapia Cognitivo Conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 98 - 110.
- Naciones Unidas. (s.f.). *Naciones Unidas*. Obtenido de www.un.org
- Nogales Rivera, N. (2012). Introduccion al concepto de Psicosis dedes la psiquiatria a J. Lacan. *Divendres*.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (s.f.). Obtenido de <http://www.paho.org/>
- Parra, A. (2004). *Fenomenos Paranormales 1ra Ed*. Buenos Aires: Kier.
- Piaget, J. &. (1976). *Desarrollo Cognitivo*. España: Fomtaine.
- Pombo Sanchez, A. (2006). Las Psicosis Infantiles en la Consulta de Pediatria. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 05 - 18.
- Salud, O. P. (1994). *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. Washington D.C.: Paltex.
- Sparrow, C. (s.f.). Explicaciones etiologicas de la Psicosis. *Revista de Investigacion en Psicologia*, 135 - 164.
- Tapia Donoso, S. (2014). *La Funcion Terapeutica de la Institucion en el Tratamiento de la Psicosis*. Chile.
- Travé Martinez, J., & Tomas Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revision . *Papeles del Psicologo*, 48 - 59.
- Vallina Fernandez, O., & Lemos Giraldez, S. (2000). Dos decadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 671 - 681.
- Vallina Fernandez, O., & Lemos Giraldez, S. (2001). Tratamientos psicologicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 345 - 364.
- Vallina Fernandez, O., Lemos Giraldez, S., & Fernandez Iglesias, P. (2006). Estado actual de la deteccion e intervencion temprana en psicosis. *Apuntes de Psicologia*, 185 - 221.
- Vigotsky, L. (1978). *El Desarrollo de los Procesos Psicologicos Superiores*. Barcelona: Editorial Critica.