

# ¿Es efectiva una terapia de enfoque Tomista para la esquizofrenia?

## Is a Thomistic approach therapy effective for schizophrenia?

Lamartine de Hollanda Cavalcanti Neto<sup>1</sup>

### Resumen

El desarrollo de los estudios basados en el enfoque aristotélico-tomista de la Psicología ha revelado, en los últimos años, varios reportes de casos clínicos con interesantes resultados. Sin embargo, la mayoría de ellos presentaba buenos resultados en casos de trastornos mentales considerados menores. ¿Este abordaje terapéutico sería también efectivo para los trastornos psicóticos? El presente reporte de caso examina el cuadro clínico, abordaje terapéutico y evolución de un paciente varón, de 28 años de edad, soltero, desempleado y con estudios universitarios suspendidos, con cuadro inicial de conductas inadecuadas, desorganización del pensamiento, dificultad para comunicarse, manierismos, risas inmotivadas y aislamiento social. Tras algunos meses de sintomatología, empezó un tratamiento psicológico, pero sin presentar mejoras. A continuación, comenzó una terapia psiquiátrica que se sirvió del enfoque aristotélico-tomista para la formulación de la hipótesis diagnóstica, del razonamiento clínico y establecimiento del abordaje terapéutico, en cuyo seguimiento el paciente presentó temprana remisión de la sintomatología, ingresó en un nuevo curso universitario y en un grupo de investigación científica, asumió ocupación laboral y retomó la vida social autónoma. Tales resultados, por su naturaleza individual, no permiten una más amplia generalización de conclusiones, pero pueden representar un estímulo a un mayor desarrollo de la investigación sobre el tema.

### Palabras clave

Psicología Tomista, esquizofrenia, abordajes terapéuticos.

### Abstract

The development of studies based on the Aristotelian-Thomistic approach to Psychology has revealed, in recent years, several clinical case reports with interesting results. However, most of them presented good results in cases of mental disorders considered minor. Would this therapeutic approach also be effective for psychotic disorders? This case report examines the clinical picture, therapeutic approach and evolution of a 28-year-old male patient, single, unemployed and with suspended university studies, with an

---

<sup>1</sup> Médico psiquiatra, director científico del Instituto De Anima, coordinador de la disciplina de Psicología en el Instituto Filosófico Aristotélico-Tomista, doctor en Bioética por el Centro Universitario Sao Camilo y postdoctorado en Filosofía por la Universidad Federal de São Paulo (Brasil). Este trabajo fue presentado en el 24º Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental - Interpsiquis 2023, basado en España, en mayo de 2023, y está siendo publicado en esta revista con autorización del autor. E-mail: lamartine.cavalcanti@gmail.com.

initial picture of inappropriate behaviors, disorganized thinking, difficulty communicating, mannerisms, unmotivated laughter and social isolation. After a few months of symptoms, he began psychological treatment, but with no improvement. Next, a psychiatric therapy began that used the Aristotelian-Thomistic approach for the formulation of the diagnostic hypothesis, clinical reasoning and establishment of the therapeutic approach, in whose follow-up the patient presented early remission of the symptoms, entered a new university course and in a scientific research group, took up work and resumed autonomous social life. Such results, due to their individual nature, do not allow a broader generalization of conclusions, but they can represent a stimulus to further development of research on the subject.

### **Keywords**

Thomistic Psychology, schizophrenia, therapeutic approaches.

### **Introducción**

Desde 2008 venimos presentando, en las sucesivas ediciones de *Interpsiquis*, trabajos en los cuales se analizaba, bajo un prisma teórico, el enfoque aristotélico-tomista de la Psicología.<sup>2</sup>

A partir de 2020, la coordinación científica de dichos congresos internacionales de salud mental empezó a invitarnos a organizar simposios sobre el tema, tal vez por el desarrollo que el citado enfoque viene presentando en Brasil, donde se ubica la mayor parte de los investigadores que colabora en tales simposios. Nos pareció, entonces, una ocasión propicia para volver el foco de nuestras investigaciones para la traslacionalidad (BEZERRA, 2017; LEAN *et al.*, 2008; SOUSA e MACHADO-VIEIRA, 2021) de la Psicología Tomista (como se suele llamar dicho enfoque en nuestro país), es decir su aplicabilidad a la práctica clínica.

Así, en *Interpsiquis 2021* presentamos por primera vez algunos reportes de casos en los cuales se recurrió al enfoque teórico aristotélico-tomista de la Psicología para efectos de diagnóstico, terapéutica, pronóstico e incluso de pericia médica en salud mental.<sup>3</sup> También en 2022 fueron presentados otros reportes de caso, siempre buscando examinar la posibilidad de trasladar los aportes teóricos del enfoque tomista a la práctica clínica.<sup>4</sup> Del mismo modo, reunimos nuevos trabajos para la presente edición de *Interpsiquis (2023)* presentados ahora en el simposio intitulado: “Psicología Tomista: ¿un enfoque efectivo?”.

Tal vez se pueda objetar la metodología del reporte de casos como pasible de sesgo de investigación si la comparamos con el control de variables que se puede obtener en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, por ejemplo, pese a no ser raro encontrar

---

<sup>2</sup> El lector interesado podrá encontrar una colección de los trabajos presentados en *Interpsiquis* sobre el tema hasta 2016 en Cavalcanti Neto (2017).

<sup>3</sup> Ver Butera (2021), Cavalcanti Neto (2021) y Peixoto (2021).

<sup>4</sup> Ver Borges (2022), Cavalcanti Neto (2022), Peixoto (2022) y Santos (2022).

sesgos en estudios de este último tipo, incluso con retrataciones obligatorias posteriores en prestigiosos periódicos revisados por pares. El sesgo de investigación no está en el método, por lo tanto y en muchos casos, pero sí en el carácter de investigador.

Por otra parte, la metodología del reporte de caso es considerada no solamente válida, como incluso conveniente para investigaciones cualitativas en salud mental, sobre todo en el campo de la psicopatología y de la psicoterapia (CAMPOS, 2008); MARCONI Y LAKATOS, 2007; SHAUGHNESSY, ZECHMEISTER Y ZECHMEISTER, 2012). Lo que no invalida que un grupo de investigadores en Psicología Tomista ya esté elaborando un estudio tanto cuanto posible con diseño experimental, multicéntrico, aleatorizado y comparado con otras técnicas psicoterapéuticas como estrategia de control.

Así, en los últimos años, se han producido varios reportes de casos clínicos con interesantes resultados (incluso algunos no publicados), en los cuales el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento fueron basados en el enfoque aristotélico-tomista de la Psicología. Sin embargo, la mayoría de ellos presentaba casos de trastornos mentales considerados menores. ¿Sería este abordaje terapéutico también efectivo para los trastornos llamados psicóticos?

Con el fin de buscar respuestas a esta pregunta el presente reporte examina el caso de un adulto joven que, en mediados de 2021, presentó un cuadro inicial de conductas inadecuadas, suspensión de sus estudios universitarios, desorganización del pensamiento, dificultad para comunicarse, manierismos, risas inmotivadas, abuso de videojuegos y aislamiento social. Este estudio presentará la formulación diagnóstica, la estrategia terapéutica, la evolución clínica, el pronóstico y el razonamiento clínico empleado en cada una de estas etapas, siempre con base en los aportes del enfoque psicológico aristotélico-tomista.

### **Presentación del caso clínico**

Paciente de sexo masculino, con 27 años cuando de la primera consulta en fines de 2021, soltero, desempleado, con estudios universitarios suspendidos, en la práctica único hijo (tiene una media-hermana, pero nunca convivió con ella). Vive con su madre y padrastro en un departamento de clase socio-económica media-baja, en una ciudad de la gran región metropolitana de Sao Paulo (Brasil).

Tenía previo buen estado de salud general, sin antecedentes de enfermedades o cirugías dignas de nota, sin histórico de dependencias químicas, sin antecedentes delictivos o psiquiátricos personales ni familiares. Su padre biológico parecía una persona normal, pero no trabajaba y dependía de la madre del paciente para vivir. Sus padres se separaron cuando el paciente era todavía adolescente, aparentemente sin que la separación le trajera mayores trastornos.

Siempre tuvo pocos amigos, poco salía a jugar con los chicos en la calle, ocupándose generalmente con las actividades escolares y en usar la computadora en su tiempo libre. Le gustaban los videojuegos, pero parece que sin provocar señales evidentes de dependencia o adicción, en aquel entonces. En sus cumpleaños, prácticamente sólo venían familiares próximos. De temperamento pacífico, se relacionaba bien con todos de su entorno, pero sin amistades más cercanas.

Cuando tenía cerca de los 25 años, trabajó algún tiempo en una farmacia, pero no siguió adelante para dedicarse más a los estudios. Desde chico, solía tener un desempeño

escolar regular, pese a que en los últimos años de la escuela secundaria perdió dos años, por poco interés en los estudios, según informó. Por eso, llegó a la universidad con dos o tres años de retraso con relación a los de su edad.

En esa fase de transición para la enseñanza superior, se interesó por un programa de estudios universitarios en Rusia, pasando por las varias fases del proceso selectivo y empezando un curso del idioma ruso, pese a no tener ningún lazo familiar, étnico o cultural con aquel país. A pesar de ser hijo único, su madre le apoyó en la iniciativa, incluso financieramente y no le pareció extraña la iniciativa del hijo. En principio, debería viajar para Rusia en el inicio de 2020, pero la eclosión de la epidemia de Covid-19 le hizo desistir de la iniciativa.

Ingresó, entonces, en una universidad privada en Brasil, con gran entusiasmo por la nueva perspectiva de vida, pero tan sólo pudo permanecer allí por cerca de seis meses, porque su madre salió de su empleo y no pudo más ayudarlo en los costos del curso. La suspensión le dejó muy abatido y tendió a quedarse sólo en su habitación, ocupándose, la mayor parte del tiempo, con videojuegos.

En este periodo, empezó a salir de casa en horarios un tanto raros y a intentar ingresar en residencias de vecinos desconocidos. Se presentaba en la entrada de los edificios diciendo a los porteros que tenía una entrega que hacer, pero los moradores no permitían la entrada. A su madre le parecieron raras tales salidas y se puso a seguirlo, hasta que una vecina le contó que el paciente intentaba entrar en departamentos de desconocidos y que esto le podría poner en problemas con la policía.

Su madre le preguntó porque procedía así, pero el paciente no sabía explicarle. Solamente decía que tenía entregas que hacer, pero ya con un discurso poco conexo y vacío de contenido. Fue sólo entonces que ella percibió que pasaba algo fuera del normal con su hijo, pues él seguía desempleado y no tenía nada que entregar a nadie. Procuró investigar si había algún involucramiento con drogas, pero llegó a la conclusión que no lo había y que él permanecía alejado de narcotraficantes y drogadictos, como siempre hiciera.

Su madre le prohibió de salir de casa desacompañado y el paciente, pese a que ya adulto e independiente, la obedeció. Asumió, entonces, una conducta cada vez más dependiente de su madre, incluso con características pueriles, continuando a ocupar la mayor parte de su tiempo con videojuegos. Después de algún tiempo, el paciente empezó a presentar risas inmotivadas, manierismos, sobre todo en los momentos de comida, tardando mucho en hacer sus refecciones, con progresiva disminución de la comunicación con los demás.

Pasaba un buen rato mirando la comida y sólo a pocos trozos la comía, acompañando todo con risas, miradas absortas, movimientos extraños con la cabeza y las manos. Cuando su madre le preguntaba que le pasaba, por qué no comía, le decía que estaba “pensando”, pero no conseguía decir en qué.

En el segundo semestre de 2021 la madre del paciente lo llevó a un psicólogo que empezó una terapia eclética, por la descripción que hizo, o tal vez con tintas cognitivo-conductuales. Tras algunos meses, al no percibir mejoras en el cuadro clínico, el psicólogo le sugirió procurar un psiquiatra para empezar una psicofarmacoterapia. El paciente comenzó, entonces, una terapia psiquiátrica, pero no predominantemente basada en la farmacoterapia y sí en la orientación aristotélico-tomista.

En la primera consulta con el psiquiatra, que tuvo lugar en fines de 2021, el paciente se mostraba receptivo, pero con notable dificultad para establecer un buen *rapport*. No tomaba la iniciativa en el diálogo, presentaba gran dificultad para contestar las preguntas que se le formulaba y casi no conseguía enunciar frases completas.

Parecía orientado auto y halopsíquicamente, sin alucinaciones auditivas o visuales en el momento, pero esto no se podría garantizar, dada su dificultad de comunicación. Su atención parecía preservada, pero, a cada pregunta, luego parecía volverse hacia su interior como si buscara, con gran dificultad, lo que contestar, interrumpiendo el diálogo. La evaluación de la memoria se mostraba, por eso, perjudicada, así como la de la imaginación, pese a que ésta parecía en intensa actividad.

Se podría caracterizar el curso de su pensamiento como entrecortado o, más bien, interrumpido al empezar la formulación de cada frase. El contenido se mostraba vaciado y difícilmente se lo podría evaluar con objetividad, dado que él no conseguía completar casi ninguna frase. Las empezaba, pero luego quedaba en silencio, como absorto. Preguntado por que así lo hacía, decía que quedaba “pensando” en lo que se preguntaba y en lo que contestaría.

No expresaba formalmente ideación delirante, pese a que no se lo podría garantizar por la dificultad de comunicación. Por las mismas razones resultaba muy difícil evaluar su volición, pese a que la impresión que daba era de que la tenía tan perjudicada que no conseguía detener el curso de la imaginación hipertrofiada y dispersa para expresar un razonamiento concatenado.

En síntesis, el paciente parecía comprender y se mostraba receptivo a lo que se le decía, pero la interlocución resultaba estéril, dado que el paciente no conseguía contestar ni formular frases adecuadamente. Además, él parecía estar casi abúlico, sin fuerza de voluntad para poner en práctica ninguna orientación, razones por las cuales no se prolongó la primera entrevista y los datos de la anamnesis fueron tomados de la madre del paciente.

Por esta razón, pareció imposible empezar un abordaje psicoterapéutico en esta ocasión, por lo que la estrategia terapéutica se centró, en su primera fase, en orientaciones conductuales implementadas a través de la madre del paciente. Se le orientó procurar una ocupación laboral para él, aunque no remunerada, y a prestar exámenes para reingreso en la universidad. Esta fase tardó algunos meses, pues no era fácil obtener empleo para alguien con su cuadro clínico, además de la familia no tener recursos financieros para costear un curso en una universidad privada.

La hipótesis diagnóstica fue formulada ya en la primera consulta y confirmada por la evolución del paciente. Para facilitar la comprensión del lector, se presentará, a continuación, el razonamiento diagnóstico empleado, basado en criterios diagnósticos generales aplicables al caso y en aportes derivados del enfoque aristotélico-tomista.

### **Hipótesis diagnóstica**

Sin entrar en el mérito de las muchas críticas existentes hoy en día a las clasificaciones internacionales de diagnósticos y/o enfermedades, hay que reconocer su utilidad cuando se trata de uniformar conceptos para efecto de investigaciones y discusiones científicas, sobre todo en el mundo globalizado de nuestros días, en el cual los estudios multicéntricos internacionales son cada vez más frecuentes.

Tal vez como reflejo de tales críticas, la actual 5ª versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), de la *American Psychiatric Association* (APA), así como la 11ª versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parecen tender a un enfoque más “espectral” de algunas enfermedades, es decir, a no centrar la atención sobre formas o variedades más específicas, pero sí a la variada gama de signos y síntomas que se puede reunir en torno a determinados diagnósticos.

Esto se puede notar, por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia. Las versiones anteriores de las citadas clasificaciones solían traer códigos específicos para los subtipos clásicos de la esquizofrenia, tales como la paranoide, la catatónica, la hebefrénica, la residual, la simple, etc. Pero las versiones actuales ven la esquizofrenia más como un espectro sintomatológico en el cual, a lo largo del tiempo o en función de variables cambiables, los síntomas de cada uno de sus subtipos clásicos pueden ocurrir, sucesiva o incluso simultáneamente, hecho, además, fácil de ser observado en la práctica clínica.

Sin embargo, algunos pacientes presentan cuadros clínicos con sintomatología más definida y estable, por lo que, por veces, las antiguas clasificaciones, con los citados subtipos, podrían parecer más objetivas para la caracterización diagnóstica de la esquizofrenia. Sea como sea, lo que nos importa aquí es procurar encajar el cuadro clínico del paciente en cuestión en las clasificaciones de diagnósticos actuales como modo de permitir una mejor estandarización conceptual, además de facilitar la evaluación de la eficacia terapéutica del enfoque aristotélico-tomista con relación a un diagnóstico específico.

Si buscamos en el DSM-5 el actual concepto “espectral” de la esquizofrenia, encontramos que:

El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos incluye esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno (de la personalidad) esquizotípica. Esos trastornos son definidos por anomalías en uno o más de los cinco dominios a continuación: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, conducta motora gravemente desorganizada o anormal (incluyendo catatonia) y síntomas negativos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 87, traducción al Español nuestra).

Del mismo modo, si consultamos el actual concepto de esquizofrenia en la CIE 11, pese a que la subdivide en algunas especificaciones, tales como esquizofrenia de primer episodio, de episodios múltiples, continua, otra esquizofrenia especificada y sin especificación, podemos ver que él también la describe de modo amplio:

La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia personal (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la voluntad o voluntad (por ejemplo, pérdida de motivación), el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada) y el comportamiento (por ejemplo, comportamientos que parecen bizarros o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que

interfieren con la organización del comportamiento). Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonía. Las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales. Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2022).

Si volvemos a la versión anterior del DSM, o sea, el DSM-4 TR, podemos encontrar todavía la antigua subdivisión de la esquizofrenia. En ella, si examinamos la definición de esquizofrenia desorganizada, también llamada hebefrénica, podemos leer:

Las características esenciales de la Esquizofrenia de Tipo Desorganizado son el discurso desorganizado, la conducta desorganizada y el afecto inapropiado o embotado. El discurso desorganizado puede ser acompañado de conducta pueril y risas que no están propiamente relacionadas con el contexto del discurso. [...] Los criterios para el Tipo Catatónico no son rellenados y las ideas delirantes y alucinaciones, caso estén presentes, son fragmentadas y no están organizadas de forma coherente. Como características asociadas están incluidos los manierismos y las conductas extrañas. Pueden ser notadas alteraciones en el rendimiento en diversos tests neuropsicológicos y cognitivos. Este subtipo está también asociado a alteración de la personalidad premórbida, inicio precoz e insidioso y evolución continua sin remisiones significativas. Históricamente y en otros sistemas de clasificación, este tipo es designado por *hebefrénico*. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 314, *italico del original, traducción al Español nuestra*).

De igual modo, la 10ª versión de la CIE (CIE-10) registra todavía el subtipo “esquizofrenia hebefrénica” y la caracteriza como:

Forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, p. 309, 1995).

Así, si comparamos la nosografía presentada en las citadas versiones del DSM y del CIE con la sintomatología exhibida por el paciente en foco no será muy difícil percibir tratarse de un cuadro compatible tanto con el actual concepto “espectral” de esquizofrenia, cuanto con el diagnóstico más específico de esquizofrenia desorganizada (DSM-4 TR) o hebefrénica (CIE-10), por lo que pareció razonable adoptarlo por lo menos como hipótesis diagnóstica. Tal hipótesis era condición básica para la formulación de una

estrategia terapéutica, la cual, en este caso concreto, fue basada en los principios terapéuticos derivados del enfoque psicológico aristotélico-tomista.<sup>5</sup>

Este diagnóstico, que podría ser hecho por un profesional de la salud mental de cualquier escuela, fue reforzado por el enfoque tomista, el cual, pese a llevar en cuenta otros puntos de vista, converge con las conclusiones del diagnóstico convencional. Sin embargo, para una mejor comprensión de tales aportes diagnósticos, como también del razonamiento clínico y del abordaje terapéutico que serán presentados más adelante, conviene examinar, ahora, los supuestos teóricos del mencionado enfoque aplicados en el caso clínico en cuestión.

### Supuestos teóricos

El lector interesado podrá encontrar mayores informaciones sobre el asunto en fuentes primarias, como, por ejemplo, los principios metafísicos establecidos por Aristóteles (2005), en especial en lo que dice respecto a los conceptos de acto y potencia, materia y forma (las cuales constituyen la base de la llamada concepción hilemórfica de los entes del universo visible),<sup>6</sup> así como en las aplicaciones que el filósofo griego hizo de tales principios a la mente humana, en lo que se considera el primer estudio sistemático sobre el tema en la Historia, es decir, en sus tres libros *De anima* (ARISTÓTELES, 2006).

También como fuentes primarias, se podrá recurrir a los desarrollos de tales principios hechos por Santo Tomás de Aquino en algunas de sus Obras (1953, 2001, 2001-2006). En estos dos autores se encuentra la fundamentación teórica de lo que convencionalmente se llama de Psicología Tomista.

Si se quisiera profundizar tal enfoque con base en fuentes secundarias, el lector podría recurrir a autores como Alibert (1903), Barbado (1943), Brennan (1960, 1969), Butera (2010, 2021), Cantin (1948), Collin (1949), Krapf (1943), Megone (2010), Mercier (1942), Miner (2009) y Thompson (2005), por ejemplo, o aún a estudios más sintéticos y adaptados al lector actual, como en Cavalcanti Neto (2012, 2014, 2015, 2017, 2018, 2021, 2022).

En algunos de estos últimos (CAVALCANTI NETO, 2015, 2021, 2022), hubo ocasión de centrar la atención tanto en la fundamentación teórica que permite delinear principios diagnósticos y terapéuticos para las enfermedades mentales, cuanto en sus aplicaciones a casos clínicos concretos. Con relación al razonamiento clínico, uno de esos estudios examina, más específicamente, las aplicaciones de la Lógica aristotélica a la práctica clínica (CAVALCANTI NETO, 2018), aplicaciones éstas que también fueron empleadas al caso que es objeto de este reporte.

---

<sup>5</sup> Para mayores informaciones sobre tales principios terapéuticos, ver Cavalcanti Neto (2015).

<sup>6</sup> El término “hilemórfico” deriva del griego y es resultante de la junción de las palabras *hylé*, o materia, y *morphe*, forma. Para más detalles, ver en Aristóteles (2005) algunos trechos más significativos en los siguientes apartados (en numerales romanos) y pasajes (registrados conforme la notación de Bekker): sobre materia y forma, ver Aristóteles (2005), VII, 3, 1028b33 y sigs.; VII, 10, 1034b20 y sigs., bien como a lo largo de todo el libro VIII. Sobre forma y materia se puede ver además Aristóteles (2009), II, 1, 192b21 y sigs. Sobre acto y potencia: V, 1019a15-1020a6; IX, 1, 1045b27-1046a35; IX, 2, 1046a36-1046b28; IX, 3, 1046b29-1047b2; IX, 5, 1047b31-1048a24; IX, 6, 1048a25-1048b36 y IX, 8, 1049b4-1051a4.

Como sería imposible sintetizar todo este conjunto de supuestos teóricos en los estrechos límites del presente estudio, nos limitaremos aquí a resaltar tan solamente aquellos indispensables para tornar comprensibles sus aplicaciones al paciente en cuestión. Así, en primer lugar, cumple recordar la noción aristotélico-tomista de salud mental, término que, por cierto, no fue utilizado ni por Santo Tomás, ni por Aristóteles, en el sentido que hoy en día es utilizado, dado que ellos no empleaban un enfoque clínico en sus estudios, sino el filosófico.

Según este enfoque, como se podrá comprobar en Brennan (1960, 1969) o en los textos de Cavalcanti Neto luego arriba mencionados, se puede caracterizar el equilibrio psíquico como el armónico gobierno de la potencia intelectual sobre la volitiva, y de estas dos sobre las potencias apetitivas sensitivas, los sentidos externos e internos, resultando en una conducta personal y social bien adaptada a los estímulos, conflictivos o no, tanto internos cuanto del entorno.

Por otra parte, los tres actos propios de la potencia intelectual, que son la simple aprensión (de la “*quiddidad*”, aquello que la cosa es), el juicio y la inferencia (o razonamiento) funcionarán en plena coherencia con la realidad objetiva y con las reglas innatas de la lógica. Cumple destacar el papel central de los juicios en el equilibrio mental porque ellos son los actos intelectivos que permiten realizar las operaciones de inclusión o exclusión del sujeto conocido en el predicado que se hace de las realidades conocidas y así hacen la puente entre la simple aprensión de la *quiddidad* de los seres con los razonamientos que se hacen con base en estos mismos juicios (BRENNAN, 1960, 1969).

Lo que, dicho en términos actuales, significa que el equilibrio mental es aquel estado que permite a la persona entender, interpretar y responder, con base en la razón y con pleno ejercicio de su libre albedrío, a los estímulos interiores y exteriores, así como adecuar sus emociones (que son los actos de las potencias apetitivas sensitivas), rememoraciones, imaginaciones e instintos (que son los actos de las potencias sensitivas internas) a la cognición objetiva de la realidad para decidir y actuar en consecuencia, de modo adecuado a la realidad. Cumple recordar aquí que tal concepción tiene evidentes analogías con el enfoque cognitivo-conductual sobre la salud mental.<sup>7</sup>

En sentido contrario, la pérdida del equilibrio mental se caracterizará por el detrimento del gobierno de la inteligencia y de la voluntad sobre las demás potencias. La sintomatología se diferenciará en función de cuál potencia o facultad mental esté predominando en tal detrimento, así como en función del mayor o menor coherencia de los juicios con la realidad objetiva y, en consecuencia, de las repercusiones de tales juicios en el contenido y en el curso del pensamiento.

Si tenemos, por ejemplo, una fuerte influencia de la memoria y de la imaginación sobre el referido gobierno intelectual-volitivo, hasta el punto de que el individuo pase a acreditar que son reales los objetos que imagina y/o recuerda de modo desequilibrado, podremos tener la aparición sintomática de los diversos tipos de alucinaciones, que serán visuales, auditivas o táctiles en función de cuánto y cómo tales sentidos externos estén concernidos en los desequilibrios del funcionamiento de los internos (sentido común, memoria, imaginación y cogitativa).

---

<sup>7</sup> El lector interesado podrá encontrar un mayor desarrollo de tales analogías en Butera (2010, 2021), Cavalcanti Neto (2012, 2017), DeRobertis (2011) y Megone (2010), por ejemplo.

Ya cuando el paciente se habitúa a realizar juicios incoherentes con la realidad, pasando a creer en ellos, lo que muchas veces se da por interferencia de las emociones, así como de las imaginaciones, recuerdos y/o instintos, podremos tener las variadas formas de ideaciones delirantes. Nos dispensamos de presentar aquí algunos ejemplos porque pretendemos hacerlo luego adelante, al describir el razonamiento clínico del caso en examen. Aplicando tales principios a éste último, podemos ver con facilidad que permiten al razonamiento diagnóstico convergir con aquél formulado con base en las clasificaciones diagnósticas internacionales actuales, tal como se propuso arriba.

La necesidad de hacer acá una muy breve síntesis de la concepción psicopatológica del enfoque tomista puede tener como consecuencia dar la impresión de que ella sea un tanto simple. Pero si el lector interesado recurrir a los trabajos citados más arriba en este tópico, teniendo en vista profundizar dicha concepción, podrá notar por sí mismo la coherencia que ella presenta con lo que se puede observar en la práctica clínica diaria, además de encontrar respuestas para objeciones a que una rápida exposición superficial de la materia pueda dar lugar.

### **Razonamiento clínico**

La aplicación de los supuestos teóricos que venimos de exponer a los síntomas registrados en la anamnesis del paciente en cuestión nos permite observar que el equilibrio de sus potencias estaba perjudicado hasta el punto de que su inteligencia casi no le permitía más formular razonamientos coherentes con la realidad y su voluntad debilitada casi ya no le facultaba coordinar las demás potencias, así como su conducta de un modo general, de modo a tornarla coherente con la realidad.

Por otra parte, sus pasiones o emociones también se hallaban coartadas y/o embotadas, tanto por la debilitación de la inteligencia y la abulia de la voluntad, cuanto por la hipertrofia de la imaginación y de la memoria, haciendo con que estos sentidos internos asumieran un papel de comando, mayor o menor conforme las circunstancias, del funcionamiento mental y de la conducta del paciente, el cual competiría, normalmente, a la inteligencia y a la voluntad.

Se podría objetar que no habría evidencias de tal predominio de la imaginación y de la memoria, pero tanto la anamnesis inicial, cuanto su profundización realizada a lo largo de las sesiones psicoterapéuticas, sí lo comprobaron. Porque siempre que se preguntaba al paciente, sea en su vida familiar, sea en las consultas clínicas, por que no conseguía responder a lo que se le preguntaba, o que hacía cuando se ponía absorto en el momento de comer, el joven contestaba que estaba “pensando”, es decir, imaginando y/o recordando algo. Vale notar que “pensando”, en su contexto, no podría tener el significado de “razonando”, es decir, haciendo silogismos, porque si los hiciera, fácilmente conseguiría contestar a lo que se le preguntaba.

Hace falta recordar también, en este particular, que el paciente asoció su aislamiento personal, cuando tuvo que interrumpir su curso universitario, al uso excesivo de videojuegos. Por la descripción que hizo de tales juegos, no en la primera consulta, porque entonces casi no conseguía formular frases, pero más adelante, se trataba de diversiones digitales que le ponían en un mundo totalmente imaginario, con personajes fantásticos con los cuales podría confundir su propia persona, etc.

Esto inducía el paciente a un uso exacerbado de la imaginación, caracterizado, además, por un fuerte componente de dependencia psicológica, análoga a la dependencia química producida por narcóticos. Son conocidas las teorías de que los videojuegos estimulan la producción del neurotransmisor dopamina,<sup>8</sup> tal y como lo hacen las drogas de abuso. Sólo con mucha dificultad y paulatinamente fue posible deshabituarlo de esos videojuegos, a la medida en que progresaba la terapia, como se verá más adelante.

Todavía, el desequilibrio del funcionamiento de sus potencias no llegaba al punto de cerrarlo totalmente al contacto con el mundo exterior, ni a bloquear por completo la interlocución con los demás, como suele acontecer en las etapas más avanzadas de esta enfermedad, pero ya lo perjudicaba notablemente, a punto de no se tener certeza si el paciente comprendía bien lo que se le era dicho y de casi se tener por cierto que no tendría fuerza de voluntad para poner en práctica ninguna orientación conductual que le fuera sugerida, en aquella etapa inicial de la terapia.

Esta situación ponía una evidente dificultad para el abordaje psicoterapéutico que, en el caso del enfoque aristotélico-tomista, tiene muchas analogías con el cognitivo-conductual. Porque, en este último, hace falta hacer comprender al paciente las cogniciones incoherentes con la realidad que le perjudican el normal funcionamiento de su conducta personal y interpersonal.

Pero, ¿cómo hacer comprender algo a alguien que ya está con su capacidad de comprensión perjudicada por un predominio de su actividad imaginativo-memorativa sobre la intelectual-volitiva?

Los supuestos aristotélico-tomistas sugieren que, en estos casos, hace falta ir por el camino inverso y llegar a las cogniciones desconectadas de la realidad a través de la conducta del paciente, modificándola tanto cuanto posible de modo a traerla lo más posible de vuelta a lo que debería ser su normal funcionamiento.

Esto porque, si la conducta patológica es la resultante del dinamismo inadecuado de las potencias del ser humano, sea por el predominio de los sentidos internos o de los apetitos sensitivos (en términos contemporáneos, de la memoria, imaginación e instintos, por una parte, y de las emociones, por otra, que son los respectivos actos de aquellas potencias) sobre la inteligencia y la voluntad, la adecuación de esta resultante, que es la conducta, tenderá a hacer con que el predominio de aquellas potencias sobre estas últimas sea cada vez menor, teniendo en vista a que, con el tiempo, estas últimas puedan reasumir su papel de gobierno sobre aquellas otras.

Para el profesional poco habituado al enfoque tomista, tal vez este razonamiento clínico pueda parecer un tanto apriorístico, pero él refleja lo que se puede observar en la vida diaria. Por otra parte, si se lo observa bien, no deja de ser muy semejante al razonamiento que se emplea en técnicas de terapia cognitivo-conductuales.

Es también con base en este principio de reajuste conductual que se educan los niños, se corrigen los delincuentes y hasta se domestican animales salvajes. Es aún lo que se puede comprobar en la práctica clínica, cuando debidamente empleado, como se podrá inferir de los resultados clínicos en el caso en estudio presentados más adelante.

---

<sup>8</sup> Para una revisión no sistemática, pero abarcativa, sobre el tema, ver Parmar y Lagoy (2021).

## **Estrategia terapéutica**

Dado que, al inicio del tratamiento, el paciente no se mostraba accesible a una interlocución terapéutica satisfactoria, ni se podía saber hasta que punto entendía y/o como interpretaba lo que se le decía, fue necesario establecer, como primera etapa, una terapia de naturaleza predominantemente conductual. Para eso, fue de gran valía la colaboración de la madre del paciente que de hecho se empeñó en seguir las orientaciones que se le eran hechas.

Se le solicitó que identificara, de entre sus familiares, amigos o conocidos, alguien que tuviera una empresa en la cual el paciente pudiera desarrollar una actividad profesional, aunque no remunerada, como estrategia inicial de terapia ocupacional, tal como se hace en los talleres protegidos.

La experiencia de los talleres protegidos y sus resultados terapéuticos en diversos tipos de enfermedades mentales son, hoy en día, por demás conocidos y ampliamente difundidos, lo que dispensa mayores explicaciones de los motivos y detalles de la iniciativa.<sup>9</sup>

La única diferencia es que, en el caso del paciente, no se disponía, o no se conocía, ninguno de estos talleres en el cual se lo pudiera introducir. Después de una búsqueda que tardó algunos meses, la madre del paciente se entendió con un conocido, dueño de un pequeño taller de carpintería, que aceptó recibir al paciente como aprendiz no remunerado.

Sin embargo, no parecía conveniente decir abiertamente al “empleador” que se tratara de una estrategia terapéutica, por el riesgo de que el estigma de la enfermedad fuera causa de que el paciente no fuera aceptado.<sup>10</sup> Por esta razón, se introdujo un neuroléptico para garantizar que síntomas como risas inmotivadas, manierismos o conductas inapropiadas pudieran desencadenar este tipo de estigma. Así, que se le prescribió una tableta de 5 mg haloperidol al día, asociada a otra de 2 mg de biperideno para prevenir efectos colaterales extrapiramidales, como tentativa de empleo de dosis mínima efectiva.

El paciente aceptó la terapia ocupacional de buena voluntad y, en algunos días, ya presentaba nítida mejora, con desaparición progresiva de sus síntomas, los cuales, además, no aparecían en cuanto estaba ocupado en el taller. Después de algún tiempo, volvió a jugar voleibol por iniciativa propia, tal como solía hacer antes, en un club de su barrio. Así que, después del uso de tan sólo dos cajas de la medicación (cerca de 40 tabletas de cada una de ellas) fue posible suspenderla definitivamente.

No hay como establecer un nexo causal decisivo entre esta rápida remisión sintomática y tan sólo la terapia ocupacional, de un lado, o la psicofarmacológica por sí sola, del otro. Desde el punto de vista aristotélico-tomista, parecería suficiente concentrar la atención del paciente en una actividad productiva, asociada a la interacción social

---

<sup>9</sup> Para una profundización del asunto en el campo de la esquizofrenia, se puede ver, por ejemplo, el trabajo de Drake (2018). Ya los estudios de Esser et al. (1965) o Meislin (1954) son indicativos de la antigüedad de la experiencia con talleres protegidos.

<sup>10</sup> “El estigma contra las personas con esta afección es intenso y generalizado” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Notas descriptivas, 21 ene. 2022). Para mayores subsidios sobre el tema, ver Dickerson et al. (2002) o la revisión sistemática de Valery y Prouteau (2020), por ejemplo.

concomitante, para desviarla de su excesiva actividad introspectivo-imaginativa y, con eso, alejar sus síntomas.

Pero la introducción de la variable psicofarmacológica imposibilita el establecimiento de un nexo causal exclusivo con la terapia conductual. Sea como sea, el uso de la medicación atingió su objetivo, que era tan solamente intentar garantizar que el apareamiento de los síntomas, y el consecuente surgimiento del estigma, perjudicara la estrategia conductual.

Como la familia del paciente no tenía recursos suficientes para ingresarlo en una universidad privada y las públicas son muy concurridas en Brasil, él quedó todo el primer semestre de 2022 sin volver a estudiar. Sin embargo, el terapeuta<sup>11</sup> continuó insistiendo hasta que consiguieron matricularlo en una universidad de buen nivel, pero con mensualidades más asequibles. Por otra parte, como en esta etapa el paciente ya conseguía formular frases, entablar conversaciones y interaccionar socialmente sin mayores problemas, se le orientó a empezar a procurar empleo remunerado, lo que le permitiría pagar sus propios estudios.

Al final, el paciente obtuvo empleo en la cafetería de una panadería de buen nivel y pasó a trabajar en el atendimento a clientes diferenciados. Así, pasó a frecuentar las clases en su nueva universidad en el segundo semestre de 2022, arcando personalmente con las mensualidades. Uno de los objetivos de esta intensa terapia ocupacional era no darle tiempo al paciente para volver a su adicción a los videojuegos, pese a que siempre se detenía algún tiempo en ellos.

También por esta ocasión se empezó la psicoterapia de orientación aristotélico-tomista propiamente dicha, una vez que el paciente ya interactuaba satisfactoriamente con el terapeuta. El relacionamiento terapéutico mejoró progresivamente, ya que, al principio, el paciente no parecía muy motivado, pese a que ya estaba desarrollando las actividades ocupacionales y resocializadoras prescritas. Cuanto a los videojuegos, se ponía de acuerdo con los razonamientos del terapeuta sobre los efectos nocivos sobre su salud mental, pero, en la práctica, continuaba a jugarlos un poco, por veces tarde de la noche, según relataba su madre.

Con todo, se le fue presentando, también progresivamente, el proceso psicopatológico por el cual llegó a su cuadro clínico inicial y el porqué de las iniciativas ocupacionales recomendadas, así como las razones de sus efectos positivos, aprovechando cada sesión para reforzar la motivación para ellas. En determinado momento, sin embargo, el paciente pareció comprender bien ambas cosas y pasó a demostrar mayor interés en la terapia, mejorando, además, el *rappont* terapéutico y la motivación. En esta fase, parece que el paciente abandonó por completo los videojuegos, centrando su atención en los estudios, en el trabajo, en el deporte (voleibol) y en el relacionamiento social en ambos entornos.

Conviene sintetizar y focalizar, ahora, el proceso psicopatológico del paciente y como se lo presentó a él, así como a su familia, pues tal presentación es elemento fundamental de la psicoterapia de orientación aristotélico-tomista.

---

<sup>11</sup> Para efectos de desambiguación, cuando el texto se refiere al “terapeuta” se está refiriendo al psiquiatra autor de este trabajo.

La concepción psicopatológica basada en este enfoque es, como visto,<sup>12</sup> hilemórfica, es decir, parte del principio de que los seres del universo visible son compuestos de materia y de forma. La forma, o información, es lo que actualiza la materia. Se puede ejemplificar con el hecho de que la materia vidrio pueda ser transformada en un vaso o en una botella, en función de la forma que se le aplique, lo que significa que el vidrio está en potencia para ser uno u otra y lo que lo actualiza es la forma que se le de. La misma concepción se aplica incluso a las más complejas tecnologías de nuestros días: el *software* (forma) es lo que permite al *hardware* (materia) de una computadora funcionar.

Aplicada a las enfermedades mentales, la concepción hilemórfica es, por tanto, coherente con la mayor o menor presencia de predisponentes materiales, como son los genéticos y los biológicos,<sup>13</sup> incluso los ambientales, además de los propiamente psicológicos, o formales, en la génesis de tales enfermedades.

Por esa razón, acontecimientos vitales que podrían no influenciar en nada el equilibrio mental de una persona sin tales predisponentes, lo pueden influenciar determinantemente en otras. Por ende, si hay algún tipo de predisposición material para la esquizofrenia en un determinado individuo, episodios de su vida personal que le lleven a aislarse y a entregarse a sus imaginaciones, tanto más si esta fuere estimulada, como en el caso concreto, por videojuegos que no hacen otra cosa sino poner el “usuario” en un mundo virtual e imaginario, no debe sorprender que, en tales personas, se pueda agravar tendencias esquizofrénicas ya presentes en su carga genética y/o influenciadas por su biografía personal.

En otros términos, fue lo que pasó con el paciente en cuestión que, además de tener una personalidad ya tendente al aislamiento y a la introversión, se entregó a estas tendencias más decisivamente cuando se sintió personalmente fracasado por interrumpir el curso universitario que empezaba con tanta ilusión, y habituó su inteligencia y su voluntad a someterse al predominio de la imaginación (así como, en parte, de la memoria y de las emociones), al “dedicarse” intensamente a los videojuegos.

A partir del momento en que el paciente fue capaz de comprender tal proceso psicopatológico, su adhesión racional y voluntaria a la propuesta terapéutica, en particular en lo que dice respecto al componente ocupacional/conductual, progresó notablemente, a punto de hacerlo retomar la vida autónoma que empezaba a seguir antes de su enfermedad.

Y tal comprensión hace el eslabón entre los dos componentes que hoy en día se llaman cognitivo y conductual, que, de ese modo, pasaran a interactuar positivamente, uno reforzando al otro. Tal interacción permitió avanzar aún más en el proceso de resocialización, reprofesionalización y reanudación con la realidad.

Antes de interrumpir su primer curso universitario, el paciente había empezado a participar de un programa de investigación científica para estudiantes de graduación en

---

<sup>12</sup> Ver apartado “Supuestos teóricos”.

<sup>13</sup> La pesquisa científica en este particular es abundante y diversificada. Véanse, por ejemplo, los recientes hallazgos de Trindade et al. (2022) sobre el posible papel de alteraciones congénitas en los astrócitos que perjudicarían la maduración del cerebro por medio de alteraciones en el desarrollo de su vascularización y consecuente malformación de circuitos cerebrales, favoreciendo el apareamiento de la esquizofrenia en la juventud o edad adulta.

una de las mejores universidades públicas de Brasil, pese a no ser alumno regular de ella. Pero, al interrumpir dicho curso, salió también de este grupo estudiantil de investigación.

Como parte de la terapia resocializadora, se le estimuló a volver a este programa de investigación científica, lo que hizo con muy buen resultado. No hubo mayor dificultad porque, según los regimientos internos de aquella institución, no hace falta ser alumno regular para participar de sus grupos de investigación. El paciente ya llegó a producir un primer artículo científico y lo presentó en una charla académica, con aprobación de sus profesores y colegas.

Cumple observar que, a pesar de las semejanzas o analogías existentes entre el enfoque aristotélico-tomista y el cognitivo-conductual,<sup>14</sup> eso no significa que la terapéutica basada en el primero observe siempre la misma “cronología” del segundo, es decir, un abordaje cognitivo al cual se sigue un conductual, sino que, por su flexibilidad, el aristotélico-tomista se adaptará siempre a cada caso clínico individual, a sus características genéticas, socio-ambientales y psicopatogénicas, así como a la evolución que pueda presentar.

Por lo que, como en el caso de que nos ocupamos, el primer abordaje terapéutico podrá ser el conductual – para emplear la terminología contemporánea – seguido por el cognitivo, para después hacerlos concomitantes y interactuantes, con énfasis mayor o menor en cada uno de ellos según evolucione el cuadro clínico del paciente.

La estrategia terapéutica en los dos o tres meses que precedieron la conclusión de este reporte tuvo que pasar por una readaptación en función de los eventos que serán presentados a continuación. Como la estrategia se mantuvo esencialmente la misma, las adaptaciones serán presentadas cuando se haga la mencionada descripción, para facilitar la comprensión del lector.

### **Evolución clínica del paciente**

Como ya mencionado, la sintomatología inicial remitió rápidamente desde el momento en que el paciente empezó la fase conductual del tratamiento, mejora ésta consolidada con el inicio de la psicoterapia, o fase cognitiva. Desde entonces, el paciente venía presentando una satisfactoria estabilidad, habiendo retomado su vida autónoma, social y profesional, sin uso de medicaciones, de que hizo uso por tan solo cerca de cuarenta días, al inicio de la terapia ocupacional.

El paciente no presentó recidivas de la sintomatología objetiva, ni siquiera leves, ni las sucesivas entrevistas dieron ocasión a que se observaran alteraciones del curso, contenido o coherencia con la realidad de sus funciones intelectual-volitivas. Su interacción interpersonal se mostraba muy satisfactoria, tanto con el terapeuta, cuanto en los entornos profesionales, deportivos y estudiantiles que frecuentaba, hasta el punto de, al parecer, no se percibir su enfermedad anterior en dichos entornos, lo que se puede inferir por la ausencia del fenómeno del estigma que suele ocurrir en estos casos.

Por esta razón, además de reintroducirlo en el programa de investigación científica arriba mencionado, se le estimuló que profundizara sus conocimientos en inglés científico

---

<sup>14</sup> Sobre tales analogías, remitimos nuevamente el lector interesado a trabajos como los de Butera (2010, 2021), Cavalcanti Neto (2012, 2017), DeRobertis (2011) y Megone (2010), por ejemplo, como ya se mencionó al principio de este estudio.

(lo que hizo con ahínco) y se estaba tratando de vincularlo también al sector de pesquisa de la universidad privada donde está estudiando.

Sin embargo, alrededor de octubre de 2022 empezaron una sucesión de eventos adversos que fueron perjudicando, uno a uno, los elementos conductuales de la terapia.

La panadería donde el paciente estaba trabajando pasó por dificultades financieras y los propietarios decidieron demitir los empleados más recientes, porque eran los de menores costos laborales. El terapeuta pidió a la madre del paciente que conversara con la encargada inmediata del joven para averiguar si la demisión no se debiera a conductas extrañas o manifestaciones sintomáticas, pero dicha encargada garantizó que el paciente se mostraba un excelente funcionario, a punto de que lo tornarían a llamar cuando la empresa mejorara.

El paciente se empeñó en buscar nuevos empleos, pero el país ya empezaba a pasar por las instabilidades políticas que le marcaron desde las elecciones presidenciales de octubre de 2022, lo que tal vez tenga inhibido la oferta de puestos de trabajo. Llegó a empezar una nueva ocupación en el área de ventas de cursos universitarios, pero el bajo retorno financiero lo llevó a abandonarla.

Alrededor de noviembre, empezaron las vacaciones escolares y el paciente dejó de ir tanto a la universidad, cuanto al grupo de investigación científica de la universidad pública de que participaba, quedándose en casa sin mayores ocupaciones, lo que favoreció el retorno a los videojuegos. En realidad, pese a las orientaciones del terapeuta, parece que nunca los había abandonado completamente, aunque las ocupaciones que le eran asignadas por el tratamiento hiciesen que redujera bastante su uso. Con las vacaciones, además, el departamento de investigaciones científicas de su universidad (la privada) fueron suspendidas y, del mismo modo, las tratativas para intentar encajarlo allí.

Para empeorar, en el inicio de enero de 2023 el paciente sufrió una seria lesión en la rodilla en cuanto jugaba voleibol, y recibió orientación médica de evitar andar cuanto posible hasta que pudiera someterse a una cirugía, que deberá tardar pues tendrá que hacerla en el servicio público de salud de su ciudad, por no tener seguro médico, lo que lo llevó a quedarse aún más aislado en su casa. Su adicción a los videojuegos pasó a agrandarse y su interacción personal a disminuir cada vez más.

Por otra parte, como hasta dicha lesión, el paciente parecía perfectamente recuperado de la enfermedad mental a sus familiares, las advertencias y orientaciones del terapeuta para buscar nueva ocupación laboral e interacción social fueron un tanto relativizadas, tal vez por no darse enteramente cuenta del efecto nocivo de la falta de interacción personal sobre el paciente.

Tal vez también no se les figuraba tan grave así el uso (o mejor, abuso) de los videojuegos, opinión compartida por el paciente, tanto que no los abandonaba. Aunque se mostrasen de acuerdo con las orientaciones del terapeuta para sustituir los videojuegos por actividades laborales, incluso informales y/o de *homework*, en la práctica el abuso de las diversiones digitales le ocupaba la mayor parte del tiempo.

En las consultas durante el mes de enero, el paciente continuaba con curso del pensamiento regular, contenido agregado, pero con intervalos en que silenciaba, como a quedarse absorto. Por veces parecía no entender lo que se lo decía, pero al se le repetir mostraba perfecta comprensión. Presentaba, así, una forma atenuada de su cuadro inicial en materia de interlocución. Pese a la insistencia del terapeuta, las advertencias y

orientaciones conductuales, tanto al paciente, cuanto a sus familiares, continuaron siendo relativizadas.

Fue sólo en fines de enero de 2023 que la madre del paciente empezó a notar algunas alteraciones en su hijo. Le parecía notar “miradas extrañas”, ligeras dificultades de comunicación, ansiedad y episodios de tristeza. Después vinieron las risas inmotivadas y soliloquios esporádicos, episodios de insomnio y, a continuación, de quedarse en el lecho gesticulando como quien estaba jugando en computadora, con ojos medio cerrados, con balbucíos inaudibles, etc.

A principios de febrero de 2023, por la madrugada, el paciente presentó un episodio de insomnio y agitación psicomotora, con alucinaciones y actividad delirante relacionadas con el contenido de videojuegos, para gran susto de su madre y padrastro, que nunca lo habían experimentado antes. Se les fue orientado llevar el paciente para un servicio de urgencia psiquiátrica, dado que viven en una ciudad no tan cercana de la del terapeuta, para una evaluación más completa y para obtener las recetas del haloperidol 5 mg y biperideno 2 mg, que fue necesario reintroducir.

En el pronto-atendimiento el paciente se mostró un tanto más calmo y por eso no llegó a recibir ninguna medicación. Empezó a hacer uso de las sustancias arriba mencionadas al volver a la casa y por la tarde del día siguiente habló con el terapeuta por teléfono. Se mostraba más calmo, con pensamiento agregado y sin cortes, estableciendo un diálogo casi regular.

Pero lo notable fue el “*insight*” del paciente cuanto al efecto nefasto de los videojuegos sobre su estabilidad mental y el rechazo que parecía tenerles a partir de la pésima experiencia de la noche anterior. Del mismo modo la receptividad del paciente a las orientaciones del terapeuta, sobre todo cuanto a la necesidad de ocupación laboral, pareció crecer a un grado aún mayor que cuando estaba completamente bien.

En dicha entrevista, pese a mostrarse inicialmente pesimista cuanto a su retorno a la universidad, se le convenció de los aspectos positivos de volver a las clases, que estaban a punto de reanudar, así como de su determinación en abandonar los videojuegos, de su perfecta capacidad para volver a estudiar y a trabajar, incluso porque precisamente en esto consistía el componente conductual de su tratamiento, como lo comprobaban los óptimos resultados que obtuvo cuando los implementó por primera vez. Al parecer, el mismo efecto motivacional “convencedor” cuanto a la necesidad de seguir las orientaciones conductuales se hizo notar en su madre y en el padrastro, el cual pasó a involucrarse en el tratamiento, cosa que antes no hacía.

Tres días después de la crisis de agitación delirante, el paciente compareció a una entrevista de empleo que ya estaba programada antes y fue aprobado. Él y su familia se mostraron muy animados con el hecho, así como con el retorno a las clases, lo que hace esperar que los mismos efectos positivos de la terapia antes de la recidiva se hagan notar ahora, cuando de la retomada de las actividades terapéuticas conductuales. La dosis del haloperidol fue reducida para la mitad, tan sólo como preventivo de que alguna sintomatología le pudiera producir el fenómeno del estigma, perjudicando dichas actividades, y con la intención de suspenderlo tan pronto cuanto posible, como en la primera etapa del tratamiento.

Es interesante notar que la motivación del paciente el obtener nuevo empleo le hizo continuar a procurar otros puestos de trabajo, ya que, en el que había sido aprobado, sólo empezaría después de algunas semanas. Algunos días más tarde fue aprobado para

trabajar como subgerente de otra panadería de su ciudad y, hasta la conclusión de este informe, seguía con muy buen desempeño en la nueva función, así como en las actividades estudiantiles. Sólo no le fue posible retomar las actividades deportivas, por cuenta de la lesión en la rodilla, de la que, dicho sea de paso, tuvo una notable mejor que le permitió volver a deambular satisfactoriamente.

El conjunto de los datos de la evolución permite, por tanto, admitir un pronóstico favorable, caso el paciente y su entorno familiar persistan en la adhesión a la estrategia terapéutica, y pese a las reservas que generalmente se puede encontrar en la bibliografía especializada cuanto al pronóstico para este tipo de enfermedad.

## Discusión

La Organización Mundial de la Salud señala que, a nivel mundial, la esquizofrenia “afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0,32%). En los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0,45%)”, y que los esquizofrénicos “tienen una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de morir prematuramente que la población general”, añadiendo que el “estigma contra las personas con esta afección es intenso y generalizado, es causa de exclusión social y afecta a sus relaciones con los demás, en particular sus familiares y amigos” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Notas descriptivas, 21 ene. 2022).

Por otra parte, la misma institución observa que:

Al menos un tercio de las personas que padecen esquizofrenia experimentan una remisión completa de los síntomas. Algunas personas que padecen esquizofrenia experimentan recurrentemente un empeoramiento y una remisión de los síntomas a lo largo de la vida, otras, un empeoramiento gradual de los síntomas con el paso del tiempo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Notas descriptivas, 21 ene. 2022).

Cuando se trata del subtipo anteriormente clasificado como del tipo “desorganizado” (DSM-IV TR) o “hebefrénico” (CIE 10), como es señalado por varios autores,<sup>15</sup> además de comprobado por la práctica clínica e, incluso, registrado por lo menos en la 10ª versión del CIE-10, el pronóstico para este tipo de enfermedad suele ser reservado:

**Por lo común el pronóstico es sombrío**, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, p. 309, 1995, resaltado en negrita nuestro).

En la praxis psiquiátrica actual el tratamiento de la esquizofrenia, en particular para pacientes con el citado subtipo, consiste, principalmente, en la administración, muchas veces de por vida, de psicotrópicos neurolepticos, en general acompañados de

---

<sup>15</sup> Ver, por ejemplo, Alonso-Fernández (1979), Cutler (2014), Dalgalarondo (2008), Geddes; Andreasen; Goodwin (2020), Hales; Yudofsky (2006), Sadock; Sadock; Ruiz (2017).

medicamentos anti-parkinsonianos para combatir los efectos colaterales motores de origen extrapiramidal que los acompañan, acrecentando también, conforme el caso, antidepresivos, inductores del sueño y antiepilépticos.

Con relación a los neurolépticos, su evolución histórica es ya bien conocida, por lo que no hace falta tejer aquí mayores comentarios. Sin embargo, una breve mirada sobre tal evolución, incluyendo sus desarrollos más recientes, puede ser oportuna para los objetivos de la discusión de nuestro caso clínico.

La primera sustancia de esta clase, la clorpromazina, fue descubierta, casi por acaso, en los inicios de los años 1950 y su efecto antipsicótico fue atribuido a una acción bloqueadora de los receptores de la dopamina-2 (D2). En vista de sus efectos adversos, luego se pasó a la búsqueda de bloqueadores D2 más específicos y con menos efectos colaterales. Así fueron sintetizadas drogas tales como el haloperidol, la flufenazina, la levomepromazina, el penfluridol, la periciazina, la pimozida, la trifluoperazina, la tioridazina y el zuclopentixol.

Pese a su potente efecto sobre los síntomas llamados “productivos”, se percibió que muchas veces empeoraban los llamados síntomas “negativos” y “cognitivos”, además de los efectos colaterales extrapiramidales, por lo que las investigaciones continuaron. Con el advenimiento de novas sustancias, estos medicamentos pasaron a ser llamados de antipsicóticos de primera generación.

La comercialización de la clozapina, aprobada por el FDA en 1989 (pese haber sido descubierta aún en la década de 50) marcó la llamada segunda generación de los antipsicóticos. Tal vez<sup>16</sup> por su acción agonista parcial 5HT 1A y antagonista 5HT 2A, además del bloqueo D2, la clozapina reveló mejor eficacia que los de la primera generación, incluso para los casos llamados de resistentes al tratamiento, pese a los riesgos de neutropenia grave y a los cuidados que eso impone.

Por esa razón, las investigaciones siguieron adelante. Las “apinas” (asenapina, olanzapina y quetiapina), estructuralmente semejantes a la clozapina, y los “odones” (iloperidona, lumateperona, lurasidona, risperidona, paliperidona, ziprasidona), además de algunos otros con estructuras químicas variables, tales como amisulprida, remoxiprida, sertindol, zotepina, etc., fruto de tales investigaciones, constituyó, con el paso del tiempo, el grupo de los llamados antipsicóticos de segunda generación (MILLER, 2023a). Hace falta recordar el advenimiento de las presentaciones inyectables de larga duración, también conocidas como “*depot*”, abarcando antipsicóticos de primera y segunda generación, teniendo en vista facilitar la adhesión del paciente a su administración crónica.

En general, los de segunda generación combinan el bloqueo D2 con el antagonismo 5HT 2A y grados variados de agonismo parcial 5HT 1A, por lo que presentan mejores efectos también sobre los síntomas negativos y cognitivos. Pero, aunque solo presenten cerca de la mitad de los efectos adversos sobre el movimiento con relación a los de la primera generación (CARBON et al., 2017), tales efectos son todavía motivo para dificultades en la adhesión al tratamiento medicamentoso. Incluso porque, como registra el Manual MSD, “todos los antipsicóticos de segunda generación (ASG)

---

<sup>16</sup> Miller (2023a) dice que, pese a la continua investigación, todavía no se entiende bien las causas farmacológicas de la eficacia superior de la clozapina en relación a los demás antipsicóticos.

fueron asociados con el aumento de la mortalidad en pacientes ancianos con demencia” (PORTER et al., 2016, traducción nuestra).

Alrededor de 2002 surgieron los antipsicóticos de tercera generación, tales como el aripiprazol, el brexpiprazol y la cariprazina, dotados de un mecanismo de acción un tanto más complejo, basado en un antagonismo D2 asociado a un agonismo parcial D2 del receptor, lo que parece producir, en parte, menos efectos adversos, pese a se observar aún la acatisia y la discinesia tardía dosis-tiempo-dependiente. En 2019 se lanzó la lumateperona, con un mecanismo de acción aún más complejo (potente antagonismo 5HT 2A y antagonismo D2 modesto, con inhibición de la recaptación de la serotonina y modulación del receptor D1) resultando en un perfil adverso menor (MILLER, 2023a).

Todavía, datos epidemiológicos revelan que un tercio de los esquizofrénicos permanecen con síntomas psicóticos a pesar del tratamiento farmacológico. Otro tercio continúa con recidivas intermitentes de los síntomas positivos, además de síntomas negativos progresivos y deterioro cognitivo. Todavía no hay tratamientos aprobados por el FDA para los síntomas negativos y cognitivos, que son los más perjudiciales a lo largo de la vida, la cual llega a durar cerca de 20 años o menos en los esquizofrénicos en comparación con personas sanas (MILLER, 2023a).

Por esa razón las investigaciones continúan, incluso apuntando para otros receptores que no solamente los D2 y 5HT, una vez que “hay mucho más sucediendo en nuestros cerebros” (MILLER, 2023a, traducción nuestra). Hay estudios sobre nuevas drogas que actúan por medio de mecanismos aún más complejos envolviendo los receptores 5HT, tales como la pimavanserina y la roluperidona (que además de bloquear el 5HT 2A posee antagonismo en los receptores adrenérgicos sigma 2 y alfa 1A).

También se investigan mecanismos de acción alternativos, como los agonistas de los receptores muscarínicos de la acetilcolina 1 y 4 (mAChRs, por su sigla en inglés), tales como la xanomelina asociada al trospium, éste para atenuar los fuertes efectos adversos de aquella, (PAUL et al., 2022; SAUDER et al., 2022 ), y la emraclidina actualmente bajo un ensayo clínico en fase 2 (KRYSTAL et al. (2023).

Aún dentro de esas investigaciones con nuevos procesos de acción se encuentran los basados en las aminas vestigiales, es decir, los agonistas de la amina trazo-receptor asociado 1 (TAAR1, por su sigla en inglés), como el ulotaront (CORRELL et al., 2021; KOBLAN et al., 2020) y el ralmitaront, que funciona como un agonista parcial TAAR1 y se encuentra bajo dos estudios en fase 2 (KANE, 2022; KANTROWITZ, 2021).

Pese a todos esos avances, todavía es frecuente el fracaso de la psicofarmacoterapia, sobre todo cuando em monoterapia, por lo que se intenta los cambios de drogas, por veces cíclicos, las elevaciones de las dosis y/o la asociación de dos antipsicóticos (MORGAN; RICKERT, 2023; ORTIZ-ORENDAIN et al., 2017). Cuando esas estrategias no son bien sucedidas, el paciente puede ser considerado “resistente”, “refractario” o incluso “supra-refractario” a la terapia medicamentosa.<sup>17</sup> En

---

<sup>17</sup> En otro interesante artículo, Miller (2023b) cuestiona el hábito de la Medicina de llamar de resistentes o intratables los pacientes para los cuales ella aún no tiene un tratamiento eficaz. Hábito este que tiene como corolario que, cuando se descubren, muchas veces por acaso, nuevos mecanismos de acción que llevan a tratamientos eficaces, los mismos pacientes, antes “resistentes”, pasan a ser reclasificados como “responsivos”. El problema se agrava cuando se considera que en algunos países ya se practica la llamada “eutanasia psiquiátrica”, como informa, por ejemplo, el artículo publicado por BBC News Mundo en 13

estos casos se emplea también la terapia electroconvulsiva, pese a la progresiva disminución de su uso (ANDRADE, [2020]).

Aún cuanto a los pacientes llamados “refractarios”, en los países donde aún se practica la hospitalización de esquizofrénicos hay aquellos que se quedan ingresados de por vida. En aquellos lugares donde se privilegia el tratamiento ambulatorio, el paciente se queda, por veces, “ingresado” en su propia casa, tornándose, en general, consumidores crónicos de psicotrópicos, sin actividades profesionales y sociales significativas. Infelizmente, hay incluso aquellos que pasan a vivir en las calles, bajo pasos elevados o toldos de tiendas, muchas veces cambiando los psicofármacos por el alcohol y otras sustancias de abuso.

Sin embargo, en la medida en que el paciente se muestre capaz de responder, además de la psicofarmacoterapia se emplea también el tratamiento psicoterapéutico y el ocupacional, incluso de orientación cognitivo-conductual.<sup>18</sup> Como ya mencionado más arriba, el enfoque cognitivo-conductual tiene muchas analogías con el aristotélico-tomista, no tanto en sus fundamentos, pero sí en las prácticas terapéuticas que proponen. Por lo que no se puede tildar de poco prudente el empleo de este último, sin contradecir las evidencias de los resultados del primero.

Por otra parte, no es novedad incluir la inserción laboral en el tratamiento del paciente esquizofrénico o con otras enfermedades mentales graves. El lector interesado podrá encontrar interesantes datos en el trabajo presentado por la Fundación Manantial en la XIX Jornada Anual de Inclusión Laboral en Salud Mental y Organizaciones Saludables, realizada en noviembre de 2022, que constató que “las personas con empleo remunerado tuvieron mayor bienestar psicológico subjetivo que las personas sin empleo, independientemente del diagnóstico, de la discapacidad o de que el empleo fuera ordinario o protegido” (FINOL et al., p. 114, 2021).

Del mismo modo, parece estar en curso actualmente un cambio de paradigma del tratamiento de la esquizofrenia, el cual no tiene más en vista solamente la simple remisión sintomatológica, sino una recuperación de la funcionalidad del paciente. Dicha funcionalidad “abarca las relaciones sociales, el funcionamiento familiar, laboral, académico, o aspectos subjetivos como la calidad de vida y el bienestar emocional” (ARANGO, 2022), como observó el expresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, Dr. Celso Arango, en la última versión del *Meet The Expert* que reunió, en España, más de 200 expertos internacionales para discutir el tema.

De cierto modo también es este el enfoque de la Terapia Cognitiva Orientada para la Recuperación (TCOR), recientemente propuesta por Grant e Inverso (2023) en asociación con Aaron Beck (2021), la cual muestra notables semejanzas con el enfoque adoptado en el caso clínico presentado en este reporte.

---

dic. 2021 titulado “Eutanásia psiquiátrica: entenda essa prática polêmica e onde ela é permitida” (EUTANÁSIA..., 2021).

<sup>18</sup> Ver Forlenza y Miguel (2012), Gutiérrez Ciceri, Ocampo Saldarriaga y Gómez Franco (2008), Muñoz Molina y Ruiz Cala (2006) que hacen interesantes revisiones (no sistemáticas) sobre el tema, o un abordaje más amplio en el libro de Perona-Garcelán et al. (2003). La investigación en el área es, además, muy dinámica. Véanse, por ejemplo, trabajos sobre el empleo de la realidad virtual y/o los videojuegos en la terapia de la esquizofrenia como los de Adery et al. (2018), Pot-Kolder et al. (2018), Shen et al. (2022), Vajawat, Varshney y Banerjee (2021).

Es curioso notar que los más recientes paradigmas de la Psiquiatría actual no dejan de convergir con el de la concepción aristotélico-tomista de la mente humana. Por otra parte, viene a propósito observar que un reciente estudio publicado en *Nature* por el equipo de Taylor et al. (2023), sobre el hallazgo de una red neural común a las diversas enfermedades psiquiátricas, hace una constatación colateral que parece confirmar la hipótesis del enfoque psicológico aristotélico-tomista de que el mal funcionamiento de las potencias del ser humano está más ligado al origen de los disturbios puramente psíquicos que las disfunciones neurofisiológicas presentes en ellos, al revés de lo que propone el enfoque neuropsiquiátrico actual.

Taylor y su equipo observaron que sus hallazgos parecen contradecir la idea de que la disminución de materia gris en el cíngulo anterior y la ínsula esté causalmente relacionada con la enfermedad mental. Paradójicamente, constataron que las lesiones en tales regiones no se correlacionaban con más enfermedad psiquiátrica y sí con menos, lo que los llevó a suponer que la atrofia en el cíngulo anterior y en la ínsula pueda ser una consecuencia o una compensación del trastorno mental más que una causa del mismo. Sin embargo, el análisis de sus evidencias los levaba a suponer que la corteza parietal posterior sea el nodo de la red cerebral con mayor probabilidad de estar causalmente asociado al trastorno psiquiátrico (TAYLOR et al., 2023).

Pese a todavía no haber evidencias experimentales, los supuestos aristotélico-tomistas hacen presumir que, en el caso de la esquizofrenia, el aumento de la dopamina esté relacionado con un mayor uso de la actividad imaginativa, sin negar que la elevación de los niveles de la dopamina pueda ejercer una acción reversa de *feedback* en la imaginación estableciendo un círculo vicioso, el cual, además, podría explicar la tendencia a la cronificación de la sintomatología en los esquizofrénicos.

En el caso del paciente en cuestión, el nexa causal del aumento de la actividad imaginativa sobre la sintomatología y, por ende, en los niveles de la dopamina, pareció fortalecido por el hecho de que, cuando el componente ocupacional de la terapia le hizo abandonar el uso de los videojuegos imaginativo-estimulantes y enfocar su atención en actividades concretas y coherentes con la realidad, con reducción de la actividad imaginativa inconexa con ella, los síntomas esquizofrénicos disminuyeron y prácticamente desaparecieron, lo que probablemente correspondió a una concomitante disminución de los niveles de dopamina.

Cuando, al revés, el paciente abandonó dichas actividades y volvió al abuso de los videojuegos, asociado al aislamiento social, los síntomas retornaron después de algún tiempo, al inicio de modo discreto, después más intenso, hasta llegar a la eclosión de una crisis de agitación psicomotora con delirios y alucinaciones, muy probablemente relacionada con una nueva elevación crítica de la dopamina reactiva al aumento de la actividad imaginativa inconexa con la realidad.

Hace falta reconocer que el antagonismo D2 del haloperidol de que hizo uso pudo tener un efecto de bloqueo del círculo vicioso arriba mencionado, permitiendo que la interrupción de la sintomatología aguda hiciera el paciente más accesible al abordaje psicoterapéutico y ocupacional, lo que también vendría a confirmar las hipótesis basadas en el enfoque aristotélico-tomista (ver CAVALCANTI NETO, 2015).

Evidentemente no se puede generalizar tal correlación con base en apenas un estudio de caso, por más pormenorizado que sea. Sin embargo, se trata de una correlación

significativa lo suficiente para sugerir mayores investigaciones sobre la hipótesis psicopatogénica sugerida por el enfoque aristotélico-tomista.

Viene al caso recordar que, para el paciente en cuestión, la psicofarmacoterapia fue empleada tan sólo en el inicio del tratamiento y cuando de la recaída sintomatológica, como medida preventiva para evitar que el apareamiento de síntomas en el entorno de trabajo y estudiantil pudiera dar origen a reacciones de estigmatización del paciente y, con eso, perjudicar el componente conductual de la terapia.

En el inicio del tratamiento fue necesario menos de dos cajas (menos de 40 tabletas, una al día) de haloperidol 5 mg para obtener el resultado deseado (evitar la estigmatización), y cuando de la recidiva, después de una dosis de ataque de dos o tres días, se empleó tan solo 2,5 mg de haloperidol al día, acompañado de una tableta de biperideno 2mg, con el mismo objetivo inicial de prevenir la estigmatización del paciente. Tras cerca de 30 días de uso post-recidiva y la satisfactoria adaptación del paciente en su nuevo empleo, la medicación fue descontinuada.

¿Qué podría explicar los resultados clínicos del paciente con un tan bajo y tan corto uso de medicación antipsicótica? Como ya referido, la metodología empleada, basada en el enfoque aristotélico-tomista, no permite establecer nexos causales necesarios, pero puede por lo menor sugerir que, al fornecer al paciente una explicación coherente y lógica para sus síntomas, su patogenia, su evolución y sus posibilidades de tratamiento, además de ocuparlo para redirigir su atención hacia la realidad objetiva, el enfoque aristotélico-tomista puede facilitar y consolidar el abordaje psicoterapéutico, así como la adhesión del paciente a las orientaciones conductuales.

### **Observación metodológica**

Las reglas de metodología de investigación no suelen admitir la inclusión de un mismo paciente en los grupos de control y experimental al mismo tiempo, ni cambiarlos de uno para otro, por razones obvias. Sin embargo, hay algunos tipos de pesquisas científicas en las cuales eso se da, naturalmente no en el mismo intervalo de tiempo y bajo las mismas condiciones, pero sí en etapas diferentes, por veces precedidas por períodos de “*washout*”, es decir, por una eliminación, tanto cuanto posible completa, de las variables que pudieran interferir en los resultados en cada una de esas etapas. Es lo que se puede observar en el trabajo de Luz et al. (2022), por ejemplo, pese a haber sido conducido en otra área de investigación (nutrición y cardiología).

Paradójicamente, la inclusión simultánea de un mismo paciente en los dos grupos (control e investigación, o experimental) aporta una ventaja a más en término de control de variables. Tanto cuanto posible, se intenta buscar sujetos de investigación, para ambos grupos, que tengan el mayor número de variables personales (sexo, edad, estado de salud, nivel social, educacional, profesional, etc.) iguales o semejantes entre sí. Ahora bien, ¿quien puede tener mayor identidad de todas esas variables sino la misma persona?

Es justamente lo que pasó en el caso concreto, pues el paciente hizo parte del grupo experimental en los meses en que fue objeto de la terapia de orientación aristotélico-tomista, la cual, no es superfluo recordar, admite el empleo de la psicofarmacoterapia (CAVALCANTI NETO, 2015), y hizo parte del grupo control en el periodo en que dicha terapia fue suspendida por fuerza de los eventos adversos, tales como la pérdida del empleo, las vacaciones y consecuente suspensión de idas a la

universidad y al grupo de investigación estudiantil, la grave lesión de la rodilla y consecuente falta de interacción social y, por fin, el aislamiento social en su piso, agravado por el retorno a la adicción a los videojuegos.

La recidiva podría ser interpretada como un fracaso, al menos parcial (pues las recidivas son esperadas en ese tipo de enfermedad), de la terapia de enfoque Tomista. Sin embargo, bien analizada, se reveló, en realidad, una confirmación de su eficacia, pues, en cuanto duró el tratamiento, fueron obtenidos resultados rápidos, sorprendentes y, hasta cierto punto, estables. Y después de algunos meses de perjudicado, o incluso suspendido, por los eventos adversos arriba mencionados, el tratamiento reveló la falta que hacía, traducida en la recidiva del cuadro clínico inicial.

Hay, por lo tanto, un nexo causal objetivamente verificable entre la estrategia terapéutica de enfoque aristotélico-tomista y los resultados observados (cuando el paciente estaba en el “grupo experimental”), así como entre su suspensión y la falta de tales resultados (cuando estaba en el “grupo control”).

### **Consideraciones finales**

La cuestión de investigación que norteó el presente estudio, es decir, si una terapia basada en el enfoque psicológico aristotélico-tomista podría ser eficaz también para enfermedades mentales de mayor gravedad, como la esquizofrenia, por ejemplo, pudo obtener varios elementos para una respuesta positiva con base en el análisis y las consideraciones de las evidencias presentadas en este reporte de caso.

Aunque esta metodología de estudio sea adecuada para este tipo de cuestión, como se examinó en la introducción de este texto, no se pretende que, por sí sola, ella pueda justificar una amplia generalización de las conclusiones, la cual necesitaría de un mayor número de estudios.

Tal constatación tiene como corolario que, a la vista de los resultados aquí presentados, es de toda conveniencia para la Psiquiatría y la Psicología que se multipliquen las investigaciones, no sólo con reportes de caso, sino también con otras metodologías adecuadas, con el objetivo de obtener respuestas más robustas para la cuestión de investigación en foco.

Por lo que no podríamos concluir este trabajo sin una invitación a todos los que se interesan por el tema para que se desarrollen más y mejores estudios sobre las aplicaciones clínicas de la Psicología Tomista, en especial para las enfermedades psicóticas, para lo que nos ponemos, desde ya, a entera disposición para todo tipo de colaboración científica.

## Referencias

- ADERY, Laura H. et al. The acceptability and feasibility of a novel virtual reality based social skills training game for schizophrenia: Preliminary findings. *Psychiatry Research*, v. 270, p. 496-502, Dec. 2018. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.10.014. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326433/>. Consultado en : 14 ene. 2023.
- ALIBERT, Charles. *La psychologie thomiste et les théories modernes*. Paris: Beauchesne, 1903.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco. *Fundamentos de la psiquiatría actual*. 4. ed. Madrid: Paz Montalvo, 1979. 2 v.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Quinta edição. 1. ed. brasileira. Traducción: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisión técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Quarta edição. Texto revisto. 1. ed. portuguesa. Traducción: João Nunes de Almeida. Revisión técnica: Maria Luísa Figueira. Lisboa: CLIMEPSI, 2002.
- ANDRADE, Keitty Regina Cordeiro de. *Eletroconvulsoterapia para esquizofrenia refratária à farmacoterapia*. FIOCRUZ, [2020]. Disponible en: <https://brasilia.fiocruz.br/aagts/wp-content/uploads/sites/4/2020/07/Eletroconvulsoterapia-para-esquizofrenia-refrataria-aa-farmacoterapia.pdf>. Consultado en: 28 ene. 2023.
- ARANGO, Celso. In: Expertos resaltan que la funcionalidad es “un objetivo alcanzable en esquizofrenia”. *Psiquiatria.com*, 19 oct. 2022. Disponible en: <https://psiquiatria.com/psicosis/expertos-resaltan-que-la-funcionalidad-es-un-objetivo-alcanzable-en-esquizofrenia/>. Consultado en: 2 feb. 2023.
- ARISTÓTELES. *Física I-II*. Prefacio, introducción, traducción y comentarios: Lucas Angioni. Campinas: UNICAMP, 2009.
- ARISTÓTELES. *De anima*. Apresentação, traducción y notas de Maria Cecília Gomes dos Reis. São Paulo: Editora 34, 2006.
- ARISTÓTELES. *Metafísica: ensaio introdutório, texto grego com tradução e comentário de Giovanni Reale*. Traducción para el Portugues de Marcelo Perine. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.
- BARBADO, Manuel. *Introducción a la psicología experimental*. 2. ed. Madrid: Instituto Luís Vives de Filosofía, 1943.
- BECK, Aaron T.; GRANT, Paul M. ; INVERSO, Ellen, et al. *Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions*. New York: Guilford Press, 2021

BEZERRA, Italla M. P. Translational medicine and its contribution to public health. *Journal of Human Growth and Development*, v. 27, n. 1, p. 6-9, 2017.

BORGES, Daniela dos Santos. Reporte de caso de abuso de tecnologías de la información en preadolescente: un enfoque aristotélico-tomista. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 23, mayo 2022. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/reportes-de-caso-de-abuso-de-tecnologias-de-la-informacion-en-preadolescente-un-enfoque-aristotelico-tomista/>. Consultado en: 29 nov. 2022.

BRENNAN, Robert Edward. *Psicología general*. Traducción Antonio Linares Maza. 2. ed. Madrid: Morata, 1969.

BRENNAN, Robert Edward. *Psicología Tomista*. Traducción Efrén Villacorta Saiz. Revisión José Fernández Cajigal. Ed. actualizada por el Autor. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1960.

BUTERA, Giuseppe. La anticipación de Tomás de Aquino a la terapia cognitiva. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 22, mayo 2021. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aula.php?artid=10966>. Consultado en: 25 ene. 2022.

BUTERA, Giuseppe. Thomas Aquinas and cognitive therapy: an exploration of the promise of the Thomistic Psychology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v. 17, n. 4, p. 347-366, 2010.

CAMPOS, Luiz Fernando de Lara. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. 4. ed. Campinas: Alínea, 2008.

CANTIN, Stanislas. *Précis de Psychologie Thomiste*. Québec: Université Laval, 1948.

CARBON, Maren et al. Tardive Dyskinesia Prevalence in the Period of Second-Generation Antipsychotic Use: A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(3):e264-e278, Mar. 2017. DOI: 10.4088/JCP.16r10832. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28146614/>. Consultado en: 15 ene. 2023.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Aplicación de la Psicología Tomista en el tratamiento del trastorno de pánico: reporte de un caso. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 23, mayo 2022. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aplicacion-de-la-psicologia-tomista-en-el-tratamiento-del-trastorno-de-panico-reportes-de-un-caso/>. Consultado en: 29 nov. 2022.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Contribuciones de la Psicología Tomista al diagnóstico y tratamiento en salud mental: un reporte de caso. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS, 22, mayo 2021. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/contribuciones-de-la-psicologia-tomista-al-diagnostico-y-tratamiento-en-salud-mental-un-informe-de-caso>. Consultado en: 29 ene. 2022.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Quem ou o que pensa?* Um busca de aportes para questões filosóficas suscitadas pela revolução informática atual. 384f. 2020. Tesis (Post-Doctorado en Filosofía) – Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/DEHQOO>. Consultado en: 17 feb. 2022.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Lógica aristotélica y raciocinio clínico en salud mental. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA – INTERPSIQUIS, 19, abril 2018. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/logica-aristotelica-y-raciocinio-clinico-en-salud-mental/>. Consultado en: 11 mar. 2021.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Temas de Psicologia Tomista*. São Paulo: Instituto Lumen Sapientiae, 2017. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/NETTDP>. Consultado en: 11 mar. 2021.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Principios terapéuticos derivados del enfoque psicológico tomista. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA – INTERPSIQUIS, 16, febrero 2015. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/19CONF1CVP2015.pdf> . Consultado en: 11 mar. 2021.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Eficácia do belo na educação segundo a Psicologia Tomista*. São Paulo: Instituto Lumen Sapientiae, 2014. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/DEHEDB>. Consultado en: 11 mar. 2021.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Contribuições da Psicologia Tomista ao estudo da plasticidade do ethos*. 2012. 571f. Tesis (Doctorado en Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012. Disponible en: <http://philpapers.org/rec/CAVCDP-2>. Consultado en: 11 mar. 2021.

COLLIN, Henri. *Manuel de philosophie thomiste*. Psychologie. Reedición de Robert Terribilini. Paris: Téqui, v. 2, 1949.

CORRELL, Christoph U. et al. Safety and effectiveness of ulotaront (SEP-363856) in schizophrenia: results of a 6-month, open-label extension study. *NPJ Schizophrenia*, v. 7 n. 1, p. 63. Dec. 2021. DOI: 10.1038/s41537-021-00190-z. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41537-021-00190-z>. Consultado en: 20 ene. 2023.

CUTLER, Janis L. (Ed). *Psychiatry*. Oxford; Oxford University Press, 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEROBERTIS, Eugene M. Prolegomena to a Thomistic child psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, v. 31, n. 3, p. 151-164, 2011.

DICKERSON, Faith B. et al. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 28, n. 1, 2002, p. 143–155. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>. Disponible en: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/28/1/143/1906904?login=false>. Consultado en: 19 mar. 2023.

DRAKE, Robert E. Employment and Schizophrenia: Three Innovative Research Approaches. *Schizophrenia Bulletin*, v. 44, n. 1, Jan. 2018, p. 20–21. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx170>. Disponible en: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/1/20/4743179?login=false>. Consultado en : 16 mar. 2023.

ESSER, Aristide H. et al. Productivity of chronic schizophrenics in a sheltered workshop: A quantitative evaluation of the effects of drug therapy. *Comprehensive Psychiatry*, v. 6, n. 1, Feb. 1965, p. 41-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X65800074>. Consultado en: 16 mar. 2023.

EUTANÁSIA psiquiátrica: entenda essa prática polêmica e onde ela é permitida. *BBC News Mundo*, São Paulo, Brasil, 13 dic. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-59616988>. Consultado en: 15 mar. 2023.

FINOL, Octavio et al. Relación entre empleo y bienestar emocional en personas con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 41, n. 140, p. 113-129, 2021. DOI: 10.4321/S0211-57352021000200006. Disponible en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17172/17046>. Consultado en: 31 ene. 2023.

FORLENZA, Orestes Vicente; MIGUEL, Eurípedes Constantino. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2012.

GEDDES, John; ANDREASEN, Nancy; GOODWIN, Guy. (Eds). *New Oxford textbook of psychiatry*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2020.

GRANT, Paul M.; INVERSO, Ellen. Recovery-Oriented Cognitive Therapy: Changing Lives With a Whole-Person Approach. *Psychiatric Times*, v. 40, n. 1, 2023. Disponible en: [https://www.psychiatristimes.com/view/recovery-oriented-cognitive-therapy-changing-lives-with-a-whole-person-approach?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=PsychTimes\\_02032023\\_ENL&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGIAZ2lhaWwuY29t](https://www.psychiatristimes.com/view/recovery-oriented-cognitive-therapy-changing-lives-with-a-whole-person-approach?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=PsychTimes_02032023_ENL&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGIAZ2lhaWwuY29t). Consultado en: 18 feb. 2023.

GUTIÉRREZ CICERI, Claudia; OCAMPO SALDARRIAGA, María Victoria; GÓMEZ FRANCO, Juliana. Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v. 37, suppl.1, Bogotá, Dec. 2008. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000500013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500013)> Consultado en: 10 ene. 2023.

HALES, Robert E.; YUDOFISKY, Stuart C. *Tratado de psiquiatria clínica*. Trad. Cláudia Dornelles, Cristina Monteiro, Ronaldo Cataldo Costa. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KANE, John M. A New Treatment Paradigm: Targeting Trace Amine-Associated Receptor 1 (TAAR1) in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 42 (5 Suppl. 1), p. S1-S13. Sep-Oct. 2022. DOI: 10.1097/JCP.0000000000001596. Disponible en:

[https://journals.lww.com/psychopharmacology/Fulltext/2022/09001/A\\_New\\_Treatment\\_Paradigm\\_Targeting\\_Trace.2.aspx](https://journals.lww.com/psychopharmacology/Fulltext/2022/09001/A_New_Treatment_Paradigm_Targeting_Trace.2.aspx). Consultado en: 20 ene. 2023.

KANTROWITZ, Joshua T. Trace Amine-Associated Receptor 1 as a Target for the Development of New Antipsychotics: Current Status of Research and Future Directions. *CNS Drugs*, v. 35(11), p. 1153-1161. Nov. 2021. DOI: 10.1007/s40263-021-00864-3. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-021-00864-3>. Consultado en : 20 ene. 2023.

KOBLAN, Kenneth S. et al. A Non-D2-Receptor-Binding Drug for the Treatment of Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, v. 382(16), p. 1497-1506, Apr. 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa1911772. Disponible en: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1911772?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1911772?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed). Consultado en: 20 ene. 2023.

KRAPF, Enrique Eduardo. *Tomás de Aquino y la psicopatología*. Contribución al conocimiento de la psiquiatría medieval. Buenos Aires: Index, 1943.

LEAN, Michael E. J. et al. Translational research. *BMJ*, 337:a863., 2008. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a863>.

LUZ, Protásio Lemos da et al. A red wine intervention does not modify plasma trimethylamine N-oxide but is associated with broad shifts in the plasma metabolome and gut microbiota composition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 116, n. 6, p. 1515–1529, Dec. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac286>. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcn/article/116/6/1515/6751899?login=false>. Consultado en: 11 feb. 2023.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia do trabalho científico*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEGONE, Christopher. Thomas Aquinas and cognitive therapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v. 17, n. 4, p. 373- 376, 2010.

MEISLIN, Jack. Thye psychiatric sheltered workshop. *Journal of rehabilitation*, v. 20, n. 3, May. 1954.

MERCIER, Desiré Joseph. *Curso de filosofia*. Psicología. Buenos Aires: Anaconda, 1942.

MILLER, John J. Rx Evolution: Pharmacological Paradigms for the Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Times*, v. 40, n. 1, 2023a. Disponible en: [https://www.psychiatrictimes.com/view/rx-evolution-pharmacological-paradigms-for-the-treatment-of-schizophrenia?utm\\_medium=email&utm\\_campaign=PsychTimes\\_01062023\\_ENL&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGlAZ21haWwuY29t](https://www.psychiatrictimes.com/view/rx-evolution-pharmacological-paradigms-for-the-treatment-of-schizophrenia?utm_medium=email&utm_campaign=PsychTimes_01062023_ENL&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGlAZ21haWwuY29t). Consultado en : 15 ene. 2023.

MILLER, John J. Treatment resistant: is it a misnomer? *Psychiatric Times*, v. 40, n. 2, 2023b. Disponible en: <https://www.psychiatrictimes.com/view/treatment-resistant-is-it-a-misnomer->

[?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=02142023\\_PsychTimes\\_10A\\_M&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGIAZ21haWwuY29t](#). Consultado en: 16 feb. 2023.

MINER, Robert. *Thomas Aquinas on the passions: a Study of Summa Theologiae* 1a2ae 22–48. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

MORGAN, Kaitlyn; RICKERT, Leah. Comparison of antipsychotic prescribing practices following failure of antipsychotic monotherapy in the acute care setting. *The Mental Health Clinician*, v. 12 (6), p. 329-335. Jan., 2023. DOI: 10.9740/mhc.2022.12.329. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36644588/>. Consultado en: 28 ene. 2023.

MUÑOZ MOLINA, Francisco Javier; RUIZ CALA, Silvia Liliana. Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v.36, n.1, Bogotá, Jan./Mar. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008). Consultado en: 10 ene. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11). 11a. revisión. Disponible en: <https://icd.who.int/es>. Consultado en: 12 dic. 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Notas descriptivas*, 21 ene. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20es%20un%20trastorno,violaci%C3%B3n%20de%20sus%20derechos%20humanos>. Consultado en: 4 feb. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS, 1995. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>. Consultado en: 13 dic. 2022.

ORTIZ-ORENDAIN, Javier et al. Antipsychotic combinations for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Review*, v. 6(6), p. CD009005, Jun. 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD009005.pub2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28658515/>. Consultado en: 28 ene. 2023.

PARMAR, Rashmi; LAGOY, Julian. Is Video Game Addiction a Disorder? *Psychiatric Times*, v. 38, n. 10, Oct. 2021. Disponible en: [https://www.psychiatrictimes.com/view/is-video-game-addiction-a-disorder?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=031823\\_PT\\_PhysicianReportSurvey\\_MedEc\\_HouseAd\\_eNL%20-%20INTL&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGIAZ21haWwuY29t](https://www.psychiatrictimes.com/view/is-video-game-addiction-a-disorder?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=031823_PT_PhysicianReportSurvey_MedEc_HouseAd_eNL%20-%20INTL&eKey=bGFtYXJ0aW5lLmNhdmFsY2FudGIAZ21haWwuY29t). Consultado en: 19 mar. 2023.

PAUL, Steven M. et al. Muscarinic Acetylcholine Receptor Agonists as Novel Treatments for Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, v. 179(9), p. 611-

627. Sep. 2022. DOI: 10.1176/appi.ajp.21101083. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35758639/>. Consultado en: 20 ene. 2023.

PEIXOTO, Rogério Neiva. El empleo de la Psicología Tomista en una evaluación médico-forense. *In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS*, 23, mayo 2022. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-empleo-de-la-psicologia-tomista-en-una-evaluacion-medico-forense/>. Consultado en: 30 nov. 2022.

PEIXOTO, Rogério Neiva. Aportes de la Psicología Tomista en la práctica pericial médica: un reporte de caso. *In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS*, 22, mayo 2021. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aula.php?artid=10872>. Consultado en: 2 mar. 2022.

PERONA-GARCELÁN, Salvador et al. *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: guía clínica*. Madrid: Minerva, 2003.

PORTER, Robert S. (Ed). *Versão profissional dos Manuais Merck*. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/multimedia/table/antipsic%C3%B3ticos-de-segunda-gera%C3%A7%C3%A3o>. Consultado en: 26 ene. 2023.

POT-KOLDER, Roos M. C. A. et al. Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, v. 5(3), p. 217-226, Mar. 2018. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30053-1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429948/>. Consultado em: 14 ene. 2023.

SADOCK, Benjamin. J.; SADOCK, Virginia. A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Trad. e rev. Gustavo Schestatsky et al. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, Antônio Henrique da Silva. Contribuciones de la Psicología Tomista al tratamiento clínico de la ansiedad. *In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL – INTERPSIQUIS*, 23, mayo 2022. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/contribuciones-de-la-psicologia-tomista-al-tratamiento-clinico-de-la-ansiedad/>. Consultado en: 30 nov. 2022.

SAUDER, Colin. Effectiveness of KarXT (xanomeline-trospium) for cognitive impairment in schizophrenia: post hoc analyses from a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 study. *Translational Psychiatry*, v. 12(1), p. 491, Nov. 2022. DOI: 10.1038/s41398-022-02254-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36414626/>. Consultado en: 20 ene. 2023.

SHAUGHNESSY, John J.; ZECHMEISTER, Eugene B.; ZECHMEISTER, Jeanne S. *Metodologia de pesquisa em psicologia*. 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SHEN, Zhi-Hua et al. Virtual-reality-based social cognition and interaction training for patients with schizophrenia: A preliminary efficacy study. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 1022278, 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1022278. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9714325/#B30>. Consultado en: 14 ene. 2023.

SOUSA, Rafael Teixeira de; MACHADO-VIEIRA, Rodrigo. Pesquisa translacional em psiquiatria. In: Miguel, Eurípedes Constantino et al. (Eds). *Clínica psiquiátrica: os fundamentos da psiquiatria*. 2.ed., ampl. e atual. Barueri: Manole, 2021. p. 648-653.

TAYLOR, Joseph J. et al. A transdiagnostic network for psychiatric illness derived from atrophy and lesions. *Nature Human Behavior*, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01501-9>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-022-01501-9>. Consultado en: 12 feb. 2023.

THOMPSON, Christopher J. Preliminary remarks toward a constructive encounter between St. Thomas and clinical psychology. *The Catholic Social Science Review*, n. 10, p. 41-52, 2005.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Suma Teológica*. Traducción Aldo Vannuchi et al. São Paulo: Loyola, 2001-2006.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Cuestiones disputadas sobre el alma*. Traducción y notas Ezequiel Téllez Maqueo. 2. ed. Pamplona: EUNSA, 2001.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Quaestio disputata de anima*. Textum Taurini 1953 editum. Disponible en: <http://www.corpusthomisticum.org/qda00.html>. Consultado en: 11 mar. 2021.

TRINDADE, Pablo; NASCIMENTO, Juliana Minardi; CASAS, Bárbara S. et al. Induced pluripotent stem cell-derived astrocytes from patients with schizophrenia exhibit an inflammatory phenotype that affects vascularization. *Molecular Psychiatry*, oct., 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01830-1>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01830-1#citeas>. Consultado en: 13 ene. 2023.

VAJAWAT, Bhavika; VARSHNEY, Prateek; BANERJEE, Debanjan. Digital Gaming Interventions in Psychiatry: Evidence, Applications and Challenges. *Psychiatry Research*, 295:113585, Jan. 2021. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113585. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303223/>. Consultado en: 14 ene. 2023.

VALERY, Kevin-Marc; PROUTEAU, Antoinette. *Psychiatry Research*, 290:113068, Aug. 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113068. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32474069/>. Consultado en: 19 mar. 2023.