

La Psicoterapia: entre la vida y el relato

Servando David Trujillo Trujillo: *Centro Mencey (IPRA Tenerife) Universidad Europea Miguel de Cervantes*
Faculta de Filosofía de la Universidad de La Laguna - Santa Cruz de Tenerife

En este trabajo se analiza la relación que existe entre las experiencias vividas por los pacientes y las que relatan en el contexto psicoterapéutico. Auspiciados por los fecundos análisis del gran filósofo de la narración Paul Ricoeur, mostraremos, en primer lugar, cómo la propia estructura de la experiencia humana convoca a ser narrada. Es decir, la experiencia efectiva –en su hacer y en su padecer- se encuentra constituida de una semántica, de una realidad simbólica y de una temporalidad que sirve de anclaje para ser dicha. Es por esta razón que nos atrevemos a afirmar que la vida de cada paciente es un relato potencial en busca de ser él mismo su propio narrador.

Pero esta necesidad de llevar una experiencia al lenguaje no implica sólo un viaje de ida. También argumentaremos, en segundo lugar, que los discursos psicoterapéuticos implican una vuelta a la experiencia vivida; un regreso al entramado de acontecimientos de la que se encuentra tejida cada vida humana. Esta posibilidad de devolver el relato a la vida lo fundamentaremos principalmente en dos aspectos. Por un lado, cuando los actos humanos son elevados al nivel de los discursos, en cuanto son integrados y configurados a través de la construcción de una trama, adquieren una nueva significación. Aquella innovación semántica por la que el acto de narrar no supone una simple imitación de la vida. Los relatos generan, más bien, nuevos espacios y horizontes de sentido capaces de dar una nueva luz a los acontecimientos vividos y transfigurar la realidad efectiva de cada paciente. Por otro, la narración permite unificar y así, identificarnos y apropiarnos de la diversidad de episodios esparcidos en el flujo temporal de la vida.

Sólo teniendo en cuenta esta dialéctica continua entre las vidas de los pacientes y los relatos que de ellas elaboran podemos llegar a comprender bien la noción de *Identidad Narrativa*. Un modelo no estático de identidad por el cual, en la conexión y articulación de la experiencia a través de las narraciones, la persona construye su subjetividad.

El haber tomado en serio las disertaciones de Ricoeur -sobre la existencia de una realidad extra-lingüística y el lenguaje como configuración de aquella- ha propiciado ulteriores desarrollos en el seno de la Psicoterapia. Finalmente expondremos, en concreto, una *Psicoterapia centrada en la primera persona*: mientras se intenta comprender el fenómeno psicopatológico a partir de la experiencia fáctica antes y después del exordio sintomatológico, la intervención psicoterapéutica supondrá la elaboración de relatos que partirán y tratarán de incidir en la vida misma del paciente.

Practica Psicoterapéutica En Sus Distintos Enfoques - Percepción De Las Familias De Pacientes Con Trastorno Mental Grave Desde Un Grupo Psicoterapéutico Multifamiliar

Maria Antonia Ribot Miquel, Hospital Son Llàtzer - Palma de Mallorca

Maria Neus Llabres Fuster, Hospital Son Llàtzer - Palma de Mallorca

Blanca Carretero Quevedo², Hospital Son Llàtzer

Emilio Vercillo², Hospital Son Llàtzer

Maria Inmaculada Capllonch Gamundi, Hospital Son Llàtzer

El trastorno mental grave, no se puede tratar sin las familias. Las dinámicas familiares muchas veces frenan o imposibilitan los cambios en los pacientes. Se propone como terapia complementaria para el tratamiento integral de estos pacientes.

Se parte del presupuesto teórico de que sin un conocimiento en profundidad de las familias de nuestros pacientes, su entendimiento es imposible. Los grupos multifamiliares se conciben como una nueva forma de trabajo de la enfermedad mental grave.

OBJETIVOS. Buscamos una mejoría objetiva en la adherencia terapéutica y una adquisición de conciencia de enfermedad por parte del paciente y de comprensión por parte de la familia. Escenificar los conflictos relacionales para promover cambios. Se trabaja la resolución de conflictos, el aprendizaje recíproco para facilitar la convivencia. Servir de apoyo y contención.

MATERIAL Y MÉTODOS. La matriz grupal del grupo está constituido por 13 familias, sólo 10 vienen de forma permanente. La duración del grupo hasta el momento, es de 2 años con una periodicidad mensual. El equipo de terapeutas está formado por 6 terapeutas. Constituido por un grupo heterogéneo: 6 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, 3 trastorno psicótico inducido por tóxicos, 2 trastorno bipolar y 2 TGD. Realizamos entrevistas individuales, separando pacientes y familiares antes de la formación del grupo y 2 años después. Exploramos la experiencia subjetiva que ha supuesto la terapia grupal enfocándonos en 3 puntos: los cambios en la autonomía del paciente, en la convivencia familiar y la calidad de vida. Utilizamos los resultados de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Para estudiar la adherencia terapéutica recogemos los datos del número de ingresos como indicador de recaída por supuesto abandono terapéutico.

RESULTADOS- En las entrevistas realizadas de forma individual los puntos a remarcar son:

- o Familiares:
 - Mejoría en la comprensión de la dimensión y el proceso de una enfermedad mental grave.
 - La cooperación a la hora de resolver conflictos en grupo.
 - Exponer dudas en el grupo
- o Paciente
 - Mejoría en la adherencia al tratamiento, objetivando una disminución global en el número de ingresos hospitalarios.
 - Adquieren mayor autonomía, mejorando las relaciones familiares y el diálogo.

- El grupo como una red social potenciando habilidades sociales.

La escala de cuidador de Zarit no muestra sobrecarga en ningún caso.

CONCLUSIONES. El grupo multifamiliar consigue ser un espacio contenedor para las familias y los pacientes donde se abordan temas con más facilidad, reduciéndose las defensas al interactuar con otros miembros. Las familias consiguen un espacio donde poder confrontar dudas y problemas relacionales viéndose reflejados en otras, reforzado por la experiencia de un equipo terapéutico especialista. Los pacientes adquieren una mayor conciencia de enfermedad y propicia la socialización. Las reuniones generan un clima psicológico en el que se facilita la resolución de conflictos y el aprendizaje recíproco. Permite ver la dinámica social en muchos aspectos invisibles en otros contextos. Es un acelerador del cambio individual.

Mindfulness Based Cognitive Therapy Aplicado A Pacientes Oncológicos

Maria Neus Llabres Fuster, Hospital Son Llàtzer - Palma de Mallorca
María Antonia Ribot Miquel, Hospital Son Llatzer
Emilio Vercillo, Hospital Son Llatzer

En el ámbito de los problemas psicopatológicos del paciente oncológico, es importante la gestión de la ansiedad y de la preocupación en la fase inmediatamente posterior a los primeros ciclos de intervenciones quirúrgicas y psicofarmacológicas. El paciente como "superviviente", sufre una caída emocional cuando todo parece proceder favorablemente. Toman forma aquí cuadros de ansiedad y depresión. La tendencia es la evitación de pensamientos sobre la enfermedad, la lucha por evitarlos constituye un factor de estrés impidiendo una reinserción en su vida normal.

Describir nuestras impresiones acerca del desarrollo y progreso del grupo de trabajo MBCT, desde el punto de vista del terapeuta. Se recopilan los datos sobre las experiencias subjetivas y objetivas de 23 pacientes que han participado en dos grupos diferentes de Mindfulness.

Nuestro hospital ha iniciado un protocolo para los pacientes oncológicos, que hayan superado un primer estadio de tratamiento y estables médicamente. Quedan excluidos pacientes con trastorno mental grave. Además el grupo está abierto a familiares. Se desarrolla durante seis semanas con una frecuencia de dos horas semanales en grupos de 10-14 personas. En la primera sesión, se recoge en preguntas abiertas sobre lo que el paciente espera del programa y los temores existentes. Se pasa la escala H.A.D.S. al inicio de la terapia.

En la primera y segunda sesión se descubre la existencia del "piloto automático" de la mente y de su potencial, fomentando una actitud de desvinculación y distanciamiento del contenido del pensamiento. El 20% aproximadamente abandonan, ya que no se cumple de forma inmediata las expectativas puestas en el grupo. El objetivo principal en estas dos fases es alcanzar una conciencia de aceptación sin tener que huir de sus estados mentales.

Superado este obstáculo, se forma un núcleo que trabajará hasta el final. Generalmente entre la tercera y cuarta sesión, estallan los miedos y preocupaciones causantes del estrés actual. En la quinta y sexta el tiempo se dedica a compartir las experiencias, descubriendo que la fuente verdadera de malestar no es la enfermedad sino el pensamiento y la vivencia de la enfermedad. Al final de este recorrido, el grado de satisfacción de los pacientes que han llegado a la meta es alto. Cada uno podrá aprovechar y aprovechará a su manera las técnicas propuestas y las experiencias vividas en el grupo. Los tests confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos.

Tal y como han demostrado otros estudios publicados, la MBCT ayuda en el acompañamiento del transcurso de la enfermedad, haciendo que el paciente pueda adoptar o aplicar unos métodos para afrontar la ansiedad y/o la depresión que puede aparecer en estas circunstancias. El objetivo final es el aprendizaje en la capacidad de apreciar el presente de su propia vida con sus aspectos positivos y negativos indistintamente a cualquiera que sea el resultado final. Dados los resultados de las escalas, es cada vez más evidente la necesidad de este tipo de protocolos para pacientes de estas características.

Self-awareness del funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia y su relación con el distress emocional

Beatriz Gonzalez-Suarez¹, Benito Menni CASM – Barcelona
Jesus J. Gomar², FIDMAG Hermanas Hospitalarias
Jordi Ortiz-Gil², FIDMAG Hermanas Hospitalarias
Salvador Sarró², FIDMAG Hermanas Hospitalarias
Peter J. McKenna², FIDMAG Hermanas Hospitalarias
Edith Pomarol-Clotet, FIDMAG Hermanas Hospitalarias

Un 67-78% de los pacientes con esquizofrenia presentan un deterioro cognitivo en las áreas de atención, memoria y función ejecutiva. Estos déficits son estables, resistentes al tratamiento habitual y repercuten en la funcionalidad y pronóstico (Harvey et al., 2002). En los últimos años se han desarrollado tratamientos orientados a minimizar y/o rehabilitar estos déficits. La conciencia de déficit cognitivo es importante de cara a la adherencia y motivación de los pacientes a participar en este tipo de intervenciones (Verdoux et al., 2010). La evidencia acumulada apunta a una pobre conciencia del déficit en la esquizofrenia (Medalia and Lim, 2004; Moritz et al., 2004; Keefe et al., 2006; Medalia and Thysen, 2008; Medalia et al., 2010). Los estudios se han centrado en comparar la percepción subjetiva del paciente de su funcionamiento con una evaluación objetiva de su rendimiento.

En un estudio anterior (González-Suárez et al., 2011) examinamos la conciencia de deterioro cognitivo en la esquizofrenia utilizando el método de discrepancia. Dicho método se ha utilizado en estudios que investigaban la conciencia de déficit en trastornos neurológicos, pero ha sido poco utilizado en pacientes con esquizofrenia. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes subestimaban sus déficits en comparación con un informador. Sin embargo, un porcentaje significativo de los mismos los sobreestimaban, presentándose como más deteriorados de lo que realmente estaban. Más que ante una manifestación de falta de conciencia de déficit nos encontrábamos ante una inhabilidad para juzgar de forma precisa el propio funcionamiento o incluso ante una “hipocondriasis” del deterioro, fenómeno ya descrito en trastornos neurológicos probablemente relacionado con variables de distress emocional (Croyle et al., 1987; Maor et al., 2001).

Objetivos. Examinar la relación existente entre la auto-percepción del estado cognitivo en una muestra de pacientes con esquizofrenia y diversas variables de distress emocional, bajo la hipótesis de que pudieran explicar las desviaciones que se producen respecto a la ejecución real, especialmente aquellas que se observan en la dirección de una sobre-estimación de las dificultades.

Material y método. Se incluyeron 47 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (DMS-IV) hospitalizados en unidades de rehabilitación de Benito Menni CASM. La percepción del estado cognitivo se evaluó mediante la escala Frsbe, que evalúa los cambios de comportamiento asociados a disfunción de los sistemas frontales, y la escala Memory Checklist, que evalúa la conciencia de alteraciones de la memoria; ambas escalas se administraron en sus versiones autoinformada (paciente) y heteroinformada (clínicos). Se administró así mismo la Escala (PANSS).

Resultados. Un análisis preliminar de los datos revela una relación entre la presencia de sintomatología depresiva y la sobre-estimación del déficit cognitivo, especialmente el relacionado con una disfunción de tipo frontal, en comparación con medidas heteroinformadas de funcionamiento cognitivo en la vida diaria.

Conclusiones. Una de las dimensiones del insight en la esquizofrenia es la conciencia de déficit cognitivo que tienen los pacientes que presentan un deterioro objetivo. Dicha conciencia es pobre. Sin embargo, un porcentaje de pacientes no realizan adecuadamente las tareas de estimación del propio funcionamiento por la interferencia de variables emocionales.

Quejas subjetivas de memoria en adultos menores de 65 años: papel de las Funciones Ejecutivas.

Javier Melero Llorente, H.U. La Paz
Elena Herrero García, H.U. La Paz
Marta Linares Briones, H.U. La Paz
Mónica Alonso Sañudo, H.U. La Paz
Irene Cambrón Gómez, H.U. La Paz
Eduvigis Contreras Martinon, H.U. La Paz

Las quejas subjetivas de memoria son habituales en pacientes menores de 65 años y, sin embargo, la mayor parte de la atención en la literatura está puesta en pacientes por encima de tal edad, dado el interés existente en la detección temprana del llamado Deterioro Cognitivo Leve.

Objetivo. Explorar la composición y habilidades cognitivas de una muestra de pacientes con quejas subjetivas de memoria menor de 65 años.

Método. Se incluyeron 20 pacientes, sin otro diagnóstico que las quejas subjetivas de memoria, derivados para estudio a consulta de Neuropsicología que realizaron una evaluación completa incluyendo: *Wechsler Adult Intelligence Scale – III*, *Wechsler Memory Scale –III*, *Wisconsin Card Sorting Test*, *Trail Making Test*, *Test de Stroop*, *Test de Fluidez Categorial y Fonológica* y *la Figura Compleja de Rey*. Se compararon los resultados a estas pruebas con las muestras normativas de referencia de cada una de ellas.

Resultados. Un 25% de los pacientes mostraron alguna dificultad objetivable de memoria, en tanto que un 60% mostró algún problema atencional o ejecutivo. En un 35% de los casos no se objetivó ningún déficit detectable. Como grupo, se encontraron diferencias significativas con la muestra normativa en Figura de Rey-Recuerdo ($t=-2,9$; $p=0,009$), Stroop-PC ($t=-3,35$; $p=0,004$), TMT-B ($t=-2,39$; $p=0,029$), y WCST-Conceptos ($t=-3,26$; $p=0,004$).

Conclusiones. Los resultados indican que las dificultades principales de estos pacientes se encuentran a nivel ejecutivo. Sin embargo, un pequeño porcentaje muestra signos de alteraciones de memoria. Se discuten las implicaciones para la detección temprana de dificultades cognitivas incipientes.

Keywords: Quejas subjetivas de memoria, Funciones Ejecutivas, Deterioro Cognitivo Leve.

Epistemología de la locura y la muerte aplicada al ámbito de la salud mental

Cristina Brophy Palma, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
Jesús Rodríguez Olalla, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz
Cristina Catalina Fernández, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
Cristina Brophy Palma, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
Elena Álvarez Sánchez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
Esmeralda Vegazo Sánchez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
Isabel Reyes de Uribe-Zorita,

OBJETIVOS. La clínica está marcada por los límites entre lo individual y lo social expresados en la locura y la muerte. Tratamos de esbozar lo común a ellas y su implicación en el ámbito clínico.

MÉTODO. Revisión bibliográfica de la literatura científica y filosófica respecto a las características comunes entre locura y muerte.

RESULTADOS. Puntos comunes en la locura y la muerte: Son límites del pensamiento, poseen un componente de certeza y son máximas expresiones de la individualidad.

CONCLUSIONES. El clínico, situado en lo imposible de pensar pero no de sentir, ha de conciliar su angustia respecto a la muerte y la locura con la del paciente. Siendo certezas, no se pueden dar esperanzas, sino que han de crearse junto con el paciente. Se consigue introduciendo el lazo social y esto obliga a la construcción de un bienestar equilibrado entre la individualidad del paciente y su adaptación al grupo que conlleva la introducción de una ética. La locura y la muerte ayudan al terapeuta procurando una postura ética y obligando a crear esperanza.

BIBLIOGRAFÍA.

Bataille G. El erotismo. Barcelona: Tusquets: 2007.
Colina F. El saber delirante. Madrid: Síntesis: 2001.
Colina F. Deseo sobre deseo. Valladolid: Cuatro: 2006.
Foucault M. Las palabras y las cosas. Madrid: Siglo XXI: 1997.
Morin E. El hombre y la muerte. Barcelona: Kairós: 1994.

El síndrome de Jerusalén

Patricia Blanco del Valle¹, Psiquiatra en Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia
 Maria Dolores Ortega García², FEA Psiquiatría en USMIJ Complejo Hospitalario La Mancha
 Centro de Alcázar de San.

Juan Diego Martínez Manjarrés³, FEA Psiquiatría en Complejo Hospitalario Virgen de la Concha
 Cristina Martínez Martínez, FEA Psiquiatría en Complejo Asistencial de León.

EL SÍNDROME DE LOS PEREGRINOS. Una noticia encontrada en el periódico EL PAÍS del viernes 6 de abril de 2012 rezaba así: “El síndrome de los peregrinos” y el subtítulo aclaraba “ una delgada línea separa el misticismo de la psicosis en Jerusalén”. El artículo versaba sobre el llamado *síndrome de Jerusalén*, enfermedad mental que aflora en forma de delirio místico y que en Semana Santa, temporada alta de peregrinaje, alcanza uno de sus picos. El argumento que pretende dar una explicación a este fenómeno, suscrito por expertos como el psiquiatra Pesach Lichtenberg (director del departamento de psiquiatría del Hospital Herzog), sitúa como cuestión fundamental la intensidad de la experiencia espiritual que se tiene cuando se llega a la ciudad. Tan intensa que algunos peregrinos se ven desbordados por ella y terminan ingresados en el psiquiátrico. El Dr. Lichtenberg afirma, que si en cualquier cultura es difícil trazar una línea divisoria entre la cordura y la locura, en Jerusalén separar la experiencia mística profunda de un brote psicótico se torna una hazaña imposible. Por eso aconseja a los psiquiatras que quieran ir a trabajar a Jerusalén, que se familiaricen con la cultura religiosa y lo más importante, con lo culturalmente aceptable en esa ciudad. Coinciden con él los estudiosos de este síndrome que sostiene que Jerusalén suele ser un desencadenante para las personas que vienen con problemas acumulados.

Según Conrad, la psicosis supone una transformación de la vivencia mediante la transformación de la experiencia. Para ello introduce el concepto de sistema de referencias por el cual el sujeto se instala en el mundo y que permite el ordenamiento objetivo del espacio y las posibilidades de centrarse en él. El sujeto psicótico no es capaz de realizar la transposición (a cualquier otro sistema de referencias) pues para él el mundo gira en torno a su yo y se siente constantemente aludido y responsable. Es lo que Binswanger, desde la interpretación analítica – existencial describe como sustitución del sistema de referencias *epicrítico-copernicano* por el *protopático-ptolemaico*. La explicación es que este segundo modelo es ontológica y genéticamente más antiguo que el primero y supone un carácter de error epistemológico acerca del conocimiento de la realidad. El sujeto afectado por el síndrome de Jerusalén sufre una transformación de la vivencia por transformación de la experiencia, que lo desborda.

Bibliografía

Diario EL PAÍS. Viernes 6 de abril de 2012.

Vallejo Ruiloba J. *La psicopatología en el momento actual*. En Baca E, Lázaro J, editores. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Tricastela; 2003.

Kraepelin E. *Las manifestaciones de la locura*. En : Hoche A, Kraepelin E, Bumke o, editores. Los síntomas de la locura. Madrid: Tricastela;1999.

Conrad K. *La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio*. Madrid: Fundación de Archivos de Neurobiología;1997.

Llaneras Manresa N. *Del ser psicótico*. En Roca Bennasar y al. Editores. Trastornos psicóticos. Madrid: Ars Medica, 2007.