



***Eficacia del abordaje psicodinámico en pacientes  
diagnosticados con esquizofrenia***

**Trabajo Final de Grado**

**Modalidad: Monografía**

**Autor: Silvia Esther González Núñez**

**C.I.: 3.673.844-7**

**Tutora: Prof. Dra. Gabriela Prieto Loureiro**

**Montevideo, Febrero 2022**

## Índice

Resumen.....	2
Introducción .....	3
Definición de Trastorno mental .....	5
Recorrido histórico por el concepto de esquizofrenia.....	6
Conceptualizaciones teóricas la sobre la esquizofrenia .....	9
Formas de comienzo de la esquizofrenia.....	11
Elementos clínicos de la esquizofrenia.....	13
Factores desencadenantes de la esquizofrenia.....	14
Tratamientos de la Esquizofrenia.....	17
Importancia del tratamiento Psicoterapéutico de la esquizofrenia.....	19
Abordaje psicodinámico de la esquizofrenia .....	22
Consideraciones finales .....	26
Referencias .....	29

## Resumen

La presente monografía se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República.

La finalidad de este trabajo, es poner de manifiesto la importancia del tratamiento psicoterapéutico, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, haciendo especial énfasis en la eficacia del abordaje psicodinámico.

Es así que, en el presente trabajo, se comienza definiendo el concepto de trastorno mental, para luego realizar un recorrido histórico por el concepto de esquizofrenia, hasta arribar a las conceptualizaciones teóricas actuales. También, se abordan los elementos clínicos, las distintas formas de comienzo, así como los factores desencadenantes de este trastorno.

El desencadenamiento de este trastorno mental grave, ocasiona limitaciones en el desempeño cotidiano de quien lo padece, deteriora los aspectos cognitivos, y las relaciones interpersonales se ven afectadas.

Debido a ello, se expone sobre la importancia de brindar tratamiento psicoterapéutico al paciente -además del psicofarmacológico- haciendo un recorrido por los distintos abordajes existentes y sus características.

Por último, se dedica un apartado al abordaje psicodinámico, como herramienta en el tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, haciendo mención de sus objetivos, y dando cuenta de su efectividad y beneficios, tal como acreditan diversos estudios realizados, los cuales lucen en la bibliografía consultada.

**Palabras Clave:** Esquizofrenia, tratamientos psicoterapéuticos, abordaje psicodinámico.

## Introducción

En el presente trabajo se comienza por definir qué es un trastorno mental, a modo de preámbulo de lo que será el desarrollo del tema central del mismo, es decir, la esquizofrenia, y la importancia del abordaje psicoterapéutico en el tratamiento de este trastorno, haciendo énfasis en el abordaje psicodinámico y su eficacia.

De acuerdo a los autores consultados, el concepto de esquizofrenia fue evolucionando con el paso de los años.

Por ende, en el presente trabajo, se hace un recorrido histórico por la evolución de dicho concepto, desde Bénédicte Morel, quien, en el año 1860, utiliza el término demencia precoz, para hacer referencia a aquellos jóvenes de entre 20 y 30 años, que padecían un trastorno mental, hasta llegar a las conceptualizaciones teóricas actuales.

Al tratarse de un trastorno mental grave, complejo y multicausal, con una presentación clínica variable, única para cada paciente, no existe una definición específica y exacta para el mismo. Por ello, se incluyen distintas conceptualizaciones teóricas, de distintos autores, extraídas de la revisión bibliográfica realizada.

Asimismo, se presentan las formas de comienzo de esta enfermedad, así como las distintas fases por las que el paciente puede atravesar.

Posteriormente, se exponen los síntomas clínicos de la esquizofrenia, los que, en base a sus características, se agrupan en: positivos, negativos, desorganizados, desórdenes en las relaciones personales y síntomas de carácter cognitivo.

En cuanto a la etiología de la esquizofrenia, si bien la misma no se puede atribuir a una causa concreta o específica, los investigadores concluyen que, la combinación de ciertos factores -como la genética, la química del cerebro, la genética, factores socioambientales- pueden favorecer el desarrollo de la misma. Es así que, se realiza una breve descripción de estos aspectos.

Seguidamente, se expone sobre las formas de tratar la esquizofrenia.

El tratamiento farmacológico es fundamental, ya que logra mejorar los síntomas psicóticos y prevenir futuras recaídas. No obstante, se ha demostrado que, si además, se lo combina con un tratamiento psicoterapéutico, se obtiene como resultado una mejora en el funcionamiento psicosocial del paciente, una disminución de recaídas y rehospitalizaciones, así como una reducción en el estrés que sufre la familia.

Es así que, se describen las distintas intervenciones psicoterapéuticas que se pueden aplicar, en combinación con los psicofármacos.

Por último, se dedica un apartado a la descripción del tratamiento psicodinámico, como modalidad de abordaje de este trastorno.

El interés por profundizar en este abordaje, se debe al trabajo realizado en la Práctica de Graduación: Intervenciones en Hospital de Clínicas.

En dicha práctica, me fue asignada una paciente diagnosticada con esquizofrenia, habiéndose utilizado el abordaje psicodinámico como modalidad de intervención.

Por lo tanto, se pretende poner de manifiesto, la efectividad del abordaje psicodinámico en el tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, lo que se respalda con la literatura consultada y plasmada en el presente trabajo.

## *Definición de Trastorno mental*

A pesar del paso de los siglos, los conceptos de locura o enfermedad mental, se han hecho presentes en todas las épocas y espacios. Épocas que difieren en sus características, algunas han sido más violentas, otras más excluyentes, algunas místicas o marcadas por el pensamiento absoluto de la ciencia. En la actualidad, se continúa trabajando siguiendo la huella Pinel, es decir, sobre una clínica basada en la categorización, en la internación y la farmacología (Fernández, 2012).

Pinel (1745-1826) planteaba la enfermedad mental como una pérdida de autonomía, llamándola alienación o enajenación del alma. Según este médico, la enfermedad mental se caracteriza por una vulneración de la individualidad y de la autonomía (Rojas-Malpica, De Lima-Salas, Eblen-Zajjur y Téllez-Pacheco, 2019).

Por su parte, Suárez-Vergne (2019), expresa que; la salud es entendida como un fenómeno, que se caracteriza por ser multidimensional, procesual y dinámico, y, en consecuencia, considera que se puede definir el trastorno mental como “un estado en el que el sujeto expresa subjetivamente un malestar psicológico (ya sea explícita o implícitamente) y este malestar tiene consecuencias sobre el individuo, tanto de carácter social cómo biológico” (p.158).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), realiza la siguiente definición de trastorno mental: “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (p. 20).

En cuanto a la edad de inicio de los trastornos mentales, Campo-Arias y Cassiani (2008), entienden que, comienzan a manifestarse clínicamente en los adolescentes, o en adultos jóvenes, pudiendo tener remisiones y/o recaídas, ocasionando un impacto en la vida cotidiana del paciente, ya sea en el ámbito personal, familiar, social y/o laboral.

Los trastornos mentales pueden clasificarse en dos grupos: trastornos mentales comunes y trastornos mentales graves. Los trastornos mentales comunes, son aquellos que se dan con más frecuencia en la población, y que resultan ser menos discapacitantes para el paciente, pudiendo ser tratado por un único profesional de la salud. En cambio, los trastornos mentales graves, en los que se encuentran comprendidos los trastornos psicóticos, son más discapacitantes, más limitantes para el

desempeño global del paciente, es decir, en el área laboral, social y familiar (Juan-Porcar, Guillamón-Gimeno, Pedraz-Marcos y Palmar-Santos, 2015).

En base a lo expuesto, podemos concluir que un trastorno mental afecta el estado de ánimo, el comportamiento, los aspectos cognitivos, la percepción y el pensamiento de quien lo padece. Cuando los síntomas y los signos se instalan de forma permanente, el desempeño del sujeto en sus actividades cotidianas se ve afectado, lo que significa que puede perder la capacidad de funcionar normalmente.

Uno de los trastornos mentales más graves es la esquizofrenia, y que, según la Organización Mundial de la Salud (2022), afecta a 24 millones de personas en el mundo, lo que significa que, 1 de cada 300 personas, padece este trastorno.

### **Recorrido histórico por el concepto de esquizofrenia**

La psiquiatría, ha dedicado gran parte de su tiempo al estudio, descripción y evolución de la esquizofrenia.

Es así que, en ese amplio recorrido dedicado a la investigación de este trastorno, han existido diversos términos para hacer referencia al mismo.

A continuación, se hará un breve recorrido histórico por los diversos términos, hasta arribar al concepto que la refiere en la actualidad.

Broustra (1979, citado por Martínez Yannarella, 2010), hace una revisión histórica del término esquizofrenia, desde la psiquiatría, y cómo el mismo fue evolucionando.

Este autor, menciona a Bénédicte Morel, quien en el año 1860 utiliza el término demencia precoz para describir un trastorno mental. En este trastorno, están comprendidos aquellos jóvenes, cuya edad oscila entre los 20 y los 30 años, afectados de “una desconcertante disposición a ser insensible a los fenómenos del mundo exterior” (las comillas son del autor).

La demencia precoz, lleva al deterioro de las funciones mentales y a la discapacidad.

Broustra, posteriormente, hace referencia a Ewald Hecker, quien en 1871 llama a esta enfermedad hebefrenia, y hace alusión a un estado demencial que se manifiesta en la

adolescencia, con un comportamiento errático, que deriva en un rápido deterioro de todas las funciones mentales.

Finalmente, el autor indica que Karl Ludwig Kahlbaum, en 1874, interesado por los trastornos psicómotores, los describió como afectos de catatonia o locura con tensión muscular, pudiendo evolucionar hacia la cura, o a la demencia.

Posteriormente, entre los años 1890 y 1907, Emil Kraepelin unifica todos los casos mencionados anteriormente, bajo el nombre de *Demencia precoz*.

Se trataba de una especie de locura que tenía como características la evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico (*Verblodung*) y profundos trastornos de la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos).

De este nuevo concepto se desprende que esta enfermedad aparece a temprana edad y conduce a quien la padece a un deterioro intelectual, progresivo e irreversible.

Dentro de la demencia precoz, Kraepelin distinguía tres formas clínicas: una simple, la hebefrenia; una catatónica o hebefrenocatatónica, y una forma paranoide, definida por la importancia de las ideas delirantes, más o menos extravagantes e intrincadas (Ey, 1976).

Sin embargo, los estudiosos de la época coincidían en que dichos casos estaban más relacionados a una disociación de la vida psíquica, que pierde su unidad y por lo tanto era una especie de disgregación de la personalidad que, con la demencia, en cuanto al debilitamiento intelectual, progresivo e irreversible.

Es justamente la noción de disociación la que precede el concepto de esquizofrenia introducido por Bleuler en el año 1911 (Martínez y Yannarella, 2010).

Eugen Bleuler introdujo el término Esquizofrenia para denominar al grupo de los dementes precoces. El mismo proviene de *Esquizo* que deriva del griego σχίζειν (*schizein*), el cual significa “escindir” y *frenia* corresponde al griego φρήν (*phren*), cuyo significado es “mente” (Padín, 2012, las comillas son del autor).

Por lo tanto, etimológicamente la expresión esquizofrenia significa “mente escindida”, por lo que aquellas personas que la padecen presentan un pensamiento alterado, desorganizado, desintegrado, disociado.

Así también lo expresan Fernández y Osorio (2006): “Eugene Bleuler, en 1911, acuñó el término esquizofrenia, cuya referencia es “mente separada”, refiriéndose a las

funciones psíquicas que incluyen: coordinación del pensamiento, afectos y comportamiento” (p.141).

No obstante, Freud, objetó el término esquizofrenia acuñado por Bleuler, para designar al grupo de los dementes precoces. Adujo que, éste solo podría ser utilizado, si no se tiene en cuenta el significado literal del término esquizofrenia, es decir: mente escindida. Es así que, Freud propuso el nombre de “parafrenia” para designar a la demencia precoz, ya que el mismo enuncia su relación con la paranoia y además tiene presente a la hebefrenia, comprendida en la demencia precoz.

De acuerdo a su teoría, un caso podría comenzar presentando síntomas paranoicos, pudiendo desarrollarse hasta una demencia, es decir, que se diera una combinación de elementos paranoicos y esquizofrénicos, como sucede en el caso Schreber, el que utiliza el autor como ejemplo.

Según Freud, en la demencia precoz se retira la libido del mundo exterior, y ese abandono libidinal, concluye en forma de represión. De esta manera, surge una lucha entre la represión y el intento por restituir la libido a los objetos, surgiendo así, las alucinaciones tormentosas (Freud 1911, 2003c).

Respecto a Freud y su forma de abordar la esquizofrenia, Balint (1982), expresa que repite siempre la misma fórmula: “La libido liberada por la frustración no permanece sujeta a los objetos en la fantasía sino que se retira al yo” (las comillas son del autor).

Posteriormente, Balint (1982), manifiesta que cuando se introduce el concepto de narcicismo, Freud agrega una nueva fórmula a la anterior, respecto a los puntos de fijación en el proceso de la regresión, y aduce que en la esquizofrenia seguramente es “el estado de narcicismo primitivo, al que retorna la *dementia praecox* en su resultado final” (p.68).

Por su parte, Gabbard (2002) analiza la postura de Freud respecto de la esquizofrenia, y concluye que, la regresión que se da desde las relaciones de objeto, junto con un abandono de la investidura libidinal de las representaciones de objeto, así como de las figuras externas, explican la aparición del retraimiento autístico, característico de este trastorno.

Posteriormente, en el año 1912, se edita el trabajo “*Elementos de Semiología y Clínicas Mentales*” de Phillippe Chaslin, concerniente a la semiología psiquiátrica y en el que se recopila veinte años de observaciones clínicas. Allí, se introduce el término “*discordancia*”. Es así que, en su obra, los pacientes aparecen como un conjunto al que denominó: grupo de las “locuras discordantes”.

Las locuras discordantes, son aquellas que presentan como común denominador, la discordancia y desarmonía entre los síntomas, los cuales parecen independientes unos de otros (Casarrotti, 2014, las comillas son del autor).

Las investigaciones continuaron y el término esquizofrenia siguió modificándose.

López, Sanmillán, Cainet y Olivares (2015) hacen referencia a investigadores que, con el paso del tiempo, continuaron innovando el concepto de esta patología.

Los autores, mencionan a Kasanin, quien en 1933 introdujo el término esquizoafectivo. En él se encuentra aquel grupo en el que se constatan alteraciones afectivas importantes, como manía y depresión, además del trastorno formal de pensamiento.

Continúan el análisis haciendo referencia a los aportes de Langfeldt, quien en 1939, diferenció el proceso esquizofrénico -el cual se caracteriza por el inicio temprano, desorganización mental y deterioro- de la reacción esquizofrénica, la que consta de un cuadro menos severo, un mejor ajuste social y laboral, pudiendo remitir parcial o totalmente, es decir que no siempre conduce a un deterioro progresivo.

Finalmente, hacen referencia a la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicado en el año 1952.

En este manual, se clasifica a la esquizofrenia como reacciones esquizofrénicas.

En él se incluyen, además, los siguientes tipos: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizofrénico-afectivo, tipo infantil y tipo residual.

### **Conceptualizaciones teóricas sobre la esquizofrenia**

La esquizofrenia es un trastorno complejo, multicausal, con una presentación clínica variable, y única para cada paciente. Por ello, no existe una definición única y/o exacta de este trastorno, sino que, se presentan diversos conceptos respecto del mismo, teniendo presente la amplia gama de síntomas y signos que se pueden manifestar.

Según los autores Cabrera, Fuertes y Rodríguez (2000), la esquizofrenia es:

un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una

enfermedad crónica, compleja que, al igual que ocurre en la epilepsia, la diabetes o muchas otras dolencias de larga evolución, no afecta por igual a todos los pacientes. (p.12)

De acuerdo a lo expresado por Del Busto, Arcos y García (2001), en el paciente esquizofrénico se manifiestan síntomas psicóticos, es decir, delirios, alucinaciones y, además, presenta un lenguaje gravemente desorganizado.

Asimismo, Valencia, Caraveo, Colin, Verduzco y Corona (2014), hacen referencia a los síntomas psicóticos y al deterioro cognitivo que presenta esta enfermedad, y entienden la esquizofrenia como; una enfermedad mental heterogénea, impredecible y crónica, de carácter grave y complejo. Dicho deterioro cognitivo, y la sintomatología psicótica con la que debe lidiar el enfermo, hacen que su funcionamiento psicosocial se vea limitado y en desventaja, lo que repercute en su calidad de vida.

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (APA, 2014), indica que, para que se diagnostique esquizofrenia, el paciente debe presentar dos o más síntomas por un período de un mes, así como la manifestación de signos por un período de 6 meses.

Los síntomas comprenden: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, y síntomas negativos tales como expresión emotiva disminuida o abulia.

La presentación de estos síntomas tiene como consecuencia el deterioro de la actividad del sujeto en las áreas laboral, social, académica y cuidado personal, es decir, en las actividades concernientes a su vida cotidiana.

Este deterioro en las actividades de la vida cotidiana, provoca sufrimiento en el sujeto, tal como lo considera Burns (2006, citado en Montaña, Nieto y Mayorga, 2013), atribuyendo este sufrimiento a que, el paciente se autopercibe como incompetente, se siente en desventaja en su contexto social, siendo incapaz de responder y de enfrentar las situaciones de estrés, que el entorno le ocasiona.

Esa sensación de estrés, de desventaja e incomodidad del paciente respecto al entorno, se debe a que, se encuentra en un mundo diferente, es decir, en una realidad alterada, por lo que, vive acorde a su experiencia (Padín, 2012).

En el año 2018, la Organización Mundial de la Salud en su décimo primera edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la

Salud Mental (CIE-11), caracteriza a la esquizofrenia por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas, afectación a nivel cognitivo, pérdida en la motivación, entre otras.

Los delirios, alucinaciones y el desorden, son persistentes. Estos síntomas deben darse por al menos un mes, para que sea diagnosticada.

Si bien ambos manuales, tanto el DSM-5 como la CIE-11, son sistemas que clasifican y describen los trastornos mentales, siendo utilizados para el diagnóstico de los mismos, presentan diferencias.

Con respecto a la concepción que ambos realizan sobre la esquizofrenia, Valle (2020), considera que, estos cambios que ha incorporado la CIE-11 en la conceptualización de este trastorno, lo asemejan más con la descripción que brinda el DSM-5, pero aún existen diferencias en cuanto a la duración de los síntomas y a la alteración de la funcionalidad.

Por otra parte, la OMS define a la esquizofrenia de la siguiente manera: “es una psicosis, un tipo de enfermedad mental caracterizada por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”. Seguidamente, realiza una descripción de los síntomas más comunes, ellos son: alucinaciones, delirios, conducta extravagante y/o desorganizada -la que se puede presentar como abandono del aseo personal, vagabundeo, murmuraciones, risas y desorganización en el discurso- y con respecto a las emociones; se manifiesta una clara apatía, las expresiones faciales y/o corporales no concuerdan con la emoción que el paciente dice estar experimentando.

### **Formas de comienzo de la esquizofrenia**

La esquizofrenia puede desarrollarse de diversas formas.

De acuerdo a lo planteado por López, Sanmillán, Cainet y Olivares (2015), la enfermedad puede tener las siguientes formas de comienzo:

- **Comienzo agudo.** Tiene como característica, la aparición abrupta de los síntomas. Debido a que la esquizofrenia presenta signos y síntomas que también aparecen en otras psicosis, es conveniente llevar a cabo una larga observación de los mismos, para no realizar un diagnóstico apresurado, que pueda resultar erróneo.

- **Comienzo insidioso, lento y progresivo.** Es la forma de comienzo más frecuente de la enfermedad. Se da una ruptura psíquica que, tiene como elemento principal, la disociación ideo-afectiva, evolucionando hacia la cronicidad.
- **Forma de comienzo pseudoneurótica.** Los síntomas son de tipo neurótico y durante mucho tiempo el paciente es tratado como tal, y luego comienzan a surgir síntomas de carácter esquizofrénico los que se instalan de forma permanente.
- **Forma de comienzo pseudopsicopática.** Tiene su origen en la adolescencia. Ante la aparición de conductas sociopáticas o delictivas, se puede pensar que se trata de cambios propios de la personalidad en estructuración, sin embargo, es necesario que se identifiquen las mismas de forma correcta, ya que pueden significar el comienzo de un proceso esquizofrénico.

No obstante, López y Laredo (2013), afirman que esta patología se inicia gradualmente, presenta un desarrollo crónico y progresivo, y al mismo tiempo, comienza a darse un deterioro de las capacidades mentales. Cuando se manifiestan varios signos y síntomas propios de la esquizofrenia, significa que es el punto de partida de la enfermedad, es decir, un indicador de que la misma se encuentra en su fase activa.

Es así que, los autores hacen referencia a tres fases que son características de este trastorno. Ellas son:

- **Fase aguda.** En ella se manifiestan los síntomas psicóticos, es decir, los delirios y las alucinaciones, o también pensamientos desorganizados. Asimismo, se puede observar la falta de higiene personal del enfermo, como un signo característico.
- **Fase de estabilización.** Se caracteriza por la disminución de los síntomas psicóticos que se presentaron en la fase aguda. Luego que se presenta el episodio agudo, este período de estabilización tiene una duración aproximada de seis meses.
- **Fase estable.** En esta fase los síntomas presentados en las etapas anteriores se vuelven relativamente estables, disminuyendo su gravedad. Incluso, se puede dar en el enfermo la ausencia de síntomas psicóticos, manifestándose otros como depresión, ansiedad, insomnio, o hasta pueden llegar a ser asintomáticos.

## *Elementos clínicos de la esquizofrenia*

En cuanto a la sintomatología que presenta este trastorno, Gabbard (2002) afirma: “La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes” (p. 184).

Según Andreasen et al.; Keith y Matthews; Munich et al. y Strauss et al. (citados por Gabbard, 2002), es adecuado organizar la sintomatología de este trastorno en tres grupos:

- **Síntomas positivos.** Son los referentes a los trastornos del pensamiento (delirios), trastornos de la percepción (alucinaciones) y las manifestaciones conductuales (catatonía, agitación). Se desarrollan en un período corto de tiempo y suelen acompañar un episodio de psicosis aguda.
- **Síntomas negativos.** Son aquellos en los que se da una “ausencia” de función y en ellos están comprendidos el afecto restringido, pobreza de pensamiento, apatía y anhedonia. Se desarrollan en un prolongado período de tiempo (las comillas son del autor).
- **Desórdenes en las relaciones personales.** Las dificultades aquí comprendidas pueden ser tan variadas como los tipos de personalidades del ser humano. Se pueden apreciar retraimiento, manifestaciones inadecuadas de agresión y sexualidad, excesiva demanda, pérdida de percepción de las necesidades de las otras personas. En sí, este tipo de dificultades es algo que se presenta en todos los pacientes que padecen esquizofrenia.

Estos tres grupos se superponen, y el paciente puede fluctuar de uno a otro durante el transcurso de la enfermedad.

Morales, Fresán, Robles y Domínguez (2015) siguen en la misma línea en cuanto a los síntomas positivos y negativos, pero agregan un nuevo grupo, los llamados:

- **Síntomas desorganizados.** Son los concernientes a la desorganización del pensamiento, lenguaje o comportamiento, lo que implica tangencialidad, descarrilamiento, lentitud psicomotriz, movimientos o gestos rítmicos y repetitivos, y conductas extrañas sin un propósito definido.

Dichos autores, se refieren a la esquizofrenia como un padecimiento de baja incidencia pero que tiene asociada una gran discapacidad.

Por su parte, los autores Ramírez-Jirano, Velasco-Ramírez, Pérez-Carranza, Domínguez-Díaz y Bitzer-Quintero (2019), también hacen referencia a los síntomas positivos y negativos como manifestaciones de la esquizofrenia, y agregan los:

- **Síntomas cognitivos.** Estos síntomas se caracterizan por un detrimento de la atención, la memoria y demás funciones ejecutivas tales como; una inadecuada comprensión de la información y toma de decisiones, problemas para concentrarse o prestar atención.

Se puede observar que, la sintomatología de esta enfermedad es heterogénea, es decir que, dos pacientes diagnosticados con esquizofrenia, pueden presentar síntomas distintos, y así lo confirman Machado y Morales (2013, citados por Montañó et al., 2013): “cada una de las personas que sufren de este trastorno, tienen su única y propia combinación tanto de síntomas como de experiencias, ya que están influenciados por circunstancias particulares” (p. 86-87).

### **Factores desencadenantes de la esquizofrenia**

Respecto a la etiología de la esquizofrenia, Obiols y Vicens-Vilanova (2003), expresan: “Sin duda, la esquizofrenia es una enfermedad compleja tanto desde el ámbito clínico como de la investigación. Pero caeremos en un error si, al referirnos a su etiopatogenia, esgrimimos la tópica frase: enfermedad de etiología desconocida” (p.235).

Para los investigadores la combinación de factores como la genética, la química del cerebro y el ambiente favorecen el desarrollo de esta psicopatología. Hay ciertos indicadores que sirven como referencia para su detección. Seguidamente se realizará una descripción de los mismos, a grandes rasgos.

- **Edad y Sexo.** Los primeros estudiosos de la esquizofrenia, sostenían que solía comenzar durante la adolescencia, o al inicio de la edad adulta. Según datos de Bleuler, entre el 83 y el 85% de los pacientes, tenían su primer brote previo o alrededor de los 40 años. Cuando la enfermedad se iniciaba más tardíamente, podía presentar distintos cuadros clínicos, sobre todo en lo relacionado a la sintomatología paranoide (Cernovsky, Landmark y O'Reilly, 2002).

Referente al pronóstico, los pacientes que tenían mayor limitación o una recuperación más completa, estaban relacionados con el inicio temprano de la enfermedad, en cambio en los pacientes con inicio tardío, las recuperaciones eran menos frecuentes y los deterioros menos graves.

Posteriormente, Ey (1976) aduce que, la esquizofrenia se da por igual en ambos sexos y la cataloga como la enfermedad del adolescente y del adulto joven, excepcionalmente se presenta antes de los 15 años o después de los 45-50 años. Es entre los 15 y los 35 años cuando la morbilidad es más alta.

Gejman y Sanders (2012) sostienen lo antedicho y expresan: “La esquizofrenia generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana y tiende a presentar un curso crónico fluctuante acompañado de incapacidad” (p.227).

De igual modo, Kaplan y Sadock (2001, citados en Campero-Encinas, D., Campos-Lagrava y Campero-Encinas, M., 2009), concuerdan con Ey, sosteniendo que la prevalencia es la misma, tanto en hombres como en mujeres, no obstante, existen diferencias en cuanto al inicio y curso de la enfermedad. En los hombres la edad de inicio se da entre los 15 y 25 años y en las mujeres entre los 25 y 35 años, por lo cual, al manifestarse más tardíamente, el pronóstico es más favorable.

- **Factores genéticos.** El 1% de total de la población mundial sufre esquizofrenia, y el 10% de las personas que componen esa cifra, tienen parentesco con otros individuos que han tenido este trastorno. Son varios los posibles genes que la ocasionan, encontrándose dentro de los descubrimientos más importantes, el polimorfismo del cromosoma 22 que afecta el metabolismo dopaminérgico, lo que a su vez produce un déficit en los procesos cerebrales (López e Ibarra, 2013).

En cuanto a la relación de parentesco, se ha demostrado que aquellos familiares en primer grado de un paciente esquizofrénico, tienen mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad que los familiares en segundo grado o que el resto de la población en general. Del mismo modo, el riesgo para los gemelos monocigóticos es mayor que para los dicigóticos (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003).

- **Química y estructura del cerebro.** En la comunicación neuronal, intervienen muchas sustancias químicas, y de acuerdo a la función que cumplan, pueden desencadenar diferentes reacciones (Padín, 2012).

En estas reacciones químicas, intervienen neurotransmisores como GABA, dopamina, glutamato, los que juegan un importante papel en el procesamiento de las señales procedentes del mundo exterior, así como en el control de la excitación. Dichas reacciones químicas se desarrollan en el cerebro, y un desequilibrio en las mismas, puede ser otra causa de este trastorno (López e Ibarra, 2013).

- **Factores prenatales.** En relación a este aspecto, Salguero y Soraide (2012), afirman: "Actualmente se considera dentro de la etiología una amplia gama de factores de riesgo prenatal tales como el estrés prenatal, desnutrición intrauterina y la infección prenatal" (p. 18).

En concordancia López e Ibarra (2013), expresan que durante la gestación pueden surgir complicaciones tales como la exposición materna al virus de la influenza, o desnutrición in útero, que afecten el desarrollo neurológico y, por lo tanto, aumentando las posibilidades de contraer la enfermedad.

- **Factores socioambientales.** Estos factores pueden aumentar el riesgo de adquirir la enfermedad, pero no son la causa principal de su desarrollo. Entre ellos se destacan: vivir en situaciones de desventaja social, como la pobreza, la discriminación racial, o vivir en el medio urbano (López e Ibarra, 2013).

Los resultados de diversos estudios e investigaciones realizadas a lo largo de los años, sugieren que los factores ambientales asociados con urbanización, aumenta el riesgo de esquizofrenia (Fernández y Sánchez, 2003).

Por su parte, Salguero y Soraide (2012) reafirman lo antedicho, expresando entre los factores causales de la enfermedad, se puede observar que la prevalencia aumenta a nivel de los centros urbanos.

- **Drogodependencia.** El consumo de drogas, sobre todo de cannabis, pueden activar un grupo de trastornos mentales denominados "esquizofrenia endógena" o "psicosis cannábica". Al tratarse de una droga alucinógena, el consumo crónico de la misma, puede desencadenar una patología más grave (López e Ibarra, 2013).

Es decir que el consumo de esta sustancia, induce síntomas psicóticos.

Sin embargo, en la práctica habitual es difícil la diferenciación clínica y con frecuencia las psicosis en consumidores de cannabis, son indistinguibles de otras psicosis por tóxicos y de un brote esquizofrénico.

Según diversos estudios, se considera que el hecho de consumir cannabis, si bien forma parte de los factores causales de la esquizofrenia, no es suficiente para el desarrollo de la misma, ya que la mayoría de consumidores no desarrollan la enfermedad y la mayoría de las esquizofrenias no se deben al consumo (Arias, 2007).

### *Tratamientos de la esquizofrenia*

Una vez diagnosticada la enfermedad, y teniendo en cuenta que cada caso es único, se debe adecuar un tratamiento, considerando cada situación particular.

Como primera medida, se prescribe un tratamiento farmacológico. Los psicofármacos son la base del tratamiento de la esquizofrenia ya que logra mejorar los síntomas psicóticos y prevenir futuras recaídas. Existen diversos estudios que demuestran lo antedicho.

Asimismo, la continuidad en el tratamiento suele ser un problema, ya que algunos pacientes oponen resistencia al mismo. Por lo tanto, es necesario educarlos sobre la importancia de la continuidad del mismo y a la posibilidad de tener una recaída, de sufrir discinesia tardía o tener efectos colaterales, en caso de abandonarlo.

Por ello, es importante que el tratamiento se prescriba en un ámbito de alianza terapéutica y teniendo en cuenta qué, experimenta internamente el paciente con cada tratamiento (Gabbard, 2002).

En concordancia con Gabbard, los autores Bohórquez et al. (2014), afirman que, el tratamiento psicofármaco, tiene como finalidad, brindar al paciente la oportunidad de mejorar sus síntomas psicóticos, y eventualmente, lograr la desaparición de los mismos. Dichos autores sostienen que, cuando se sigue el tratamiento, a largo plazo el paciente mejora su funcionalidad y su condición clínica.

Por este motivo, es indispensable instruir al paciente sobre la importancia de la adherencia al mismo y las consecuencias que puede sufrir si lo interrumpe o modifica la dosis por su cuenta.

Según Montaña, Nieto y Mayorga (2013), se debe tener presente la singularidad de cada caso, es por ello que: “La prescripción de la medicación se debe realizar de manera individual, debido a que la respuesta varía de paciente a paciente” (p.92).

Sin embargo, se ha comprobado que tratar la esquizofrenia sólo con fármacos, produce mejorías limitadas en los síntomas negativos, el funcionamiento social, la calidad de vida del paciente, así como en las funciones cognitivas. Además de ello, sucede que, muchos pacientes continúan manifestando la persistencia de síntomas positivos y de recaídas.

Por lo tanto, la farmacoterapia no es una solución absoluta a los trastornos psicóticos. Es así, que se ha recalcado la necesidad de incluir terapias psicosociales que complementen el tratamiento farmacológico, teniendo como objetivo, aliviar los síntomas, mejorar la adherencia al tratamiento, el funcionamiento social y por ende la calidad de vida, así como promover en el paciente una vida independiente (Lemos et al., 2010).

De esta forma, se aborda la enfermedad de manera integral, definiendo un plan individualizado que combina tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, lo que contribuye a la rehabilitación psicosocial del paciente.

Así lo consideran Mc Glashan y Keats (1989, citados por Gabbard, 2002) quienes expresan: “Es probable que no más del 10% de los pacientes esquizofrénicos pueda funcionar de manera exitosa con un abordaje terapéutico que comprenda únicamente la medicación antipsicótica y la hospitalización breve” (p.184).

Gabbard (2002), ratifica lo expresado por dichos autores, y afirma que el 90% restante, puede beneficiarse con terapias psicodinámicas, las que se complementarán con farmacoterapia, terapia individual, grupal, familiar y entrenamiento de habilidades, para un exitoso tratamiento de la esquizofrenia.

De la misma manera lo consideran Silvestre, Ingelmo y García-Ordás (2013), quienes plantean que, al tratarse de una enfermedad multicausal, al momento de formular una estrategia terapéutica, debe tenerse en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales de cada paciente, por lo que, proponer tratamientos excluyentes, ya sea fármacos o psicoterapia, limitaría al paciente en cuanto a las posibilidades de mejorar su salud y bienestar.

En tal sentido, dichos autores afirman que, en la actualidad, la combinación de tratamientos, es decir, de psicofármacos, psicoterapia y técnicas de rehabilitación, constituyen el tratamiento terapéutico específico para abordar la esquizofrenia.

## *Importancia del tratamiento Psicoterapéutico de la esquizofrenia*

La intervención psicoterapéutica en el tratamiento de la esquizofrenia, tuvo sus inicios hace más de 100 años, en la clínica Burghölzli (Zurich), dirigida por Eugene Bleuler. Desde entonces, la necesidad de un enfoque psicoterapéutico en el tratamiento de este trastorno, está presente. Bleuler incluyó en el tratamiento del paciente esquizofrénico ciertos elementos básicos, entre ellos: relación constante, catarsis, cambios en la conducta, reflexión, adaptación, entre otros (García-Cabeza, 2008).

Como se expresó anteriormente, abordar el tratamiento de la esquizofrenia desde la farmacología, es indispensable para reducir los síntomas psicóticos del paciente, sin embargo, ello no significa que sea una solución para compensar los conflictos, los problemas y tensiones interpersonales, las vulnerabilidades o para modificar los mecanismos de defensa del paciente. Por lo tanto, es acertado pensar, en la necesidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas, que mitiguen las limitaciones de un tratamiento exclusivamente farmacológico (Esteve, Román, González, Fraile y García-Cabeza, 2010).

De igual manera, lo consideran Solorzano, Padrós y González (2011, citados por Montañó et al., 2013), quienes sostienen que las intervenciones psicológicas combinadas con tratamiento farmacológico, se presentan como “un procedimiento efectivo para reducir el impacto de las experiencias psicóticas angustiosas, para mejorar el funcionamiento social de los pacientes y para reducir el estrés en las familias” (p. 91).

En la misma línea, se encuentran Esteve et al. (2010), quienes ratifican la necesidad de incluir tratamientos psicológicos en el abordaje de este trastorno, ya que se ha demostrado que, potencian favorablemente el uso de los psicofármacos, apaciguando, además, el impacto que sufre el paciente por las propias experiencias psicóticas, o incluso, por la aplicación de determinados abordajes, como por ejemplo la hospitalización.

Existen diversas técnicas psicoterapéuticas que pueden ser aplicadas y, entre ellas se escogerá la que mejor se adapte a las necesidades y características específicas de cada paciente.

A continuación, se realizará una breve descripción de algunas estas intervenciones psicoterapéuticas, para luego tratar en profundidad el abordaje psicodinámico.

Respecto a los distintos abordajes, García, Ahunca, Bohórquez, Gómez, Jaramillo y Palacio (2014), mencionan distintas intervenciones psicoterapéuticas que se han aplicado en el tratamiento de la esquizofrenia, tales como: terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo y consejería, de adherencia y de orientación psicodinámica.

Alanen (2003, citado por Esteve et al., 2010), concuerda con los autores anteriores y, además, incluye a la familia del paciente en los distintos abordajes, y manifiesta que existen cuatro enfoques psicoterapéuticos para tratar este trastorno. Ellos son: dinámico, cognitivo conductual, familiar y grupal, siendo la tendencia actual hacia enfoques integradores, encontrándose cada vez más puntos en común entre todos los abordajes.

Montaño et al. (2013) confirman lo antedicho, y refieren que, a partir de un estudio realizado en el año 2006 por Pfarmmatter, Junghan y Dieter, titulado: *Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusion from meta-analyses*; es posible reconocer cuatro modelos de atención de tratamiento psicoterapéutico, en pacientes esquizofrénicos, ellos son: el entrenamiento de las habilidades sociales, de rehabilitación de funciones cognitivas deterioradas, el afrontamiento psicosocial, que incluye la intervención orientada de las familias y, la terapia cognitivo-conductual de los síntomas positivos.

La psicoterapia de la esquizofrenia puede ser individual o grupal.

Con respecto a la literatura existente, sobre la aplicación de la psicoterapia a pacientes con esquizofrenia, durante mucho tiempo se basó en las experiencias clínicas individuales, escritas por terapeutas. En las mismas, se plasmaban los resultados obtenidos luego de una relación terapéutica diádica prolongada.

Estos resultados consistían en: la desaparición de los síntomas psicóticos, crecimiento interno de la personalidad, mejora en las relaciones interpersonales del paciente, adaptación social, desempeño, etc. (Alanen, 2003; Gabbard, 2002).

La elección del espacio grupal, se dio debido a que es excelente para establecer relaciones interpersonales, produciéndose un intercambio de experiencias humanas que es beneficioso para lograr un cambio psicoterapéutico. El hecho de que los pacientes compartan situaciones similares, favorece a la reflexión y a experimentar nuevas pautas de interacción más adaptadas a la realidad, lo que a su vez contribuye a la modificación de procesos relacionales desadaptados.

En los grupos se pueden trabajar los aspectos psicológicos de esta enfermedad, así como integrar sus experiencias con el resto de los espacios terapéuticos, como el tratamiento farmacológico, intervenciones familiares, tratamientos rehabilitadores.

Asimismo, permite a los profesionales valorar las necesidades de atención en cada instante y establecer así, las intervenciones a seguir en cada situación (Silvestre, 2013).

No obstante, al tratarse de un abordaje que se da en un ámbito realista e igualitario, es propicio para que las diversas interacciones que allí ocurren, favorezcan el insight y el aprendizaje interpersonal, por lo que la ayuda puede venir de cualquier integrante del grupo y no solamente del profesional (García-Cabeza, 2008).

En cuanto a la terapia cognitiva, puede aplicarse en forma individual, o en ámbitos grupales.

Entre sus objetivos se encuentran: que el paciente consiga controlar los síntomas positivos, educándolo sobre la naturaleza de los mismos, que logre identificar los pensamientos negativos y manejar situaciones estresantes, lo que favorecerá su recuperación. Diversos estudios revelan que esta terapia mejora los síntomas positivos persistentes, los sentimientos de desesperanza, ayuda a mejorar la adaptación a la enfermedad, y contribuye a la adherencia al tratamiento (Esteve et al., 2010).

Según García et al. (2014), esta terapia utiliza, como método para conseguir sus objetivos, la discusión de sentimientos, de pensamientos y acciones, con el propósito de lograr una mejor comprensión de los síntomas, tratando de articular las pautas de pensamientos y sentimientos del paciente, con sus conductas.

Según Lemos et al. (2010), al ser el objetivo clínico de esta terapia, actuar directamente sobre los procesos psicológicos, se considera que la misma es eficaz cuando “logra que la persona re-evalúe como causadas internamente experiencias de atribución externa; cuando cambia esquemas cognitivos negativos de sí misma; y cuando logra compensar los procesos sesgados de razonamiento” (p.303).

Además de las intervenciones con los pacientes, es fundamental brindarle apoyo a la familia, incluirlos en el proceso de tratamiento, educarlos en cuanto a: los aspectos de la enfermedad, técnicas para afrontar y resolver problemas, comunicación con el paciente, etc. De esta forma, la familia adquirirá conocimientos y/o habilidades para lidiar con la condición mental que padece su ser querido, se sentirá involucrada y mejor preparada para realizar un adecuado acompañamiento, que propiciará la recuperación y/o mejora de la calidad de vida del paciente.

Según Moriana, Alarcón y Herruzo (2006, citados por Montaña et al., 2013), las intervenciones familiares se basan en proporcionar información sobre la enfermedad, tratar de mitigar la problemática socio-familiar, a mejorar la emoción expresada hacia el familiar enfermo, entrenarlos en habilidades, recursos y estrategias para enfrentar

distintas situaciones que se puedan presentar, con la finalidad de facilitar la convivencia del paciente con sus familiares.

Así también lo consideran Lemos et al. (2010), quienes afirman que, el objetivo de las intervenciones psicoeducativas, es brindar información al paciente y a su familia, sobre la enfermedad y su tratamiento, y al mismo tiempo, proporcionarles estrategias para afrontarla, habiéndose comprobado su utilidad. Los autores, basan sus dichos en los resultados arrojados por múltiples estudios realizados, los cuales han demostrado que, las intervenciones psicoeducativas, logran reducir la emoción expresada, disminuir las tasas de rehospitalización y las recaídas.

En cuanto a la tasa de recaídas, es de hasta el 56% a los dos años de diagnosticada la enfermedad, y del 82% a los cinco años. La aparición de una recaída aumenta la posibilidad de tener otras, y a mayor número de episodios psicóticos, el funcionamiento global del paciente se ve más comprometido y la recuperación funcional disminuye. La tasa de recaídas, está estrechamente ligada a la adherencia al tratamiento con psicofármacos, ya que es común que los pacientes abandonen -total o parcialmente- el mismo (García et al., 2014).

Por lo tanto, se puede concluir que; ha quedado demostrada la efectividad del abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia. El mismo, contribuye a que el paciente logre adherirse al tratamiento farmacológico, por lo que, la combinación de ambos tratamientos, tiene como resultado una mejora en el funcionamiento psicosocial del paciente, así como una disminución de recaídas y rehospitalizaciones.

### **Abordaje psicodinámico de la esquizofrenia**

En este apartado, se trabajará sobre el abordaje psicodinámico, como modalidad terapéutica en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

El término psicodinámico significa “mente en movimiento”.

Este tipo de abordaje plantea que; elementos en movimiento -o dinámicos- en el inconsciente, afectan los sentimientos, los pensamientos y los comportamientos conscientes (Cabaniss, Cherry, Douglas y Schwartz, 2011 citados por Gutiérrez-Pelaez y Villamil-Díaz, 2015, las comillas son mías).

En tanto, Guerrero, Zytner, De Souza, Dogmanas y Gleizer (2012), entienden que, este tipo de psicoterapia, trata los desórdenes psíquicos, basándose en la teoría

psicoanalítica como método para lograr la comprensión del sí mismo, así como los conflictos pasados y presentes del paciente, su sufrimiento y su funcionamiento psíquico.

De igual manera lo consideran García et al. (2014), quienes sostienen que, se utiliza la terapia de orientación psicodinámica, como herramienta para lograr que el paciente reconozca situaciones pasadas de índole emocional, y cómo las mismas influyen en su psiquismo actual. Para ello, se utilizan los métodos de asociación libre, recuerdo e interpretación de la transferencia y resistencia.

Entre los objetivos de esta psicoterapia, se encuentran: entender estos elementos dinámicos inconscientes que afectan los pensamientos, sentimientos y comportamientos, descubrir material inconsciente, y brindar apoyo al funcionamiento mental, en favor del paciente. Es importante saber apreciar cuándo es el momento adecuado para descubrir un elemento inconsciente, a veces -de acuerdo al momento- puede ser más beneficioso brindar apoyo (Cabaniss et al., 2011 citados por Gutiérrez-Pelaez y Villamil-Díaz, 2015).

Este tipo de abordaje, se refiere a una gama de tratamientos basados en conceptos y métodos del psicoanálisis, implicando reuniones menos frecuentes, y puede ser considerablemente más breve que el psicoanálisis. La esencia de esta psicoterapia consiste en explorar aquellos aspectos del paciente que él mismo no conoce completamente, los cuales se manifiestan, influenciados por la relación terapéutica (Shedler, 2010).

En las sesiones, se utilizan varias estrategias y actividades, tales como actividad de apoyo o directiva, actividad exploratoria dirigida al insight, las cuales se aplican de forma más flexible que en la terapia psicoanalítica, y realizando intervenciones donde se tiene presente la transferencia, por lo que, la relación paciente-terapeuta es el factor fundamental de esta terapia (Montaño et al., 2013).

Alanen (2003), concuerda con lo antedicho, y afirma que la transferencia es la parte central del tratamiento psicodinámico, al igual que la observación de las reacciones contratransferenciales.

Por ello, es importante que en la fase inicial del tratamiento psicoterapéutico, se logre establecer una buena alianza terapéutica.

Por lo tanto, y desde la perspectiva de Rosenbaum (2009, citado en Gutiérrez-Pelaez y Villamil-Díaz, 2015), es necesario establecer una alianza terapéutica de trabajo que sea tan estable, que cumpla su función aún, cuando la transferencia sea negativa o

psicótica. Ello, comprende el manejo de las interacciones dentro y fuera del espacio terapéutico, y el trabajo con los procesos inconscientes. De este modo, el abordaje psicodinámico, reconoce el papel tanto de la transferencia como de la contratransferencia.

Por lo tanto, para que se logre establecer una alianza de trabajo sólida, el terapeuta deberá crear un ambiente contenedor, donde el paciente se encuentre seguro y confiado, y pueda de esta manera, procesar los recuerdos dolorosos.

Como ya se expresó, existen diferencias entre la terapia de orientación psicodinámica y el tratamiento psicoanalítico clásico. Ello ha sido objeto de discusión a lo largo del tiempo, teniendo como centro los aspectos teóricos o técnicos.

Es así que, Gill (1984, citado por Gutiérrez-Peláez y Villamil-Díaz, 2015), hace una distinción entre factores externos, tales como; el uso del diván, la frecuencia de las sesiones y la formación del analista, y los factores intrínsecos, entendidos estos como: el análisis de la transferencia, el uso de la asociación libre, la regresión, etc., argumentando que, los factores intrínsecos son los de mayor relevancia para analizar y encontrar así, una diferencia entre la psicoterapia psicodinámica y el tratamiento psicoanalítico clásico.

Por su parte, Álvarez (2007), afirma: "La psicoterapia psicodinámica es una modalidad terapéutica de gran utilidad para que los pacientes aprendan a conocerse a sí mismos como personas, a reconocer sus fortalezas y así poder colaborar en su tratamiento" (p.12).

Para que ello sea posible, la relación diádica paciente-terapeuta, debe aspirar a la mejoría del escenario psicosocial del enfermo, teniendo como fin, que éste adquiera seguridad, autonomía y que sea capaz de analizar sus vulnerabilidades, así como el significado de sus experiencias psicóticas, para poder buscar soluciones realistas que le permitan reconstruir una imagen de sí mismo integrada y estable (García-Cabeza, 208).

De esta manera, el cambio psicoterapéutico es entendido como; una modificación en los patrones subjetivos de interpretación y explicación, por lo que, el paciente logrará elaborar nuevos argumentos subjetivos y comprensivos de sí mismo (Echávarri et al., 2009).

En cuanto a la eficacia de este tratamiento, un meta-análisis realizado por Leichsenring, Rabung y Leibing en el año 2004, demuestra que las psicoterapias psicodinámicas

breves, son un tipo de abordaje terapéutico eficaz, es una alternativa que cuenta con sustento empírico.

Este meta-análisis evidencia que, después de la psicoterapia, se da una mejoría en cuanto a problemas específicos, sintomatología psicopatológica general y funcionamiento social.

En este tipo de tratamientos, la acción terapéutica puede más bien encaminarse a fomentar el autoconocimiento, el cambio en estructuras mentales y aspectos de la personalidad (Echávarri et al., 2009).

Respecto a la utilización de este método en el abordaje de trastornos psiquiátricos, es una herramienta importante en el tratamiento de la esquizofrenia y que, además, se complementa muy bien con las terapias farmacológicas, y con otras terapias psicológicas (Alvarez, 2007).

Por su parte, Haugsgjerd (1998, citado por Gutiérrez-Peláez y Villamil-Díaz, 2015), quien dedicó varios años al estudio de la efectividad de la terapia psicodinámica en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, concluyó que, luego de un tiempo de tratamiento, los pacientes comienzan a desarrollar un funcionamiento mental no psicótico, pareciendo incluso, que llegan a eliminar sus pensamientos psicóticos.

Por ello, es importante que, al momento de aplicar la terapia psicodinámica, se tome al paciente psicótico en su contexto biográfico, con los aspectos de su personalidad, su condición de vida, y no como una persona incomprensible, sin emociones y con un discurso carente de significado (García-Cabeza, 2008).

Por lo tanto, y en concordancia con lo antedicho, el terapeuta deberá entender el contexto del paciente, y desmitificar las ideas existentes, en cuanto a que los síntomas de los pacientes esquizofrénicos no tienen sentido, que es insignificante tratar de entenderlos o, que su trastorno no tiene cura (Gutiérrez-Peláez y Villamil-Díaz, 2015).

En síntesis, la aplicación de la terapia de orientación psicodinámica, como herramienta en el abordaje de la esquizofrenia, tiene entre sus objetivos, que el paciente pueda reconocer experiencias emocionales de su pasado, e identificar la influencia de las mismas, en su funcionamiento psíquico actual.

De esta manera, la utilización del abordaje psicodinámico, va a contribuir a la autonomía del paciente, quien podrá: adquirir seguridad, analizar sus vulnerabilidades y el contenido de sus experiencias psicóticas, para poder construir cambios en su subjetividad, que deriven en una realidad más estable e integrada.

## Consideraciones finales

De la bibliografía consultada para la realización del presente trabajo, y teniendo en cuenta que, existen diversos conceptos teóricos acerca del término esquizofrenia, se puede concluir que los autores estudiados, coinciden en que la esquizofrenia es un trastorno mental grave y complejo, crónico, multicausal y con una presentación clínica única para cada paciente.

Esta patología se caracteriza por la presencia de variados síntomas y signos, tales como los delirios y alucinaciones, también llamados síntomas positivos. También se da la presencia de síntomas negativos, los que implican una ausencia del funcionamiento normal, es decir que el paciente pierde interés por hacer cosas, experimentando un empobrecimiento en su estado de ánimo. Por este motivo, deja de hacer cosas y se aísla del mundo exterior, lo que deriva en el deterioro de sus relaciones interpersonales.

Se observa además que, aspectos cognitivos como la memoria, concentración y atención, también se ven afectados. Asimismo, se presenta un lenguaje y pensamiento desorganizados, y dificultades para el manejo de las emociones.

Es sabido que, en cuanto se manifiestan los síntomas positivos o psicóticos, como primera medida, el especialista prescribe un tratamiento psicofarmacológico para apaciguar dichos síntomas, los que incluso pueden llegar a desaparecer, y de esta manera el paciente logra -a largo plazo- mejorar su funcionalidad y su condición clínica.

Sin embargo, se ha comprobado que las mejoras del tratamiento farmacológico, en cuanto los síntomas negativos y cognitivos, son limitadas.

Por lo tanto, la farmacoterapia no es una solución absoluta para mitigar los síntomas de la esquizofrenia. Por lo que, ha quedado demostrado a través de los años, la necesidad de aplicar tratamientos integrales, donde se complemente el tratamiento farmacológico con abordaje psicoterapéutico. De esta manera, se contribuye a que el paciente pueda establecer insight y colabore con el proceso terapéutico, a fin de poder elaborar una nueva realidad, más organizada y estable.

Es importante mencionar que, durante el proceso de tratamiento, la participación de la familia del paciente, es muy valiosa.

Es fundamental, que se les proporcione -tanto al paciente como a sus familiares- información respecto de la esquizofrenia, así como que, se los eduque en cuanto a la

aplicación de técnicas y habilidades, que les permitan comprender y manejar de mejor manera este trastorno.

El hecho de que el paciente reciba un tratamiento integral, y que además, se integre a su familia en el proceso, no sólo será beneficioso para aliviar los síntomas, sino que también, mejorará la adherencia al tratamiento, el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida, así como la convivencia, comunicación y comprensión por parte de la familia, la que verá disminuida la carga de estrés, que provoca tener un familiar con este trastorno.

Además, cuando se combinan el tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico, se puede observar una disminución de las tasas de recaídas y rehospitalización.

Existen diversas técnicas psicoterapéuticas que se pueden aplicar al abordaje de la esquizofrenia.

No obstante, en el presente trabajo, se hizo énfasis en la eficacia del abordaje psicodinámico, como método para tratar este trastorno. Existen evidencias que comprueban tal efectividad, y que dejan de manifiesto que esta herramienta, complementa muy bien el tratamiento farmacológico.

Esta modalidad psicoterapéutica, basada en la teoría psicoanalítica, es más flexible que el psicoanálisis clásico.

Si bien existen diferencias entre ambas, en cuanto a: duración del tratamiento, frecuencia de las sesiones, participación más activa del terapeuta, también comparten métodos como, la asociación libre y el análisis de la transferencia.

Por medio de esta modalidad psicoterapéutica, se trata que los pacientes se conozcan a sí mismos, y reconozcan sus fortalezas. De esta manera, podrán trabajar en la modificación de sus patrones subjetivos, logrando una nueva imagen de sí mismos.

En el abordaje psicodinámico, la transferencia -al igual que las reacciones contratransferenciales – son un aspecto fundamental. Por ello, para lograr buenos resultados durante el proceso, es imprescindible que el paciente y terapeuta, establezcan una sólida alianza terapéutica.

Es así que, ambos trabajarán con el objetivo de mejorar el panorama psicosocial del paciente, tratando de que éste pueda lograr autonomía y seguridad, que le permita analizar sus experiencias psicóticas y darle un nuevo sentido a las mismas.

Para ello, es necesario comprender al paciente en su contexto, teniendo en cuenta su singularidad, tratando de dar sentido a sus síntomas psicóticos, y trabajar así, en busca de mejorar su calidad de vida.

En síntesis, la esquizofrenia es un trastorno altamente discapacitante, que requiere de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, a fin de lograr la mejoría y eventual desaparición de los síntomas que se presenten.

El tratamiento se debe adaptar a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta que cada caso es diferente.

Existen evidencias que demuestran la eficacia de la psicoterapia de orientación psicodinámica, como método para abordar la esquizofrenia, complementándose muy bien con el tratamiento farmacológico.

Por ello, es importante continuar trabajando y aplicando esta psicoterapia, como parte del tratamiento integral de este trastorno, ya que contribuye al beneficio personal del paciente, y a que el mismo pueda construir y vivir una nueva realidad.

## Referencias

- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Álvarez, A. (2007). La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia. *Psimonart. Revista del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso*, 1(1), 11-23.  
Recuperado de: <https://xdoc.mx/documents/la-psicoterapia-psicodinamica-de-la-5f3060840a0dc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=uy>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Araujo, Z. y Yannarella, W. (2010). Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(2), 369-396.  
Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482010000200002&lng=es&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000200002&lng=es&tlng=es)
- Arias Horcajadas, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19(2), 191-203.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122037008>
- Balint, M. (1982). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós
- Bohórquez, A.; Gómez, C.; García, J.; Jaramillo, L.; de la Hoz, A.; Arenas, A. y Tamayo, N. (2014). Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 13-28. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650066003>
- Cabrera, J., Fuertes, J. C., y Rodríguez, J. (2000). *La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza: "La esquizofrenia en la familia"*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.  
Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/esquizofrenia-incertidumbre-esperanza/>
- Campero-Encinas, D., Campos-Lagrava, H. y Campero-Encinas, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista*

*Científica Ciencia Médica*, 12(2), 32-37. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es&tlng=es).

Campo-Arias, A. y Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000400010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400010&lng=en&tlng=es).

Casarotti, H. (2014). El término «locuras discordantes» de Ph. Chaslin y el concepto de «escisión esquizofrénica» de E. Bleuler. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 78 (2), 149-156. Recuperado de: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/04\\_TO\\_03.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/04_TO_03.pdf)

Cernovsky, Z., Landmark, J. y O'Reilly, R. (2002). Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16(3), 174-180.  
Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2002000300006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000300006&lng=es&tlng=es).

Del Busto, F. Arcos, P. y García, M. (2001). *Enfermería y urgencias*. Madrid: Arán.

Del Toro, J.; Angulo, C. y Zabaleta, M. (2011). Terapia psicológica para la esquizofrenia: una realidad. *Duazary*, 8(1), 93-98.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156316010>

Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P., ...Reyes, L. (2009). Cuatro Terapias Psicodinámicas Breves Exitosas Estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII (1), 5-19.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819218000017>

Esteve, N., Román, N., González, M., Fraile, J., y García-Cabeza, I. (2010). Psicoterapia de la Psicosis: De la Persona en Riesgo al Paciente Crónico. *Clínica y Salud*, 21(3), 285-297.  
Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300007&lng=es&tlng=es)

Ey, H. (1976). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Toray-Masson

Fernández, C. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un Otro que no existe (A). *Tesis Psicológica*, (7),82-91.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139025258010>

Fernández de Soto, P.; y Osorio, A. (2006). Eduardo, y "Esquizofrenia de inicio en la niñez, revisión de conceptos actuales y dificultades en el diagnóstico." *Universitas Medica*, 47(2), 141-146.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018675005>

Freud, S. (2003c). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia Paranoides) descrito autobiográficamente. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 01-76). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1911).

Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3ra. Edición), Madrid: Panamericana

García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.

Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100002&lng=es&tlng=es).

García, J., Ahunca, L., Bohórquez, A., Gómez, C., Jaramillo, L. y Palacio, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(Supl.1), 90-100.

Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.011>

Gejman, P. y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3), 227-234.

Recuperado de:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&tlng=es)

Guerrero, L., Zytner, R., De Souza, L., Dogmanas, D. y Gleizer, D. (2012). Proyecto: *Resultados de la Psicoterapia Psicodinámica de un Año de Duración en un Servicio de Salud Universitario*. CSICI+D.

- Gutierrez-Pelaez, M., & Villamil-Díaz, L. J. (2015). La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias. *Clínica Contemporánea*, 6(2), 69-83.  
Recuperado de: <https://doi.org/10.5093/cc2015a7>
- Juan-Porcar, M., Guillamón-Gimeno, L., Pedraz-Marcos, A., y Palmar-Santos, A. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 352-360.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281439483023>
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E., Fernández, P., Fonseca, E. y Paino, M. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318.  
Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300008&lng=es&tlng=es)
- López Laredo, B. e Ibarra Tancara, M. (2013). Esquizofrenia. *Rev. Act. Clin. Med.* 35, 1804-1809. Recuperado de: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682013000800004&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800004&lng=es&nrm=iso)
- López, P.; Sanmillán, H; Cainet, A. y Olivares, O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*. 93 (5), 1189-1206.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757222018.pdf>
- Montaño, L.; Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos. Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica y Práctica*. 4(1), 86-107  
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>
- Morales, T.; Fresán, A.; Robles, R. y Domínguez, M. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud mental*, 38(5), 371-377. Recuperado de: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.050>
- Novella, E. y 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), 205-219.  
Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es).

- Obiols, J. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2),235-250  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030207>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. (Versión provisional en español)*.  
Recuperado de: [www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (11 de enero de 2022). *Nota descriptiva sobre esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud (2018). CIE-11. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://icd.who.int/es>
- Padín, G. (2012). Esquizofrenia. *Revista Cuadernos del Tomás*, 4(1), 151-172.  
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- Ramírez-Jirano, L., Velasco-Ramírez, S., Pérez-Carranza, G., Domínguez-Díaz, C. y Bitzer-Quintero, O. (2019). Citocinas y sistema nervioso: relación con la esquizofrenia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(2),107-112. ISSN: 0443-5117.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457761131009>
- Rojas-Malpica, C., De Lima-Salas, M., Eblen-Zajjur, A. y Téllez-Pacheco, P. (2019). Salud y Enfermedad Mental. Del Corpus Hippocraticum a una aproximación termodinámica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(4),274-284. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372062330006>
- Salguero, L. y Soraide, J. (2012). Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica*, 15(2),18-21.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041225005>
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*.65(2), 98–109.  
Recuperado de: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-65-2-98.pdf>

- Silvestre, M.; Ingelmo, J. y García-Ordás, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118),289-300. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265026459019>
- Suárez-Vergne, A. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. BARATARIA. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (26),155-168.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322161687009>
- Valencia, M.; Caraveo, J.; Colin, R.; Verduzco, W. y Corona, F. (2014). Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Salud mental*, 37(1), 59-74. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100008&lng=es&tlng=es).
- Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, 13(2), 95-104. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989120300203?via%3Dihub>