

# La locura lo cura: Intervención en trastornos del espectro psicótico

CARMEN SORIA SÁEZ

VIDEO 6 (3)



# Resumen del Video 6

**ASPECTOS QUE  
ABARCAREMOS**

**INTERVENCIÓN**

- Devolución de hipótesis
  - ¿Cómo se hace?
  - ¿Se da el diagnóstico? depende
  - Psicoeducación sencilla
  - La explicación funcional, esto a qué ha venido y para qué
  - Evitar poner objetivos a corto plazo
- Intervención. Plan de tratamiento
- Familia

# Punto de inflexión

Quinta sesión. **Duda del tratamiento de Bianca**. Similar dudas del tratamiento propio.  
Punto de inflexión.

- **ATENTOS CÓMO RESPONDE**: recoge preocupación, no la personaliza, es sincera. (recordar que no prometemos), no confronta. Evita que la frustración vaya contra ella.
- Pedirle que se case con él y dice no, no lo sé o **no dice nada, con gesto confundido** (disonancia)
- El delirio está dejando de contestarle... Está dejando de servirle
- Comienza a cambiar el guion, necesidad de que muera
- **Cuando los síntomas son voces**, ellos hablan de que **van yendose**, que ya no están siempre presentes.

1



# Muerte de Bianca, del delirio

- **Depresión post psicótica.** En este caso la peli en ningún momento nos habla de reconocimiento de enfermedad.
- En los casos en los que la persona “despierta”, entra en una etapa depresiva muy grave.
- La **desilusión y decepción** de darse cuenta de que “solo era una experiencia psicótica” es devastadora.
- Así como la **vergüenza social** y **afrontar las consecuencias sociales**

# ¿Cómo evoluciona el trastorno delirante?

- 1:27:02 – 1:27:24 Psicóloga explica Acompañamiento duelo.
- 1:32:57 – 1:33:53 Despedida. Cierre progresivo, igual que vieron, se van
- 1:36:20 – 1:37:15 Psicóloga, hermano
- 1:37:23 – 1:39:00 Conexión real . Solución coherente. Chica similar a él. Encontrar lugar (familia y ciudad) al que pertenece y pareja afín.



# ¿Cómo termina un delirio?

- Solución coherente.
- Chica similar a él. Te acepto con todo lo que eres, y todo lo que soy
- Encontrar lugar (familia y ciudad) al que pertenece
- Este es uno de los puntos más controvertidos del tratamiento. Desgraciadamente no todo el mundo tiene alguien esperándote al salir de la locura (del psiquiátrico).
- Indudablemente este tipo de conexión con las personas reales que la persona necesita es la solución ideal, pero no siempre ocurre.

# ¿Cómo termina un delirio?

- Cuando al comienzo decía que la conexión no cura, lo que quería referir es a que la conexión con nosotros que somos persona random para ellos, en un momento determinado, no es lo que cura.
- No le sirve conectar con un referente muy dispuesto, pero anónimo, lo que necesita es restaurar los vínculos primarios, de la forma más natural posible.
- Es por ello muy importante que nosotros no nos coloquemos en un lugar que no nos corresponde





¿Cómo termina un delirio?

Ella ofrece una salida al dolor , sin invalidar delirio.

Le ofrece un futuro singular

**DESEO PARA MIS PACIENTES QUE ENCUENTRAN UNA "MARGOT EN SU VIDA"**





# Confrontación, reestructuración

- Soy plenamente consciente de que como profesionales de la salud mental, a todos aquellos que nos hemos formado universitariamente en modelos como TCC, Dinámica, Conductismo radical y hasta incluiría los nuevos modelos contextuales
- “Nos han inoculado” el método socrático (adaptado a emociones, o a cuerpo) y /o la creencia de que existen comportamientos que obedecen a una lógica irrefutable (lo que vemos y oímos) o que las consecuencias que provocan son incuestionables y por tanto target evidentesísimos a por los que ir.





# Confrontación, reestructuración

Pregunta Alex, *indaga en su teoría*

- Os acordáis de cuando decía que teníamos que guardarnos la curiosidad, ser prudentes "Según tus investigaciones y *tu convencimiento...*"
- Jamás hagáis una pregunta similar a un paciente psicótico, en esta pregunta hay un doble vínculo por un lado le está diciendo que la considera una persona que investiga pero por el otro y sobre todo por la forma te remarca el convencimiento y la inseguridad al hacer la pregunta le está insinuando que lo que dice, que su teoría, sale de su cabeza, que no tiene avales.

3



3



El grado de convencimiento que la persona tiene acerca de sus creencias "¿tú estás muy segura?" o percepciones, jamás se critica ni menosprecia, se puede cuestionar el sufrimiento que generan pero nunca **su convencimiento.**

**Es la base en la que se están apoyando**

# Confrontación, reestructuración cognitiva

Confrontación tú estás muy segura¿verdad?

- Fijarse en el gesto de ella cuando dice eso sobre todo los ojos, contesta con argumentos irrefutables,, Tipo el trato a las mujeres en la política el la vi la víctima por no ser creída, pero argumentos que no tienen conexión Con la pregunta. Es una respuesta que no tienen que ver con la pregunta
- Al final dice “las conexiones que yo hacía” y mis ojos. Ejemplo el tipo de asociación laxa que pueden hacer. No hay una reflexión si no la suma de acontecimientos desconectados que por sí solos seguramente no avalarían su tarea,
- Si si hubiésemos el video sin audio, podríamos pensar por el lenguaje no verbal que esta mujer está hablando de cualquier tema compartido por el resto. Eso significa de los locos no siempre parecen locos, O lo que pensamos que son locos.

3







# Intervención familiar

- Comunicación diagnósticos y psico educación
- ¿Qué familias podemos encontrarnos?



# La familia del loco

- La familia lleva un proceso en paralelo
- Puede oscilar desde el miedo a la incredulidad pasando por la hostilidad y terminando en la sobreprotección o su contra el abandono
- En resumen una familia que no sabe qué hacer y que raramente se deja aconsejar de primeras





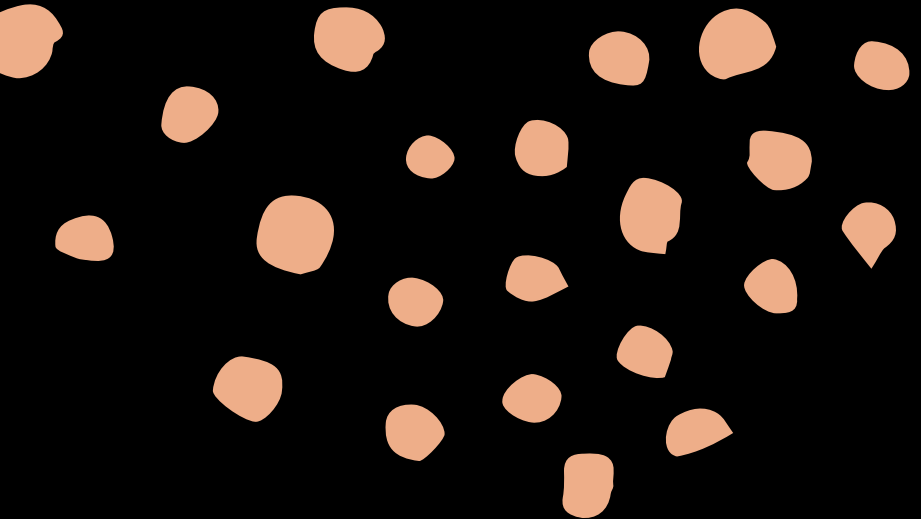
# Comunicación diagnóstico

Sesión familia. Comunicación y explicación diagnóstico

- Funcional?
- Hay que arreglarle
- ¿Qué demonios hace él con un delirio?
- ¿Cambios? ¿Descompensación? Embarazo.
- ¿Cuándo acabará? Cuando ya no la necesite.
- ¿Cómo podemos ayudarlo? Siguiéndole la corriente, una parte se opone la otra no.
- Bianca es real, porque para él es real.

4





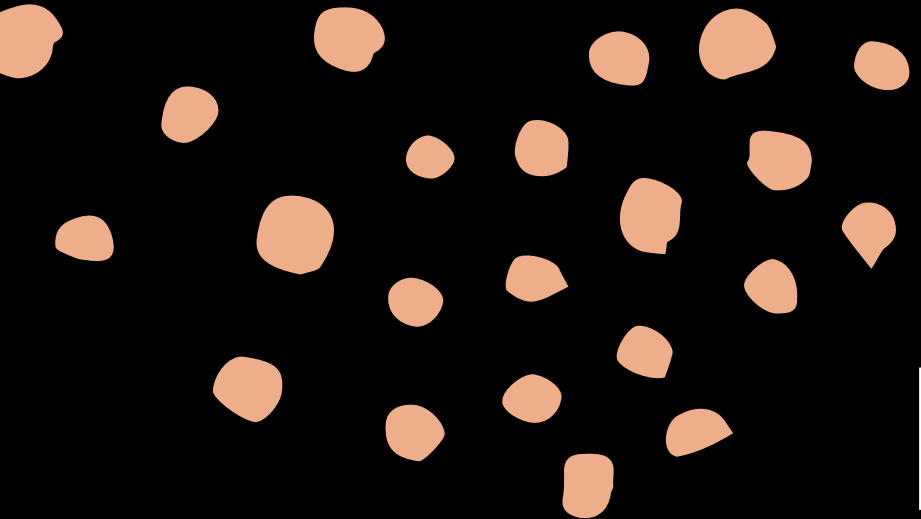
# Minimizar síntomas prodromicos

Conciencia de problema, familia y paciente

- “Papá también era un poco así” ...” si, pero el no quería a nadie cerca”
- Indicio de trauma : abandono, silencio, rechazo.

5





# Reacción positiva al principio, por el cambio en el estado de ánimo

Presentación del delirio en público (1)

- Al comienzo bien acogido, el entorno pregunta con interés, válida, refuerza ...hasta que .... empieza a chirriar
- Se puede ver como él va envolviendo con argumentos que calman las preocupaciones de la familia y peticiones totalmente lógicas



# Shock y confusión

Presentación del delirio en público (2)

- “Los calladitos ... ya sabes lo que dicen”
- Escena salón. Catatónicos
- Cuñada comienza a acompañar. Es raro que esto suceda en la realidad
- Lo más habitual es: pánico y confrontación agresiva y/humillante

7



# Posturas contrarias

“Esta loco”

- **Dos posturas, dos referentes:** una desesperada (internarle), casualmente la negadora de los prodromos, insensible al trauma, normativa en sus expectativas “los calladitos, más preocupada por el que dirán que por lo que le ocurre al hermano. La otra más comprensiva, creativa
- En la realidad la comprensiva suele brillar por su ausencia. Será uno de los objetivos terapéuticos en la intervención, reencuadrar a la familia.





# Intento de pedir ayuda profesional

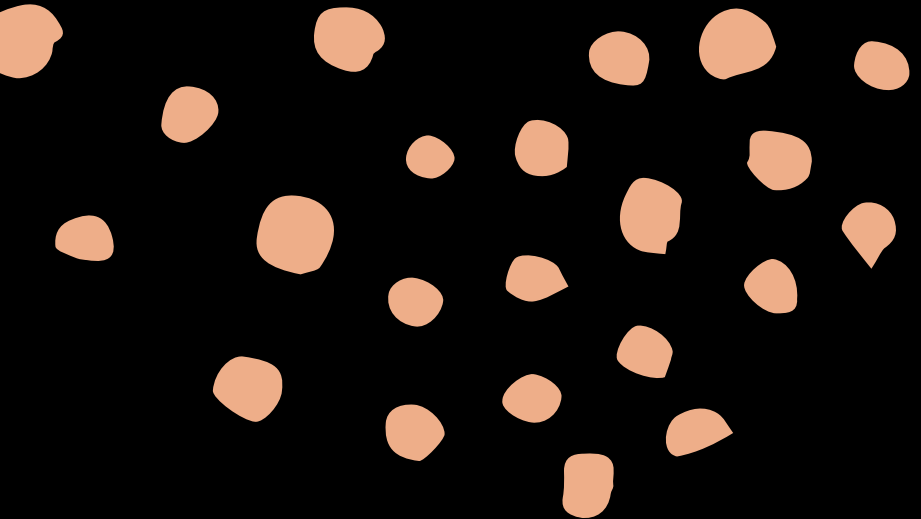
- 22'11- 22'58 Ayuda para cuidar de la muñeca, no para él. Esta salida tan creativa tampoco es habitual
- Familias que les llevan engañados
- Familias que les llevan bajo ultimatum



# Respuesta ambivalente ante profesionales.

Confrontación familia

- Respuesta Lars: ignorarle y argumentar “ ha nacido para ayudar”
- Pista sentido delirio
- Siempre va a darse un momento de confrontación, un "al menos lo he intentado". Acogerlo, pero "castigarlo". Paradójica: teneís una oportunidad, elegir muy bien cuando. Después le perdereís
- Es proporcional los intentos de despertarles a la realidad, con la gravedad y cronicidad del trastorno



# Conciencia de enfermedad

sentimiento de culpa

- Aproximación comprender sentido del trastorno
- ¿Realista?

10



## SEGUIMOS EL PLAN CONJUNTO

- **Objetivos nunca logrados**
- **Prevención** de brotes
- Estado **afectivo**
- Habilidades **relacionales**
- **Asociaciones consistentes**

## SI LLEGA EN BROTE

- **Acoger y Validar** a la persona
- Trabajar para **que vuelva**
- **Escucha activa**
- **No juicio**
- Nunca personalizar
- Detectar rápido las **carencias**
- Detectar más rápido aún **limites**
- El uso de la **medicación** es un aliado, ya que la comprensión del sentido del trastorno puede que tarde en llegar

## NOS AFIANZAMOS EN TRATAR A LA PERSONA

- En gran parte el trat. **no difiere tanto del resto** de trastornos
- Si requieren una **especial sensibilidad** a la hora de abordar los síntomas psicóticos

## NOMBRE SI, APELLIDO AL FINAL

- Plantearemos una intervención basada en el análisis funcional
- **Ordenada y estructurada**
- **Integrando** las peculiaridades que conlleva el trastorno psicótico: **descubrir el sentido del delirio, vínculo adaptado y manejo de sintomatología psicótica**

# CONCLUSIONES

Dejamos la confirmación segura, del trastorno, para "el final" de la terapia

Un error puede suponer una experiencia traumática

¡PRUDENCIA!

**ANEXO**

# Punto de inflexión



1

# La muerte del delirio



"Todo acaba como empieza"



2



# Confrontación, reestructuración

## cognitiva



3

Lo que TÚ digas





# Confrontación, reestructuración cognitiva



3

LO QUE TÚ DIGAS



# Comunicación diagnóstica



4



# Minimizar síntomas pródromicos



5



Reacción positiva al principio, por el cambio en el estado de ánimo



# Shock y confusión



7



# Posturas contrarias



8

# Respuesta ambivalente ante profesionales



# Conciencia de enfermedad



10

sentimiento de culpa









**Nos vemos en  
el directo**

**[consultacarmensoria@gmail.com](mailto:consultacarmensoria@gmail.com)**

