



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Capellá, Alfred

Pensar lo impensable: una aproximación a "la psicosis"

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 89, marzo, 2004, pp. 79-91

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019661006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Alfred Capellá

PENSAR LO IMPENSABLE: UNA APROXIMACIÓN A «LA PSICOSIS»¹

THINK THE UNTHINKABLE: AN APPROACH TOWARDS PSYCHOSIS

■ RESUMEN

Se aborda el trastorno psicótico en varios pasos. Primero, se delimitan las dificultades previas. Segundo, se esboza un modelo sobre la mente. Tercero, se aborda la patología mental y, a continuación, se diseña un modelo de comprensión del funcionar psicótico. Se extraen, finalmente, conclusiones.

Palabras clave: psicosis, modelos, mente, sistemas y redes, fisiología y patología, organización y desorganización, crisis, funcionamiento psicótico.

■ SUMMARY

We approach psychotic disorder in several steps. First, we outline the previous difficulties. Second, we make a model of the mind. Third, we approach at mental phatology and, then, we design a model to understanding psychotic functioning. Finally, we take the conclusions.

Keywords: Psychosis, models, mind, systems and networks, physiology and pathology, organization and disorganization, crisis, psychotic functioning

■ INTRODUCCIÓN

Pretender aportar elementos que ayuden a comprender el complejo tema del trastorno psicótico no resulta fácil, más cuando ahí convergen multiplicidad de concepciones, a menudo opuestas, y difícilmente integrables. Quizá sea ésta una dificultad característica de las teorías en el campo de la salud mental, por contraposición a las que se ocupan de lo llamado somático, de carácter más homogéneo.

De ahí el título: «Pensar lo impensable». Y por dos motivos:

Uno, por la dificultad de abordar conceptualmente un terreno caracterizado precisamente por desbordar lo «racionalizable» y donde los profesionales andamos

1. Este trabajo fue presentado, de modo resumido, en el Congreso «Pensar las psicosis» celebrado en Bruselas en el mes de Noviembre del año 2002

aún a tientas, seguramente porque nuestros medios técnicos no alcanzan aún a objetivar lo que sucede (podemos visualizar los flujos sanguíneos, la actividad bioeléctrica cerebral..., pero no lo mental propiamente dicho, salvo por medio de técnicas psicológicas siempre subjetivas). Quizá también porque muchas de nuestras teorías aún están impregnadas de aproximaciones demasiado subjetivas y parciales, de categorizaciones que a menudo resultan artificiosas y rígidas, de dualismos inconciliables (mente-cuerpo, sano-enfermo, neurótico-psicótico...), de mitos y prejuicios, etc.

Y dos, porque justamente la propia persona que padece de un trastorno psicótico, cuando está afectada, digamos incluso dominada, por el trastorno, tiene una importante dificultad en utilizar la función de pensar, función que resulta desbordada por los fenómenos que padece.

Intentaremos, sin embargo, diseñar cierto aparato conceptual para acercarnos a este fenómeno propio de la naturaleza humana (en tanto es la única especie que la padece, por lo menos en su forma característica), advirtiendo que se trata de una aproximación personal y subjetiva del autor, que seguramente resultará afectada por las mismas dificultades previamente advertidas, pese a que intentaremos sustentarla en las concepciones y hallazgos de autores y modelos más o menos reconocidos.

Otra dificultad a tener en cuenta es la difusa delimitación de aquello a lo que llamamos «psicosis», que ha ido variando a lo largo de su historia, y donde los autores y las escuelas no están ni mucho menos de acuerdo en una idea única y común, por no hablar de las concepciones procedentes de la noche de los tiempos precientífica que aún dejan sentir su influencia. Hablamos además de «la psicosis» como de una cosa en sí, clara, delimitada y precisa, cuando se trata más bien de un fenómeno heterogéneo de la clínica que no puede resumirse en una entidad única —menos en un cajón clasificatorio—, en tanto tiene numerosas conexiones con muchos cuadros clínicos (melancolía, trastorno bipolar, cuadros de despersonalización, hipocondría...). El riesgo añadido es constituir un «cajón de sastre» de la clínica donde todo tenga cabida.

Pese a lo antedicho, es cierto que hay cierto acuerdo general sobre los fenómenos sintomáticos que pueden denominarse «psicosis», aunque no tanto sobre las causas del trastorno; así, los más biólogistas hablan de trastornos de los neurotransmisores cerebrales, de fallos en la capacidad moderadora de la corteza cerebral, de alteraciones a nivel del lóbulo prefrontal u otras zonas...; los de corte psicologista mencionan la regresión a etapas primigenias, la grave fragmentación del Yo psíquico...; y los que estudian el medio, sitúan el trastorno en los sistemas comunicacionales bien de la familia, bien de lo social... (1)

Posiblemente las dificultades para abordar este trastorno tienen su raíz en las enormes diferencias sobre lo que se entiende como «mente» (concepto que incluso

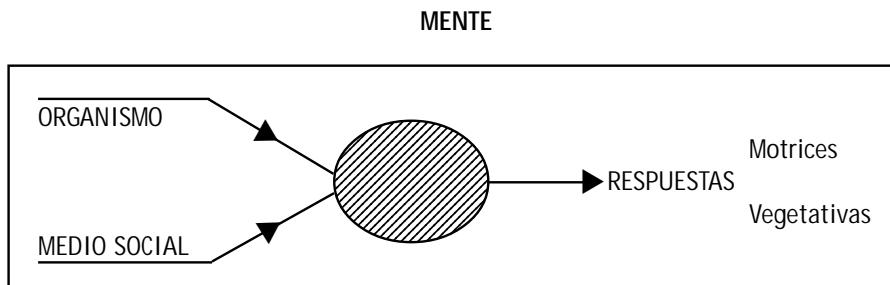
algunos autores y modelos rechazan). Por ello, para iniciar nuestro trayecto, intentaremos primero definir qué entendemos como «mente» —será nuestra base de partida—, para luego procurar delimitar qué podríamos incluir bajo el término «psicosis», advirtiendo de antemano que más que de psicosis hablaremos de *funcionamiento mental psicótico*.

UNA POSIBLE CONCEPCIÓN DE LA MENTE HUMANA

El término «mente», que parece imponerse actualmente por encima de otros anteriores como «psique», «psiquismo», «aparato psíquico», «organismo mental», «espíritu» u otros, daría cuenta de la entidad que posibilita el pensamiento o, ampliando la idea, aquella que permite realizar las funciones mentales (memoria, cognición, etc.). De todos modos, aunque la consideremos una entidad, no cabe concebirla como algo dado en sí, preciso, localizable y casi inamovible; en este sentido, la lengua francesa acierta quizás al carecer de este término —a diferencia de la española (mente) o la inglesa (mind)— y hablar más bien de la «activité mentale». Lo mental se referiría, pues, a una actividad —o a procesos— en constante dinamismo.

Dada la pluralidad de concepciones existentes sobre la mente (1), necesitaremos partir de algún concepto generalmente aceptado; y nos parece hallarlo en el concepto «biopsicosocial», que da cuenta de las tres básicas dimensiones que parecen integrar la mente (si no se trata de más). A saber: la dimensión biológica, digamos el sustrato material, que describe la neurobiología; la psicológica, o sea, el mundo de representaciones mentales, que teorizan los modelos psicologistas, como el psicoanálisis, el cognitivista (aunque difieran en muchos aspectos), y otros; y la social, pues resulta inconcebible una actividad mental adecuada fuera de cualquier sistema social, lo que viene demostrado por numerosos modelos antropológicos y sociológicos. Nuestra concepción tomará, pues, elementos de todos estos modelos.

De entre ellos destacaremos tres de los modelos más recientes e innovadores: uno, el de la neurociencia (2), que aúna la dimensión neurobiológica clásica con la psicológica, al esbozar que la mente se gesta en el encéfalo, especialmente en la corteza cerebral, merced a las representaciones mentales («mapas corticales» en construcción constante) que se producen por el procesamiento de lo percibido por los sentidos (del medio interno y externo) y que dan luego lugar a respuestas motrices y neuro-vegetativas. Esa idea nos permite representar un primer esbozo de la mente (esquema A):

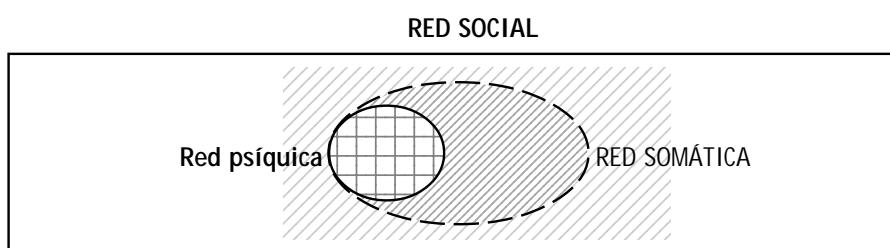


Dos, el modelo sistémico (3), que concibe la mente como un sistema abierto en constante autoorganización y que se integra en sistemas biosociales más amplios con los que mantiene un constante intercambio (4).

Y tres, los modelos en red (5), que conciben tanto la mente individual como la organización social como sistemas reticulares que integran coordinadamente numerosos y diversos elementos.

De ahí nos permitiremos definir *la actividad mental (mente) como un sistema abierto en red de triple dimensión*: la red biológica, la que constituyen los miles de millones de neuronas de muy diversas áreas del encéfalo conectadas sinápticamente de modo muy complejo (sin entrar en más detalles), y que se interconecta con los sistemas somáticos de funcionar automático del resto del organismo (por medio de diversos sistemas, como el neurovegetativo, el neuromuscular o el neuroendocrino); la red psíquica, que aúna una ingente cantidad de representaciones mentales de forma unitaria (formando el Yo y los sistemas intrapsíquicos), en gran medida inaccesibles al mundo consciente (lo inconsciente); y la red social, que no sólo intercomunica la mente con múltiples redes sociales y la integra en las representaciones simbólicas propias de la lógica común de lo social, sino que sostiene al individuo merced a la relación con los otros, sus principales referencias (en la familia, escuela, trabajo, amistades, pareja, etc). Estas tres redes no pueden diferenciarse taxativamente.

Intentemos representarlo (esquema B):

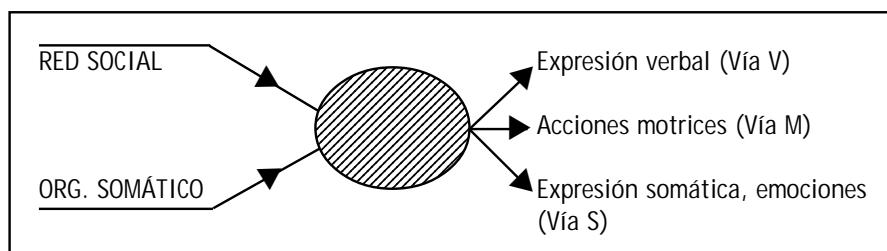


Para precisarlo aún más, diremos que *lo mental propiamente dicho está constituido por el mundo de representaciones psíquicas* (imágenes resultantes del procesamiento de lo percibido o, en otras palabras, de la mentalización: ideas, sensaciones, sentimientos, recuerdos, etc.), sustentado por la red neuronal y conectado a la red social.

Ese sistema mental (la red representacional) permite diversas funciones integradas que se ligan entre sí: la memoria simbólica; la orientación espacio-temporal; la cognición (la función de conocer); la representación del mundo interior y exterior; la construcción de la identidad y del Yo; la conciencia moral; la imprescindible elaboración mental, que permite procesar y «digerir» los impactos del mundo externo e interno; la interconexión con el organismo somático de funcionamiento automático; la regulación de la impulsividad (en especial, la agresividad y la sexualidad); los sistemas de alerta; el pensar y el sentir, que permiten, entre otras, la comunicación consigo mismo; la relación con el medio, mediante respuestas motrices (expresión verbal, conductas...) o somáticas (emociones, manifestaciones orgánicas...) que posibilitan la comunicación con la red social; etc.

En suma, concebimos *la mente como un sistema en red, que recibe estímulos tanto del medio social como del organismo, que las procesa, integra y organiza por medio de complejos sistemas y circuitos del encéfalo, y que da lugar a respuestas motrices (la de la expresión verbal es una vía psíquica directa) y respuestas somáticas de tipo neurovegetativo*.

Esa concepción intentamos plasmarla en el esquema C, el más definitivo:



¿Cómo funciona este sistema mental? Numerosos modelos, aunque con diferente perspectiva, parecen esbozar dos modos principales de funcionamiento interconectados; así, el modelo de la neurociencia (2) describe, por un lado, las funciones de tipo intelectual, verbal y racional que realiza el hemisferio izquierdo (y que tienen principal asiento en el cerebro prefrontal) y, por otro, las funciones ligadas a la sensorialidad, a las emociones y a la impulsividad que realiza el hemisferio derecho (y se sustentan sobre todo en la corteza límbica); el modelo psicoanalítico (6) plantea a su vez el funcionamiento en proceso primario, cuando el aparato psí-

quico funciona con intensas energías, tiende a la expresión inmediata sin demoras y sólo se rige por una realidad interna de tipo alucinatorio, y el del proceso secundario, mediatizado por la elaboración racional y el contacto con la realidad social, que atenúa, regula e inhibe lo anterior...

Y así podríamos citar a otros autores y modelos que tienden a diferenciar lo mental de funcionamiento más instintual, ligado a lo sensorial, de lo mental racional y elaborativo, ligado al intelecto (no hay que olvidar, tampoco, la influencia de la impronta cartesiana que separaba —erróneamente, creemos— la mente, lo espiritual-racional, del cuerpo, sede de lo sensorial y las mecánicas corporales).

A partir de esta idea de cierto funcionamiento doble, plantearemos que el sistema mental se organiza en dos modalidades principales, las que usan básicamente representaciones psíquicas: el *funcionamiento sensorio-motor* y el *funcionamiento lógico-elaborativo*; sin olvidar que dicho sistema mental (mente) está absolutamente integrado con el funcionamiento de base —los automatismos neuro-vegetativos— que no alcanzan representación mental, salvo excepciones (cierta conciencia de algunos funcionamientos somáticos).

El *funcionamiento sensorio-motriz* es un funcionamiento poco elaborativo que usa representaciones sensoriales y motrices, en el cual el sistema mental tiende a expresarse de modo directo por medio de acciones inmediatas o con expresiones somáticas y emociones poco depuradas. Lo percibido, poco elaborado, usa privilegiadamente las vías motriz y somática (ver esquema C). Ejemplos claros de este modo de funcionamiento son los propios de la agresividad, la sexualidad, las vivencias emocionales, y otras.

En el *funcionamiento lógico-elaborativo* el sistema mental tiende a la lenta elaboración de lo percibido por medio de representaciones simbólicas (construyendo así el pensar y el sentir), y se expresa tanto por la vía verbal —la palabra, la escritura— como por la vía motriz -las conductas elaboradas-; la vía somática tiene menos peso. Ejemplos de este modo de funcionamiento son aquellos donde predomina la expresión del pensar, como el trabajo intelectual, y del sentir (sentimientos elaborados).

¿Cómo se produce el funcionamiento mental global? Para entenderlo, nos basta con recurrir a la observación del resto de sistemas del organismo (7), aunque el sistema mental sea, evidentemente, el sistema más diferenciado y complejo evolutivamente hablando, pues, entre otras diferencias, dicho sistema mental (mente) funciona por medio de representaciones (ideas, sensaciones...) y está mediatizado por la voluntad consciente, no sólo por automatismos.

¿Dónde estriba la similitud? Observamos que todos y cada uno de los sistemas del organismo tienen un funcionamiento autoregulado y que habitualmente sus funciones se consiguen por medio del equilibrio entre sistemas; así, la respiración (inspiración-espiración), función cardíaca (autoregulación de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, etc.), digestión (asimilación-eliminación), etc.

En síntesis, plantearemos que, con sus muy peculiares características, *el sistema mental (mente) tiene un funcionamiento autoregulado por medio de dos modos de funcionamiento —el funcionamiento sensorio-motor y el funcionamiento lógico-elaborativo—*, dos modos que se contrabalancean habitualmente entre sí, aunque predomine más uno u otro según los casos.

Hasta ahí hemos definido el funcionamiento mental llamémosle natural o fisiológico (por no usar la connotación «normal», que se presta a ciertos deslizamientos y ambigüedades). Ahora, para entender el funcionamiento psicótico, deberemos abordar el funcionar patológico.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA

Las concepciones sobre la patología mental son muy diversas, numerosísimas, dependiendo de cada una de las escuelas y autores. Sin pretender ninguna visión de conjunto, sino tan sólo empezar desde alguna base, describiremos algunos elementos de las principales concepciones (1, 8, 9).

Quizá simplificando en exceso, podríamos considerar que clásicamente la patología mental —hablamos sobre todo de las escuelas francesa y alemana— dividía los trastornos en dos tipos básicos según su mayor o menor gravedad:

Las neurosis, con un funcionamiento mental mediatisado por el sufrimiento elaborado y que se expresa con síntomas también elaborados (fobias, obsesiones, conversión, neurastenia, etc.); y las psicosis, donde la alteración de las funciones mentales reviste mucha mayor gravedad, y que se manifestaría en dos modos principales: la esquizofrenia, cuyo rasgo diferencial sería la disagregación del mundo de representaciones mentales, con la consecuente desorganización del funcionar mental, y la psicosis sistematizada, cuyo paradigma sería la paranoia, que se caracterizaría esencialmente por el intento de reorganización mental mediante la construcción de un delirio más o menos estructurado. A la vez, también describía los trastornos afectivos (melancolía, trastorno maníaco-depresivo...), que podían situarse unas veces del lado de las neurosis y otras del de las psicosis. Y, por fin, el complejo campo de los trastornos psicosomáticos, graves trastornos somáticos que tendrían relación más o menos directa con lo psíquico.

Por otro lado, la concepción estructuralista más moderna, de raigambre psicoanalítica, ha puesto su énfasis en la idea de una estructura psíquica más o menos estable, diferenciando tres grandes tipos de estructura, la psicótica, la neurótica, y la límite (que oscilaría entre las dos primeras). Poco a poco la patología límite o *borderline* se ha ido constituyendo en un gran cajón clasificatorio que englobaría todos aquellos trastornos no incluidos en las neurosis o en las psicosis.

Esta clasificación tradicional se ha modificado en los últimos tiempos por medio de la clasificación descriptiva y fenomenológica llamada DSM (10) —de la escuela



americana— que ha fragmentado estos grandes cuadros, sobretodo las neurosis, en numerosos síndromes y apartados diferenciados (los síntomas, la personalidad, la historia somática, la historia social), aunque ha mantenido la diferenciación entre la psicosis más grave, la esquizofrenia, caracterizada por la *desorganización* del pensamiento, la comunicación y el comportamiento, y la psicosis delirante, con cierta conservación de funciones psíquicas.

Así pues, pareciera que las nosologías oscilan entre aquellas que priman el estado de la organización y el funcionamiento mentales de aquellas otras que ponen el acento en los síntomas (o en el síndrome, agrupamiento de síntomas).

¿Cuál puede ser el eje principal para el diagnóstico?

Consideraremos como eje principal de nuestra concepción (11) el de *organización*, ya que entendemos que el sistema mental (mente) tiende a cierto funcionamiento integrado —en parte autoregulado, involuntario e inconsciente, y en parte voluntario— de las diferentes funciones psíquicas a través de complejos elementos (circuitos, áreas específicas...) insuficientemente conocidos hoy por hoy.

Causas diversas, tanto interiores (genéticas, conflictos internos) como exteriores (acontecimientos vitales traumáticos, estrés, etc.) pueden producir que este funcionamiento mental organizado se altere y de lugar, con menos o más intensidad, a cierto *funcionamiento en crisis* que trastorna las funciones mentales (la memoria, el dormir, la orientación, la capacidad cognitiva) y ya produce síntomas, expresión del trastorno y del sufrimiento mental. Si las causas son muy poderosas, o se suman a lo largo del tiempo, pueden dar lugar a un funcionamiento propiamente patológico.

El funcionamiento patológico puede ser de dos tipos, básicamente. Un primer tipo es el *funcionamiento patológico de tendencia reorganizativa*, que permite elaborar en cierta medida el sufrimiento psíquico y se puede expresar con síntomas psíquicos (obsesiones, fobias), motores (conductas patológicas) o somáticos (trastornos emocionales o del estado de ánimo, síntomas de conversión).

Un segundo tipo, de mayor gravedad, es el funcionamiento patológico en el que el sistema mental se desorganiza tan gravemente en su funcionar que no puede reorganizarse ni elaborar el sufrimiento adecuadamente. Este *funcionamiento patológico de tendencia desorganizativa* tendría dos modalidades: una, aquella donde no parece afectarse el mundo de representaciones psíquicas (que puede mantener su coherencia), pero sí su integración con el sistema somático, creándose un terreno propicio a la aparición de un grave cuadro somático (por ejemplo, una úlcera de estómago); eso no supone que un cuadro psicosomático tenga en sí significación mental ni que sea una traducción directa de un trastorno mental.

El segundo tipo es aquel donde el propio entramado de representaciones psíquicas unitarias y su funcionamiento autoregulado se desorganiza muy gravemente. Ahí se entra en el funcionar psicótico.

Ahora pues, tras este largo preludio, podemos acercarnos a las «psicosis».

APROXIMACIÓN AL TRASTORNO PSICÓTICO

Para abordar el trastorno psicótico partiremos de unas ideas preliminares, que no parten sólo de planteamientos éticos, sino de una búsqueda de rigor científico; a saber: que, al igual que otros trastornos del organismo, el trastorno psicótico no es algo fijo e inmutable, sino un proceso que puede darse con muchas gradaciones y afectar al sistema mental más o menos extensamente, que está sujeto a modificaciones a lo largo del tiempo y que, incluso en los casos más graves, coexiste con modos de funcionar fisiológicos («sanos») que procuran contrarrestar el trastorno; que por todo ello posee modos muy diversos de presentación según cada persona (cada caso es único, y por eso resulta simplificador decir «tiene una psicosis» o «la psicosis de este paciente...»); y que, aunque permanezca como un estado crónico, nunca puede entenderse como una esencia de la persona (ser un «psicótico»).

¿Qué podemos entender entonces como «psicosis»? Si tomamos, salvando las diferencias, el modelo de un grave trastorno somático, como lo puede ser una úlcera o un infarto, hallamos siempre dos tiempos principales que se suceden o incluso coexisten: primero, el trastorno en sí, que acostumbra, aunque no siempre, a manifestarse en forma aguda; y, segundo, el intento del organismo mediante diversas estrategias de retornar al funcionar fisiológico previo. Esta distinción es algo teórica, pues a veces estos dos tiempos se entremezclan y resultan difíciles de diferenciar.

Desde esta idea simple, plantearemos que el trastorno psicótico tiene dos fases: primera, la desorganización psicótica; y, segunda, el intento de reorganización.

La *desorganización psicótica* implica una brutal desorganización del entramado psíquico de representaciones, una verdadera escisión que altera profundamente varias o todas las funciones psíquicas: capacidad de control voluntario, construcción del Yo y de la identidad, memoria, orientación en el espacio y tiempo, hilación del pensar y el sentir, comunicación con los otros, regulación de la impulsividad y, sobre todo, la de elaboración psíquica. Ése es el trastorno primario (como en un infarto lo es la falta de riego sanguíneo y la necrosis celular, con la consecuente desorganización de las funciones del órgano cardíaco).

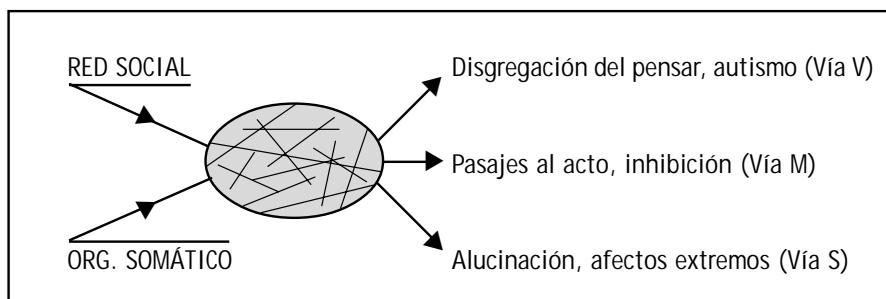
Y de ese trastorno primario del sistema mental se generan los síntomas psicóticos, fenómenos en bruto sin elaboración alguna que indican la gravedad desorganizativa y que se expresan por las tres vías: disgregación de la coherencia del discurso o ausencia autística manifiesta de éste (vía psíquica); fenómenos emocionales y sensoriales extremos, en bruto, especialmente alucinaciones (vía somática); y acciones motoras de gran impulsividad —pasajes al acto— o grave inhibición (vía motora).

Ese es el trastorno psicótico primario: grave desorganización del entramado psíquico de representaciones, y fenómenos sintomáticos en bruto. Y esa es la dificultad que tenemos por captar y comprender este trastorno, en tanto lo esencial es la afectación desorganizativa del entramado de representaciones, justamente lo que menos conocemos, lo que está más allá de nuestras técnicas, pues depende posiblemente

mente de circuitos sutiles y muy complejos que permiten ordenar y organizar los modos de funcionamiento mental.

El esquema D, que muestra la disagregación de la realidad psíquica (no se puede diferenciar entre los estímulos que proceden del mundo interior o del exterior), la alteración de las percepciones y los síntomas apenas mentalizados, pretende reflejar este primer tiempo del trastorno:

PRIMER TIEMPO: DESORGANIZACIÓN PSICÓTICA

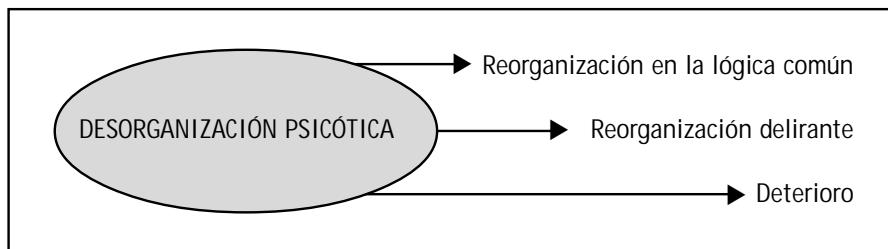


La tentativa de reorganización es un segundo tiempo en el que el sistema mental procura recuperar sus funciones y puede conseguirlo en varias maneras, que dependerán del grado de organización obtenido. Sin ningún afán totalizador, pues hay ciertamente mil y una maneras de presentarse un trastorno psicótico, los dividiremos en tres:

- Primera. Aquellos casos en que el sistema mental (mente) consigue una «restitución ad integrum» y el entramado representacional vuelve a tramarse y ordenarse en la lógica social común. Sería el caso del trastorno psicótico breve, del trastorno de despersonalización...
- Segunda: aquellos otros donde se consigue cierta reorganización, a veces precaria, otras mejor conseguida, pero donde la fenomenología psicótica persiste todavía, bien encapsulada —se habla a veces de locura parcial—, bien englobada en una trama representacional mucho más estructurada (por ejemplo, la psicosis sistematizada). Se trata, pues, de una reorganización anómala, que sigue una lógica peculiar de tipo delirante. En estos casos las funciones mentales se mantienen relativamente, pero dificultan evidentemente las capacidades de la persona de desarrollar su vida mental.
- Tercera: aquellas otras donde no se consigue una adecuada reorganización y se propende al deterioro de las funciones mentales, quizás porque hayan quedado alterados circuitos —no siempre irreversiblemente— imprescindibles para el funcionamiento mental. Sería el caso de ciertos trastornos cronificados, del trastorno esquizofrénico de mala evolución...

Estas tres posibilidades de reorganización intentamos representarlas en el siguiente esquema E:

SEGUNDO TIEMPO: INTENTO DE REORGANIZACIÓN



Dentro de estas diferentes posibilidades observamos en la clínica que el trastorno psicótico tiene muy diversas formas de manifestarse y que a veces éstas pueden coexistir en una misma persona. A veces, la persona padece crisis continuas con una gran fragilidad mental intercrisis; otras, una o dos crisis con buena restitución; otras, no llega a hacer una crisis grave, pero mantiene la presencia de sintomatología psicótica; en otras, tiende al deterioro sin apenas presencia de síntomas psicóticos, etc, etc.

La causalidad misma del trastorno es muy variada (1). Unas son de tipo interno, tanto biológicas (genéticas, alteraciones bioquímicas o macroscópicas del propio encéfalo...) como psicológicas (personalidad previa, fragilidad del Yo...); y otras son de tipo externo, tanto biológicas (ingesta de drogas, estrés socio-laboral...) como sociales (alteraciones severas del sistema familiar, pérdida o duelos de cierta gravedad...).

También la evolución puede seguir muy diversos avatares, que no dependen tan solo de la «lógica interna» del trastorno, sino en gran medida también del entorno social que le rodea (las tramas sociales que le sostienen) y del abordaje terapéutico realizado.

■ A MODO DE CONCLUSIÓN

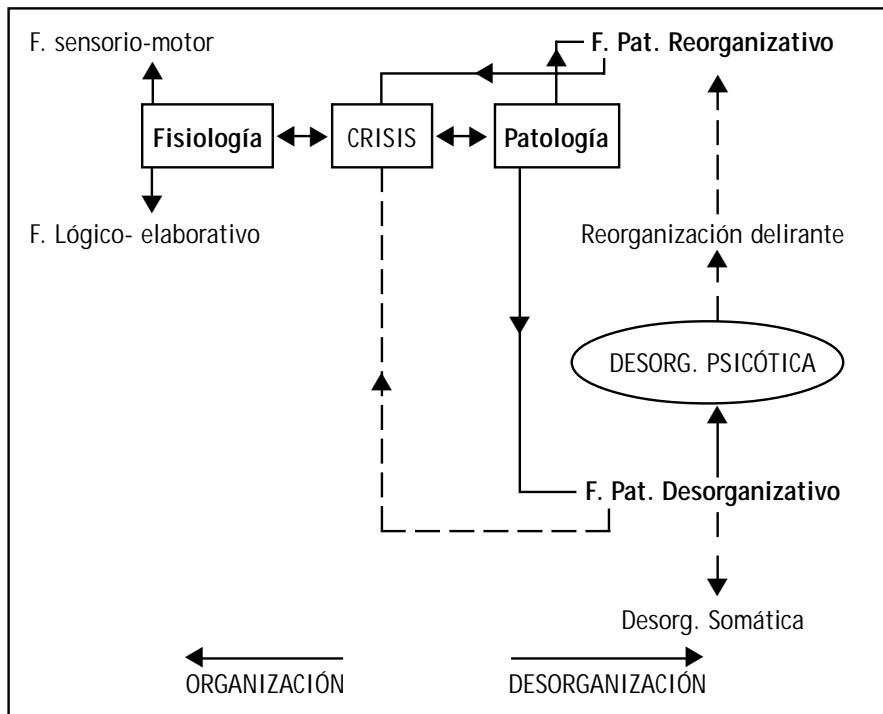
Nuestro intento de aproximación al trastorno psicótico mediante un modelo conceptual, que hemos procurado asentar en elementos de modelos reconocidos, nos ha llevado a la concepción de que *el trastorno psicótico es un modo de funcionamiento patológico gravemente desorganizativo del sistema mental que muestra dos tiempos delimitados y cuya característica primordial es la desorganización de la trama psíquica de representaciones y la aparición de síntomas psíquicos en bruto*.

A su vez, lo concebimos como *un trastorno heterogéneo, diverso en sus presentaciones y con una dinámica propia, cuya causalidad y evolución depende de múltiples factores*. Ello hace que sea de difícil aproximación con nuestras técnicas de exploración (tanto biológicas como psicológicas) y que entendemos convendría conceptualizar con modelos dinámicos, abiertos, que no fijen el trastorno —al modo de las técnicas «*in vitro*»—, sino que lo observen «*in vivo*» y en toda su heterogeneidad.

Ese debería ser nuestro afán, más cuando se trata de un trastorno que afecta a la persona en aquello que más le sirve para funcionar en el mundo social y afrontar las vicisitudes vitales, lo que hace a su «*ser en el mundo*».

Hasta ahí llega nuestra aproximación, quizá demasiado compendiada, a un fenómeno humano que posiblemente aún estamos lejos de comprender, y al que este trabajo ha querido aportar algunos elementos más de comprensión. Se necesitaría, claro, verificar si este modelo se adecúa a la clínica. Y faltaría, posiblemente, una continuación sobre la aplicación de este modelo a la terapéutica.

Finalmente, intentamos con el siguiente esquema mostrar la continuidad y relación entre sí de los diferentes modos de funcionamiento del sistema mental (mente) que hemos ido describiendo.



 BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan, H. Y y Sadock, B..J., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ed. Salvat, 1980
2. T. M. Jesell, E. R. Kandel y J. H. Schwartz, *Neurociencia y conducta*, Prentin Hall, 1999
3. Hoffman, L., *Fundamentos de la terapia familiar, un marco conceptual para el cambio de sistemas*, Mexico, FCE, 1981
4. F. Capra, *La trama de la vida, una nueva perspectiva de los seres vivos*, Barcelona, Ed. Anagrama, 1999
5. Compilación (E. Dabas y D. Nymanovich), *Redes, el lenguaje de los vínculos*, Ed. Paidós, 1999
6. Freud, S., «Los dos principios del funcionamiento mental», «El Yo y el Ello», «La pérdida de realidad en la psicosis y en la neurosis». En: Obras completas, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1989
7. P. Farreras y C. Rozman, *Medicina Interna*, Barcelona, Ed. Marín, 1974
8. Ey, H., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ed. Toray-Masson, 1980
9. Canguillem, g., *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Siglo XXI, 1986
10. Varios autores, *DSM-IV-manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Ed. Masson, 1985
11. Capellá. A, *El psicoanálisis dialéctico*, Barcelona, Ed. Herder, 1998

Correspondencia:

Alfred Capellá
e-mail: 12287acb@comb.es
Dirección: calle Ausias Marc 144, 1º, 1^a
BARCELONA (08013)