



Facultad de Psicología – Universidad de la República



Trabajo Final de Grado

Monografía

***Esquizofrenia y estrés: relevancia e incidencia
de los estresores en el inicio, curso y
reagudizaciones de psicosis esquizofrénicas***

Autora: Florencia Crespo Falero
C.I: 5001.753-4

Tutora: Asist. Mag. Laura de los Santos Balcells

Revisor: Asist. Lic. Ignacio Porras Fuica

Montevideo, Uruguay
Octubre 2020

Ninguna época ha sabido tantas y tan diversas cosas del hombre como la nuestra.

Pero en verdad, nunca se ha sabido menos qué es el hombre

Martin Heidegger (1929)

Resumen

Partiendo de las teorizaciones del modelo de Vulnerabilidad y Estrés, existe una vulnerabilidad orgánica a los estresores en pacientes con psicosis esquizofrénica; cuanto mayor es el grado de vulnerabilidad, menor monto de estrés es necesario para sobrepasar el umbral del sujeto y producir una respuesta desfavorable, no logrando restablecer la homeostasis interna, necesaria para la salud.

Numerosa evidencia sostiene que el estrés incide negativamente en el curso de la psicosis esquizofrénica, precipitando su aparición, agravando y manteniendo su sintomatología o provocando reagudizaciones.

Los estresores pueden ser agudos o instaurarse de forma crónica en modos de relacionamiento vinculares con pacientes con trastornos mentales graves, como los patrones de comunicación que se presentan en la alta Emoción Expresada, convirtiéndose este en uno de los más importantes predictores de recaídas.

Comprender el estrés como elemento de descompensación psicótica implica ampliar la mirada incorporando la importancia de la contingencia y de las vicisitudes de la vida en el curso de la patología, en el entendido que la prevención y el control del estrés incide directamente en la disminución de la tasa de recaídas.

Esto se traduce en una correcta formación de quienes trabajan en salud mental, una adecuada psicoeducación del paciente y su entorno, y en el diseño e implementación de más efectivas y eficientes intervenciones terapéuticas con un menor riesgo iatrogénico.

Palabras Clave: *emoción expresada, esquizofrenia, estrés, estresores, vulnerabilidad y estrés.*

Índice

Resumen	2 pág.
I. Introducción	4 pág.
II. Desarrollo	6 pág.
1. La Esquizofrenia.....	6 pág.
1.1. Definición.....	6 pág.
1.2. Etiología.....	7 pág.
1.3. Formas de Comienzo.....	7 pág.
1.4. La Esquizofrenia en los Manuales DSM.....	8 pág.
1.4.1. Criterios Diagnósticos.....	8 pág.
1.4.2. Prevalencia.....	8 pág.
1.4.3. Aspectos Diagnósticos. Inicio y Consideraciones en Torno al Género.....	9 pág.
1.5. Subtipos de la Esquizofrenia.....	10 pág.
1.6. Curso y Pronóstico.....	10 pág.
2. Hacia una Comprensión Cabal de la Esquizofrenia: Una Perspectiva Histórica Más Allá del DSM.....	11 pág.
2.1. Comienzos y Siglo XIX.....	11 pág.
2.2. Siglo XX.....	13 pág.
2.3. Actualidad.....	17 pág.
3. Esquizofrenia Incipiens: La Importancia del Trema	17 pág.
4. El Estrés.....	19 pág.
5. ¿Ansiedad o Angustia? Precizando Términos.....	22 pág.
5.1. La Angustia Psicótica.....	24 pág.
6. La Importancia del Estrés en el Inicio y Curso de la Esquizofrenia.....	25 pág.
6.1. Estrés Percibido. Acontecimientos Vitales Estresantes y Experiencias Traumáticas.....	26 pág.
6.2. Factores Implicados en el Estrés.....	28 pág.
6.3. Vulnerabilidad y Estrés.....	29 pág.
7. La Emoción Expresada	31 pág.
8. Intervenciones Psicosociales en Rehabilitación en Esquizofrenia.....	34 pág.
8.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	36 pág.
III. Consideraciones Finales	38 pág.
IV. Referencias Bibliográficas	41 pág.

I. Introducción

La presente monografía es el resultado de inquietudes académicas que hallan su germen en el ejercicio de la praxis de mi última práctica pre profesional de la licenciatura en Facultad de Psicología, UdelaR, en la cual acompañé las intervenciones técnicas en un grupo terapéutico con población psicótica, en calidad de pasante durante el año 2019, en un centro de rehabilitación psicosocial de Montevideo, Uruguay. Esta experiencia enriquecedora me permitió compartir el día a día con sus usuarios, siendo con mi presencia y escucha, testigo de sus historias de vida, con sus vicisitudes, y con esas victorias y derrotas que tenemos todos; a veces masivas, a veces ínfimas, que conforman el transitar de la vida, y que habilitan ese encuentro con el otro, que permite ver más allá de una patología, lo inherentemente humano.

El escrito persigue como objetivo el abordaje de la relevancia e incidencia de los estresores en el inicio y curso de la esquizofrenia. Brindando consideraciones y aportes relevantes de la relación existente entre la psicosis esquizofrénica y la presencia de diversos estresores, tanto crónicos como agudos, pudiéndose tornar en factores relevantes en el rumbo singular que tomará el curso de la enfermedad en cada sujeto, proclives de desencadenar el inicio de la patología o de reagudizaciones una vez instaurada la misma, así como también en el mantenimiento o exacerbación de la sintomatología preexistente.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (2019), considera a la esquizofrenia como un trastorno mental grave, que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Está asociada a una discapacidad considerable que suele incidir negativamente en el desempeño laboral y educativo de quienes la padecen y se caracteriza por una distorsión del pensamiento, percepciones, emociones, lenguaje, conducta y conciencia de sí, cuyas experiencias más frecuentes son las alucinaciones y los delirios.

Más del 50% de las personas con esquizofrenia no están recibiendo una atención apropiada. El 90% de quienes no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. A sí mismo, los pacientes con esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el resto de la población (OMS, 2019).

De cara a las cifras alarmantes que arroja la OMS se torna un compromiso social en salud mental indispensable y necesario producir, divulgar y sistematizar conocimiento

que contribuya a la comprensión integral de esta patología, teniendo en cuenta el contexto del sujeto y la importancia de los factores protectores y de riesgo que entran en juego e inciden en el curso de la misma. Esto se traducirá en una correcta y más informada formación de quienes trabajan en salud mental, así como una adecuada psicoeducación del entorno del paciente, y en el diseño y la implementación de más efectivas y eficientes intervenciones terapéuticas pertinentes, con un menor riesgo de iatrogenia, junto con la incorporación de prácticas más saludables, que ayudaran a salvar la brecha de los altos costes, tanto económicos como personales que tiene esta enfermedad en la vida de quienes la padecen y en sus familias; mejorando así la prevención, el pronóstico y la calidad de vida de estas personas.

En lo referente a la organización interna del siguiente trabajo, está estructurado articulando y presentando los postulados de diversos autores relevantes en la temática, tanto clásicos como contemporáneos, buscando darles voz a los mismos, haciéndolos dialogar entre si.

En primera instancia, se abordarán definiciones de los autores Ey y Gabbard, y consideraciones clínicas de la esquizofrenia, situándonos en principio también con una mirada desde el paradigma actual, por el cual se rigen los Manuales de Diagnóstico y Estadística DSM-IV y DSM 5, para luego introducir al lector en un breve recorrido histórico a través de algunos de los hitos y referentes más importantes que con sus aportes contribuyeron a ir conceptualizando y delimitando el cuadro de la esquizofrenia hasta la actualidad tal y como lo conocemos. Dando fin a esta primer mitad del escrito, con la perspectiva de Conrad y sus teorizaciones sobre la Esquizofrenia Incipiente. En la segunda mitad, se inaugura la temática del Estrés, abordándolo desde las visiones de sus más notables teóricos como lo son Selye, Brandford Cannon, Lazarus y Folkman, realizando una necesaria diferenciación entre conceptos que suelen solaparse, como lo son la ansiedad y la angustia, precisando las características específicas de la angustia psicótica. A continuación se planteará la importancia del estrés y sus factores implicados en el inicio y curso de la patología, dándole especial relevancia a una teoría clásica y pionera en su tiempo en las conceptualizaciones del estudio del estrés en la esquizofrenia, de la mano de Zubin y Spring; Vulnerabilidad y Estrés. Se presentarán algunas nociones sobre la emoción expresada, enfatizando en su aspecto negativo, la alta emoción expresada. Concluyendo, a modo de cierre con una introducción a la especificidad de la rehabilitación psicosocial en población con esquizofrenia; al entrenamiento en habilidades sociales y al manejo del estrés como alternativas posibles a lo desarrollado a lo largo del escrito. Para finalizar se plasmarán mis reflexiones y consideraciones finales, en calidad de autora, respecto a la temática que nos convoca.

II. Desarrollo

1. Esquizofrenia

1.1. Definición

Para el exponente clásico, el psiquiatra Henri Ey (1978), la esquizofrenia es una enfermedad mental que encuentra una dificultad por parte de los clínicos para alcanzar un consenso en pos de una definición rigurosa de dicha patología.

Sin embargo, el autor la define como:

Una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario. (Ey, 1978, p. 473)

Basándose en su concepción órgano dinámica, reconoce a la psicosis esquizofrénica como una “forma de existencia delirante que comporta experiencias delirantes primarias y una elaboración autística o secundaria del delirio en la constitución con el Mundo” (Ey, 1978).

En tanto el psiquiatra Glen Gabbard (2006), identifica a la esquizofrenia como “una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes”.

En ella pueden reconocerse tres ejes bien diferenciados: los síntomas positivos; refiriendo a todo lo concerniente a la sintomatología florida, encarnando la presencia innegable en el cuadro de lo novedoso que aparece con la enfermedad, tales como los delirios, las alucinaciones y las manifestaciones conductuales referentes a la psicomotricidad. Los síntomas negativos; que representan las ausencias, las funciones que se pierden con la patología, como lo son el afecto restringido, la pobreza del pensamiento, la anhedonia y la apatía, y finalmente como último eje se identifican las alteraciones en las relaciones personales, grupo que encuentra su manifestación a través del retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y de sexualidad, y dificultades en establecer un contacto significativo con un otro (Gabbard, 2006).

1.2. Etiología

Siguiendo a Gabbard (2006), las causas de la esquizofrenia son entendidas como una compleja interacción entre vulnerabilidad genética, atributos ambientales y rasgos individuales, siendo esta una de las teorías más aceptadas por la comunidad científica.

Los factores genéticos en particular, representan un relevante papel en el desarrollo de esta enfermedad mental. Siendo tal su importancia que en ausencia de dichos factores, a pesar de situaciones familiares disruptivas no se desarrolla la patología en la descendencia (Wahlberg y col., 1997, como se citó en Gabbard, 2006).

Continuando con el autor, estudios arrojan una concordancia en gemelos monocigotas de entre el 40% y 50% (Kety, 1996; Plomin y col., 1990, como se citó en Gabbard, 2006).

Sin embargo, no hay factores necesarios ni suficientes para que se desarrolle el trastorno.

Lo que es innegable es que la esquizofrenia es una patología que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único; un individuo dinámicamente complejo que reacciona a una enfermedad altamente perturbadora (Gabbard, 2006).

1.3. Formas de Comienzo

Ey (1978), identifica cuatro formas de comienzo en la esquizofrenia:

Formas Progresivas e Insidiosas: en las cuales el sujeto algunas veces se va retrayendo de a poco, pudiendo pasar desapercibidos para el entorno estos primeros cambios de comportamiento. En estas formas hay una organización caracterológica de la personalidad premórbida pre esquizofrénica que se agrava.

Formas de Comienzo por Estados Psicóticos Agudos: asistiéndose aquí a una dramática ruptura entre el funcionamiento pre mórbido y la irrupción de un cuadro agudo que instaura la psicosis.

Formas de comienzo cíclicas: produciendo una serie de recidivas en la cual el estado de la persona va empeorado paulatinamente, entrando en la situación de deterioro progresivo propio de la psicosis esquizofrénica, pero con picos agudos que se dan en determinados momentos.

Monosintomática: en la cual la patología debuta por medio de un solo síntoma, totalmente extravagante y generalmente violento, como un asesinato o una mutilación.

1.4. La Esquizofrenia en los Manuales DSM

1.4.1. Criterios Diagnósticos.

Actualmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta y última edición del año 2013; DSM-5; herramienta taxonómica y de diagnóstico publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría, identifica como criterios diagnósticos para la esquizofrenia;

La presencia de dos o más de los siguientes síntomas, presentes durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito).

Y de los cuales al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos

Implicando esta sintomatología un déficit en el funcionamiento en uno o más ámbitos relevantes en la vida del sujeto, tales como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal (DSM-5, 2013).

Persistiendo los signos continuos del trastorno por al menos seis meses, de los cuales al menos un mes (o menos si el paciente fue tratado con éxito) estén presentes dos o más de los síntomas de la fase activa numerados anteriormente, pudiendo incluir períodos de síntomas en fases prodrómicas o residuales; manifestándose dos o más síntomas de la fase activa pero atenuados (como percepciones o creencias extrañas), o únicamente manifestarse la sintomatología negativa (DSM-5, 2013).

1.4.2. Prevalencia.

La prevalencia de la esquizofrenia según el DSM-5 (2013), es 0,3% al 0,7%, existiendo variaciones según raza, grupo étnico y origen geográfico.

1.4.3. Aspectos Diagnósticos. Inicio y Consideraciones en Torno al Género.

Debido a que no existe síntoma patognomónico de la esquizofrenia, para su diagnóstico es necesaria la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro en el funcionamiento en el área social y laboral, contemplando la significativa variación en las características y presentación del cuadro, los cuales cambiarán según las particularidades del sujeto (DSM-5, 2013).

En cuanto al inicio de la sintomatología psicótica en la esquizofrenia, aparece generalmente entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena; siendo raro el inicio antes de la adolescencia. Hay una diferencia entre mujeres y hombres en el pico de inicio de los primeros episodios psicóticos, siendo en los hombres en la primera mitad de la veintena y existiendo generalmente en las mujeres un inicio tardío en comparación con estos, situándose en finales de la veintena (DSM-5, 2013).

La presentación y manifestación de la patología también tiene diferencias en ambos sexos; los casos de inicio tardío de la esquizofrenia (mayor a los 40 años), se encuentran enormemente representados por mujeres en las cuales en estos casos generalmente la enfermedad se suele presentar con un predominio de la sintomatología psicótica, preservando los negativos; el afecto y el funcionamiento social (DSM-5, 2013).

Según el DSM-5 (2013):

La edad de inicio más temprana se ha considerado tradicionalmente un factor que predice un peor pronóstico. Sin embargo, el efecto de la edad de inicio probablemente se relacione con el género, teniendo los varones un peor ajuste premórbido, menores logros académicos, síntomas negativos y disfunción cognitiva más prominentes, y un pronóstico peor en general (p.102)

Mientras que en las mujeres el DSM-5 (2013), sostiene que el funcionamiento social tiende a encontrarse más preservado. En estos casos el cuadro clínico generalmente puede observarse con una sintomatología con mayor carga afectiva, mayor presencia de síntomas psicóticos, y con una tendencia más grande a que esta sintomatología psicótica empeore en el curso de la vida.

No obstante, si bien el comportamiento hostil y agresivo puede asociarse a la esquizofrenia (aunque las agresiones espontáneas sean poco comunes), la agresión es más frecuente encontrarla en un perfil de hombre joven, en sujetos con antecedentes previos de violencia, que no adhieren al tratamiento, y con abuso de sustancias e impulsividad (DSM-5, 2013).

El riesgo suicida en la esquizofrenia es un hecho al cual se debe prestar especial atención. Si bien la esperanza de vida se ve disminuida en las personas que padecen la enfermedad debido a afecciones médicas asociadas tales como el aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, acompañadas de la ausencia o del escaso mantenimiento de hábitos de vida saludables (DSM-5, 2013), es el suicidio, según Racon et al., (2004), la principal causa de muerte prematura.

Según este autor el riesgo suicida es de 20 a 50 veces mayor en comparación con la población general. En tanto las estadísticas arrojan cifras que afirman que entre el 9% y el 13% de los sujetos con esquizofrenia terminaron sus vidas suicidándose, mientras que entre un 20% y 40% han llevado a cabo intentos de suicidio (Racon et al., 2004).

Este riesgo de suicidio podría ser especialmente elevado en los hombres jóvenes con comorbilidad de consumo de sustancias (DSM-5, 2013).

1.5. Subtipos de la Esquizofrenia

El manual DSM-5 (2013), retiró de su última edición la diferenciación entre subtipos de la esquizofrenia según el cuadro clínico, estando presente en su anterior edición, DSM-IV-TR, identificándose en esta:

Esquizofrenia tipo Paranoide: caracterizada por ideas delirantes o alucinaciones auditivas, conservando relativamente la capacidad cognoscitiva y la afectividad.

Esquizofrenia tipo Desorganizada: caracterizándose por lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada.

Esquizofrenia tipo Catatónica: en la que se observa marcada alteración psicomotora.

Esquizofrenia tipo Indiferenciada: en la cual se cumplen los criterios diagnósticos para esquizofrenia pero no para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

Esquizofrenia tipo Residual: se identifica por la existencia de al menos un episodio psicótico anteriormente, pero con la presencia actual de síntomas psicóticos negativos o positivos atenuados, sin clara sintomatología positiva.

1.6. Curso y Pronóstico

Siguiendo al DSM-5 (2013):

Los factores que predicen el curso y el pronóstico se desconocen en gran parte, de forma que ni el curso ni el pronóstico se pueden predecir de manera fiable. El curso parece ser favorable en alrededor del 20 % de los sujetos con esquizofrenia, y un pequeño número de individuos se recupera por completo. Sin embargo, la mayoría de los individuos con esquizofrenia sigue requiriendo apoyo formal o informal para su vida diaria, y muchos permanecen crónicamente enfermos, con exacerbaciones y remisiones de los síntomas activos, mientras que otros sufren un curso de deterioro progresivo (p. 102).

Mientras que la sintomatología psicótica tiende a disminuir a lo largo de la vida, los síntomas negativos dependen en mayor medida del pronóstico y suelen ser más persistentes. En tanto los déficits cognitivos presentes pueden no mejorar. (DSM-5, 2013).

2. Hacia una Comprensión Cabal de la Esquizofrenia: Una Perspectiva Histórica Más Allá del DSM.

2.1. Comienzos y Siglo XIX

Rastreando los orígenes más remotos de la esquizofrenia, los primeros hallazgos encuentran que la medicina tradicional india; la medicina ayurvedica, cuyo enfoque es holístico, integrando la medicina natural, dieta y masajes con un cambio y regulación del estilo de vida, se ha utilizado desde su formulación, que data del año 1000 a.C, para el tratamiento de esta patología mental. Utilizándose aun en la actualidad, si bien también se implementan abordajes terapéuticos occidentales, antipsicóticos y tratamientos hospitalarios (Agarwal et al., 2007).

En el campo de la psiquiatría es con la Ilustración (período que abarcó los años 1715-1789), en el cual se da un viraje de paradigma que permite, junto con los avances médicos que en esta época se dan, concebir a las alteraciones de la mente como enfermedades, comenzando a quedar atrás su explicación y tratamiento como si fuesen posesiones demoníacas. Es en esta época cuando aparecen los primeros tratados sobre enfermedades mentales, dando inicio a una concepción más humanitaria que sus antecesoras para el tratamiento de estos pacientes (Marietán, 2004).

Es destacable aquí la figura de Philippe Pinel (1745-1826), médico francés, padre de la psiquiatría francesa. Pionero en realizar estudios sistemáticos sobre la locura,

realizando la primer clasificación de las enfermedades mentales en 1801 distinguiendo entre las melancolías, la manía con delirio y sin delirio, el mutismo y la demencia. Considerando a las enfermedades mentales como un desarreglo de las facultades cerebrales causado por factores físicos, herencia y causas morales, queriendo con esto último decir; pasiones intensas y fuertemente contrariadas o prolongadas, o excesos de todo tipo (Marietán, 2004).

En 1856, Bénédict Morel (1809-1873), médico francés, considerado como uno de los médicos más influyentes en el campo de la psiquiatría durante el siglo XIX, introduce por primera vez el termino *Daemetia Praecox*, para designar el caso de un adolescente brillante, que progresivamente se volvió apático, solitario y callado, perdiendo sus dotes intelectuales (Berrettoni, 1990).

El psiquiatra alemán Wilhelm Sander (1838-1922), por su parte, en las cercanías de 1860 describió una forma clínica bajo el nombre de *paranoia original*, situando su inicio en el período de la juventud. “Efectivamente, éstos y otros pacientes que sufren de delirios declaran con frecuencia que su juventud temprana ya estaba llena de presentimientos y percepciones que señalaban su noble cuna y sus poderosos enemigos” (Belucci, 2012).

El psiquiatra, Ewald Hecker (1843-1909), discípulo de Kahlbaum, se convertiría en el gran investigador de las *hebefrenias*. En 1871 Hecker publicó en una revista su trabajo fundamental, en el cual delimito las características de los cuadros *hebefrénicos*, realizando una clasificación de las enfermedades mentales; distinguiendo por un lado en las que el cuadro clínico permanece invariable a lo largo del curso, de otras las cuales su mentor Kahlbaum había llamado *hebefrenias*, que se caracterizaban por la aparición de una rápida decadencia mental, y aparecían en los años de la pubertad manteniendo estrechas vinculaciones con los cambios psíquicos propios de ese estadio, destacándose por su curso particular y síntomas específicos (Benitez, 1992).

Destacando particularmente en el cuadro las alteraciones formales en el lenguaje y la escritura, dando muestras de la “incapacidad de precisar en forma concreta un pensamiento” (Hecker, 1871 como se citó en Benítez, 1992).

Otro de los puntos más importantes que se encuentran históricamente con Hecker, es la idea de *patología como proceso*. Como sentencia Benitez (1992); “Hecker es uno de los primeros en esto, precursor de Kraepelin y Leonhard en notar que en una enfermedad psíquica es muy importante considerar todo el transcurso de la enfermedad y que debemos ir a su estudio sin principios apriorísticos.”

Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), psiquiatra polaco, mentor de Hecker como se menciona anteriormente, estudia profundamente e introduce el término catatonía; nombre que indica una perturbación del tono muscular (Baruk, 1996).

En palabras de Baruk (1996), la descripción de Kahlbaum se caracteriza por la asociación de perturbaciones mentales, rigidez y calambres. La catatonía de Kahlbaum típica se presenta con una pérdida de la vivacidad en la mirada, palidez y estupor, que remiten a la expresión de las facies de un muerto, una actitud en flexión, acompañada de una extrema resistencia activa que constituye el síntoma mayor de la catatonía: el negativismo (Baruk, 1996). Pudiendo interrumpirse dicha inmovilidad abruptamente por hipercinesias tales como: fenómenos de ecopraxia, estereotipias, impulsiones y el Pateticismo de Kahlbaum; actitudes con contorsiones donde el sujeto pareciera pasmarse siendo común las posturas de crucifixión. En cuanto a la psicología de la catatonía pueden encontrarse ecolalia, verbigeración y mutismo, fugacidad de ideas, extravagancia, y a veces ideas delirantes (Baruk, 1997).

Damos paso ahora a Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemán, de importancia capital para la psiquiatría, considerado fundador de la psiquiatría científica moderna. Con él la aparición del concepto de enfermedad mental como proceso que nace con Hecker, se amplía, transformándose el concepto en enfermedad mental como proceso, que evoluciona hacia el deterioro (como en el caso de la demencia, por eso le llamará a la actual esquizofrenia, Daementia Praecox), concepción que se mantiene vigente hasta la actualidad.

Según Marietan (2004), en 1896 Kraepelin realiza una clasificación de las enfermedades mentales más actual, (que irá modificando y precisando posteriormente a través de los años), distinguiendo entre dos grandes grupos, el de la Daementia Praecox; término el cual retoma de Morel, y el de las psicosis maníaco-depresivas; remarcando la diferencia entre ambos grupos, haciendo énfasis en que el primero se caracteriza por el inicio temprano, en contraposición al inicio más tardío de las psicosis maníaco-depresivas.

Dentro de la Daementia Praecox ubica varios cuadros; incluye la Hebefrenia de Hecker y la Catatonía de Kahlbaum, agregando el subtipo paranoide (Marietán, 2004).

2.2. Siglo XX

A partir de 1900 con la publicación de *La interpretación de los sueños* y el nacimiento del psicoanálisis de manos de su creador, el médico neurólogo austriaco; Sigmund

Freud (1856-1939), también se cuestiona esta enfermedad y aparece en el campo de la psicopatología la controversia conflicto vs déficit, en torno a la esquizofrenia (Gabbard, 2006).

Siguiendo con Gabbard (2006), para Freud la esquizofrenia se caracterizaba por una decaetización de objetos. Definiendo la catexis como la cantidad de energía libidinal ligada a representaciones de objeto o estructuras intrapsíquicas. La esquizofrenia implica para Freud una regresión en respuesta a conflictos emocionales con los otros, a un estadio autoerótico acompañada por retiro de investiduras, (lo que explicaría el retraimiento autístico). Ese retiro de la catexis era reinvestido en el yo, basándose en sus observaciones erradas de que los pacientes esquizofrénicos no establecían vínculos transferenciales, siendo que en realidad no realizo suficientes esfuerzos terapéuticos con esta clase de pacientes.

En 1911, continuando con este recorrido histórico, aparece en escena Eugen Bleuler (1857-1939), quien acusó la influencia de varios autores, entre ellos el propio Sigmund Freud, pero a diferencia de este último sí logró establecer un vínculo afectivo y terapéutico muy cercano con estos pacientes, y rechaza totalmente la teoría puramente psicógena de la esquizofrenia (Novella y Huertas, 2010).

Sustituye el término Daementia Praecox de Kraepelin, por el de Esquizofrenia, apareciendo la idea del Spaltung; expresando que el sujeto no puede realizar una correcta síntesis. "Denomino a la demencia precoz "esquizofrenia", porque, como espero demostrarlo, la escisión (Spaltung), de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes" (Bleuler, 1911, como se citó en Barreira, 2019).

Identifica una serie de síntomas en la esquizofrenia que denominará síntomas fundamentales, los cuales conforman en esencia el cuadro, y se hallan presentes en todos los casos y estadios de la enfermedad. Ellos son las afamadas cuatro A de Bleuler: asociaciones laxas del pensamiento, aplanamiento afectivo, ambivalencia (presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias vividas sin conflicto), y autismo (término el cual también acuña y que define como una manifestación particular y característica, consistente en el predominio de la vida interna sobre la vida en relación) (Samaniego et al., 1996; Novella y Huertas, 2010). Además de estos síntomas fundamentales, también podían presentarse los llamados síntomas accesorios; los cuales no son exclusivos de la esquizofrenia y pueden no estar presentes en algunos períodos de la enfermedad o puede haber ausencia en su totalidad. Engloban todo lo florido que podemos encontrar en el cuadro, como los

delirios, o ideas delirantes, alucinaciones, perturbaciones de la memoria o trastornos del lenguaje, pérdida de fronteras espaciales y temporales y síntomas catatónicos (Samaniego et al., 1996).

Continuando con la idea mencionada anteriormente que los distintos autores van conformando sobre la esquizofrenia como patología mental como proceso, que evoluciona hacia el deterioro, Bleuler nota que no todos los tipos de esquizofrenia siguen necesariamente esta evolución, por ende establece un total de cinco formas clínicas; tomando los subgrupos paranoide, catatónico y hebefrénico de Kraepelin, añade el subtipo simple (caracterizado por el predominio de los síntomas fundamentales y no tener tanto deterioro mental) y otra forma latente; compensada o paucisintomática (Novella y Huertas, 2010).

En 1926 Gastón Gatián de Clérambault, (1872-1934) expone su tesis sobre su Síndrome de automatismo mental, contribuyendo con sus aportes a entender la psicosis delirante aguda, y el cuadro de reagudización una vez instaurada la psicosis esquizofrénica.

Las define como neoformaciones que son el núcleo mismo de las psicosis alucinatorias, de origen nervioso. Son producciones de ideas, recuerdos o impresiones que se le imponen al sujeto de manera automática, mecánica e involuntaria (Ey, 1978).

Siguiendo a Ey (1978), Clérambault describe con el nombre de síndrome de automatismo mental; sensaciones parásitas; que irrumpen como fenómenos anidéicos, personales, puros y simples (tales como alucinaciones psicosensores, visuales, cenestésicas, táctiles, gustativas). El triple automatismo; motor, idéico e ideoverbal. Fenómenos de desdoblamiento mecánico del pensamiento; triple eco del pensamiento, de la lectura, y actos. Y fenómenos del pequeño automatismo mental; emancipación de abstracciones nebulosas anticipadas.

Un año después, en 1927 Eugene Minkowski (1885-1972), discípulo de Bleuler, publica la Schizophrénie, en el cual postula que el autismo es un fenómeno básico presente en la Esquizofrenia, resultado de una "pérdida de contacto vital con la realidad" (Minkowsky, 2000 como se citó en Novella y Huertas, 2010), en la que se manifiesta un debilitamiento del "élan vital" (instinto vital) (Novella y Huertas, 2010).

Así mismo, introduce también un concepto complementario del autismo, que denomina racionalismo mórbido, complementario en tanto ambos son resultantes de una falla en la conexión con el mundo y con los demás, y están acompañados de una profunda

alienación en relación a afectos, sensaciones orgánicas y su propia vitalidad (Novella y Huertas, 2010). El racionalismo mórbido se define como una forma de razonar patológica particular, en la cual se pierde la coherencia lógica, existiendo elementos de la realidad que el sujeto no registra o no logra proyectar. Es la “tendencia a la racionalización sistemática y fría de todos los acontecimientos y de todas las relaciones interhumanas” (Ey, 1978).

Con el existencialista Karl Jaspers (1883-1969) aparece la noción de quiebre existencial, en relación a la esquizofrenia, siendo esta una ruptura biográfica del individuo, que implica la instauración de una nueva personalidad, en un sujeto que ha perdido los pragmatismos y queda detenido en el tiempo (Marietán, 2004).

En 1946 Kurt Schneider (1887- 1967), según Berretoni (1990), metódicamente revisa la psicopatología de la psicosis, particularmente de las maníaco-depresivas y las esquizofrenias y aísla síntomas importantes para el diagnóstico de la esquizofrenia, llamados síntomas de primer orden:

Y son los siguientes: sonorización del pensamiento, oír voces que dialogan entre sí, oír voces que acompañan con comentarios los propios actos, vivencias de influenciación corporal, robo del pensamiento y otras influenciaciones del pensamiento, divulgación del pensamiento, percepción delirante, así como todo lo vivido como hecho e influenciado por otros en el sector del sentir, de las tendencias y de la voluntad. (Schneider, 1975, como se citó en Berretoni, 1990)

Es en 1948, que se utiliza por primera vez el término madre esquizofrenógena por la psiquiatra y psicoanalista alemana Frida Fromm-Reichmann (1889-1957), discípula del psiquiatra Harry Sullivan, quien ya situaba el origen de la ansiedad psicótica en la infancia, la cual era transmitida al niño por una madre ansiosa en la relación interpersonal (Gabbard, 2006). La autora también ubica la génesis de la esquizofrenia en las experiencias infantiles en la relación con su madre. Según dicha teoría, el esquizofrénico era una persona solitaria y desconfiada de los otros debido a las malas experiencias sufridas en las primeras etapas de su vida. Otros autores llegaron a conclusiones similares, lo que conllevó que se instaurara un ambiente terrible en el cual se culpabilizaba la actitud de las familias y particularmente de las madres como desarrolladoras de la psicosis (Gabbard, 2006).

El psiquiatra francés, Henri Ey (1900-1977), en 1950 publica sus Estudios sobre los delirios, separando los estados delirantes y alucinatorios agudos, y gran parte de los delirios sistematizados crónicos (Berrettoni, 1990). Reconociendo como síndrome fundamental del período de estado en la patología, el Síndrome disociativo discordante, caracterizado por sus cuatro rasgos principales: la impenetrabilidad, es decir lo enigmático y su hermetismo; el desapego, estrechamente vinculado a la retracción autística como se mencionó anteriormente con otros autores; la extravagancia, apreciable en pensamientos, acciones o presentación, refiriendo a todo lo bizarro o barroco; y la ambivalencia, como dos pensamientos u actos contradictorios que se juxtaponen en el sujeto y son vividos sin conflicto (Ey, 1978).

2.3. Actualidad

En la actualidad podemos destacar entre otros, como autora contemporánea a la doctora estadounidense, Nancy Andreasen, nacida en 1938, quien ha participado en los grupos de tareas de los DSM-III y DSM-IV. La reconceptualización moderna desarrollada por Andreasen realiza una división de los síntomas identificando; síntomas positivos, síntomas negativos y déficit cognitivos. La autora es relevante en volver a despertar un interés científico por los síntomas negativos en la esquizofrenia, los cuales fueron relegados a partir de los años cincuenta, en los cuales la atención se centró fundamentalmente en la sintomatología positiva (Bagney, 2015).

3. Esquizofrenia Incipiens: La Importancia del Tema

El neurólogo y psiquiatra alemán, Klaus Conrad (1905 -1961), desde una perspectiva dinámica evolutiva, publicó en 1958 un escrito titulado “La Esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio”, basándose en material clínico recogido durante los años 1941/1942 (Berrettoni, 1990).

El autor introduce en este texto un aspecto interesante a la hora del trabajo clínico con población psicótica, en tanto, nos acerca a un relato desde una dimensión más subjetiva de las fases evolutivas por las que transita un episodio agudo, en función de su cronicidad. Describiéndolas en su faceta más sensorial y corpórea, remarca aspectos que pueden presentarse y ser reconocidos en el discurso del paciente, a la hora de poner en palabras su vivencia.

Trema. La primera fase descrita por Conrad (1958), es denominada “trema”. Tomando el término de la jerga teatral, para designar el estado de tensión por el que pasan los actores tras bambalinas antes de salir a escena, sustituyendo con este término lo que desde un punto de vista nosológico ubicaríamos como el estado prodrómico de la enfermedad.

Es caracterizado por una pérdida progresiva de los márgenes de libertad con un aumento de la tensión psíquica que también va in crescendo. Una sospecha de que algo no va como debería, acompañado de un estrechamiento del campo de la conciencia; cobrando protagonismo central en el sujeto la vivencia de lo “inminente” (Conrad, 1958). Esta figura aparece como una presencia que se acerca y llegará inevitablemente, de la cual no se sabe si es buena o mala, lo que sí se sabe es que nunca será neutra ni intrascendente, por el contrario lo que se aproxima siempre será significativo para el sujeto. Siguiendo a Conrad (1958), una vez lo inminente llega, desaparece la tensión insoportable de la incertidumbre de lo que se acerca, pero se desconoce qué es. La incertidumbre vivenciada en la fase de trema da paso al alivio que da la confirmación, así sea materializándose en una derrota o algo negativo para el sujeto.

Apofanía. La sensación de que algo iba mal, se confirma finalmente en el mundo externo, en forma de revelación del delirio antes contenido en el trema en forma germinal. El autor denomina a esta segunda etapa “apofanía” (cuyo significado es hacerse manifiesto). Conrad (1958), define la apofanía como: “un modo de vivenciar característico que da a todo fenómeno un nuevo matiz y que nunca falta por completo en ninguna psicosis esquizofrénica”. La vivencia empieza a transformarse; en principio solo los datos de la percepción, es decir el mundo externo, contienen signos de apofanía. Posteriormente el contenido interno, los propios pensamientos del sujeto son vivenciados de forma apofánica; pudiendo hablar entonces de “apofanía de todo el campo” (Conrad, 1958). El sujeto en este punto ya no separa mundo interno de realidad externa. Es precisamente aquí donde se ilustra el pleno estado de agudeza psicótica, propiamente dicho.

Apocalipsis. Continuando con Conrad (1958), la transición a esta etapa implica la existencia de una ruptura. La continuidad de sentido está sumamente comprometida. Esta fase tiene un carácter de imagen más fuerte que la anterior, pudiéndose volver más y más profunda, llegando un punto en el cual las “imágenes reveladas no guardan ninguna relación de sentido real” (Conrad, 1958), perdiendo el mundo interno cualquier referencia del mundo externo.

Anástrofe. Las etapas anteriores, a su vez, pueden estar acompañadas de lo que el autor denomina como “anástrofe”. El sujeto asiste a la vivencia de un giro anastrófico, en el cual se ve en el centro del desorden del mundo; toda la producción de su delirio tiene referencia a él (Conrad, 1958).

Consolidación. Esta etapa comienza a introducir la idea de un delirio cronificado; el cual pierde fuerza y vibración afectiva, no incorporando más elementos nuevos de la realidad. Como sentencia Conrad (1958), la apofanía desaparece en algunos dominios parciales pero permanece en otros y el delirio pierde la convicción irreductible a la lógica, dando lugar a posibles dudas. Sin embargo hay una resistencia a abandonar la temática delirante, dirá Conrad (1958).

Residuo. Finalmente el autor identifica lo que denominará bajo el nombre de “residuo”, refiriendo aquí a signos residuales que dejó el episodio agudo, los cuales son profundamente transformadores para siempre de la vivencia del enfermo. El episodio psicótico se cronifica y el sujeto no vuelve a ser el mismo (Conrad, 1958).

A efectos de la temática que nos convoca, el presente escrito, aporta insumos para lo necesario de agudizar el ojo clínico, en el entrenamiento de comprender e identificar lo angustiante de la vivencia psicótica en la escucha del otro, particularmente haciendo hincapié en el reconocimiento de los estados prodrómicos o de trema, para efectuar intervenciones precoces y preventivas, que contribuyan a detener, de ser posible, o disminuir el impacto de un episodio agudo.

4. El Estrés

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distres*, que significa en inglés antiguo pena o aflicción (Sierra, 2003).

Hans Selye (1907-1982), considerado padre del estrés, lo define primeramente como una respuesta inespecífica del cuerpo ante cualquier demanda sobre él. Tratándose de un proceso adaptativo y generador de emociones, imprescindible para la supervivencia del sujeto (Sierra, 2003).

Lazarus y Folkman, realizan sus aportes en este campo introduciendo la dimensión subjetiva en relación al estrés. Definiéndolo como una interacción entre el sujeto y su entorno, siendo el estrés una valoración que hace el primero, de algo amenazante para

su bienestar que desborda o iguala los recursos con lo que cuenta para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1984, como se citó en Sierra, 2003).

Esta definición se relaciona con lo que otros autores posteriores identifican como estrés negativo o distrés, vinculado con el deterioro y descompensación de la salud, realizando una diferenciación con el estrés adaptativo cuyo objetivo es superar las amenazas que se presentan (Klinger, et al., 2005, como se citó en Lobo, 2019).

Para Sierra (2003), el influjo del estrés en el sujeto puede ser altamente incapacitante, produciendo un deterioro en sus relaciones interpersonales y laborales, provocar crisis nerviosas, ansiedad, depresión e incluso muerte. Así mismo, produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda (Olga y Terry, 1997, como se citó en Sierra, 2003). El estrés puede causar también otros distintos problemas de salud, como el asma, el infarto de miocardio y las alteraciones gastrointestinales e inmunológicas (McEwen, 1995, como se citó en Sierra, 2003).

La vinculación entre los conceptos de estrés y enfermedad se basan en las investigaciones de otro pionero en relación a estudios sobre el estrés llamado Walter Bradford Cannon, quien introduce el término “Homeostasis” refiriendo al proceso de autorregulación del organismo con su medio interno, a su vez concebido como sistema abierto en interrelación con el ambiente. Esta respuesta dinámica y automática del organismo para asegurar la supervivencia, desplegará una serie de cambios para coexistir o eliminar estímulos nocivos que pudieran aparecer, involucrando elementos de flight-or-flight, es decir, de lucha o huida; estrategias conservadas en todas las especies animales ante un peligro inminente (Cólica, 2012, como se citó en Lobo, 2019).

La “alostasis”, la cual alude a los cambios fisiológicos que se producen con el objetivo de mantener la homeostasis frente a la demanda del ambiente (Sterling y Eyer, 1988, como se citó en Sierra 2003); se pone en marcha “por la acumulación de distintos acontecimientos aversivos que dan lugar al desgaste de los tejidos y órganos, provocando, a largo plazo, la enfermedad”. (McEwen, 1995, como se citó en Sierra, 2003).

Para Lobo (2019), como conclusión el estrés que se presenta en el sujeto produce la pérdida de este equilibrio homeostático, dando por resultado la aparición de síntomas y enfermedades.

Cuando se habla de estresores, es decir de estímulos que amenazan el equilibrio interno, aparece una marcada tendencia a asociarlos apresuradamente con algo malo o negativo que irrumpe en la vida del sujeto, sin embargo una situación o hecho positivo

también puede ser generador de estrés (Sierra, 2003). Tales como una mudanza, una nueva relación sentimental o un cambio por un mejor puesto de trabajo.

Siguiendo a Sierra (2013), los estresores tienen tres grandes campos de origen: *el cuerpo*; de carácter fisiológico, son circunstancias que afectan al organismo como cambios en la dieta o ciclos de sueño, *el entorno*; como elementos circunstanciales de la vida en general y en relación con otros y por último *los pensamientos*.

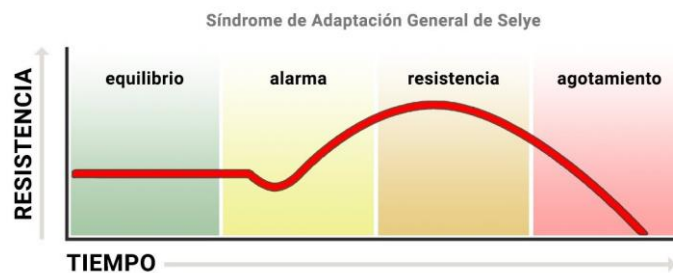


Figura 1. Síndrome de adaptación general de Selye.

Según Moscoso (2009) y Torres y Baillès (2014), como se citó en Lobo (2019); Selye describe, con su Síndrome de adaptación general, tres fases de respuesta al estrés:

1. Fase de alarma. En esta primera etapa, frente a la aparición del estresor, el sujeto detecta la amenaza y se prepara para luchar o huir, provocando una respuesta inespecífica y general, gastando mucha energía y produciendo adrenalina y cortisol.

2. Fase de resistencia. De persistir el estresor se da una adaptación o resistencia al mismo en una búsqueda por restituir el equilibrio interno, intentando poner en marcha los mecanismos conductuales y fisiológicos para la suspensión de funciones no esenciales para la lucha o la huida (como paralización de la digestión, secreción hormonal, ritmo cardíaco), buscando resolver la demanda. La respuesta pasa de ser inespecífica a ser específica, mejorando la capacidad de hacer frente al estímulo. Generalmente esta reacción adaptativa es buena y se logra volver al estado de equilibrio.

3. Fase de agotamiento. En caso que la situación estresante persista, o se acumulen muchos estresores secuencialmente o paralelamente, el sistema no logra recuperar los recursos para seguir haciendo frente a la situación; se activa un sistema catabólico perjudicial que conlleva al deterioro de la salud apareciendo síntomas asociados como cansancio, disfunción sexual, ansiedad, insomnio, irritabilidad y problemas gástricos.

En esta última fase es donde se instala el estrés nocivo para la salud propiamente dicho; como fatiga física e incapacidad de poder hacerle frente a los estresores que se presentan, productora de malestar y sintomatología.

Elliot y Eisdorfer (1982), como se citó en Ospina (2016), realizan una diferenciación entre cuatro categorías de estresores:

1. Estresores Agudos. Se definen como eventos o situaciones que tienen corta duración en el tiempo y que generalmente son externos.

2. Secuencias Estresantes. Estos estresores tienen una duración más prolongada y se asocian a situaciones de la vida que se salen de la cotidianidad y se convierten en eventos extraordinarios.

3. Estresores Intermitentes. Son conjuntos de estresores agudos que se presentan con cierta regularidad o periodicidad.

4. Estresores Crónicos Continuos. Definidos como situaciones sostenidas que se presentan en la vida de los sujetos, generando niveles de activación permanentes y que son constantes a lo largo de su cotidianidad.

Continuando con Cockerham (2001), como se citó en Sierra (2013), aportes recientes abordan el estrés desde una perspectiva psicosocial, como una consecuencia de la organización social. Refiriendo que las condiciones sociales pueden tener implicación en los estresores, ya que diversas situaciones producto de lo social, son causantes de altos niveles de estrés, repercutiendo negativamente en la calidad de vida y la salud.

Siguiendo al autor, basado en investigaciones sobre el origen de los estresores psicosociales, pone de manifiesto tres formas de estrés: estrés vital, estrés de rol y estrés provocado por contrariedades cotidianas. Reconociendo la importancia a la hora de sobreponerse a dicho estrés, de los recursos personales y sociales (apoyo social y estrategias y recursos de afrontamiento) con los que cuenta el sujeto (Cockerham, 2001, como se citó en Sierra, 2013).

5. ¿Ansiedad o Angustia?: Precisando Términos

Según Sierra (2013), hay una gran confusión teórica y un solapamiento entre los conceptos de ansiedad y angustia, producto de que dichos términos en el siglo pasado,

fueron usados como sinónimos en algunas ocasiones y como vocablos de distinto significado en otras.

A propósito de esto, algo que complica aún más el delimitar con precisión dichas terminologías es el hecho de que mientras que en el español y el francés existen las palabras ansiedad y angustia en el primer caso y *anxiété* y *angoisse* en el segundo, en lengua inglesa se encuentra *anxiety*, englobando ambos vocablos (Sierra, 2013).

Algunos autores como Da Silva (2007), y López-Ibor (1969), citado en Sierra (2013), realizan una diferenciación entre ansiedad y angustia, refiriendo a que en la angustia hay un predominio de los síntomas somáticos y la reacción del organismo es de paralización, encontrándose atenuado el grado de nitidez de captación del fenómeno por el propio sujeto. En tanto que en la ansiedad, el fenómeno es percibido con más nitidez, cobran protagonismo los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y una reacción de sobresalto, con un mayor intento de buscar soluciones para afrontar la amenaza que se presenta.

La ansiedad es definida según Moor (1969), como una “experiencia tímica, global y penosa, de una cualidad específica difícil de describir”, la cual implica una experiencia dolorosa de incertidumbre frente a un peligro inespecífico, que no posee objeto real.

Se la identifica como la reacción ante sucesos estresantes (Taylor, 1986, como se citó en Sierra, 2003).

Según Da Silva, (2007) la ansiedad refiere a “la sensación expectante de un peligro inminente pero no identificado”.

Se vuelve necesario entonces, realizar una distinción con el concepto de miedo; vinculando el mismo a la inquietud frente a un objeto que sí es concreto y está determinado. En tanto, “el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986, como se citó en Sierra 2013).

La ansiedad y la angustia son experiencias universales que forman parte inherente de la existencia humana, siendo que todas las personas sienten un grado moderado de las mismas. (Sierra, 2013).

Actualmente, ambos términos se usan como sinónimos, ya que los dos engloban tanto sintomatología psíquica o cognitiva, como conductual o física (Sierra, 2013), y son considerados como; “estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o

desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez Richards, 1995, como se citó en Sierra, 2013).

5.1. La angustia Psicótica

Como se refirió anteriormente, puede concebirse a la ansiedad o angustia como una respuesta normal y adaptativa del sujeto, pero también como angustia patológica, en tanto respuesta desadaptativa.

Para Bernardi et al. (sf):

Puede ser normal, cuando se trata de momentos que están en relación con la causa que los provoca y favorecen la puesta en marcha de mecanismos para hacer frente a la situación. Es patológica cuando no guarda proporción con la causa, es disfuncional y tiende a configurar un cuadro con manifestaciones psíquicas de inquietud o pánico, y expresiones somáticas y motoras del mismo tipo (algunas de las cuales, como la hiperventilación, dan origen a su vez a nuevos síntomas). (p. 9)

Da Silva (2007), también realiza una distinción entre angustia normal, y angustia patológica, que en el plano neurótico, se expresa a través de tres características: es anacrónica; revive situaciones pasadas, es fantasmagórica; tiene su génesis en una representación imaginaria de un conflicto inconsciente y es estereotipada; es decir enraizada en el Yo, repitiéndose sin causa. Poseyendo dos modos de expresión; psíquica y somática.

Esta angustia patológica, en el plano psicótico se expresa también a través de una serie de características particulares, si bien su identificación no necesariamente implica un diagnóstico de estructura psicótica en el sujeto que la manifieste, es más frecuente encontrarla en pacientes con psicosis crónicas, particularmente esquizofrénicos (Da Silva, 2013).

Según Da Silva (2013), la angustia psicótica está caracterizada por cuatro elementos:

Es Masiva. La angustia invade al sujeto y lo sobrepasa, afectando radicalmente su humor y trastocando su personalidad. Existiendo un bloqueo del pensamiento, que puede implicar una desestructuración de la conciencia. No solo no puede elaborar la angustia sino que no logra dar respuesta.

Es Hermética. Esta angustia es difícil de comunicar y describir, cuesta conectar con los qué y los cómo del sujeto, ya que es predominantemente una sensación que refiere más bien al mundo interno, desprendiéndose del mundo externo.

Existe Predominio del Componente Psíquico. Siendo la máxima expresión de la inquietud anímica, inseguridad y desasosiego.

Tiene Repercusiones sobre la Psicomotricidad. Oscilando de la agitación al estupor, no pudiendo ser acompañada la ansiedad de respuestas psicomotoras adecuadas.

6. La Importancia del Estrés en el Inicio y Curso de la Esquizofrenia

El estrés ambiental y psicosocial es considerado un factor de riesgo muy importante para el desarrollo y posterior curso de la esquizofrenia (Corcoran et al., 2003; Betensky et al., 2008, como se citó en Bedoya Cardona, 2017; Rodríguez Abuín, 2002), encontrándose una vinculación entre cierta vulnerabilidad hacia la psicosis con un aumento de reactividad emocional ante el estrés cotidiano.

Los sujetos con esquizofrenia son más proclives a reaccionar negativamente frente a estresores agudos (Bendall et al., 2007, como se citó en Bedoya Cardona, 2017) y crónicos (Glaser et al., 2006; Myin-Germeys et al., 2001, como se citó en Bedoya Cardona, 2017), respondiendo a dichos estresores con una hiper activación psico-somato-sensorial que produce errores atribucionales, paranoia y alucinaciones o delirios, explicados a través de una dificultad para integrar las percepciones con representaciones afectivas y cognitivas (Shevlin et al., 2007, como se citó en Bedoya Cardona, 2017).

Estudios arrojan que los estresores que más afectan a las personas con esquizofrenia son los estresores cotidianos por sobre los eventos vitales desafiantes, debido a que manifiestan mayor nivel de estrés frente a estresores de baja gravedad, atribuyen un aumento de la sintomatología debido a estos (Norman y Malla, 1993; 1994, como se citó en Bedoya Cardona, 2017), registran menos apoyo social y presentan estrategias de afrontamiento mal adaptativas (Horan y Blanchard, 2003, como se citó en Bedoya Cardona, 2017).

En referencia a la aparición de un primer episodio psicótico estudios de Pedrós y Tenías (2006), como se citó en Vila Badia (2018), encontraron que en las mujeres, el factor más

relacionado con la aparición de un primer episodio psicótico es el estrés, en tanto que en los hombres lo es el consumo de drogas.

6.1. Estrés Percibido. Acontecimientos Vitales Estresantes y Experiencias Traumáticas

Vila Badia (2018), quien también defiende la postura de la presencia de factores de estrés psicosocial como productoras de grandes consecuencias tanto a nivel fisiológico como emocional, hace un énfasis particular en los acontecimientos vitales estresantes (AVE), el estrés percibido y las experiencias traumáticas, las cuales considera como factores relevantes en la aparición de la psicosis.

La autora Vila Badia (2018), posicionándose en las teorizaciones anteriormente mencionadas de Lazarus y Folkman, remarca la importancia del estrés percibido, en tanto valoración subjetiva por parte de la persona, en relación a sucesos estresantes.

Esta valoración en base a recursos, definirá que un estímulo o situación puede ser amenazante y generar estrés a unos individuos en tanto a otros no. Del mismo modo que el mismo estímulo pueda ser estresante o no generar ningún estrés en la misma persona según distintas etapas de la vida.

Definiendo entonces al estrés percibido como “el resultado del estrés que siente una persona delante de situaciones objetivas estresantes y los recursos personales e intrínsecos que el individuo tiene, como por ejemplo la personalidad, las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, etc” (Cohen et al., 1983, como se citó en Vila Badia, 2018).

En relación a las personas con psicosis, un estudio de Allott et al. (2015), como se citó en Vila Badia (2018), encontró que sujetos con un primer episodio psicótico, marcaban en la escala de estrés percibido valores significativamente más altos en comparación con sujetos no psicóticos.

El concepto de experiencias traumáticas se vuelve fundamental debido a que numerosos autores afirman que estas experiencias tienen gran relevancia en el desarrollo de las psicosis (Beards et al., 2013; Bechdolf et al., 2010; Carr et al., 2013; Tikka et al., 2013; Varese et al., 2012, como se citó en Vila Badia, 2018), con particular énfasis en las experiencias de abuso sexual (Bendall et al., 2008; Morgan et al., 2014; Read et al., 2005; Thompson et al., 2009, como se citó en Vila Badia, 2018).

Las experiencias traumáticas se definen como experiencias que ocurren en la infancia y adolescencia, caracterizadas por estar fuera del control del sujeto y ser capaces de

alterar su desarrollo. Causar sufrimiento y ser generadoras de estrés (Bernstein et al., 2003; Burgermeister, 2007, como se citó en Vila Badia, 2018). Bernstein et al. (2003), como se citó en Vila Badia (2018), identifica como a las más frecuentes durante la niñez al abuso sexual, físico y emocional, y a la negligencia emocional y física.

Varese et al. (2012), como se citó en Vila Badia (2018), halló una correlación entre padecer experiencias traumáticas en la infancia como el abuso sexual, psicológico y emocional, el bullying, la negligencia y la muerte de los padres antes de los 18 años, y la aparición de psicosis (OR= 2,78; $p \leq 0,001$).

El trauma también influye negativamente en el curso de la psicosis (Lysaker y LaRocco, 2008; Morrison et al., 2003; Mueser et al., 2002; Resnick et al., 2003, como se citó en Vila Badia, 2018).

En tanto, es variada la bibliografía que señalan un deterioro en la salud mental de sujetos víctimas de maltratos, con mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos (Carr et al., 2013; Sala et al., 2014; Subica, 2013, como se citó en Vila Badia, 2018).

Estadísticas arrojan que entre el 34% y el 53% de los pacientes con problemas de salud mental tienen algún antecedente de abuso físico y sexual durante la infancia (Alarcón et al. 2010, como se citó en Vila Badia, 2018).

Por último los Acontecimientos vitales estresantes (AVE), son “eventos que directa o indirectamente y subjetivamente y/u objetivamente afectan a los individuos y los desafían con quebrar sus actividades diarias y sus estrategias compensatorias” (Cornes, 1994, como se citó en Vila Badia, 2018).

Según Vila Badia (2018), pueden diferenciarse entre positivos y negativos, contemplando la dimensión subjetiva y singular que contienen, dependiendo de los factores personales del sujeto y de los ambientales como el apoyo social.

Los acontecimientos vitales estresantes son uno de los factores de riesgo ambientales más robustos para el desarrollo de la psicosis (Bendall et al., 2013; Varese et al., 2012 como se citó en Vila Badia, 2018). Estudios sugieren que las probabilidades de desarrollar un trastorno psicótico o sintomatología psicótica positiva en adolescentes y adultos con AVE oscilan entre 2,78 y 11,50, dependiendo de la metodología del estudio o del tipo AVE (Janssen et al., 2004; Varese et al., 2012, como se citó en Vila Badia, 2018).

En relación a pacientes con esquizofrenia, un estudio de Canton y Fraccon (1985), como se citó en Vila Badia (2018), observó que ellos en comparación con los controles, presentaban más AVEs.

6.2. Factores Implicados en el Estrés

González de Rivera (1989), como se citó en Rodríguez Abuín (2002), realiza una diferenciación de factores de estrés, en función del lugar de entrada psicopatogénico y su grado de participación en la respuesta de estrés, entre tres tipos: internos, externos y moduladores.

Los **factores internos** constituyen un componente endógeno en el sujeto de vulnerabilidad al estrés, como el denominado Índice de Reactividad al Estrés; definido como el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables (González de Rivera, 1981, como se citó en Rodríguez Abuín, 2002), de manera que frente a la aparición de los **factores externos** de estrés, es decir de estresores medioambientales que pudieran sobrecargar los mecanismos de defensa y regulación homeostática del individuo, como los acontecimientos vitales estresantes o estresores de la cotidianidad, se conjugan con esta vulnerabilidad interna aumentando la probabilidad de que se produzca un desajuste en el organismo (Rodríguez Abuín, 2002).

Para Rodríguez Abuín (2002), es esperable que si esta reactividad al estrés es baja, la variabilidad e intensidad del desajuste comportamental u orgánico sea leve, dentro de un rango de lo que se puede considerar normal o no patológico. Así mismo, si la reactividad al estrés en el sujeto aumenta a niveles muy altos, aumentan también las probabilidades de que se produzcan disfunciones orgánicas o psicológicas. Pudiendo desencadenar en una patología somática, psicopatológica, o bien en ambas. “En cualquiera de los tres casos, siempre estará presente una sintomatología psicopatológica, en mayor o menor grado de intensidad” (Rodríguez Abuín, 2002).

Estudios referentes a la relación de la reactividad al estrés con determinados trastornos como la depresión o la esquizofrenia (Morera et al., 1986; González de Rivera et al., 1995, como se citó en Rodríguez Abuín, 2002) considerarían a estos factores internos de estrés como un factor de vulnerabilidad para dichos trastornos psicopatológicos (Rodríguez Abuín, 2002).

Continuando con la clasificación de González de Rivera (1981), como se citó en Rodríguez Abuín (2002), el tercer factor que interviene son los llamados **factores moduladores**, dichos factores están compuestos por variables tanto del medio ambiente como del sujeto que no están en relación directa con la respuesta de estrés, pero que inciden sobre ella. Son ejemplos de ellos el estilo de afrontamiento cognitivo, el locus de control, determinados estados afectivos y variables de personalidad, y el apoyo social percibido y manifiesto. Estos componentes completan el cuadro dinámicamente condicionando, modulando o modificando la interacción entre factores externos e internos.

Pudiendo ser factores que, a pesar de que exista una alta reactividad al estrés, conjugado a su vez con la presencia de importantes estresores externos, intervinieran de tal forma que impidiera la producción de la disfunción, o por el contrario incrementara su desajuste, incidiendo en la manifestación de diferentes efectos psíquicos y somáticos (Rodríguez Abuín, 2002).

6.3. Vulnerabilidad y Estrés

El modelo de Vulnerabilidad-Stress desarrollado por Zubin y Spring (1977), se ha convertido en uno de los más importantes marcos teóricos clásicos, en estudios concernientes al inicio y curso de la esquizofrenia.

El postulado principal de dicho modelo sugiere la existencia de una “vulnerabilidad orgánica endógena que interactúa con estresores externos o internos y, por ende, los síntomas emergen o se exacerban cuando los estresores o eventos vitales sobrepasan el umbral de vulnerabilidad de la persona” (Zubin et al., 1983, como se citó en Bedoya Cardona, 2017).

Zubin y Spring (1977), presentan un modelo que se nutre y conecta otros modelos científicos que buscan explicar la esquizofrenia, llamado modelo de vulnerabilidad.

El modelo de vulnerabilidad propone que “cada uno de nosotros esté dotado de un grado de vulnerabilidad que en circunstancias adecuadas se expresará en un episodio de enfermedad esquizofrénica” (Zubin y Spring, 1977). Dejando abierta la discusión frente a si esa vulnerabilidad se extiende o no universalmente a todos los sujetos.

Los autores destacan dos componentes principales de la vulnerabilidad: lo innato y lo adquirido. Definiendo a la vulnerabilidad innata como la establecida en los genes, reflejada en la neurofisiología y el entorno interno del organismo. En tanto el

componente de vulnerabilidad adquirida, refiere a eventos de la vida como la influencia de traumas y experiencias familiares, enfermedades, complicaciones perinatales, interacciones entre pares y otros eventos de la vida que mejoran o inhiben el desarrollo del trastorno posterior (Zubin y Spring, 1977).

Siguiendo a Audy (1971), como se citó en Zubin y Spring (1977), la preservación de la salud requiere el mantenimiento de un equilibrio dinámico. Cuando este equilibrio se ve perturbado y no se logra restablecer su homeostasis, un desorden se produce;

Una persona altamente vulnerable es para la cual numerosas contingencias encontradas en la vida diaria son suficientes para provocar un episodio. Otros tienen un grado de vulnerabilidad tan bajo que nada menos que un evento raro y probablemente catastrófico podría inducir un episodio, e incluso entonces solo uno muy breve. (Zubin y Spring, 1977, sp)

Para Zubin y Spring (1977), mientras el estrés inducido por un evento desafiante de la vida se mantenga por debajo del umbral de vulnerabilidad del sujeto, este puede responder al estresor favorablemente. No obstante, si el estrés excede el umbral, desarrollará un episodio psicopatológico. Volviendo al estado de adaptación previo al episodio en tanto el influjo del estrés deja de sobrepasar dicho umbral.

La adaptación es definida como “la medida en que un organismo responde adecuada y apropiadamente a las exigencias de la vida” (Zubin y Spring, 1977). Continuando con los autores, esta respuesta a factores estresantes tendrá variaciones particulares, teniendo en cuenta los siguientes componentes: la seriedad percibida normativamente del factor estresante, la percepción individual del factor estresante, las habilidades del individuo, los esfuerzos de afrontamiento que ponga en marcha para enfrentar la situación y su vulnerabilidad.

Los esfuerzos de afrontamiento consisten en la actitud motivacional de un sujeto, volcada a la aplicación de energía en pos de la resolución de problemas, y refieren a “la constante invención y las incesantes tentativas de prueba y error en la adaptación que complementan el limitado, aunque impresionante, repertorio de capacidades reflejas” (Zubin y Spring, 1977).

Zubin y Spring (1977), realizan una precisión, diferenciándolos de las capacidades de afrontamiento, es decir, la competencia del sujeto; la cual se desarrolla a través de los esfuerzos de afrontamiento y consiste en habilidades sociales, estrategias intelectuales y otras capacidades adquiridas para formular estrategias de afrontamiento que permitan resolver los problemas que se presenten en la vida.

Las estrategias de afrontamiento se cristalizan conforme tienen éxito. Sin embargo conforme aparecen situaciones nuevas el repertorio de estrategias del sujeto puede resultar insuficiente y ser necesario implementar nuevas. Frente a períodos de estrés agudo, e interrupción temporal en la adaptación en un sujeto vulnerable a la esquizofrenia, lo que se registraría como una mini crisis no duradera en una persona con baja vulnerabilidad, se transforma en una maxi crisis y pueden aparecer episodios de trastorno psiquiátrico, siendo mucho más inhabilitantes y abrumadores para la persona, convirtiéndose, de ser posible, el proceso hacia un retorno al estado del pre episodio en más largo y dificultoso (Zubin y Spring, 1977).

Según Zubin y Spring (1977), un buen afrontador se define por lograr mantener la adaptación balanceada la mayor parte del tiempo y frente a eventos de la vida reconocidos normativamente como estresantes. En tanto el afrontador limitado, contrariamente, es visto como desequilibrado frecuentemente y más a menudo, por eventos que no son considerados como desafiantes.

Continuando con Zubin y Spring (1977), los autores defienden un patrón más episódico de la esquizofrenia, contrario a la postura prototípica crónica. Refiriendo que lo verdaderamente constante en los pacientes esquizofrénicos no es la presencia de la psicosis en si misma, sino la presencia de la vulnerabilidad al trastorno, que le permitirá desarrollar un episodio temporal solo bajo ciertas provocaciones.

7. La Emoción Expresada

Como sentencia Medina-Pradas (2016), la Emoción Expresada (Brown et al., 1972; Brown y Rutter, 1966, como se citó en Medina-Pradas, 2016) (EE), es un patrón de comunicación familiar, muy útil para acercarnos a la comprensión de los factores familiares involucrados en los trastornos mentales graves y enfermedades crónicas. Convirtiéndose en un medidor de la calidad de la relación entre paciente y contexto familiar.

Según Medina-Pradas (2016), la emoción expresada hace referencia a los juicios de contenido afectivo o actitudes emocionales que una persona allegada, dirige a otra, con una enfermedad crónica. “Asociándose con ciclos de interacción mutuamente influyentes entre los familiares y los pacientes” (Burbach, 2013), en las cuales no solo influye la EE y el estrés familiar sobre el paciente y el curso de su patología, sino que

las singularidades del paciente y su enfermedad influyen en la familia (Miklowitz, 2004, como se citó en Medina-Pradas, 2016).

En la alta EE pueden identificarse tres componentes de dicho constructo, caracterizándose por (Medina-Pradas, 2016):

Criticismo. Como expresión directa de enojo o rabia, alude a comentarios desfavorables emitidos sobre algo concreto de la personalidad o conducta del paciente por parte de la familia o el cuidador.

Hostilidad. Implica un enfado muy intenso que muestra un rechazo más global del cuidador o familia que de aspectos concretos, para con el paciente.

Sobreimplicación Emocional (SiE). Es una respuesta emocional exagerada hacia el paciente, de desesperanza, autosacrificio, sobreidentificación y sobreprotección extremas. Acompañada por sentimientos de ansiedad y culpa por parte del núcleo familiar o el cuidador, que los llevan a hacer esfuerzos excesivos para ayudar al paciente y compensar el impacto de la patología de este, que lejos de ser positivos, producen sujetos más dependientes de sus familias y coartan su autonomía.

Siguiendo a Medina-Pradas (2016), actualmente es insostenible la validez de una teoría familiogenética, que explique el origen de la esquizofrenia. No obstante, la significativa importancia de la familia en el curso de esta enfermedad es innegable; al punto de volver este estresor uno de los predictores más importantes de recaídas (Amaresha y Venkatasubramanian, 2012; Duclos et al., 2012, como se citó en Medina-Pradas, 2016), siendo indispensable tener en cuenta e incluir las intervenciones familiares en los procesos terapéuticos con estos pacientes (Medina-Pradas, 2016).

Estudios afirman que los sujetos que conviven con un familiar crítico o emocionalmente sobreimplicado recaen con mayor probabilidad; tras el alta hospitalaria, los pacientes que vuelven a un hogar con alta EE tienen un riesgo de recaída del 50%, durante los 9 meses siguientes, frente a un 15% en hogares de baja EE, elevándose el primer porcentaje al 60%, si el contacto del paciente con estos familiares superara las 35 horas semanales y disminuyendo al 28% conforme menos horas de contacto compartían. Sumando a esto el incumplimiento farmacológico, el porcentaje de recaídas aumenta hasta el 92% (Bebbington y Kuipers, 1994, como se citó en Medina-Pradas, 2016).

Investigaciones confirman que los efectos combinados del cumplimiento en la toma de fármacos y un contacto social reducido anulan la influencia negativa de la alta EE. En tanto, en familias de alta EE, la farmacología protege, aunque no en su totalidad, de los

efectos de un contacto social elevado (Vaughn y Leff, 1976, como se citó en Muela y Godoy, 2001).

Para Muela y Godoy (2001), la farmacología se torna insuficiente cuando la alta EE se une con estresores agudos como los acontecimientos vitales estresantes, que en caso de aparecer solos, podrían ser controladas con la medicación.

Por otra parte, pacientes reportaron incrementos significativos de ansiedad, ira y estrés luego de ser expuestos a alta EE (Finnegan et al., 2014, como se citó en Medina-Pradas, 2016). Específicamente, si bien sienten estrés hacia ambos, en contraposición con familias cálidas; alegan sentirse más estresados frente a familiares críticos, que frente a cuidadores muy sobreimplicados emocionalmente (Medina-Pradas et al., 2011, como se citó en Medina-Pradas, 2016).

La sensibilidad a las críticas, es un factor a tener en cuenta ya que influyen en los niveles de estrés que denuncian (Cutting et al., 2006, como se citó en Medina-Pradas, 2016), así como también sus niveles propios de ansiedad, los cuales en una interacción con la EE aumentan la exacerbación de la sintomatología (Docherty et al., 2011, como se citó en Medina-Pradas, 2016).

Apoyándose en el modelo de Vulnerabilidad y Estrés de Zubin y Spring (1977), que se describió en el apartado anterior, la alta EE funciona como un estresor familiar, crónico, que produce gran ansiedad en ambas partes; cuidador y paciente, y que predispone en este último, recaídas (Muela y Godoy, 2001; Medina-Pradas, 2016).

Mientras que las familias con baja emoción expresada, no son solo neutras (Treanor et al., 2011; Treanor et al., 2013, como se citó en Medina-Pradas, 2016), sino que se caracterizan por manejar estrategias de afrontamiento positivas mostrando empatía, compromiso y comprensión, destacándose en ellas la presencia de los aspectos positivos de la EE; la calidez y comentarios positivos, los cuales se relacionan con síntomas menos severos, (Medina-Pradas et al., 2011; Medina-Pradas et al., 2013, como se citó en Medina-Pradas, 2016) y un mejor funcionamiento (Schlosser et al., 2010, como se citó en Medina-Pradas, 2016), mejorando el pronóstico de la enfermedad; convirtiéndose en factores protectores de recaídas (Lee, 2014; López et al., 2004, como se citó en Medina-Pradas, 2016), incluso protegiendo frente a la aparición de enfermedad mental (González-Pinto et al., 2011, como se citó en Medina-Pradas, 2016).

8. Intervenciones Psicosociales en Rehabilitación en Esquizofrenia

Visibilizar un problema, implica también trazar un camino que identifique posibles soluciones. Es marcar lo que hay que hacer.

Luego de un recorrido a través de las conceptualizaciones sobre la esquizofrenia, la noción de estrés y su incidencia en dicha patología, resulta relevante a modo de cierre una breve aproximación a terapéuticas actuales, contemplando en su integralidad estrategias que reconozcan esta relación existente entre estrés-esquizofrenia, y cuyos resultados no solo alcancen a quienes padecen esta psicosis, sino también a sus familias.

Debido a que, como se mencionó en los primeros apartados del escrito, la sintomatología y manifestaciones de la enfermedad son heterogéneas, variando la presentación según cada sujeto, no existe un tratamiento único e ideal que pudiera ser diseñado en serie para tratar la esquizofrenia.

Es necesario entonces, según Gabbard (2006), la confección de una terapéutica personalizada y adaptada a las necesidades y requerimientos de la singularidad del paciente. Cobrando vital preponderancia en este proceso, los abordajes psicosociales sofisticados.

Las Intervenciones Psicosociales (IP), se apoyan en el modelo de Vulnerabilidad y Estrés (Zubin y Spring, 1977) antes descrito, teniendo en consideración para un proceso de rehabilitación exitoso, el curso de la patología con sus cambios constantes entre los factores de vulnerabilidad a la esquizofrenia persistentes, estresores socioambientales, y déficits conductuales que pueden exacerbar los síntomas psicóticos y los factores profilácticos, que funcionen como factores protectores contra el impacto de los estresores, como la competencia y el apoyo social (Buendía Vidal, 1993).

Ciampi (1987), como se citó en Buendía Vidal (1993), establece una serie de principios generales básicos, que deberían regir toda Intervención Psicosocial:

1. Simplificación del ambiente terapéutico. Llevado a cabo por personal especializado, busca conseguir un ambiente relajado, evitando la sobrecarga de estímulos (Buendía Vidal, 1993).

2. Continuidad entre el personal y en la conceptualización de la enfermedad. Referencia constante de una persona. Persiguiendo el objetivo de centralizar el

tratamiento en un programa con un mismo profesional que supervise y coordine dicho tratamiento a corto, mediano y largo plazo (Buendía Vidal, 1993).

Gabbard (2006), remarca la importancia para el éxito de la intervención y para el paciente, del vínculo, la aceptación y la comprensión, encarnada en una figura terapéutica consistente, presente a través de los años.

3. Comunicación clara, no ambigua, congruente afectiva y cognitivamente.

Siendo una regla básica para que sea efectivo cualquier tipo de acercamiento terapéutico con el paciente (Buendía Vidal, 1993).

4. Información sobre la esquizofrenia. Buscando manejar información común y objetiva sobre la patología; curso, sintomatología, tratamiento, recaídas, tanto para pacientes, como para familia o entorno cercano al sujeto (Buendía Vidal, 1993).

5. Compartir expectativas positivas y realistas. Constituyendo este uno de los factores más importantes del éxito, conocer los síntomas y prodromos, controlar sucesos estresantes, tanto endógenos como exógenos, para poder identificar y evitar una posible recaída, reduce dicha chance de recidiva en un porcentaje muy elevado (Buendía Vidal, 1993).

6. Elaboración de una jerarquía de metas terapéuticas, claras, concretas y conjuntas. Negociando las metas tanto a corto como a largo plazo entre la familia, el paciente y el terapeuta, evitando la sobreexigencia (Buendía Vidal, 1993).

7. Unificación de criterios afectivos y cognitivos. Buscando crear armonía, ordenar y unificar el caos que generalmente implica el interior y el exterior que rodea al paciente (Buendía Vidal, 1993).

8. Evitar una sobre o infraestimulación. Aspirando a un entorno ecológico manteniendo una óptima estimulación en el paciente (Buendía Vidal, 1993).

9. Combinación de farmacoterapia y psicoterapia. La farmacología ha demostrado ser indispensable para el comienzo, la adhesión, y la facilitación de las terapéuticas psicosociales. Siendo muy eficaz para tratar la sintomatología positiva, en tanto la negativa se nutre más de los abordajes psicosociales. Sin embargo, los nuevos antipsicóticos atípicos, muestran un mayor impacto también sobre los síntomas negativos en comparación con antipsicóticos tradicionales (Gabbard, 2006).

Un 90% de los pacientes podrán encontrar un tratamiento exitoso con “abordajes terapéuticos dinámicamente informados incluyendo farmacoterapia dinámica, terapia individual, terapia grupal, abordajes familiares y entrenamiento en habilidades”

(Gabbard, 2006). Frente a que no más del 10% puedan verse realmente beneficiados con un tratamiento que conste únicamente de medicación antipsicótica y hospitalización breve cuando están en etapas agudas de la enfermedad (McGlashan y Keats, 1989, como se citó en Gabbard 2006)

8.1. Entrenamiento en Habilidades Sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los programas más importantes de las intervenciones psicosociales, y un componente esencial para el tratamiento de la esquizofrenia (Buendía Vidal, 1993).

Esta terapéutica es definida según Gabbard (2006), como un abordaje que estimula a desarrollar las máximas capacidades del sujeto a través del aprendizaje y apoyo ambiental. Aprovechando sus fortalezas, maximizando su potencial vocacional y estimulando un compromiso activo en el tratamiento.

Está enfocado a mejorar la calidad del funcionamiento social del paciente, buscando paliar la sintomatología negativa del trastorno (abulia, apatía, falta de motivación), no solo mejorando su comportamiento, sino también causando una influencia positiva en la autopercepción del sujeto, viéndose más asertivo y menos ansioso en sus interacciones, funcionando como factor protector de futuras recaídas (Buendía Vidal, 1993).

Siguiendo a Buendía Vidal (1993), los programas de entrenamiento en habilidades sociales, incluyen dos módulos los cuales pueden dividirse en:

El Manejo de la Medicación. Buscando psicoeducar al paciente en cuanto al conocimiento, beneficios, efectos secundarios, manejo y autoadministración de los psicofármacos prescriptos. Enmarcados en propiciar una buena alianza terapéutica médico-paciente-tratamiento; todos ellos elementos que facilitarán la adhesión al tratamiento farmacológico (Buendía Vidal, 1993).

Continuando con Buendía Vidal (1993), un importante porcentaje de los pacientes que abandonan la medicación lo hacen porque se encuentran solos y con insuficiente información lidiando con los efectos secundarios producidos, por ende, es necesario no solo educar al respecto de forma clara y detallada, sino también, entrenar en la habilidad de comunicar de forma adecuada al psiquiatra, como se siente el sujeto con los fármacos prescriptos. Así como también identificar y discriminar entre efectos secundarios que requieren una pronta atención médica, de los que pueden ser manejados por el paciente mismo.

Resultando esencial que la persona con esquizofrenia conozca con claridad el factor de riesgo que conlleva el abandono de la medicación a corto plazo; con su consiguiente probabilidad de que vuelva a presentarse la sintomatología positiva de la patología (Buendía Vidal, 1993).

Igualmente, se torna también necesario enfatizar en los beneficios a largo plazo que tiene la constancia de seguir el tratamiento farmacológico indicado, como lo es una reducción de la vulnerabilidad a estresores ambientales (Lemos y Muñiz, 1989, como se citó en Muela, 2001; Buendía Vidal, 1993).

El Manejo del Estrés. Este módulo parte del concepto interactivo del estrés de Sarason (1980), el cual refiere a que intervienen una serie de factores en la respuesta a estrés, tales como las demandas del medio, las habilidades del organismo para poder cumplirlas, las características generales particulares del sujeto, los apoyos sociales con los que cuenta, su historia de vida y sus experiencias pasadas en situaciones estresantes.

Sumando esto a que el paciente esquizofrénico se caracteriza por no prestar una atención adecuada a las características del medio, perdiendo referencias precisas para orientar adecuadamente sus conductas, suele presentar respuestas incorrectas frente a las demandas de dicho medio, derivando en resultados negativos (Buendía Vidal, 1993), interactuando con su vulnerabilidad e incrementando la probabilidad de recaída (Day, 1987; Nuechterlein et al., 1989, como se citó en Buendía Vidal, 1993).

Concluyendo, esta terapéutica no solo contempla las conceptualizaciones del estrés desde una perspectiva psicopatológica y su impacto en la evolución de la enfermedad, sino que además reconoce a los estresores como inherentes al curso vital del sujeto.

Por tanto, el objetivo terapéutico que se persigue, es entrenar al paciente para que “introduzca en su repertorio de conductas, no solo estrategias para evitar o paliar los efectos de los estresores ambientales, sino también para manejarlos y hacerles frente” (Buendía Vidal, 1993).

III Consideraciones Finales.

A lo largo de este escrito hemos abordado la relación existente entre la esquizofrenia y el estrés, recopilando numerosa evidencia que concluye que los estresores pueden incidir negativamente en el curso de dicha enfermedad, precipitando su aparición, agravando y manteniendo la sintomatología o predisponiendo a reagudizaciones.

En principio se presenta como esencial comprender en mayor profundidad la patología brindando un estado del arte sobre las conceptualizaciones de la esquizofrenia, lo que implica, sin negar los enormes aportes que brinda el DSM en pos de establecer criterios diagnósticos claros y estandarizados; desprenderse de una visión estática y descriptiva de la misma y concebirla como sustancia dotada de una historicidad. Se propone un recorrido cronológico, sobre el desarrollo y los cambios que ha sufrido la evolución histórica del concepto de esquizofrenia. Estableciendo una genealogía de la mano de algunos de los autores más relevantes que con sus saberes, desde distintas épocas y partes del mundo, y cada uno desde su enfoque teórico-clínico particular, contribuyeron a describir, explicar y delimitar el cuadro clínico de esta patología desde sus inicios hasta nuestros tiempos.

Entender cabalmente el aporte de Conrad con su esquizofrenia incipiente, en el marco del trabajo clínico con población que padece esquizofrenia, implica la correcta comprensión y el reconocimiento de las fases evolutivas involucradas en un episodio agudo de psicosis esquizofrénica, haciendo énfasis en lo indispensable que se vuelve la identificación de la fase prodrómica de la enfermedad o lo que el autor designa como *trema*, para facilitar la detección temprana de una posible reagudización y una intervención pertinente para la correcta prevención de recaídas.

Concibiendo los procesos de reagudización que pudiesen acaecer en el curso de la psicosis, no como un hecho aislado y descontextualizado que le ocurre eventualmente a un sujeto con una psicosis crónica, sino entendiendo al *Dasein* en su complejidad; como proyecto abierto y siempre inacabado en constante interrelación dinámica con el mundo; siendo productor y producido por sus circunstancias.

Comprender esto nos invita al compromiso de ampliar la mirada incorporando la importancia capital de la contingencia y de sus vicisitudes en el curso particular que tomará la enfermedad para cada paciente, con la consiguiente posibilidad de poder incidir en dicho curso, por medio de una práctica acertada y basada en la evidencia.

El estrés se nos presenta como un concepto límite entre la salud y la enfermedad, siendo como la define Selye una respuesta normal del organismo, imprescindible para su supervivencia, pero también siguiendo las teorizaciones de Lazarus y Folkman, siendo una valoración subjetiva que pone en juego los recursos con los que cuenta el sujeto para superarlo, recursos que la mayoría de las veces se presentan como limitados con estos pacientes, como refiere el modelo de vulnerabilidad y estrés de Spring y Zubing. Según este modelo existe una mayor vulnerabilidad al estrés en una persona genéticamente predispuesta a sufrir una enfermedad mental. Para que se manifieste la enfermedad se vuelve necesaria la acción de factores estresantes sobre un organismo con cierta vulnerabilidad, y así mismo a mayor vulnerabilidad, se necesitan factores estresantes más bajos para producir el estrés.

A efectos del trabajo en servicios de salud mental esto se traduce en que el control del estrés y los estresores incide directamente en la disminución de la tasa de recaídas. Es necesario por ello prestar especial atención frente a la identificación de los estresores que pudieran presentarse eventualmente y rodear al paciente, para enfocar las intervenciones terapéuticas en varias posibles vías de acción; puede modificarse el estresor generador de malestar, atenuándolo o eliminándolo, y a su vez, de no ser posible otra opción viable es incidir en la propia vulnerabilidad del sujeto, interviniendo farmacológicamente de forma particular en esta etapa concreta, por ejemplo con un aumento de las dosis, oficiando la medicación como factor protector.

Esta tarea puede tornarse especialmente dificultosa cuando el estrés no es agudo sino que esta instaurado de forma crónica, en modos de relacionamientos familiares y vinculares como pueden observarse en ambientes con alta emoción expresada.

Se presenta entonces, más que nunca el desafío de trabajar en psicoeducación, en fomentar la creación de redes sociales y hábitos saludables, que involucren no solo a quien padece esquizofrenia, sino también ampliar el territorio de acción alcanzando al entorno, la familia y a la sociedad en su conjunto, buscando erradicar el estigma, con el cometido de volverlos aliados en este proceso de rehabilitación singular y a su vez colectivo, buscando el movimiento de convertirlos en factores protectores en vez de volverse estresores.

Así mismo, destaco el enorme valor durante todo el proceso de rehabilitación psicosocial de trabajar con el paciente en el entrenamiento en habilidades sociales, potenciando y transmitiendo estrategias que posibiliten al sujeto la incorporación de más y mejores recursos personales y vinculares, lo cual disminuirá su vulnerabilidad y fomentará su

autonomía, autoestima y seguridad en el desenvolvimiento, la integración y la participación activa en la comunidad.

Y al final del día, más allá de la elección particular en lo que respecta a la infinita gama de modalidades de intervenciones que pueden utilizarse como recursos terapéuticos, tales como yoga, musicoterapia, talleres plásticos y de escritura, entre otros, la herramienta sanadora más valiosa, con la que contamos en rehabilitación, en su dimensión política, en tanto disparadora de cambios transformadores en la vida del sujeto, sea esta misma; el forjamiento del vínculo con el otro, el generar espacios para devolver la palabra y permitir el despliegue del discurso, y la restitución de los derechos de aquellos sujetos históricamente olvidados, silenciados y marginados.

Concluyendo, el cometido de este último apartado no pretende ser el cierre de un saber cristalizado y culminado, sino que aspira a ser un disparador de futuras reflexiones y nuevas elaboraciones acerca del estrés como elemento de descompensación psicótica y de la necesidad del ejercicio de una praxis ética, comprometida, teóricamente formada en su especificidad y actualizada.

Recordando siempre que la salud no es la ausencia de enfermedad, sino que, haciendo propias las palabras del historiador de la medicina Henry Sigerist; la salud es una actitud positiva y gozosa ante la vida.

IV. Referencias Bibliográficas

- Agarwal V., Abhijnhan A. y Raviraj P. (2007). Medicina ayurvédica para la esquizofrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. Art. No.:* CD006867.
- American Psychiatric Association (APA), (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR.)* (4a ed. de. T.R.). Masson S.A.
- American Psychiatric Association (APA), (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. (5a ed.). Panamericana.
- Bagney, A. (2015). Cognición y síntomas negativos en la esquizofrenia. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Barreira, I. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), pp. 5-32.
- Baruk, H. (1996). La catatonía de Kahlbaum. La esquizofrenia y la revisión de la nosografía psiquiátrica (1ª parte). *Alcmeon*. 17(2).
- Baruk, H. (1997). La catatonía de Kahlbaum. La esquizofrenia y la revisión de la nosografía psiquiátrica (2da parte). *Alcmeon*. 2(1).
- Bedoya Cardona, E., Ardila Rodríguez, W, Cañas Betancur, D, y Vásquez Caballero, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 2, pp. 8-13.
- Belucci, (2012). Paranoia, demencia precoz, parafrenias en la obra de Emil Kraepelin. UBA.
- Benítez, I. (1992). La evolución del concepto de hebefrenia (1ra. Parte). *Alcmeon*. 2(2), pp. 182- 205.
- Benítez, I. (1992). La evolución del concepto de hebefrenia (2da. Parte). *Alcmeon*.
- Bernardi, R., Ceretti, T. y Schwartzmann. L (s.f). Protocolo de identificación de factores psicosociales. Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina.
- Berrettoni, P. (1990). Cronología histórica de los conceptos clínicos sobre esquizofrenia - Parte I. *Alcmeon*. 1, pp. 59-77.

- Berrettoni, P. (1990). Cronología histórica de los conceptos clínicos sobre esquizofrenia - Parte II. *Alcmeon*.
- Buendía Vidal, J. (1993). Estrés y psicopatología. Pirámide.
- Conrad, K. (1958). Esquizofrenia Incipiens. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Edición digital. EISSN: 2340 2733.
- Da Silva, F. (2007). *Manual práctico de psicopatología clínica*. UCUDAL Prensa Medica Latinoamericana.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. (1978). Tratado de Psiquiatría. (8ª ed.). Toray-Masson S.A.
- Gabbard, G. (2006). Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. (3ª ed.). Médica Panamericana.
- Lobo, G. (2019). Estrategias de regulación emocional y estrés utilizadas por pacientes con cáncer. [Tesis de licenciatura, Universidad Empresarial Siglo 21].
- Marietán, H. (2004). Historia de la psiquiatría. *Alcmeon*. 11(4).
- Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), pp. 251-266.
- Moor, L. (1969). *Glosario de términos psiquiátricos*. Toray-Masson.
- Muela, J. y Godoy, J. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 4(7).
- Novella, E. & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*. 21(3), pp. 205-219.
- Ospina, A (2016). Síntomas, niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en una muestra de estudiantes masculinos y femeninos de una institución de educación superior militar: análisis comparativo. [Tesis de Maestría, Universidad Católica de Colombia].
- Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, R., Leaños, C. y Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares el intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*. 27(5).

- Rodríguez Abuín, M. (2002). Estrés y psicopatología en población normal, trastornos médico-funcionales y enfermos psiquiátricos. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Samaniego, A., Fernández Liria, A., López Santín, J., De la Mata, I., Munárriz, M., Rejón, C., Rodríguez García, Y. y Villasante, O. (1996). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 16(60). pp. 655-662.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*. 3(1). pp. 10-59.
- Vila Badia, R. (2018). Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos [Tesis de Maestría, Universidad Internacional de La Rioja].
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.