



USC

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: La experiencia vivida de la psicosis

Nombre de la Materia: Psiquiatría

Nombre del profesor: Irma Sanchez Prieto.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 5°

EXPERIENCIAS VIVIDAS DE LA PSICOSIS

El análisis de las experiencias vividas en cada etapa de la psicosis ofrece un enfoque exhaustivo de cómo este trastorno afecta la percepción, la identidad y la interacción social a lo largo del tiempo. La estructura del texto divide la progresión de la psicosis en cinco fases clínicas: premórbida, prodrómica, primer episodio, de recaída y crónica. Cada una de estas fases representa un proceso dinámico en la psicosis, caracterizado por síntomas, desafíos y cambios subjetivos específicos que, en conjunto, ilustran la complejidad de la experiencia psicótica. A continuación, se evaluarán las principales características de cada fase y su manejo a largo plazo, a partir de una crítica del artículo. En la fase premórbida y prodrómica: el inicio silencioso de la desconexión. En la fase premórbida y la prodrómica marcan un inicio gradual de los síntomas. La fase premórbida está caracterizada por una experiencia temprana de soledad y aislamiento, donde el individuo puede desarrollar un “sentido disminuido del yo básico”. Esto conlleva una alienación social y afectiva, agravada por experiencias adversas, como conflictos familiares y acoso. En la fase prodrómica, emergen síntomas psicóticos atenuados, y el individuo experimenta un sentimiento inquietante de que “algo está por suceder”, denominado “Trema”. Este estado de expectativa se acompaña de una percepción distorsionada y una interpretación paranoica de la realidad, lo que lleva a un progresivo deterioro del sentido de identidad y de la capacidad para distinguir entre el yo y el entorno. Estas etapas suelen pasar desapercibidas en la atención médica tradicional, lo cual es preocupante, ya que es cuando se podría implementar una intervención temprana para prevenir la intensificación de los síntomas. En el primer episodio se encuentra entre el alivio y la disolución del yo, la transición al primer episodio psicótico es, según el artículo, un punto de inflexión marcado por la “Apofanía de Conrad” o una revelación, en la que los síntomas floridos (como delirios y alucinaciones) traen una aparente “claridad” al caos interior, al proporcionar explicaciones que, aunque delirantes, pueden aliviar temporalmente la angustia. Sin embargo, esta misma fase implica una profundización de la fragmentación del yo, la pérdida de los límites entre el mundo subjetivo y el exterior, y una disolución del sentido de identidad. Aquí, el delirio se convierte en una fuente de alivio, aunque al mismo tiempo expone al individuo a un “caos interior”, pensamientos desorganizados y una creciente dificultad para conectarse con la realidad compartida. El artículo podría haber resaltado la importancia de una intervención psiquiátrica cuidadosa en esta fase. Aunque el primer episodio suele llevar a un tratamiento farmacológico, una orientación terapéutica más holística y empática podría ayudar a que el paciente comprenda sus experiencias, en lugar de sentirse abrumado por el diagnóstico y la medicación, lo cual suele generar rechazo y desconexión emocional. En etapas de recaída y crónica: duelo, aceptación y desafíos persistentes, durante la etapa de recaída, el texto describe un proceso de duelo, donde los individuos asumen la identidad de “paciente mental” y enfrentan el estigma social. Este duelo por el antiguo yo genera sentimientos de pérdida, que son comúnmente exacerbados por el rechazo social. El artículo destaca que, en esta fase, los pacientes suelen experimentar una “doble conciencia”, donde viven entre dos realidades paralelas (la real y la delirante). Al llegar

a la etapa crónica, la aceptación del diagnóstico y de la nueva realidad es un tema central; aunque persisten dificultades, el individuo aprende a ignorar los síntomas y a recuperar en cierta medida su sentido de agencia y control. El manejo a largo plazo: entre la ambivalencia terapéutica y la necesidad de un enfoque integral, uno de los puntos más fuertes del artículo es la crítica hacia los tratamientos psicológicos y farmacológicos que no reconocen la experiencia subjetiva del paciente. Aunque los tratamientos psicológicos pueden ser beneficiosos, el texto subraya que una escucha deficiente o una falta de comprensión de la individualidad del paciente puede intensificar la sensación de aislamiento. Igualmente, el tratamiento farmacológico, aunque necesario en muchos casos, genera sentimientos ambivalentes en los pacientes, quienes experimentan alivio de los síntomas a la par que efectos secundarios incapacitantes. Este dilema refleja la complejidad de la relación entre los pacientes y los tratamientos, que a menudo los llevan a un conflicto interno entre la necesidad de alivio y el deseo de vivir sin la carga de la medicación.