

Aida ROMERO ARANDA

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN
ADOLESCENTES.
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Francesca HIGUERAS BALLESTEROS

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2017

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma:

Aida ROMERO ARANDA

“Se presenta una situación en que el psiquiatra debe pensar en términos de qué es lo patológico en el paciente y qué se puede hacer por él, más que asignarle una rotulación diagnóstica formal.”

J. KASANIN, 1993

Resumen

En el presente trabajo se profundizará sobre el trastorno esquizoafectivo, sobre su historia, etiología, criterios diagnósticos, clasificación, curso, y tratamiento, tanto farmacológico como terapéutico. Posteriormente, se contextualizará el trastorno en adolescentes, y se aplicará en un caso práctico para poder comprender mejor el manejo y la repercusión que éste presenta, y establecer una adecuada intervención terapéutica.

Resum

En el present treball es parlarà del trastorn esquizoafectiu; sobre la seva història, la seva etiologia, els seus criteris diagnòstics, la seva classificació, el seu curs, i el seu tractament, tant farmacològic com a terapèutic. Posteriorment, es contextualitzarà el trastorn en adolescents, i s'aplicarà en un cas pràctic per poder comprendre millor el maneig i la repercussió que aquest presenta, y establir un adequada intervenció terapèutica.

Abstract

In the present work we will report about the schizoaffective disorder; on his history, his etiology, his criteria diagnostics, his classification, his course, and his treatment, so much pharmacologic as therapeutic. Later, we will talk about his influence in teenagers, and it will be applied in a practical case to understand better the therapeutic intervention and the repercussion that it presents and to establish an appropriate therapeutic intervention.

Palabras claves / Keywords

Trastorno esquizoafectivo -Conducta suicida –Patología dual –Abordaje terapéutico.
--

Sumario

Introducción.....	9
1. Trastorno esquizoafectivo.....	11
1.1. Historia, evolución, concepto y su problemática.....	11
1.2. Criterios diagnósticos	19
1.3. Subtipos	22
1.4. Pronóstico y otros datos a destacar	23
1.5. Causas	25
2. Trastorno esquizoafectivo en adolescentes	29
2.1. Aspectos clínicos	29
2.2. Problemas y consecuencias con el tratamiento farmacológico.....	31
3. Caso práctico	33
3.1. Caso J.L	33
3.2. Relación trastorno esquizoafectivo y personalidad.....	34
3.3. Relación con los tóxicos	36
3.4. Conducta suicida en niños y adolescentes.....	38
3.5. Tratamiento general en el trastorno esquizoafectivo	42
3.6. Abordaje terapéutico adaptado al caso	48
Conclusiones.....	55
Bibliografía	57
Anexo I.....	59

Introducción

El objetivo de este trabajo es profundizar sobre el trastorno esquizoafectivo sobre todo las repercusiones negativas que tiene en la población más vulnerable, la población juvenil.

Existe una gran controversia teórica de si realmente se trata de una patología independiente o de una variante del trastorno esquizofrénico o de los trastornos afectivos. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo radica en profundizar y reflejar dónde se sitúa hoy en día el trastorno esquizoafectivo, de qué se trata, cuál es su origen, qué diferencias existen entre este trastorno, la esquizofrenia y los trastornos afectivos, para realizar el diagnóstico diferencial. También analizaremos cuáles son los factores de riesgo, cuáles son sus factores de peor pronóstico, qué problemas presenta su tratamiento, tanto farmacológico como el psicológico y sobre todo, cómo afecta a los adolescentes que lo padecen.

Para conseguir tal profundidad en el conocimiento de este trastorno, hemos dividido el trabajo en una parte teórica, donde se analizan los anteriores interrogantes, además de relacionarlos con otros trastornos, como los trastornos de personalidad, el consumo de tóxicos y la conducta suicida, y en una parte práctica, el caso de un adolescente de 17 años que padece trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo recurrente, además de un trastorno de personalidad no especificado, abuso de sustancias y numerosos intentos autolíticos.

Veremos que el trastorno esquizoafectivo es una entidad nosológica en movimiento y de sumo interés científico en la actualidad, que requiere profundizar más sobre su naturaleza. A través de la teoría, y sobre todo del caso clínico que presentamos, los límites de lo que es el trastorno esquizoafectivo se difuminan, interfiriendo en la intervención terapéutica.

Mi gran motivación para realizar e investigar sobre este trastorno, surgió cuando mi tutora me habló del caso que expongo en este trabajo. Desde el principio tenía claro que realizaría la investigación de una patología que afectara en gran medida a niños y adolescentes, ya que en mi opinión, los problemas se deben detectar y tratar lo antes posible, para evitar el agravamiento de los síntomas y para poder ofrecer un mejor futuro, a todos esos niños que padecen de alguna patología que les impide llevar a cabo una vida autónoma e independiente. Ha sido además un gran reto, ya que el hecho de conocer un trastorno poco común en adolescentes, me ha permitido ser consciente de la gravedad y la repercusión tan significativa que presenta, y de lo

difícil que es encontrar la mejor intervención terapéutica para poder abordar toda su comorbilidad.

En última instancia, quiero agradecer la paciencia y el tiempo dedicado, así como la confianza que depositó mi tutora, Francesca Higuera, para realizar este trabajo, solucionándome cualquier tipo de ayuda y acompañándome en cada momento.

1. Trastorno esquizoafectivo

1.1. Historia, evolución, concepto y su problemática

Historia

Como comentan Jarne y Talam (2000) antes de que Kraepelin realizara la clasificación de los trastornos mentales, había la tendencia a dividir los trastornos mentales en dos grupos, en el grupo de la neurosis y en el grupo de la psicosis. Con el tiempo se dieron cuenta de que uno no puede ser neurótico o psicótico solamente, sino que puede ser psicótico en unos momentos y neurótico en otros momentos a la vez, y por esta razón crearon un término medio, llamándolo trastorno borderliner.

Antes de la aparición del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), esta dualidad se rompió ya que aparecieron trastornos nuevos como los de la ansiedad, los afectivos... y a partir de aquí, se crearon categorías diagnósticas dependiendo del síntoma predominante, ya fuera fóbico, depresivo, ansioso... Algunas categorías diagnósticas que antes aparecían dentro de la psicosis ahora se encuentran en otros grupos diagnósticos. En el DSM-III desapareció el término neurosis como tal, quedando agrupado en las fobias, los trastornos obsesivos, los trastornos disociativos... El término neurosis quedó reducida a un rasgo de personalidad, aunque el término psicosis sigue manteniéndose (Jarne y Talam, 2000).

Como ocurre en todos los trastornos, tal y como explican Jarne y Talam (2000), carecemos de marcadores biológicos y/o psicológicos que sean sensibles y fiables y que puedan definir objetivamente la categoría de psicosis, por ello el DSM-5 tenía como objetivo principal encontrar estos marcadores.

La psicosis se define a través de unos síntomas que a veces son vagos e imprecisos para diferenciar lo que es y no psicótico, por ello en el DSM destaca la presencia de delirios y alucinaciones y tienden a identificar lo psicótico en base a estos síntomas. No obstante, a pesar de estos síntomas y criterios diagnósticos difusos, vagos y genéricos, los trastornos psicóticos, son los trastornos con más fiabilidad diagnóstica, es decir, la mayoría de los profesionales se ponen de acuerdo a la hora de diagnosticar un paciente como psicótico. Hay una fiabilidad entre el 75 y 100% (Jarne y Talam, 2000).

Según el DSM-5 se deben cumplir tres síntomas para presentar un trastorno psicótico, que algunos autores como Minkowski, tal y como citaron Jarne y Talam (2000), consideran insuficientes para establecer el diagnóstico. Por ello, elaboró cinco características clínicas, que definirían lo que es un trastorno psicótico:

- El hecho de que la psicosis produce una profunda transformación en el contacto del paciente con el mundo que le rodea, el cual se encuentra totalmente distorsionado y alterado.
- El paciente psicótico crea un mundo propio donde los parámetros para ver la realidad no concuerdan con los que utiliza la mayoría de la gente.
- La ausencia, la falta de conciencia de enfermedad. Se considera que estos pacientes, a diferencia de otras patologías, el insight es muy limitado, pueden tener conciencia en momentos puntuales, pero cuando están en una crisis totalmente descompensados, su conciencia de enfermedad es nula.
- Los trastornos de conducta que van asociados son importantes y muy graves, por ejemplo, pueden hablar solo con sus voces, gritar por la calle, tener miedo a que les pase algo malo o pueden ver a la familia como amenazante.
- Deterioro y alteración de la calidad de vida del propio enfermo, es decir, suelen perder la capacidad para afrontar las exigencias de la vida cotidiana, y muchas veces requieren ser cuidados por otras personas.

De estas cinco características, algunas pueden encontrarse en otros cuadros patológicos pero de una manera homogénea y uniforme a la vez, solo se darían en los trastornos psicóticos (Jarne y Talam 2000).

Siguiendo al mismo autor, no es lo mismo tener síntomas psicóticos que ser psicótico ya que, tal y como muestra el DSM, los síntomas psicóticos pueden aparecer en diferentes trastornos; como en las demencias, donde es común encontrar síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, trastornos de conducta... como consecuencia del trastorno orgánico. También los podemos encontrar en los trastornos relacionados con sustancias, ya que todos los tóxicos pueden generar la presencia de síntomas psicóticos y a veces podemos ver cuadros psicóticos inducidos por el consumo de tóxicos. Evidentemente también los podemos encontrar en la esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico por una enfermedad médica. Y, por último, en los trastornos afectivos como en la depresión mayor, en el trastorno bipolar o en el trastorno esquizoafectivo.

Centrándonos en la historia y evolución del trastorno esquizoafectivo, Emil Kraepelin, padre de la psicología moderna, a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, junto a otros médicos y psiquiatras, describieron los trastornos mentales a partir de amplios criterios, interpretándolos como trastornos puros (Holmgren, Lermanda, Sapag y Soto-Aguilar, 2013; Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

A finales del siglo XIX, Kraepelin profundizó en los casos que se encontraban entre la demencia precoz (con un mal pronóstico) y la locura maníaco-depresiva (con un pronóstico mejor), ordenándolos en las llamadas “psicosis atípicas” o “casos en el medio” según Shneider, el cual apoyó la dicotomía establecida más tarde por Kraepelin, con la cual intentaba diferenciar dicotómicamente lo que él consideraba psicosis funcionales en demencia precoz o psicosis endógenas, es decir, la actual esquizofrenia y la enfermedad maníaco-depresiva (Holmgren et al., 2013; Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

Más tarde, la influencia de Shneider (el cual definió los síntomas de primer orden de la esquizofrenia, sin tener en cuenta las causas orgánicas en su diagnóstico) y Jaspers, (determinado por el ascetismo de Shneider, el cual consideraba que los síntomas esquizofrénicos eliminaban la validez de los síntomas del estado de ánimo), dio lugar a que la mayoría de los psiquiatras, de Europa sobre todo, y los seguidores de Kraepelin, ignoraran y olvidaran lo que Kraepelin aceptó como un dominio no clasificable consistente en una mezcla de la esquizofrenia y el estado de ánimo. Kraepelin era consciente de que todos los casos de trastornos mentales endógenos no podían clasificarse en las dos categorías, es decir, sabía que los trastornos mentales podían tener características de los dos grupos, con un curso y pronóstico diferente, y que los límites que delimitaban los dos grupos de trastornos podían ser flexibles, con ciertos aspectos que los conectaban.

A finales del siglo XX, gracias a Zending, un discípulo suyo, se dio cuenta de la fragilidad que presentaba su propia concepción dicotómica. Declaró que sus criterios no eran suficientes para diferenciar de manera fiable todos los casos entre la esquizofrenia y la locura maníaco-depresiva, reconociendo el solapamiento y la continuidad que había entre los dos trastornos funcionales. La diferencia la ubicó, finalmente, según el curso longitudinal en el deterioro de la esquizofrenia y la tendencia a la remisión con períodos intercríticos y con buen nivel de funcionamiento en los trastornos afectivos (Arenas y Rogelis, 2006; Holmgren et al., 2013; Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

Al mismo tiempo, Karl Kleist, también describió distintas formas atípicas entre la Demencia Precoz y la Psicosis Maníaco-Depresiva, destacando entre ellas las psicosis cicloides, las cuales presentaban muchas características en común con la enfermedad maníaco-depresiva. Más tarde, Leonhard, retomando los criterios de Kleist, asignó independencia nosológica a las psicosis cicloides respecto de la esquizofrenia y de la psicosis maníaco-depresiva, y Henry Ey, retomando los criterios de Magnan sobre los delirios polimorfos, describió las psicosis delirantes agudas o bouffées delirantes, considerándolas finalmente como episodios esquizofrénicos agudos. Otro autor a destacar en la historia del trastorno esquizoafectivo es Eugen Bleuer, que reconoció la presencia muy frecuente de trastornos afectivos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y los llamó psicosis mixtas, aunque él decía que sólo era necesario para su diagnóstico, la presencia de alguno de los síntomas cardinales de la esquizofrenia, sin tener en cuenta el curso longitudinal ni si estaba acompañado o no por un episodio afectivo claro (Arenas y Rogelis, 2006; Holmgren et al., 2013).

Cabe decir también, que el primer psiquiatra de los tiempos modernos que estudió el trastorno esquizoafectivo fue Karl Khlabaum, aunque los estados descritos como melancolía, manía, paranoia o esquizofrenia ya eran mencionados como esquizoafectivos por autores anteriores a los inicios del siglo XX, como ya hemos mencionado anteriormente (Arenas y Rogelis, 2006; Holmgren et al., 2013; Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

Otros autores argumentan que fue Kasanin, el que acuñó el origen del trastorno esquizoafectivo en 1993, basándose en la descripción de nueve pacientes que presentaban una psicosis de inicio repentino, posterior a un acontecimiento vital estresante y con un ajuste social premórbido adecuado, con un cuadro atípico de diagnóstico difícil, que podía denominarse como esquizofrénico o afectivo (Arenas y Rogelis, 2006; Holmgren et al., 2013; Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

Evolución

Con respecto a la evolución del trastorno esquizoafectivo, en las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, encontramos que en el DSM-I se describió el tipo esquizoafectivo entre las reacciones esquizofrénicas, y a diferencia de la descripción de Kasanin, no tuvo en cuenta el comienzo abrupto ni la brevedad del episodio ni la remisión completa. En el DSM-II se incluyó el tipo

esquizoafectivo dentro de la categoría de esquizofrenia, aunque su definición fue breve y evasiva. Más tarde en el primer borrador del DSM-III, se incluyó una categoría especial para ellos que les permitió diferenciarse del trastorno esquizofrénico, resaltando como esencial la presencia de “un síndrome psicótico o maníaco (...) que era precedido o desarrollado simultáneamente con ciertos síntomas psicóticos aunque incompatibles con un trastorno afectivo puro” (Marneros, p.7). A los dos años, en la edición final del DSM-III, desapareció la categoría incluyéndola en las *características psicóticas incongruentes del estado de ánimo de los trastornos afectivos*, aunque a la vez mantuvo una categoría específica para los trastornos esquizoafectivos sin criterios diagnósticos, para cuando no fuera posible el diagnóstico de trastornos afectivos o de cualquier trastorno esquizofreniforme o de esquizofrenia. Finalmente, en la última edición del DSM-III-R, se recreó una nueva clasificación independiente para los trastornos esquizoafectivos dentro de la categoría *Trastornos psicóticos no clasificados en otra parte*, con sus propios criterios diagnósticos y dos subtipos, el depresivo y el bipolar. En el DSM-IV, el trastorno formaba parte de la categoría de *Otros trastornos psicóticos* con un cambio mínimo de los criterios diagnósticos y de los subtipos con respecto al DSM-III-R y, por primera vez, se reconoció la sintomatología bipolar mixta. Por último, en el DSM-5 se especifican los dos subtipos: bipolar y depresivo.

A diferencia del DSM-5, en la CIE-10 (La clasificación Internacional de Enfermedades en su versión número 10) los trastornos esquizoafectivos forman parte de la esquizofrenia y de los trastornos delirantes con una amplia descripción y con cinco subcategorías: trastorno esquizoafectivo tipo maníaco, tipo depresivo, tipo mixto, otros trastornos esquizoafectivos y el trastorno esquizoafectivo no especificado (Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

Problemas de los sistemas clasificatorios

Es necesario mencionar también, tal y como expresan Marneros (2015) y Rodríguez (2015) que el principal problema del DSM-5 en referencia a este trastorno, es su aspecto transversal y longitudinal, ya que sólo se centra en el período de tiempo indicado en el criterio B (delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad), claro intento de separar este trastorno con los trastornos de estado de ánimo con síntomas incongruentes del estado de ánimo. Sin embargo, el criterio cronológico es más arbitrario, ya que si presenta dos semanas de síntomas

psicóticos sin un trastorno del estado de ánimo, se tratará de un trastorno esquizoafectivo y si presenta menos de dos semanas, será un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. Además, la intensidad del síndrome afectivo y del psicótico varía considerablemente durante un episodio, por lo que es arbitrario dar más prioridad a la cronología de los síntomas psicóticos que a la de los del estado de ánimo (APA, 2013)

Siguiendo en esta línea argumentativa, podemos decir que la metodología categorial para operacionalizar el diagnóstico en psiquiatría constituye una dificultad mayor para la comprensión nosológica del trastorno esquizoafectivo. En los dos grandes sistemas clasificatorios en uso, como son el DSM y la CIE, el diagnóstico solo se apoya en criterios puramente descriptivos, sin remarcar si tras ese diagnóstico subyace la coexistencia simultánea de dos trastornos distintos, la expresión de un continuum entre las dos grandes entidades clínicas de la psiquiatría, o una patología separada de las anteriores. Por ello, el enfoque dimensional en la clasificación diagnóstica, tiene en cuenta un cambio en las definiciones exclusivamente categoriales de los desórdenes psiquiátricos, considerando grupos de síntomas que se presentan simultáneamente, más frecuentemente que lo esperable solamente por el azar. La evidencia actual demuestra que el uso complementario de los criterios categoriales tanto como los dimensionales tiene mayor valor predictivo que el uso de modelos independientes. Para entender mejor lo mencionado anteriormente, debemos tener en cuenta que el enfoque categorial solo determina si el paciente tiene el trastorno o no lo tiene, en cambio, los criterios dimensionales, ofrecen la opción de incorporar estimaciones de frecuencia o severidad, de la forma como se utilizan escalas clínicas para la evaluación de respuesta a un tratamiento (Holmgren et al., 2013; Marneros, 2015)

Concepto

Para definir el trastorno esquizoafectivo, nos encontramos con controversias en su nosología, ya que aún no se sabe con certeza si el trastorno forma parte de una variante del trastorno afectivo, de una variante de la esquizofrenia, de una continuidad entre estos dos trastornos o de una patología independiente.

Para explicar más en profundidad la controversia existente en la nosología del trastorno esquizoafectivo, haremos referencia a distintos autores que expresan su punto de vista. Según Rodríguez y Sánchez (2004); Holmgren et al., (2013);

Rodríguez (2015) y Marneros (2015), el trastorno esquizoafectivo, inicialmente se consideraba como un subtipo de la esquizofrenia, hasta que pasó a considerarse como un trastorno del espectro afectivo al ver su buena respuesta con el litio. Al compartir a la vez, síntomas de la esquizofrenia con síntomas de los trastornos afectivos, apareció este trastorno dando respuesta al cuadro afectivo con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo, aunque con la posterior definición del trastorno afectivo con síntomas psicóticos congruentes y no congruentes con el estado de ánimo, se dio lugar a un diagnóstico más limitado, relativizado, confuso y más difuso del trastorno esquizoafectivo. De esta forma, la imprecisión de los límites remarcó una mayor intensidad de solapamiento entre los dos trastornos, y con ello se decidió dar más importancia al desarrollo longitudinal para hacer el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo y el afectivo con síntomas psicóticos, incongruentes con el estado de ánimo.

Tal y como expresan Rodríguez y Sánchez (2004), por su poca estabilidad diagnóstica durante la evolución del trastorno, se ha llegado a plantear si se trata de un cuadro patológico real o de un aspecto de otro cuadro psicótico que en un momento determinado presenta unas características especiales.

En algunos estudios se considera como algo intermedio del trastorno afectivo y la esquizofrenia, aunque por su buena respuesta al tratamiento con antipsicóticos se dice que se asemejan más a la esquizofrenia. Otras investigaciones hacen referencia a que los esquizoafectivos bipolares se asemejarían más a la enfermedad maniaco depresiva, en cambio, los esquizoafectivos unipolares serían más afines a la esquizofrenia (Rodríguez y Sánchez, 2004).

Para dar respuesta a la controversia existente, Rodríguez y Sánchez (2004), realizaron un estudio donde valoran si el trastorno esquizoafectivo se trata de un cuadro aislado o si por el contrario se asemeja más a la manía o a la esquizofrenia. Según los resultados de este estudio, el trastorno esquizoafectivo se asemejaría más a los trastornos psicóticos que a los trastornos afectivos, ya que a partir del instrumento utilizado, las puntuaciones de los pacientes con cuadro esquizoafectivo y los pacientes con cuadro esquizofreniforme son muy similares, a diferencia de los pacientes con cuadros maníacos. Por otro lado, destacan la alta puntuación de delirios en el trastorno esquizoafectivo a diferencia de los otros cuadros como la esquizofrenia, y esto podría ser debido al mejor insight y a la menor tendencia a ocultar los síntomas psicóticos que presentan los primeros.

Otra aportación importante en la investigación de este trastorno la hizo Marneros en 2015). Realizó junto a Deister y Rohde, el estudio Colonia, uno de los estudios más importantes y exhaustivos sobre los trastornos esquizoafectivos. Este estudio distingue entre episodios y enfermedades o trastornos, además de indicar una posición intermedia de los trastornos esquizoafectivos entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, tanto en el funcionamiento premórbido y social, como el componente familiar, la personalidad, el curso y la evolución longitudinal. Por otro lado, señaló la importante relación que presentan los trastornos esquizoafectivos con los trastornos del estado de ánimo y remarcó la importancia de distinguir las formas unipolares de las bipolares.

Volviendo a hacer alusión a Marneros (2015) y a Rodríguez (2015), para ellos no hay diferencias entre lo concurrente y lo secuencial del trastorno esquizoafectivo, es decir, los pacientes que cambian de episodios afectivos puros a episodios esquizofrénicos puros y al revés, no se diferencian de los pacientes que presentan episodios esquizoafectivos. Sugieren por lo tanto, una definición longitudinal, incluyendo un tipo concurrente, caracterizado por la coincidencia de episodios esquizofrénicos y afectivos, y un tipo secuencial, caracterizado por el cambio longitudinal de episodios esquizofrénicos a afectivos y viceversa. A la vez añaden, que el diagnóstico debe basarse tanto en el componente transversal, es decir, la definición del episodio teniendo en cuenta la ocurrencia simultánea de los síntomas de cada episodio independientemente de la manifestación cronológica, como en el longitudinal, la definición del trastorno u enfermedad teniendo en cuenta la ocurrencia secuencial de los episodios durante su evolución, siendo esta evolución muy inestable.

Para resumir este apartado, según Holmgren et al. (2013) y Marneros (2015), en la actualidad, existe una gran duda en cuanto si el trastorno esquizoafectivo representa una variante del trastorno afectivo, de la esquizofrenia, una tercera entidad nosológica independiente o parte de un continuum entre el trastorno afectivo puro y la esquizofrenia pura. La distinción se encuentra en la evidencia, por un lado, de que los individuos que presentan síntomas mixtos (esquizofrénicos y afectivos), a diferencia de los individuos con un diagnóstico de esquizofrenia, presentan mejor pronóstico, tendencia a aparecer la sintomatología bruscamente y resolución con mayor probabilidad de recuperación a nivel premórbido y por último, menos antecedentes familiares esquizofrénicos. Jarne y Talam (2000), por otro lado, menciona que la diferencia entre un trastorno bipolar tipo I y un trastorno

esquizoafectivo se encuentra en la eutimia, es decir, un bipolar tipo I puede presentar síntomas psicóticos en fase maníaca o en fase depresiva pero cuando está eutímico los síntomas psicóticos desaparecen. En cambio, en el trastorno esquizoafectivo, aunque remitan los síntomas maníacos o depresivos, en eutimia sigue presentando algún síntoma psicótico, es decir, los síntomas no desaparecen por completo aunque son de menor intensidad.

1.2. Criterios diagnósticos

Según APA (2013), el trastorno esquizoafectivo se define por un período continuo de enfermedad en el cual, en algún momento, se presenta un episodio maniaco, depresivo o mixto, concurrente con síntomas que cumplan el criterio A de esquizofrenia. Los síntomas esquizofrénicos deben estar presentes por lo menos durante dos semanas en la ausencia de síntomas afectivos prominentes y los síntomas afectivos deben estar presentes por un período de tiempo significativo del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad. Se debe tener en cuenta, también, el criterio de exclusión que indica que los síntomas no se explican mejor por los efectos de una sustancia o una enfermedad médica general. Y se clasifica en tipo bipolar si los síntomas afectivos son maníacos o mixtos y, unipolares, si sólo se presenta con un episodio depresivo mayor.

Por un lado, tal como muestra APA (2013), el criterio A describe un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el criterio A de esquizofrenia, el cual exige el cumplimiento de dos o más síntomas (necesariamente uno de los tres primeros), ya sean delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y/o síntomas negativos; los cuales deben estar presentes significativamente como mínimo un mes. Por otro lado, el criterio B exige que los síntomas cumplidos de un episodio mayor del estado de ánimo deben estar presentes durante la fase activa y residual de la enfermedad, y el criterio C recalca que no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Otro aspecto importante que exige APA en 2013, es especificar si es de tipo bipolar, cuando el episodio maníaco forma parte de la presentación o cuando se producen episodios depresivos mayores, o de tipo depresivo, cuando solo se presentan episodios depresivos mayores. Especificar también si presenta catatonía y los

siguientes especificadores del curso de la enfermedad después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos:

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo, cuando se cumplen los criterios sintomáticos, es decir, cuando la primera manifestación del trastorno cumple los criterios requeridos para el diagnóstico en cuanto a síntomas y tiempo.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial, cuando durante el período se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios definitorios se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total, es decir, el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo, los cuales se determinan después de un mínimo de dos episodios, es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.
- Continuo, cuando los síntomas necesarios están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral, muy breves a diferencia del curso global.
- No especificado.

Y por último, aunque no sea necesario, APA (2013) explica como especificar la gravedad actual, clasificada por una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis, es decir, se clasifica cada síntoma por su gravedad actual, siendo su máxima gravedad en los últimos siete días, sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

En cuanto a su diagnóstico diferencial, se recomienda realizarlo con la esquizofrenia, ya que del 7 al 83% de los pacientes esquizofrénicos presentan depresión; con los trastornos del estado de ánimo; con otros trastornos mentales y afecciones médicas; con el trastorno psicótico debido a otra afección médica; con los trastornos de personalidad; con una epilepsia del lóbulo temporal; con el abuso de sustancias y con el delirium (APA, 2013; Calero, 2013; Rodríguez, 2015)

A diferencia del DSM-IV-TR, para la CIE-10, es necesario que los síntomas afectivos y psicóticos vayan siempre juntos en un mismo episodio, mientras que para el DSM debe haber en algún momento síntomas psicóticos sin síntomas afectivos. La CIE-10 da un valor primordial a los síntomas que denomina “esquizofrénicos” y que deben acompañarse de síntomas afectivos, mientras que el DSM-IV-TR fundamenta el diagnóstico en el curso de los pacientes, exigiendo la presencia de un período de tiempo con síntomas psicóticos y afectivos, y de otro con síntomas psicóticos aislados. Por consiguiente, la OMS (Organización Mundial de la Salud) permite el diagnóstico transversal, mientras que la APA introduce un criterio longitudinal. Estas diferencias hacen que un pequeño grupo de pacientes reciban el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo según la CIE-10 y de Trastorno bipolar para el DSM-IV-TR (Rodríguez, 2015; OMS, 2010).

Para definir y entender mejor el trastorno esquizoafectivo es necesario definir también el trastorno psicótico. Tal y como describe APA (2013), para diagnosticar de un trastorno psicótico es necesaria la presencia de uno o más de los síntomas siguientes y al menos uno de ellos ha de ser uno de los tres primeros: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Según Rodríguez (2014), los signos y síntomas de la patología psicótica más destacables son: la pérdida de contacto con la realidad; la ausencia de conciencia de enfermedad; ver, escuchar, sentir o de alguna manera percibir cosas que de momento no existen como las alucinaciones; pensamiento y/o lenguaje incomprensible, es decir, hablar de cosas sin sentido; ansiedad marcada; alucinaciones auditivas; conductas extrañas como el mutismo, hablar solo, coleccionar cosas inservibles, maquillaje exagerado o incongruente con la ocasión...; miedo o sospechas infundadas; rostro inexpresivo; descuido en el aseo y arreglo personal; aislamiento; agresividad física y verbal; pérdida de interés en las actividades que cotidianamente las realizaba sin causa aparente; trastornos en el sueño como el insomnio o la hipersomnia; deambulaciones; ideas de grandeza, daño o místicas y la no correspondencia entre el pensamiento y la emoción.

Estos signos y síntomas mencionados por Rodríguez (2014) son heterogéneos y sin un patrón común, por lo que destaca la vital importancia de los criterios diagnósticos para su diagnóstico diferencial. Su diagnóstico clínico está basado en la presencia de cómo mínimo un síntoma muy evidente o, dos o más, si son menos evidentes, de

cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente, además de las pruebas de laboratorio y neuroimágenes junto con la evaluación psicológica necesarias para su diagnóstico. Por otro lado, los síntomas en la psicosis se suelen dividir en positivos, como son las alucinaciones, los delirios y los trastornos de la personalidad, y en negativos, como la apatía emocional, la falta de expresión, el aislamiento social y el auto-abandono.

1.3. Subtipos

Haciendo reseña a Marneros (2015), se sabe que no todos los síntomas depresivos se transforman necesariamente en un episodio esquizofrénico o esquizoafectivo y que la sintomatología completa de un episodio depresivo, maniaco o mixto debe estar presente para diagnosticar de un trastorno esquizoafectivo, ya que los síntomas afectivos aislados pueden estar presentes en la esquizofrenia. Sabemos también que los trastornos esquizoafectivos tienen varios subtipos. En los episodios esquizodepresivos están presentes los criterios de un episodio depresivo más los síntomas esquizofrénicos. En los episodios esquizomaníacos están presentes episodios maníacos adicionales y en los episodios mixtos esquizoafectivos, se cumplen los criterios de un episodio afectivo mixto y la sintomatología de un trastorno esquizofrénico. El episodio más común en el trastorno esquizoafectivo es el esquizodepresivo, siendo menos frecuente e infradiagnosticado el esquizoafectivo mixto, ya que existe la presencia de una conglomeración entre los síntomas esquizofrénicos, maníacos y depresivos, variando su intensidad (Marneros, 2015)

Es necesario diferenciar por un lado los trastornos esquizoafectivos unipolares con los bipolares y por otro lado el tipo esquizo-predominante frente al tipo afectivo-predominante, dependiendo de la gravedad y la dominancia de síntomas en cada caso. El tipo esquizo-predominante presenta un pronóstico menos favorable como en la esquizofrenia, a diferencia del tipo afectivo-predominante, el cual presenta semejanzas con los trastornos afectivos como su respuesta al tratamiento profiláctico (Arenas y Rogelis, 2006; Marneros, 2015).

Marneros (2015), también comenta el polimorfismo (el cambio entre los diferentes tipos de episodios durante el curso a largo plazo) en el trastorno esquizoafectivo. Observa que hay algunos estados más estables como el de la esquizofrenia y otros más inestables como los estados mixtos o esquizomaníacos. A diferencia de los estados polimorfos, los estados monomorfos, son aquellos que tienen un solo y el

mismo tipo de episodio durante un largo período de tiempo. Según el Estudio Colonia, el 70% de los trastornos esquizoafectivos son polimorfos, por lo que durante su evolución, se dan más de un tipo de episodio ya sea, esquizofrénico, esquizodepresivo, esquizomaníaco, maníaco, depresivo y/o mixto. Por otro lado, dentro de este grupo polimorfo, hay un grupo de pacientes que cambian de una polaridad depresiva o esquizodepresiva a una maníaca o esquizomaníaca o mixta, y esto es lo que se denomina hoy en día como los trastornos esquizoafectivos bipolares.

1.4. Pronóstico y otros datos a destacar

En cuanto a su pronóstico, se ha visto que es peor que el de los trastornos afectivos y mejor que el de la esquizofrenia, debido a que requiere una duración mínima de seis meses, a la existencia de un cierto deterioro y por la mayor frecuencia de síntomas positivos en los cuadros esquizoafectivos maníacos, a diferencia de la esquizofrenia donde sobresaltan los síntomas negativos. Otros estudios indican que presentan una sintomatología, un pronóstico y un deterioro cognitivo muy similar y otros destacan el menor insight que presenta la esquizofrenia con respecto al trastorno esquizoafectivo (Rodríguez y Sánchez, 2004; Holmgren, et al., 2013; Rodríguez, 2015)

En un estudio de seguimiento de quince años realizado por Rodríguez (2015) a pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno afectivo, se observó que el trastorno esquizoafectivo a largo plazo presenta una evolución intermedia entre estos dos trastornos. Aun así, su pronóstico en cuanto a habilidades sociales, laborales se asemeja más al de los trastornos afectivos que al de la esquizofrenia. Estos datos apoyan lo que anteriormente ya se había observado en estudios realizados entre 1963 y 1887.

Por un lado, los factores asociados a un peor pronóstico o a una predicción crónica, independientes del cuadro psicótico, según Arenas y Rogelis (2006) y Rodríguez (2015), son: elevado número de episodios, mayor presencia de síntomas esquizofrénicos, baja densidad de sueño delta, dependencia de alcohol concomitante, mala adaptación social premórbida, no haber contraído matrimonio, ausencia de conciencia de enfermedad, mala recuperación interepisódica, síntomas psicóticos persistentes e incongruentes con el estado de ánimo, ausencia de factores desencadenantes e inicio temprano. Además, cabe decir que los trastornos

esquizaafectivos presentan un alto grado de deterioro en la autonomía personal. Por otro lado, los factores de buen pronóstico que refiere Calero (2013) serían: buena adaptación premórbida, factor desencadenante, comienzo agudo e historia de trastornos del estado de ánimo y síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

En referencia al pronóstico de los casos esquizaafectivos, el 29 al 83% de los casos tienen una recuperación casi completa, del 20 al 30% de los casos tienen un curso crónico con deterioro progresivo y el 10% presenta importantes síntomas afectivos prolongados. Como grupo tienen un pronóstico intermedio. Los esquizaafectivos bipolares presentan un pronóstico similar a los pacientes con trastorno bipolar tipo I, en cambio los esquizaafectivos depresivos presentan un pronóstico similar a los esquizofrénicos (Calero, 2013).

En cuanto a su curso, podemos decir que es polifásico, ya que presenta distintas fases a lo largo de su evolución. En cuanto a su prevalencia, se encuentra que es menor al 1%. Por un lado, en los hombres hay una prevalencia de un inicio temprano y un predominio bipolar, en cambio en las mujeres, es común el inicio tardío y un predominio depresivo. Por otro lado, parece ser más frecuente en mujeres que en hombres, fundamentalmente por la mayor incidencia del tipo depresivo entre las mujeres. En cuanto a la edad de promedio de inicio, se encuentra que es a los 29 años y en cuanto a la edad de diagnóstico, ocurre cercana a la tercera década de la vida.

Con respecto a incidencia del trastorno, en un estudio donde se incluyeron a individuos con *Síndrome psicótico afectivo* y de los cuales, la gran mayoría cumplía con el criterio diagnóstico de trastorno esquizaafectivo, se estimó una incidencia de este síndrome al año de 1.7 casos por 1000 personas. Otros estudios ponen de manifiesto que no es un trastorno infrecuente, ya que del 20 al 30% de los pacientes con psicosis endógenas (lo que abarca la esquizofrenia y el trastorno del estado de ánimo) son trastornos esquizaafectivos. Por último, otro aspecto a destacar es que es común la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y que la incidencia de suicidio se encuentra en el 10% de los pacientes diagnosticados de este trastorno (APA, 2013; Calero, 2013; Marneros, 2015; Rodríguez, 2015).

1.5. Causas

En cuanto a la etiología del trastorno esquizoafectivo, hay pocas investigaciones específicas que puedan dar respuesta a la causa de esta patología, aunque si existe algún hallazgo en investigación genética, estudios familiares y estudios en neurobiología que nos podrían ayudar a entender el motivo de su aparición y sobre la relación que mantiene genética y biológicamente con el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Por ello, primero haremos referencia a la etiología de la psicosis en general, tanto de sus factores de riesgo que predisponen a su aparición como a las señales de alarma y los signos prodrómicos, para que podamos hacernos una idea y comprender mejor el motivo de su manifestación y, seguidamente, mencionaremos las causas del trastorno esquizoafectivo.

Haciendo alusión a Rodríguez (2014), la psicosis se puede clasificar por un lado, en psicosis funcional o primaria que se origina por disfunciones neuroquímicas interfiriendo en las conexiones interneuronales, y por otro lado, en psicosis orgánica o secundaria en la que existen elementos objetivos y evidentes de un daño en el tejido cerebral o en las que hay evidencias clínicas de una enfermedad que pueda explicar esos síntomas.

Otra hipótesis que plantea Rodríguez (2014) sobre su etiología, y la más aceptada actualmente, sería el exceso de la actividad dopaminérgica a nivel subcortical que predispone al individuo a una mayor exposición de estímulos. Además, tal y como menciona Calero (2013), generalmente hay un factor desencadenante.

Según Rodríguez (2014), por un lado, existen una serie de factores de riesgo que predisponen a la aparición de la psicosis como son:

- Los factores hereditarios, es decir, la predisposición genética que indica la existencia de unos ciertos genes que podrían ser comunes a la esquizofrenia y al trastorno bipolar, aunque no todas las personas que presenten una historia familiar del trastorno psicótico, desarrollarán o padecerán necesariamente de este trastorno.
- Los factores ambientales, es decir, la relación con el ambiente biológico y psicosocial, los cuales indican la presencia de unas personas más vulnerables o predisponentes a padecer de la enfermedad que mediante ciertas circunstancias o situaciones que ejercen un efecto patogénico hacia estas personas, puede facilitar la aparición del trastorno.

- El estilo de vida, es decir, un ambiente familiar disfuncional, violencia familiar, maltrato infantil, discriminación, pobreza, desnutrición, desempleo, consumo de drogas en la familia, eventos desencadenantes de altos niveles de tensión como la muerte familiar o un embarazo no deseado... pueden ser factores predisponentes a la aparición de un síndrome psicótico juntamente con los factores mencionados anteriormente.

Y por otro lado, mencionar que las señales de alarma y los signos prodrómicos de la esquizofrenia identificados por distintos estudios son:

- Problemas biológicos pre o perinatales como problemas obstétricos y perinatales, bajo peso o gestación acortada, daños neurológicos perinatales o menor tasa de lactancia materna con respecto a los hermanos.
- Disfunciones en el desarrollo como un retraso en la deambulación o trastornos cognitivos.
- Disfunciones sociales como hábitos o historia de juegos solitarios, evitación de la relación social, dificultades en las relaciones con pares prefiriendo socializarse en grupos pequeños, pasividad en la relación social, separaciones tempranas de los padres, institucionalización temprana o trastornos en la dinámica familiar como funciones familiares empobrecidas.
- Otros síntomas o trastornos como la labilidad emocional, el TDA-H, la ansiedad en situaciones sociales y evitación social, trastornos del lenguaje, conductas disruptivas y agresivas o malos resultados escolares.

Aunque, tal y como afirman autores como Tizón et al. (2004), cada vez más hemos de adoptar perspectivas multicausales, modelos que integren una vulnerabilidad en la infancia con factores de riesgo y factores de contención tanto de índole biológica, como social y psicológica.

En referencia a la etiología del trastorno esquizoafectivo, los estudios genéticos que se han desarrollado en las últimas décadas sobre él, han inferido, a partir de sus resultados, un continuum en la genética de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, situándose el trastorno esquizoafectivo en un lugar intermedio, y la esquizofrenia, como la expresión de progresión más acentuada hacia la demencia. Distintos estudios informan de regiones cromosómicas comunes para el trastorno bipolar y la esquizofrenia y también se han identificado polimorfismos en genes asociados al trastorno bipolar, al trastorno esquizoafectivo y a la esquizofrenia (Holmgren, et al., 2013; Rodríguez, 2015).

Estudios familiares en psicosis esquizoafectivas, según Holmgren, et al., (2013) y Rodríguez (2015), no apoyan que la etiología del trastorno constituya una entidad genética independiente, ya que en las familias de los pacientes con trastornos esquizoafectivos se encuentra tanto el trastorno bipolar como también la esquizofrenia, y además, en los familiares de pacientes esquizofrénicos y bipolares destaca una presencia de trastorno esquizoafectivo.

Por un lado, el gen responsable del trastorno bipolar estaría relacionado pero no sería el mismo que en el caso de la esquizofrenia, ya que el gen puede ser variable entre generaciones y en relación a la severidad del trastorno. Por otro lado, la participación de factores epigenéticos explicarían las diferencias de género en prevalencia, el mayor riesgo de enfermar al aumentar la edad paterna, deficiencias nutricionales, abuso en la infancia, familias disfuncionales, usos de cannabis y otras drogas (Holmgren, et al., 2013; Rodríguez, 2015).

Por último, podríamos decir, que los hallazgos en investigación genética que relacionan la enfermedad bipolar con la esquizofrenia, no permiten sustentar un modelo de una categoría única, ya que así como se encuentra una superposición en la susceptibilidad genética para la esquizofrenia y el trastorno bipolar, también existe la evidencia de factores de riesgo genético no compartido. Sabemos también que polimorfismos en genes de subunidades del receptor GABA-A tendrían una relación relativamente específica con el riesgo a desarrollar este tipo de cuadro psicótico-afectivo, aunque sigue siendo un área de particular interés para los estudios genéticos (Holmgren, et al., 2013; Rodríguez, 2015).

En cuanto a la neurobiología del trastorno se ha observado la presencia de alteraciones frontotemporales, una disminución de la materia gris a nivel frontal (región subgenual), un aumento de la corteza cingulada anterior derecha, una disminución del volumen hipocampal y alteraciones similares a los trastornos bipolares y a la esquizofrenia (Calero, 2013)

A continuación, expondremos tabla 1 resumiendo la etiología encontrada sobre el trastorno esquizoafectivo:

Tabla 1. Etiología del trastorno esquizoafectivo

ESTUDIOS GENÉTICOS	Informan sobre regiones cromosómicas comunes para el trastorno bipolar y la esquizofrenia.	Han identificado polimorfismos en genes de subunidades del receptor GABA-A asociados al trastorno bipolar, al trastorno esquizoafectivo y a la esquizofrenia, que constituyen un riesgo para el desarrollo de la psicosis afectiva.	Aunque, por otro lado, saben que existen factores de riesgo no compartidos en el trastorno bipolar y en la esquizofrenia.
ESTUDIOS FAMILIARES	No apoyan que el trastorno esquizoafectivo constituya una entidad genética independiente.	Han encontrado que el gen responsable del trastorno bipolar es distinto aunque esté relacionado con el de la esquizofrenia.	Los factores epigenéticos explicarían: -Las diferencias de género. -El mayor riesgo de enfermar. -Deficiencias nutricionales. -Abuso en la infancia. -Familias disfuncionales. -Consumo de drogas.
NEUROBIOLOGÍA	Se ha observado la presencia de: -Alteraciones frontotemporales. -Una disminución de la materia gris a nivel frontal. -Un aumento de la corteza cingulada anterior derecha. -Una disminución del volumen hipocampal. -Alteraciones similares a los trastornos bipolares y a la esquizofrenia.		

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de (Calero, 2013; Holmgren, et al., 2013 y Rodríguez, 2015)

2. Trastorno esquizoafectivo en adolescentes

2.1. Aspectos clínicos

Debido a la escasa información encontrada sobre el trastorno esquizoafectivo en adolescentes, hablaremos sobre los aspectos clínicos que hemos hallado sobre la psicosis en niños y adolescentes, la cual nos ayudará a entender y a conocer mejor sus aspectos más relevantes y diferenciales de otras patologías, aunque también haremos alusión al trastorno esquizoafectivo en relación a los adolescentes.

Según Rodríguez (2014), la psicosis está formada por un grupo importante de trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizotípico de la personalidad... caracterizados todos ellos por alucinaciones y/o delirios que alteran la percepción, los pensamientos, el afecto y la conducta y que pueden alterar gravemente el desarrollo, las relaciones y la salud física del niño y del adolescente. Según una estimación, la esquizofrenia afecta a 1,6-1.9 por 100.000 niños y su frecuencia aumenta a partir de los 14 años. La encuesta general de la población finlandesa de Perälä et al. (2007), por ejemplo, encontró una prevalencia a lo largo de la vida para todos los trastornos psicóticos de 3,06%. La prevalencia del trastorno esquizoafectivo se estimó en 0,32%, frente al 0,87% de la esquizofrenia, el 0,24% para el trastorno bipolar I, el 0,35% para el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y el 0,18% para el trastorno delirante persistente. Otro estudio internacional en varios países de diferentes continentes encontró que el trastorno esquizoafectivo se daba en más del 31% de todos los pacientes psicóticos.

Por una parte, el diagnóstico del trastorno psicótico en niños y adolescentes suele ser bastante difícil por su complejidad y su patrón cambiante, además de su confusión con otros trastornos como con el trastorno de conducta o de desarrollo. Por otra parte, debemos tener en cuenta el crecimiento de ese niño ya que su expresión clínica se va a ver afectada por el proceso madurativo y por sus experiencias y circunstancias familiares y sociales. Esta patología además, suele ir precedida por un periodo latente de 12 meses aproximadamente, en los que la conducta del niño se ve alterada con la aparición de alucinaciones y delirios o alteraciones en las relaciones sociales. También suele tener un inicio insidioso con un curso clínico que tiende a no remitir y a cronificarse (Rodríguez, 2014)

En un estudio realizado, por el departamento psicológico de la Universidad de Oviedo, a 1438 adolescentes, sobre los síntomas clínicos en población de adolescentes, describe que el 43% de la muestra informó de algún síntoma relacionado con el pensamiento mágico, la ideación referencial y/o las experiencias delirantes o alucinatorias, por otro lado el 8,9% refirió tener 4 o más experiencias psicóticas subclínicas (experiencias alucinatorias, pensamientos mágicos o síntomas delirantes) y además se encontraron con diferencias estadísticas en función del sexo en ideación referencial y paranoide. Por lo que podemos decir que los síntomas subclínicos son un fenómeno frecuente en adolescentes de población normal (Rodríguez, 2014).

Otros estudios longitudinales muestran que la presencia de estos signos en edades tempranas, incrementan la probabilidad futura de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico y también predice las experiencias delirantes de la edad adulta (Rodríguez, 2014).

Tal y como expresa Rodríguez (2014), la expresión fenotípica de las experiencias subclínicas de estos trastornos suele variar según el sexo y la edad, ya que las mujeres adolescentes suelen manifestar más síntomas que los varones, y por otro lado, los jóvenes presentan mayores puntuaciones en síntomas psicóticos atenuados en comparación con los adultos. El pronóstico también varía en la psicosis, ya que en la infancia o adolescencia es peor el diagnóstico. Una tercera parte requieren de apoyo social y psiquiátrico intensivo, y además necesitan de los padres y cuidadores fundamentalmente para sus problemas a la hora de relacionarse a nivel social, educativo y laboral.

Para concluir, Rodríguez (2014), nos expone que el inicio de la psicosis en adolescentes es poco probable antes de los 13 años, y para su diagnóstico, es necesaria la presencia de alteraciones como mínimo de 6 meses. Su incidencia aumenta en la adolescencia y la edad de mayor incidencia es entre los 15 y 30 años. Aquella psicosis que aparece antes de los 18 años se denomina de inicio temprano, siendo más común en varones.

2.2. Problemas y consecuencias con el tratamiento farmacológico

Tal y como expresa Marneros (2015), aunque su relevancia clínica este bien establecida, su tratamiento no recibe la atención necesaria por parte de los estudios farmacológicos, ya sea porque su diagnóstico no esté bien definido o porque su tratamiento requiera por lo general una combinación de antipsicóticos, antidepresivos y eutimizantes, siendo a la vez, estudiados farmacológicamente como un subgrupo de la esquizofrenia y no como una entidad separada. Por ello, su tratamiento actual se basa en antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, siendo así de momento, eficaces en su respuesta.

Por un lado, cabe decir que en referencia a los antipsicóticos atípicos, como la olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona, presentan mayores ventajas que los antipsicóticos típicos, ya que se ha observado que son altamente eficaces tanto para tratar la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo como el trastorno bipolar y no solo eficaces para tratar las fases maníacas, las depresiones psicóticas y los episodios mixtos, sino que también poseen un efecto estabilizador del estado de ánimo a largo plazo. Por otro lado, aunque no haya una evidencia científica sobre el tema, debido a la escasez y heterogeneidad de los estudios, la eficacia clínica de los eutimizantes como el litio, la carbamazepina o el valproato se ha manifestado en algunos estudios (Marneros, 2015).

Como es lógico, la farmacoterapia varía según el tipo de trastorno, es decir, en el tipo esquizo-predominante los antipsicóticos son el tratamiento principal, en el tipo afectivo-predominante los estabilizadores de ánimo. Dentro del tipo afectivo, el tratamiento en el tipo bipolar serían los antipsicóticos en combinación con los eutimizantes (como el litio), y en el tipo unipolar serían los antipsicóticos atípicos en combinación con los antidepresivos (como el citalopram) (Calero, 2013; Marneros, 2015).

Los estudios clínicos también muestran un efecto positivo en la terapia electroconvulsiva y con respecto a la terapia psicológica aún no hay estudios concluyentes (Rodríguez, 2015).

En cuanto a su eficacia en niños y adolescentes, según Rodríguez (2015), aún no hay una evidencia clínica en la administración de antipsicóticos como base de su tratamiento, siendo además vulnerables a sus efectos adversos como el aumento de peso y las alteraciones del movimiento.

3. Caso práctico

Se trata de un caso clínico que hay en un centro de psicología infanto-juvenil. A través del consentimiento informado, me facilitaron la información del caso expuesta a continuación, la exponemos de manera explícita, tal y como me la enviaron, para poder elaborar una posible terapia, teniendo en cuenta la características específicas del caso.

3.1. Caso J.L

*J.L, es un varón de 17 años diagnosticado de **trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo recurrente, trastorno de personalidad no especificado y abuso de sustancias.** Ha ingresado desde los 13 años en diversos Centros Sanitarios privados y públicos, por reagudizaciones del trastorno e **intentos autolíticos**, que coincidían con la presencia de diversos estresores ambientales, el abandono del tratamiento y el consumo de drogas, cursando a la vez, con actitudes agresivas, ideas delirantes y alucinaciones auditivas.*

***Los intentos autolíticos han ido aumentando con los años** y siempre van precedidos de rupturas con amigos o familiares. Además, cada vez son más reactivos al tratamiento tanto farmacológico, donde se observa tolerancia, como terapéutico, basado en terapias de contención emocional y Habilidades Sociales. En ningún momento se ha conseguido la estabilidad emocional, y las relaciones con los compañeros en las instituciones donde ha estado ingresado han sido inestables y caóticas.*

Cabe destacar que sus padres están separados y actualmente, el paciente vive en casa con su madre ya que no tiene relación con el padre desde hace años. Por información de la madre, la convivencia con su hijo es difícil, dada la apatía que manifiesta. Dice que no quiere salir con amigos, de hecho, casi todas las amistades que tenía lo han “dejado”. Ha abandonado los estudios de 2º bachillerato y la actividad que mantenía hace años, ya que anteriormente iba a clases de música. La madre comenta que cada vez está más triste y que hay días que no se asea, no come, no habla... La sintomatología comenzó de forma insidiosa cuando él tenía 13 años. Observaba como su hijo se encerraba en su habitación, no quería hablar con ella y decía que a veces oía voces. Un día la madre encontró un diario de su hijo dónde escribía que no sentía ninguna emoción por nada y nadie y que él era especial y por eso no podía estar en esta vida. El diario era un compendio de pensamientos extraños y caóticos. A partir de ahí comenzaron los ingresos en centros y el caos familiar.

En los últimos meses, y por petición de la madre, asiste a un centro psicológico para realizar una terapia de apoyo, una hora a la semana. Es una terapia puente para conseguir que J.L acepte ingresar de nuevo, en un centro de Barcelona. En entrevistas personales J.L se muestra falto de energía, comenta que “todo se hace una montaña” y que no disfruta de las cosas que habitualmente son placenteras. Afirma que la única solución es el suicidio puesto que nadie puede ayudarle. Siente un vacío interior y en general, ni comprende a los demás ni se siente

comprendido. De hecho, su discurso va descarrilando hacia ideas esotéricas sobre la vida y el mundo en general. El discurso, en ocasiones se vuelve incoherente y otras veces lúcido. Se observa rigidez en las ideas y comportamientos y cuando se intenta debatir sus ideas, termina la conversación de forma abrupta y "se encierra en sí mismo".

En varias entrevistas, se muestra más decaído, dice que apenas puede dormir y sus pensamientos giran alrededor del suicidio. Se le intenta convencer de la necesidad de ingreso en un centro, pero él se niega. Comenta que lo único que le ayuda ahora es la marihuana (fuma de media 10-12 porros diarios) y el alcohol.

En la última entrevista viene más animado, "toda la semana he estado esperando la terapia", comenta que tiene un tema importante que compartir sobre su identidad de género. Considera que es un hombre a nivel físico y cognitivo pero a la vez se siente una mujer. Además cree que todos los problemas derivan de esto ya que no está resuelta su identidad.

Desde el principio se empezaron a realizar entrevistas de tipo motivacional, y debido a la mejora de expresión emocional en la última entrevista, finalmente se le hace una propuesta de terapia interdisciplinar, con la cual acepta realizar una terapia en el centro con las condiciones propuestas dentro de la Terapia Dialéctica Conductual.

Para entender mejor la patología del caso expuesto anteriormente, se va a mostrar la argumentación de distintos autores sobre la relación del trastorno esquizoafectivo con los rasgos de personalidad, con el consumo de tóxicos y con la ideación y conducta suicida. Comprenderemos mejor el caso y podremos proponer objetivos adecuados a las características del mismo, además añadiremos notas referentes a J.L, cuando algunas características correspondan a su historia clínica. Después de las siguientes argumentaciones teóricas elaboraremos una propuesta de intervención.

3.2. Relación trastorno esquizoafectivo y personalidad

En cuanto al trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad, encontramos explicaciones de diversos autores. Por un lado Hansson en 2001 (tal como citó Arenas y Rogelis, 2006), en un estudio, hallaron una asociación positiva entre la autoestima y la percepción subjetiva de la calidad de vida. Por otro lado, el equipo de Cloninger en 1994 tal como citó Arenas y Rogelis, 2006), desarrollaron un modelo psicobiológico de factores de personalidad basados en siete dimensiones (medidas por el TCI "temperament and character inventory") que incluyen los cuatro factores temperamentales mencionados a continuación: la búsqueda de la novedad, la evitación de daño, la dependencia de la gratificación y persistencia, considerados todos ellos como estables a lo largo de la vida, y los tres factores de carácter, como

son: la autonomía, el cooperativismo y la autotrascendencia, considerando una respuesta de maduración al aprendizaje social y a las experiencias de vida.

El análisis de las diferencias entre los subgrupos de diagnóstico de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, con las siete dimensiones de personalidad medidos por el TCI, no mostraron en el estudio diferencias significativas, pero sí evidenció que las siete dimensiones estaban relacionadas con las cuatro medidas de calidad de vida. El estudio reveló una correlación significativa entre:

- *Autodireccionalidad* con todas las medidas de calidad de vida, refiriéndose a *autodireccionalidad* al grado en el cual un individuo se percibe a sí mismo como autónomo con capacidad de autodeterminación y de modificar su comportamiento en armonía con sus objetivos propuestos y sus principios.

- *Evitación de daño* con todas las medidas de calidad de vida exceptuando el “estar bien”, entendiendo *evitación de daño* como la presencia de comportamientos, como preocupación pesimista en la anticipación de futuros problemas y comportamientos pasivos de evitación como el miedo, timidez y fatiga rápida.

A partir de estos resultados, pudieron inferir, que los altos niveles de autonomía y autodeterminación están correlacionados con una buena satisfacción con la vida (Arenas y Rogelis, 2006).

Como conclusión, según Arenas y Rogelis (2006), los resultados de este estudio sugieren una relación entre la personalidad y la calidad de vida en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, es decir, los pacientes con altos niveles de neurosis caracterizada por hostilidad y depresión principalmente, mostraron una baja calidad de vida. Por otro lado, encontraron una relación entre la extroversión y la calidad de vida en sujetos con entusiasmo, tendencia a la agregación y emociones positivas que revelaban una satisfacción alta con la vida. Sin embargo, encontraron una falta de relación entre la satisfacción y los síntomas psicóticos, la paranoia o la depresión de los pacientes estudiados. En definitiva, de cara a una intervención con los factores de personalidad en los trastornos esquizoafectivos, se debe tener claro que la modificación se centraría en la calidad de vida del paciente.

Además de los comentarios anteriormente referidos sobre factores de personalidad y trastorno esquizoafectivo, estamos de acuerdo con autores como Borrero y Prada

(2006), cuando afirman que se requieren más enfoques novedosos sobre la relación del trastorno esquizoafectivo y los trastornos de personalidad, ya que permitiría realizar nuevas intervenciones, y no solo tratamientos de carácter sintomático.

3.3. Relación con los tóxicos

Según Rubio (2000) y Gárriz (2016), la relación que hay entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha, ya que el consumo de drogas suele producir o exacerbar síntomas psiquiátricos y por otro lado, sujetos con trastornos emocionales utilizan las drogas para mitigar determinados estados emocionales. En otros casos, los fenómenos relacionados con la acción tóxica de las drogas en el organismo son la causa de trastornos como la intoxicación, el síndrome de abstinencia o el delirium. También es importante mencionar que la evolución de la propia dependencia junto con las complicaciones físicas, psicológicas y sociales puede desencadenar una depresión.

El mayor problema de la patología dual es detectar y distinguir cuando la patología está asociada a la ingesta o a la abstinencia y cuando se trata de trastornos independientes. El término de patología dual hace referencia a la comorbilidad psiquiátrica existente entre los trastornos psiquiátricos y los problemas por el uso de drogas, presentes conjuntamente pero de forma independiente, es decir, no son inducidos por la sustancia (Rubio, 2000; Gárriz, 2016)

Tal y como menciona Rubio en 2000, hay una grave dificultad en el estudio del diagnóstico de los trastornos esquizofrénicos en sujetos que abusan de drogas, ya que determinadas conductas propias de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son también muy comunes en los sujetos que consumen drogas. Por ello, la mayoría de veces, se utiliza la evolución del propio trastorno, en ausencia del consumo de drogas, para realizar un buen diagnóstico.

En cuanto a los efectos habituales de las drogas en los diferentes trastornos, según Gárriz (2016), los estimulantes y el cannabis incrementan los síntomas psicóticos en sujetos con esquizofrenia, los opiáceos en cambio, pueden mejorar temporalmente los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia y el alcohol y los sedantes incrementan la depresión y la ansiedad.

En referencia a las particularidades del consumo en trastornos mentales graves, estos suelen consumir menos cantidades y de manera menos regular, tienen menos

riesgo de dependencia, menor tolerancia, un patrón distinto de progresión, un enmascaramiento de la sintomatología de abstinencia. Suelen estar en un estado premotivacional respecto al consumo y las consecuencias más frecuentes tienen que ver con el agravamiento de su trastorno psicopatológico, problemas económicos, sociales y de rehabilitación (Gárriz, 2016).

Según los factores etiológicos de la patología dual, se dice que los efectos directos e indirectos del consumo de la droga, debidos a las consecuencias de la conducta adictiva, se agregan e influyen en la salud mental del paciente, que puede acabar padeciendo distintos trastornos mentales. Una de las teorías postuladas para explicar la posible relación entre los trastornos por uso de sustancias y los psiquiátricos, es la *Teoría de la Neurotoxicidad*, la cual propone que los trastornos psiquiátricos aparecen como consecuencia de los efectos tóxicos, ya sean directos o indirectos, de la droga sobre el Sistema Nervioso Central. Disfunciones a largo plazo de los Sistemas de Neurotransmisión como el serotoninérgico, gabaérgico y noradrenérgico, explican la elevada frecuencia de trastornos en las personas dependientes de drogas.

El problema de esta teoría es que no ofrece una explicación sobre la presencia de los trastornos psiquiátricos que preceden a la dependencia. Por el contrario, la *Teoría de la Automedicación*, explica el mayor riesgo de determinados pacientes al uso de drogas, mediante la hipótesis de que los pacientes con determinados síntomas psiquiátricos que se sienten más aliviados al consumir drogas, tendrían más riesgo de padecer dependencias de dichas drogas (Rubio, 2000). (*Hipótesis que concuerda con el caso de J.L y el consumo de marihuana*)

Según Rubio (2000) y Gárriz (2016) es imposible que una sola teoría pueda explicar todos los trastornos psiquiátricos presentes en los dependientes de drogas, por ello es imprescindible la conjunción de los trastornos para poder diseñar la mejor estrategia de intervención y poder paliar los respectivos síntomas de cada trastorno.

Con respecto al tratamiento farmacológico de las alteraciones de conducta en pacientes que abusan de sustancias, no hay duda de que los neurolépticos constituyen el tratamiento de elección de los síntomas psicóticos. En relación a las conductas agresivas, los neurolépticos se usan como estrategia de manejo para disminuir la transmisión dopaminérgica. Y por otro lado, existen evidencias de que

los antipsicóticos atípicos como la risperidona y la olanzapina, son más eficaces que los clásicos en el tratamiento de la agresividad de los sujetos esquizofrénicos.

En cuando al abordaje terapéutico de la patología dual se recomiendan las técnicas cognitivo-conductuales, la prevención de recaídas, el entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones sobre la motivación, intervenciones familiares, intervenciones orientadas a manejar el deseo y las recaídas, intervenciones en grupos y programas educativos sobre aspectos relacionados con las drogas y el trastorno psiquiátrico comórbido (Rubio, 2000; Gárriz, 2016).

3.4. Conducta suicida en niños y adolescentes

Haciendo alusión a Marneros (2015), el suicidio es uno de los problemas más graves que presenta el trastorno esquizoafectivo, manifestando una tendencia mayor que en los trastornos afectivos puros. Este suceso parece estar relacionado con la desesperanza melancólica y la subordinación psicótica de los episodios esquizodepresivos, constituyendo así un gran factor de riesgo.

Según Raheb (1994), el suicidio es toda muerte que resulta de un acto realizado por la misma víctima, siendo consciente de que ese acto le llevará a producir ese resultado. Es poco común que aparezca antes de la pubertad aunque con el tiempo se vuelve más frecuente a lo largo de la adolescencia.

Por un lado, el acto suicida, es un hecho en el que el sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos, en cambio, la tentativa o intento suicida, es un acto suicida que se detiene en su camino evitando así la muerte, es decir, supone el fracaso material de la intención de morir. Por otro lado, la ideación suicida son los pensamientos (como el impacto del propio suicidio sobre los demás), planes (sobre cuándo, cómo y dónde llevarlo a cabo) o deseos persistentes del sujeto a cometer el suicidio, muy común en los niños y adolescentes de ambos géneros sin tener una relación necesaria con otros rasgos psicopatológicos. No todos los niños aprecian el suicidio como una muerte irreversible, esta apreciación depende de los conocimientos que les hayan enseñado sus padres y de sus propias experiencias sobre la muerte y la enfermedad (Raheb, 1994; Flores, 2010).

El concepto de muerte es un fenómeno universal, natural, inevitable e irreversible y requiere de una serie de requisitos cognitivos como la distinción entre lo animado y lo inanimado, y la diferencia del yo y el concepto del tiempo. Además, es un concepto que varía según la edad:

- Antes de los cinco años, el niño no considera la muerte.
- Entre los cinco y los siete años consideran la muerte como una separación temporal, provisional y reversible.
- Entre los siete y nueve años, la consideran como algo lejano que no les afecta, aunque comienzan a identificar la muerte como una posibilidad personal e inmediata aunque remota.
- Entre los nueve y los trece años aparece el concepto la muerte como algo irreversible y con capacidad de afectar a personas lejanas y después a las más cercanas.
- A partir de los doce y trece años, una vez ya han adquirido el pensamiento abstracto, entienden la muerte como el final de la vida, irreversible y biológico (Raheb, 1994).

Tal y como expresa Raheb (1994), la diferencia de los niños que no han contemplado el suicidio y los niños con tentativas de suicidio, es que estos últimos presentan más miedo a su propia muerte y a la de sus familiares, un alto nivel de rechazo por la vida y una atracción por la muerte. Además, su idea y comprensión de la muerte es fluctuante, reversible y relacionada con situaciones de ansiedad.

Con respecto a la tasa de suicidio de los cinco a los catorce años de edad, según la OMS es muy baja. Los índices para niñas se sitúan en una rango de 0 a 1,1 por 100.000, mientras que en niños el rango es de 0 a 2.5 por 100.000, es decir, aproximadamente el 2% de los niños en la población general presentan un intento de suicidio (Raheb, 1994). El autor también explica que en las escuelas, se estima que la tasa de intentos de suicidio es del 11% de los estudiantes de Bachillerato y en los universitarios, del 15-18%. Por último, entre los adolescentes de la población en general, se ha encontrado que aproximadamente el 9% de los adolescentes ha presentado una tentativa de suicidio.

Según Raheb (1994), los métodos más utilizados para la tentativa de suicidio en niños y adolescentes es la autointoxicación a través de medicamentos, más utilizada por los adolescentes que los niños por la mayor disponibilidad y accesibilidad. En referencia a los fármacos más usados estarían los analgésicos y los psicofármacos,

ansiolíticos y los antidepresivos principalmente, sobre todo las mezclas de diferentes medicamentos. Otros métodos aprovechados para el suicidio serían los cortes en las muñecas, la precipitación y el ahorcamiento, siendo estos más comunes en hombres debido a sus tentativas más violentas. En cambio los niños, a diferencia de los adolescentes, usan otros métodos más violentos y traumáticos como la precipitación y el arma blanca.

Según Raheb (1994), los estudios muestran que el 90% de los suicidios en adolescentes, suceden en individuos que presentan un trastorno psiquiátrico preexistente como mínimo durante dos años (*como en el caso de J.L.*). Los trastornos más comunes suelen ser los trastornos del humor comórbidos con trastornos de conducta y abuso de sustancias. Los rasgos clínicos de estos adolescentes son mayor irritabilidad, altibajos emocionales, propensos a las explosiones de agresión, más irritables, volátiles y propensos a las explosiones de agresión (*como en el caso de J.L.*). Además, se presentan como personas que tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, baja autoestima, desconfianza hacia los demás, con un alto grado de hostilidad y con una baja tolerancia a la frustración y a la impulsividad (*como en el caso de J.L.*).

Con respecto a los indicadores de tendencias suicida, se han estudiado diferentes factores (Raheb, 1994; González-Forteza, Jiménez Tapia y Gómez Castro, 2014, tales como:

- Cambios en los hábitos de dormir y alimentarios.
- Retraimiento de las amistades, familiares o actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamientos rebeldes o fugas del hogar.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Abandono inusual en la apariencia personal.
- Cambios bruscos de personalidad.
- Aburrimiento persistente.
- dificultades de concentración o deterioro en la calidad de las tareas escolares.
- Quejas frecuentes de dolores físicos como cefaleas, dolor de estómago o fatiga que suelen estar asociados al estado emocional del joven.
- Pérdidas de interés en sus aficiones o su tiempo libre.
- Poca tolerancia a los elogios o a los premios.

Según González, Larraguibel, Martínez y Valenzuela, (2000); González-Forteza et al. (2014) tales indicadores varían en función del sexo, en los chicos se circunscriben más al estrés familiar y en las chicas se relacionan con el estrés social. Concretamente, el factor de riesgo más significativo en chicas, es la presencia de depresión mayor que aumenta el riesgo en 20 veces, el intento previo de suicidio. En chicos, un intento de suicidio previo es el factor de riesgo más significativo, incrementando el riesgo en 30 veces, seguido por la depresión, el abuso de sustancias y un comportamiento disruptivo.

En cuanto a los factores que facilitan y contribuyen al suicidio de los jóvenes estarían según Carranza, Pavez, Santander y Vera-Villarroel (2009):

- Los estilos desadaptativos de atribución y afrontamiento, como la percepción de desesperanza, visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre autoestima y el sentido de responsabilidad para los eventos negativos.
- Los factores biológicos, sobre todo la desregulación del sistema serotoninérgico localizado en el córtex prefrontal ventrolateral y el troncoencéfalo con niveles bajos de serotonina en el SNC, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos presinápticos, y grandes concentraciones de receptores presinápticos.
- La psicopatología parental, como una historia parental de comportamiento suicida, psicopatología, depresión y abuso de sustancias. Esta vulnerabilidad genética combinada con estresores ambientales, un factor de riesgo para el suicidio adolescente.
- Los factores socio-psicológicos, como los medios de comunicación y los relatos reales o ficticios sobre el suicidio.

Dentro de los factores de riesgo de reincidencia estarían: el género masculino, mayor edad, vivir solos (sin hogar, independientes o aislados), haber realizado intentos previos, intentos con un método distinto a la ingestión o al corte superficial y haber tomado medidas para evitar el ser descubiertos y la presencia de un trastorno psiquiátrico asociado. Además, los rasgos de personalidad asociados a un comportamiento suicida serían los hipomaníacos y los trastorno de personalidad del grupo B (siendo más común el trastorno límite de la personalidad). En cuanto a los criterios, estarían incluidos el inicio en la edad adulta temprana, intentos de suicidio repetidos, formas no letales de auto-lesión, un patrón persistente de impulsividad, un

humor inestable, relaciones interpersonales inestables que alteran entre la idealización y la denigración, una variación del autoconcepto que oscilaría entre la grandiosidad y la desvalorización, síntomas disociativos, irritabilidad, y un comportamiento placentero y a la vez perjudicial (Raheb, 1994; González et al; 2000). (Como en el caso de J.L).

3.5. Tratamiento general en el trastorno esquizoafectivo

Conforme Rodríguez (2015), los distintos trastornos psicóticos suelen afectar gravemente al desarrollo psicológico y social de las personas afectadas y de su entorno familiar y social. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Asociación Internacional de Psicosis Incipientes, publicaron en 2005 una declaración para impulsar la intervención precoz y adaptada a cada paciente con el objetivo de mejorar su tratamiento y rehabilitación en jóvenes con psicosis temprana.

Los principales objetivos de la declaración son:

- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de síntomas,
- Reducir o prevenir morbilidad asociada como la depresión, la ansiedad o el suicidio.
- Reducir o prevenir experiencias traumáticas y/o estresantes.

Todo ello mediante intervenciones dirigidas a tratamientos especializados en primeros episodios, detección precoz e intervenciones en estados mentales de alto riesgo.

Las recomendaciones que recoge “*The National Institute for Health and Clinical Excellence*” sobre el tratamiento y seguimiento de los niños y adolescentes con sospecha de desarrollo de psicosis son: evaluar ante cualquier sospecha o presencia de síntomas psicóticos, proporcionar apoyo a los padres en caso de ingreso y atender a su comunidad aunque no haya ingreso también, entrenar a todo el personal sanitario y educativo que trabaja con niños y adolescentes que padecen de este trastorno, que sean siempre tratados por el mismo personal para poder mantener la continuidad de las relaciones terapéuticas, fomentar autonomía y autogestión, asesorar a los padres, realizar evaluaciones de su nivel de desarrollo, madurez emocional y capacidad cognitiva y por último, tener en cuenta la situación económica, familiar y social (Rodríguez, 2015).

Tanto para Rodríguez (2015), como para Benedito (2009), y como para tantos otros autores, la base del tratamiento para la psicosis es la administración de antipsicóticos, aunque aún no hay una evidencia clínica de su eficacia en niños y adolescentes, siendo además vulnerables a sus efectos adversos, como el aumento de peso y las alteraciones del movimiento. No obstante, aunque siempre requieran de un tratamiento farmacológico, este siempre será adicional al tratamiento psicológico.

Según Benedito (2009), tradicionalmente se consideraba que no era posible una intervención a través de tratamiento psicológico en la psicosis, ya que se creía que los delirios y las alucinaciones eran resistentes a cualquier tipo de intervención cognitivo-conductual. No obstante, actualmente los avances teóricos y técnicos de las psicoterapias cognitivas y conductuales han hecho posible dar unos resultados prometedores en el tratamiento de los trastornos psicóticos.

Tal y como nos expone Rodríguez (2014), tanto la terapia familiar como la terapia cognitivo-conductual, varía según el niño y sus resultados son variables. Hoy en día se llevan a cabo intervenciones dirigidas y centradas en un ambiente de “normalización” donde se deben tener en cuenta las necesidades individuales y donde los pacientes tienen la oportunidad de poder tomar decisiones sobre su tratamiento y atención con la ayuda de otros profesionales.

Manteniendo la idea terapéutica de lo anteriormente mencionado, Benedito (2009), nos expone los diferentes componentes básicos de un tratamiento psicológico para los trastornos psicóticos:

- Manejo del trastorno, que incluiría instrucción y psicoeducación sobre los síntomas, los factores de riesgo, la identificación de pródromos, la prevención de recaídas, los recursos asistenciales, el registro de medicación, las visitas, las responsabilidades progresivas, el refuerzo de logros y el abordaje de dificultades.
- Autonomía, las posibles áreas que se deberían trabajar son: el cuidado personal, la higiene, el vestido, la alimentación, las actividades domésticas, la administración de dinero, la utilización de transportes públicos, el ocio y el tiempo libre, la realización de gestiones básicas y el trabajo.
- Solución de problemas, en la cual se deberían llevar a cabo, la exposición teórica y la aplicación, el listado de problemas cotidianos frecuentes, la

definición, las alternativas, las ventajas e inconvenientes a corto y largo plazo, la elección de una alternativa, la ejecución y la evaluación.

- Habilidades sociales, en las cuales se requeriría contemplar la identificación de la situación problemática, la instrucción, el modelado, el ensayo, la retroalimentación, el refuerzo, las tareas y la generalización. Además se debería trabajar el componente no verbal (contacto visual, expresión facial, postura, tono de voz, volumen de voz, sonrisa, gestos), el componente verbal (inicio, mantenimiento y finalización de una conversación, peticiones, rechazos correctos, escucha atenta, preguntas de interés, disculpas, cumplidos) y la asertividad (estilo agresivo, asertivo y pasivo, derechos asertivos y técnicas asertivas).
- Intervención sobre síntomas, donde algunas estrategias útiles serían: el extinguir el discurso sintomático (sobre delirios y alucinaciones), el reforzar conductas alternativas normalizadas, el control de estímulos para síntomas (evitar actividades o lugares donde se dan alucinaciones o delirios), la detención del pensamiento, la distracción, la autoinstrucción, la confrontación cognitiva, las pruebas de realidad de los síntomas y la relajación.
- Intervención familiar, la cual contemplaría los siguientes aspectos: la educación sobre la enfermedad, el establecimiento de objetivos para el cambio, el manejo de operantes sobre la conducta del paciente, la resolución de problemas, la comunicación, las actividades placenteras y las consecuencias de la enfermedad para los familiares.

Además, debemos tener en cuenta el aspecto del suicidio, (*tratamiento esencial para nuestro caso clínico*), por ello Raheb (1994) analiza las distintas terapias que sugiere para el tratamiento del suicidio adolescente:

- La terapia cognitivo-conductual. Esta terapia es efectiva para los niños y adolescentes, ya que suelen experimentar cogniciones negativas sobre sí mismos, su entorno y su futuro, tienen además dificultades para comunicar y negociar sus necesidades y deseos y suelen refugiarse en estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas. Este modelo intenta, a través de métodos más directivos y asertivos de comunicación, incrementar la capacidad del adolescente para tener en cuenta otras soluciones alternativas a sus problemas, explorando sus preocupaciones sobre la autonomía y la confianza, las distorsiones cognitivas, las cogniciones, las atribuciones y los conceptos negativos de sí mismo.

- La psicoterapia interpersonal. Para esta terapia el comportamiento suicida en niños y adolescentes se asocia a conflictos interpersonales y el tratamiento de estos podría reducir el riesgo suicida. Es una terapia limitada temporalmente, que dirige los problemas interpersonales categorizados en: pérdidas, disputas interpersonales, transiciones de roles y déficits interpersonales. Sería una terapia adecuada a adolescentes deprimidos con problemas interpersonales. Intenta dar una solución a los dilemas, enfatizando opciones para el cambio, apoyando a la vez la independencia del paciente para controlar las preocupaciones interpersonales, con el objetivo de que el paciente sea capaz en un futuro, reconocer y disminuir los síntomas depresivos.
- Terapia dialéctico-comportamental. Ha demostrado ser la única efectiva en la reducción de suicidio en adultos con trastorno límite de la personalidad. Es una terapia basada en una teoría biosocial que considera los comportamientos suicidas como soluciones de mala adaptación a las emociones negativas dolorosas, además de tener cualidades de regulación de los afectos. Su tratamiento se basa en el desarrollo de estrategias dirigidas a los problemas para aumentar la tolerancia al sufrimiento, la regulación de emociones, la efectividad interpersonal y el uso de los inputs racionales y emocionales para tomar decisiones más equilibradas. La función principal del terapeuta es analizar el comportamiento de cada problema con el objetivo de entender su función y las situaciones que lo provocaron, identificando soluciones constructivas y evitando problemas.
- Psicoterapia psicodinámica. Tiene como principal objetivo resolver conflictos internos relacionados con experiencias tempranas de rechazo, disciplina severa y abuso. Trata de mejorar la autoestima del paciente, intentando que tenga más confianza en sí mismo y ser menos inhibido por la creencia de que son responsables de crear sus circunstancias problemáticas.
- Terapia familiar. Puede disminuir el funcionamiento disfuncional familiar, la pobre comunicación y a la vez mejorar la efectividad de la resolución de problemas y conflictos familiares, así como los sentimientos de culpabilidad del niño o adolescente suicida. La terapia cognitiva familiar intenta que la familia sea consciente de sus problemas para poder modificar el funcionamiento desadaptativo y promover hacia una relación familiar positiva.

Comentaremos de forma más pormenorizada la Terapia dialéctica comportamental, TDC), ya que será la base para la intervención propuesta al caso de J.L Esta terapia ha sido una de las aportaciones más importantes en el ámbito de la psicoterapia en general y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), en particular. Fue desarrollada por Linehan en 1993 y su equipo en la universidad de Washington y surgió por el interés y la necesidad de elaborar un tratamiento eficaz a la conducta parasuicida en individuos con Trastorno Límite de Personalidad, para los cuales el acercamiento cognitivo conductual de generaciones de la TCC anteriores resultaba claramente insuficiente y limitado.

La TDC recoge elementos, sobre todo técnicas, de la terapia cognitivo conductual tradicional, no obstante, posee aspectos diferenciadores en relación con ella, estos aspectos son los siguientes:

- La importancia que se da a la aceptación y a la validación de la conducta (tanto del paciente, como del terapeuta) tal como se presenta en el momento presente.
- La importancia otorgada a trabajar con las conductas que interfieren en la terapia.
- La consideración de la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
- La consideración de la acción en función de los procesos dialécticos.

El principio dialéctico fundamental de la TDC es el que se establece entre el cambio y la aceptación. Linehan (2003) considera que esta perspectiva dialéctica es esencial para entender aquellos trastornos de personalidad donde no hay una identidad como persona y el pensamiento, la conducta y las emociones son dicotómicas y extremas.

El terapeuta trabaja con el paciente mediante el apoyo de sus puntos fuertes, pero a la vez, aceptando los débiles, es decir, validando su experiencia, entendiendo lo que siente y hace, y no reprochando sus errores, puesto que su ambiente ya le ha transmitido que su forma de pensar, comportarse y sentir es equivocada. Según Linehan (2003), la aceptación y validación son las condiciones esenciales para que se produzca el cambio (*J.L Ha vivido en un ambiente invalidante, según sus propias palabras "todo lo que hacía era criticado, daba igual cómo lo hiciera"*).

Además de esta perspectiva dialéctica, la TDC trabaja otros objetivos como la desregulación emocional, producida por una extrema vulnerabilidad emocional y un contexto invalidante. La vulnerabilidad emocional se refiere a la alta sensibilidad y labilidad que presentan estos pacientes frente a los estímulos emocionales negativos, manifestando una reactividad emocional de gran intensidad, con fácil activación de emociones intensas en situaciones en las que no es esperable que aparezcan, y una recuperación muy lenta de la calma, tal y como presenta J.L. En este proceso el sufrimiento se experimenta como insoportable y aparece la necesidad de aliviarlo de forma urgente.

El contexto invalidante se refiere a un contexto en el que sistemáticamente se responde de forma errática e inapropiada a las experiencias privadas manifestadas por estos pacientes, especialmente durante la infancia. Es decir, se responde a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones con respuestas disonantes. Por ejemplo, cuando un niño llora le dicen "basta de hacerte el llorón" o si dice que tiene sed se le dicen cosas como "no tienes sed, acabas de beber".

El crecimiento de las personas con mayor vulnerabilidad emocional en contextos invalidantes, puede producir una desadaptación seria en su vida adulta, pues no lograrían resolver los problemas de su vida, mostrando serias dificultades para afrontarlos.

La interacción de estos dos componentes (vulnerabilidad emocional y contexto invalidante) daría lugar a un déficit en la habilidad para regular las respuestas emocionales, manifestado por conductas explosivas y desadaptativas, que se podría entender como intentos de aliviar el malestar producido por la intensidad y duración de sus emociones negativas (*Recordemos las características emocionales que presenta el caso de J.L.*). Así, por ejemplo, la conducta impulsiva y especialmente la parasuicida sería un intento poco adaptativo de regular y reducir esas emociones, de la misma forma que una sobredosis reduciría de forma inmediata la susceptibilidad a la desregulación (*J.L. manifiesta tanto los intentos de suicidio como el abuso de sustancias para regular y reducir el malestar emocional*).

Como consecuencia directa de la dificultad en regular las emociones se produce una marcada interferencia en las relaciones sociales, originando relaciones caóticas, basadas en la impulsividad y los estallidos de emociones negativas extremas que

impiden la creación y el mantenimiento de relaciones estables (*tal y como presenta nuestro caso*).

3.6. Abordaje terapéutico adaptado al caso

El objetivo principal de terapia en el caso de J.L será la disminución de la ideación suicida dándole un sentido a la vida. Y como objetivos secundarios:

- fomentar las relaciones sociales.
- disminución del consumo de tóxico.
- Retomar los estudios académicos.

En nuestros objetivos no se encuentran el trabajo terapéutico del pensamiento psicótico que en ocasiones ha manifestado, ya que está regulado completamente por la medicación que toma: Vandral retard 75 mg (1-1-0), Vandral 37 mg (1-1-0) y Aripiprazol 2,5 mg (0-0-1).

Antes de comenzar la intervención realizamos unas sesiones para trabajar la motivación a la terapia, ya que J.L había abandonado, a lo largo de los años, diversos tratamientos en las primeras semanas. Nuestro objetivo era conseguir la aceptación de sus puntos débiles y fuertes, y de la aceptación de sus patologías que le impiden llevar una vida autónoma e independiente, con el objetivo de que rompiera con la negación de asistir a terapia. En la última sesión se consiguió que J.L hablara de sus emociones. A partir de aquí, después de la aprobación de la intervención que se le propuso, se comenzó con la Terapia Dialéctica Conductual.

Como ya hemos comentado, la justificación de utilizar este tipo de terapia, aunque su marco teórico y su finalidad esté focalizada al Trastorno Límite de la Personalidad, es por la propia sintomatología de J., que se ajusta a los objetivos de la terapia: contexto invalidante, desregulación emocional e ideación suicida.

Comentamos la estructura de las sesiones, adaptadas de la TDC al caso de J.L:

El programa se desarrolla en tres fases: pretratamiento, tratamiento y postratamiento.

Fase de pretratamiento: Es de suma importancia pues en ella se establecen los límites de la terapia que van a guiar y dar estructura al programa. Los objetivos de esta fase son:

- La orientación de J.L hacia la terapia, dándole una visión general de lo que será el Programa de tratamiento y la importancia que puede tener en su vida. Se explicará también la teoría en la que está basada la terapia y se informa del formato que seguirán las sesiones.
- El establecimiento de la relación terapéutica. (Bastante consolidado en las sesiones previas a la terapia)
- Fijar las metas y los compromisos básicos para el buen funcionamiento de la terapia, explicitando las reglas de funcionamiento del programa para resolver cualquier idea errónea que puedan tener y también obtener su aprobación y firmar el contrato de tratamiento.

La fase de tratamiento se desarrollará en dos formatos:

- Formato grupal, la cual tiene una estructura claramente establecida con sesiones de dos horas y media de duración, una vez a la semana, durante al menos un año. Los grupos estarán compuestos por un número de entre seis y ocho pacientes y dos terapeutas.
- Formato individual, la cual suele ser de una hora de duración, una vez por semana. En la terapia individual se trabaja la motivación y aceptación. Se establecerán una jerarquía de metas que se trabajarán a partir de la información ofrecida por el análisis funcional. Estas metas son las siguientes:
 - Reducir las conductas suicidas y parasuicidas.
 - Reducir las conductas que interfieran con la terapia.
 - Reducir las conductas que interfieran en la calidad de vida.
 - Aumentar habilidades comportamentales.

En la fase de postratamiento Los objetivos serán el mantenimiento de los logros obtenidos y la prevención de recaídas.

Paralelamente se trabajará en sesiones individuales con la madre para darle apoyo y estrategias para ayudar a su hijo.

Para conseguir las metas establecidas en la terapia individual se utilizan técnicas terapéuticas como el manejo de contingencias, la exposición o las técnicas cognitivas. Estas estrategias se complementan con las llamadas, actividades tácticas y los procedimientos coordinados que emplea un terapeuta para conseguir los objetivos del tratamiento. Las comentaremos en términos generales:

- Las estrategias dialécticas y las estrategias nucleares forman los componentes esenciales de la TDC. La más importante es la estrategia de validación, que consiste en buscar activamente los elementos que hacen que la respuesta del paciente a pesar de ser desadaptativa, sea perfectamente comprensible y válida, aunque necesitada de modificación.
- Las estrategias estilísticas describen cuales son los estilos comunicativos e interpersonales para llevar la terapia a buen término.
- Las técnicas de gestión de casos especifican cómo ha de interactuar y responder el terapeuta a la red social en la que está inmerso el paciente.
- Las técnicas integradoras se centran en cómo se deben manejar las situaciones problemáticas (ej., conductas suicidas, conductas que interfieren con la terapia, etc.).

Durante la terapia en grupo, las habilidades que se entrenan son las siguientes:

- Habilidades de atención plena o mindfulness, las cuales son condición para el entrenamiento en los otros tres tipos de habilidades.
- Habilidades de tolerancia del malestar, para evitar, como ya hemos comentado anteriormente, las estrategias de evitación para aliviar el malestar mediante conductas autolesivas, el consumo de sustancias o conductas alimentarias desadaptativas, las cuales producen un alivio al sufrimiento emocional (reforzamiento negativo), que incrementa la probabilidad de que se repita la conducta en el futuro.
- Habilidades de regulación emocional, las cuales son fundamentales para intervenir de forma directa sobre el núcleo problemático principal, las emociones. Para ello, los pacientes aprenden las siguientes habilidades con el fin de modular sus emociones:
 - Identificar y etiquetar las emociones. Se entrena no sólo a describir las emociones, sino a analizar el contexto en el que tienen lugar.
 - Identificar obstáculos para el cambio emocional, aprendiendo a realizar análisis funcionales de las contingencias que refuerzan las emociones desadaptativas.
 - Reducir la vulnerabilidad emocional mediante el cambio de hábitos disfuncionales relacionados con la nutrición, el descanso, el ejercicio físico, el cuidado de la salud física y las actividades que aumenten la sensación de auto-eficacia.

- Incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras y el establecimiento de metas a corto, medio y largo plazo.
- Habilidades de eficacia interpersonal. Se trabajan las dificultades para manejar las emociones en el contexto interpersonal, además ocurre en muchas situaciones que aunque posean buenas habilidades, suelen vacilar entre evitar el conflicto o entrar en una confrontación intensa. El objetivo es enseñar a aplicar habilidades específicas de resolución de problemas interpersonales, sociales y de asertividad para modificar ambientes aversivos y obtener sus objetivos en los encuentros interpersonales.

La integración de la terapia de J.L se hará a partir de un programa interdisciplinar formado por 2 psicólogos, un coterapeuta y un psiquiatra del CSAM (Servicio de Psiquiatría de la zona Bages).

Análisis Funcional

Antes de comentar la estructura de las sesiones de terapia, haremos el análisis funcional del caso, ya que es necesario correlacionar los problemas con los objetivos planteados y las estrategias que vamos a utilizar, mediante un análisis funcional, para comprender mejor el objetivo de la terapia propuesta. Seguidamente comentaremos sus antecedentes, sus puntos fuertes y sus factores mantenedores.

- Antecedentes: Padres separados y madre con consumo de drogas. Intentos de suicidio repetidos.
- Puntos fuertes: Alta capacidad cognitiva y apoyo familiar materno.
- Factores de mantenimiento: trastorno de personalidad no especificado (posible Trastorno Límite de la Personalidad y consumo de alcohol y marihuana).

Tabla 2. Análisis funcional del caso

<i>PROBLEMAS</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>ESTRATEGIAS</i>
Ideación y conductas suicidas	Darle un sentido a su vida y disminuir la ideación suicida	-Manejo de contingencias y modificación cognitiva -Aceptación y práctica del mindfulness -Técnicas integradoras como habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de regulación emocional -Cambio de hábitos disfuncionales
Consumo de tóxicos	Disminuir el consumo de tóxicos	-Técnicas integradoras -Habilidades de tolerancia al malestar -Validación de respuestas desadaptativas
Abandono de los estudios	Reincorporación a los estudios y a otras actividades placenteras	-Habilidades de regulación emocional como el cambio de hábitos disfuncionales y el incremento de la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos
Ausencia de relaciones sociales	Fomentar las relaciones sociales	-Solución de problemas -Exposición o técnicas cognitivas -Formación de habilidades -Validación de respuestas desadaptativas -Estrategias estilísticas -Técnica de gestión de casos -Técnicas integradores como habilidades de eficacia interpersonal

Fuente: tabla de elaboración propia

Están previstos once meses de terapia: una terapia individual a la semana con una duración de una hora, una grupal de dos horas y media a la semana y una terapia de una hora de apoyo familiar cada semana.

En la terapia individual se trabajará sobre todo la motivación, la aceptación, la validación y el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida de J.L. En cambio, en la terapia grupal se trabajaran más las habilidades sociales básicas que hemos comentado anteriormente.

Para realizar un tratamiento global completo, mediante las sesiones individuales, las grupales y las de apoyo familiar, será necesario también el uso de consultas telefónicas entre sesiones para ayudar a J.L a generalizar las habilidades aprendidas, para que pueda darles un buen uso en la vida cotidiana.

En las primeras sesiones se le dará una visión general de la terapia y de la importancia que puede tener en su vida para conseguir el cambio. Además se le informará sobre el formato que seguirán las sesiones y se fijaran una jerarquía de metas y los compromisos básicos para el buen funcionamiento de la terapia. También se le explicará a través de la psicoeducación, el conocimiento del trastorno, tanto sus síntomas como sus consecuencias. Estas sesiones tendrán como objetivo principal la conciencia de enfermedad y la motivación necesaria para la efectividad del tratamiento.

Después de establecer la jerarquía de metas a partir de la información del análisis funcional, las siguientes sesiones tendrán como objetivo, en primer lugar, reducir las conductas suicidas; en segundo lugar, reducir el consumo de tóxicos que interfiere con la terapia; en tercer lugar, intentar que empiece de nuevo 2º de bachillerato y se incorpore en otras actividades que anteriormente le resultaban placenteras, para reducir esas conductas que interfieren en su calidad vida, y en cuarto lugar, aumentar las habilidades comportamentales para fomentar y mantener las relaciones sociales. Todos estos objetivos se llevarán a cabo mediante las estrategias comentadas en el análisis funcional. En cuanto al aumento de las relaciones sociales, las habilidades aprendidas en la terapia individual, serán reforzadas en las terapias grupales para que las pueda llevar a práctica con los compañeros del grupo y más tarde, las pueda ejercer con naturalidad en su vida cotidiana.

Para finalizar la terapia, las últimas sesiones tendrán la finalidad de reforzar los logros conseguidos mediante la práctica, e identificar y prevenir aquellos comportamientos desadaptativos que realiza para aliviar el malestar. Además de sesiones de seguimiento para la prevención de recaídas y la resolución de problemas.

A continuación se expone en la Tabla 3 un esquema de las sesiones.

Tabla 3. Esquema de las sesiones

SESIONES DE LA 1 A LA 4	SESIONES DE LA 5 A LA 15	SESIONES DE LA 16 A LA 25
<p><u>Objetivo:</u> motivación y conciencia de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicación del abordaje terapéutico -Psicoeducación -Resolución de las dudas -Fijación de la jerarquía de metas -Explicación compromisos básicos 	<p><u>Objetivo:</u> disminuir ideación y conductas suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manejo de contingencias y modificación cognitiva -Aceptación y práctica del mindfulness -Técnicas integradoras como habilidades de tolerancia al malestar y habilidades de regulación emocional -Cambio de hábitos disfuncionales 	<p><u>Objetivo:</u> reducir el consumo de tóxicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas integradoras -Habilidades de tolerancia al malestar -Validación de respuestas desadaptativas
SESIONES DE LA 16 A LA 33	SESIONES DE LA 34 A LA 40	SESIONES DE LA 41 A LA 44
<p><u>Objetivo:</u> reincorporación a los estudios y a otras actividades que anteriormente eran placenteras</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades de regulación emocional como el cambio de hábitos disfuncionales y el incremento de la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos 	<p><u>Objetivo:</u> fomentar las relaciones sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Solución de problemas -Exposición o técnicas cognitivas -Formación de habilidades -Validación de respuestas desadaptativas -Estrategias estilísticas -Técnica de gestión de casos -Técnicas integradores como habilidades de eficacia interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de estrategias más eficaces para afrontar los problemas y estresores cotidianos. -Prevención de conductas de evitación -Prevención de recaídas -Resolución de problemas
SEGUIMIENTO		

Tabla de elaboración propia

Conclusiones

El trastorno esquizoafectivo finalmente se define como un concepto surgido para dar respuesta al solapamiento que hay entre el trastorno afectivo y la esquizofrenia, ya que reúne criterios de los dos. Se describe como una realidad clínica y a la vez una controversia teórica, ya que sigue existiendo una incertidumbre en su diagnóstico y nosología. Es un trastorno con alto riesgo de suicidio, y su terapia, a diferencia de los dos trastornos puros, es más compleja, aunque el pronóstico sea mejor que el de la esquizofrenia y peor que el de los trastornos afectivos.

Necesita de una atención terapéutica a lo largo de toda la vida, tanto farmacológica como psicológica. No obstante, para darle una respuesta terapéutica más completa y cierta a este trastorno sería necesario conocer su determinación genética y sus antecedentes biológicos, pero esto aún no es posible y crea un reto para las investigaciones del futuro.

A través del caso expuesto, hemos podido observar la dificultad que hay en establecer y encontrar el mejor tratamiento psicológico para poder abordar no solo el trastorno esquizoafectivo, sino que también la alta comorbilidad que puede presentar esta patología. Es difícil encontrar una terapia que abarque toda la sintomatología y comorbilidad que suele presentar estos casos.

No obstante hay intervenciones que se acercan a los objetivos buscados. En este caso hemos escogido la Terapia Dialéctica Conductual, ya que aborda los problemas a través de la aceptación y la validación, mediante un proyecto interdisciplinar, teniendo en cuenta más de un aspecto a la vez. Con ella creemos que se podrá conseguir la mejora terapéutica en todos los sentidos de la vida de J.L., sin dejar de lado la necesidad de la administración de fármacos hasta que se consiga una estabilidad terapéutica a largo plazo.

Finalmente podemos decir, que al realizar este trabajo se han encontrado muchas limitaciones, tanto en información como en estudios. Siguen existiendo numerosos proyectos en curso, sobre todo biológicos, aunque también se necesitaría abordar más y mejor la repercusión que padecen los jóvenes con este trastorno, para poder así paliar sus problemas existenciales y ofrecerles un futuro mejor.

Bibliografía

- APA (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: panamericana.
- Arenas, A. y Rogelis, A. (2006). Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad, *Universitas Médica*, 2 (47) 147-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2310/231018675006/index.html>.
- Benedito, M. C. (2009). Identificación y manejo psicológico de problemas mentales en adolescentes, *Revista Española de Pediatría*, 2 (65) 90-97. Recuperado de <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2009/REP%2065-2.pdf#page=5>.
- Borrero, Á. A., y Prada, A. R. (2006). Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas Médica*, 47(2), 147-156 Recuperado de <file:///C:/Users/Paqui/Downloads/Revisi%C3%B3n%20de%20la%20historia%20del%20trastorno%20esquizoafectivo%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20los%20rasgos%20de%20personalidad.pdf>.
- Calero, A. (2013). *Trastorno esquizoafectivo*. Recuperado de <file:///C:/Users/user/Documents/Apunts/4rt%20Curs/TFG/TRASTORNO%20ESQUIZOAFECTIVO.html>.
- Carranza, J.; Pavez, P.; Santander, N., y Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo, *Revista Médica de Chile*, 2 (137) 226-233. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000200006&script=sci_arttext.
- Flores, C. M. N. (2010). *Conducta Suicida en Jóvenes*. En Contribuciones a las Ciencias Sociales, (2010-03). Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf2.htm>.
- Gárriz, M. (2016). *Apuntes de clase de la asignatura Intervención y tratamiento en psicología clínica de las drogodependencias*. Barcelona: Universidad Abat Oliba CEU.
- González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., y Gómez Castro, C. (2014). *Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes*. Recuperado de [http://inprf.bidigital.com:8080/bitstream/handle/123456789/2775/AnalesIMP1995%3B6\(10\)135-139.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://inprf.bidigital.com:8080/bitstream/handle/123456789/2775/AnalesIMP1995%3B6(10)135-139.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- González, P.; Larraguibel, M.; Martínez, V., y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes, *Revista chilena de pediatría*, 3 (71). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext.
- Holmgren, D.; Lermada, V.; Sapag, F.; Soto-Aguilar, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar?, *Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (Sonepsyn)*, 51 (1) 46-60. Recuperado de <file:///C:/Users/user/Documents/Apunts/4rt%20Curs/TFG/Esquizofrenia%20o%20afectivo.pdf>.

- Jarne, A. y Talam, A. (2000). Trastornos esquizofrénicos. En A. Jarne (Talam), *Manual de psicopatología clínica*. (cap XII). Barcelona: Editorial.
- Jarne, A. y Talam, A. (2000). Trastornos del estado de ánimo. En A. Jarne (Talam), *Manual de psicopatología clínica*. (cap XIV). Barcelona: Editorial.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós. Recuperado de file:///C:/Users/Paqui/Downloads/9788449317361.pdf.
- Marneros, A. (2015). Trastorno esquizoafectivo: una realidad clínica y una controversia teórica. El desarrollo de un concepto, En Marneros, A. (Marneros), *Trastornos esquizoafectivos*. (pp 1-17). Barcelona: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <http://www.herrerobooks.com/pdf/PAN/9788498359039.pdf>.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... y Härkänen, T. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19-28. Recuperado de file:///C:/Users/Paqui/Downloads/yoa60040_19_28.pdf.
- Pérez, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2 (15). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&lng=pt.
- Raheb, C. (1994). Conducta suicida en niños y adolescentes, *Centro Londres 94*. Recuperado de http://www.centrelondres94.com/files/Conducta_suicida.pdf.
- Rubio, G. (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3 (2). Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187/415>.
- Rodríguez, B. (2014). Evaluación psicométrica de riesgo de psicosis en adolescentes, *Universidad de Oviedo*. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28754/3/TFMBelenRodriguezLoredo.pdf>
- Rodríguez, J. y Sánchez, R. (2004). La sintomatología afectiva en el trastorno esquizoafectivo. Evaluación con un instrumento de autoreporte: implicaciones para el diagnóstico, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67: 52-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v67n1-2/a05v67n1-2.pdf>.
- Rodríguez, N. (2015). Trastorno esquizoafectivo, *Universidad de los Andes. Facultad de Medicina. Psiquiatría*. file:///C:/Users/user/Documents/Apunts/4rt%20Curs/TFG/Monografia%20Trastorno%20Esquizoafectivo%20NRdR.html.
- Tizón, J. L., Artigue, J., Parra, B., Gomá, M., Ferrando, J., Pareja, F., ... y Parés, A. (2004). La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en atención primaria). *Atención primaria*, 34(9), 493-498. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Tizon2/publication/240075491_La_esquizofrenia_en_atencion_primaria_el_estudio_SASPE_senales_de_alerta_y_sintomas_prodromicos_de_la_esquizofrenia_en_atencion_primaria/links/55fed95608ae07629e4f8739.pdf.

Anexo I



*Universitat
Abat Oliba CEU*

El abajo firmante AUTORIZA a Aida Romero Aranda, con número de PASAPORTE, 24391 a realizar este trabajo de investigación y utilizar los datos obtenidos en el mismo con fines académicos y exclusivamente enmarcados en su Trabajo de Final de Grado y futuros proyectos de investigación.

En todo momento, se garantiza el anonimato en la referida investigación debido al carácter confidencial de los datos obtenidos. Se aseguran que no se desvelarán estos datos a terceros dado que en el trabajo de investigación no se utilizarán los datos personales que pudieran revelar la identidad del menor.

Como muestra de conformidad firmo la presente.

Manresa, febrero de 2017.