

# Los cuidados democráticos de la psicosis como un indicador de democracia social

Jorge L. Tizón\*

## 1. ¿Es necesaria una nueva "reforma psiquiátrica"?

Los trastornos psicóticos son aquellos que probablemente causan más sufrimiento y repercusiones tanto a nivel psicológico (individual y familiar), como económico y social. En la actual coyuntura de la Europa "desarrollada", hay que contar con que, probablemente, el coste económico del cuidado de una persona con ese tipo de trastornos supone un mínimo de 12.000 euros anuales si tenemos en cuenta no sólo los costos en fármacos, internamientos, personal cuidante, etc., es decir, los costos asistenciales, sino los gastos totales. Por ejemplo, los costos económicos y sociales que suponen las jornadas de trabajo desaprovechadas tanto por el paciente como por su familia en la "civilizada Europa". Como técnicos, como especialistas en el problema, hemos de de confesar que nuestros resultados, a pesar de ese consumo de medios y sufrimientos, siguen siendo bien magros (Jablenski et al. 1992; Olsen y Resenbaum 2006). Y mucho más si se comparan esos resultados con los obtenidos en el cuidado de este tipo de pacientes en países "en vías de desarrollo", en países que frecuentemente no disponen de los "avances" proporcionados por la medicina occidental: servicios de ingreso, neurolépticos, sofisticadas intervenciones psicosociales...

Pero es que tal vez deberíamos cuestionarnos ya de forma urgente la "bondad" (o, si ustedes quieren, la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y accesibilidad) de nuestros sistemas de atención a las psicosis. En realidad, tal vez estamos viviendo en unos países y en una época en

la cual ese tratamiento se ha reducido más, se ha hecho más unidimensional, y corre el riesgo de seguir avanzando en el mismo sentido. En realidad, las tardes y noches de las calles de nuestras ciudades, con su creciente plétora de "marginados y sumergidos" transitando por ellas, durmiendo en bancos, rincones, cajeros automáticos, cornisas, estaciones, barracas, jardines, cuchitriles, son una buena muestra de lo poco eficaz y eficiente, o tal vez de la inaccesibilidad, o tal vez de la inseguridad de nuestros sistemas de ayuda a esas personas, muchas de ellas afectadas de trastornos mentales graves cuando no de marginaciones sociales graves. De hecho, es un indicativo más de cómo los ciudadanos del primer mundo, temerosos de perder nuestro nivel de vida (confundido aquí con "nivel de consumo"), estamos tolerando el progresivo estrangulamiento de las libertades reales, el progresivo estrangulamiento de nuestros sistemas democráticos.

Porque, a mi entender, la historia muestra que el cuidado amplio, integral y acogedor de las marginaciones, de los marginados y, de entre ellos, de los más marginados de los marginados, los "psicóticos", mejora en los momentos de mayor libertad, impulso cultural, democracia. Es más: resulta un buen indicador del respeto a las minorías, un elemento fundamental de la democracia real, de la democracia social. Correlativamente, se ve ferozmente restringido por los regímenes autoritarios, las guerras, la opresión: Con el máximo exponente del régimen nazi, durante el cual, con la colaboración activa del *establishment* psiquiátrico, gran parte de los pacientes con trastornos mentales fueron esterilizados y

\*Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb risc de Psicosis) C/ Córsega 544, 08025-Barcelona . Tel 934 360 004 - Fax 934 355 303; jtizon.pbcn@ics.scs.es

*Cuando aparentemente poseemos más y más medios para tratar esa "desviación", más y más pacientes son atendidos demasiado tarde o rompen los vínculos con la asistencia.*

exterminados, naturalmente sin su consentimiento (Müller Hill 1988,1991; Tizón 2002). En ese sentido, la unidimensionalización actual del tratamiento es una muestra más, indirecta pero muy segura, de la unidimensionalización y restricción de libertades de nuestras sociedades. Una restricción en cuya consecución, la consigna de la "guerra contra el terrorismo"—expresión máxima del "pensamiento cero"—, está jugando un papel descollante.

Como decía, posiblemente la capacidad de integrar la marginación, y su forma más extrema, la marginación interna y externa del paciente con psicosis, es uno de los mejores indicadores de la democracia real de una sociedad. En contrapartida, el autoritarismo en nuestras instituciones (incluidas las sanitarias), nuestras calles y nuestras sociedades, conlleva un grado superlativo de disminución de la libertad de tratamiento para esos pacientes. El resultado es que, cuando aparentemente poseemos más y más medios para tratar esa "desviación", más y más pacientes son atendidos demasiado tarde o rompen los vínculos con la asistencia. En consecuencia, la tendencia psicosocial predominante de los pacientes con psicosis, que he definido como la tendencia a "perderse en los intersticios de la sociedad y sus propios repliegues psíquicos", últimamente tal vez se está viendo cada día más ampliada y reforzada.

Algún papel deben estar jugando en esa posibilidad al menos dos situaciones sociales (o socioculturales): Por un lado, ese aumento de la intolerancia en nuestras sociedades de consumo (que no de bienestar). Por otro, la progresiva unidimensionalización y uniformización del pensamiento psicopatológico y psiquiátrico. La psiquiatría oficial de muchos países del "primer mundo" es hoy tan equivalente a una especie de "breviario psicofarmacológico", que Mosher llegó a permitirse la broma de nombrar a la APA (*American Psychiatric Association*) como "*APA: American Psychopharmacologic Association*"

(Mohser 2004). Desde luego, otras sociedades psiquiátricas europeas van incluso por delante en tan exitosa carrera. Y si ustedes tienen alguna duda, revisen la literatura psiquiátrica, ciertamente abundante, acerca de la "depresión resistente" y la "esquizofrenia resistente"... Ahí pueden tener ustedes una de las manifestaciones más claras de esa unidimensionalización de las terapéuticas psiquiátricas actuales, al menos en algunos países "del primer mundo": Comenzando porque, cada vez más, nuestra A.P.A. y similares hablan de *enfermedades* "resistentes"... Es decir, por un lado, de *enfermedades* y no de *trastornos* (error interesado, y no sólo de traducción, sino epistemológico y teórico). Después, se da a entender que son resistentes "al tratamiento"... Y cuando uno lee esos trabajos, llega rápidamente a la conclusión de que se trata de "depresiones" y "esquizofrenias" cosificadas, desvinculadas del sujeto que padece dichos trastornos. "Enfermedades" que, además, son tratadas en esas experiencias por medios exclusivamente farmacológicos (*cuando no funciona el fármaco "a", use el fármaco "b"*), en servicios a menudo sobresaturados, con personal no formado para otros tipos de terapias (por ejemplo, las psicosociales y las psicoterapias), con personal desmotivado, desmoralizado, desinteresado de la consideración del consultante como "sujeto", etc.

Por el contrario, los momentos históricos de aumento global de las libertades en la polis, de aumento de las libertades cívicas, suelen haber corrido parejos con los intentos de integración de las psicosis y los psicóticos: la creación por parte de Rhazés de la primera sala para pacientes con trastornos mentales en el maristán de Bagdad, allá por el siglo IX de nuestra era, el renacimiento europeo, la Europa posterior a la revolución francesa, la URSS postrevolucionaria, la Segunda República española, los intentos ácratas y anarcosindicalistas de la revolución española (1931-1937)...

Por eso es más lamentable, y muestra del complejo y omnímodo poder que presiona en el sentido marginador, el hecho de que se esté dando ese proceso de marginación al tiempo que, por ejemplo, en Catalunya y en España, los presupuestos para "salud mental y asistencia psiquiátrica" hayan crecido espectacularmente. Cuando, además, con la investigación, nuestros conocimientos sobre el tema y la atención al mismo han crecido también de forma exponencial.

Pero, incluso estas dos afirmaciones, estos dos últimos datos, ¿son reales o vuelven a ser dos espejismos ideológicamente determinados? Dos muestras para pensar: 1) Ciertamente que los presupuestos para la salud mental han aumentado de forma espectacular en los últimos años, gracias a los cuidados de algunos gobiernos que se han preocupado del tema. En la España de las autonomías, salvo excepciones, ese incremento presupuestario está vinculado con la subida al poder autonómico de gobiernos de centro-izquierda, pero no únicamente a esas circunstancias. Ahora bien: si nos acercamos un poco más, podríamos ver, por ejemplo, que ya en el 2003, el gasto en los cinco psicofármacos más vendidos en Catalunya equivalía ... ¡al 65 % del resto de los gastos totales en salud mental!. (Gastos totales: Es decir, capítulo I y capítulo II: incluyendo la construcción y amortización de edificios y dispositivos, de material y suministros, los gastos de personal, etc.). De forma tal que, al año siguiente (2004), cada español estaba pagando antidepresivos por valor de 2.738 pts. al año (más de 16 €), a través de los presupuestos para la Seguridad Social (SNS 2003,2004). Por tanto, los consuma o no los consuma: y pronto quedarán pocas familias que no los consuman. Es decir, los gastos en "salud mental" aumentan de forma rápida, pero eso no significa que la salud pública mejore (Ortiz y Lozano 2005), ni que los dispositivos y cuidados en salud mental mejoren, se reciclen, se reformen, se adapten a los nuevos conocimientos... Más bien, a través de "progra-

mas de colaboración con la Atención Primaria" y otros programas similares, muchos psiquiatras de los dispositivos de salud mental públicos se están convirtiendo en delegados comerciales –sin salario declarado– de los fabricantes de psicofármacos. Durante años, y probablemente con razón, hemos estado presionando por un aumento del pastel presupuestario para los dispositivos de salud mental... Pero tal vez no habíamos valorado y tenido en cuenta con suficiente profundidad la posibilidad de que, con nuestra connivencia, una organización glotona está devorando el pastel en la puerta misma de la pastelería.

El segundo dato que quería proporcionarles se refiere a la investigación en psiquiatría y salud mental. Es cierto que crece en nuestros días de forma exponencial. Los datos proporcionados por la OMS y otras organizaciones (2005), en el sentido de que los trastornos mentales se están convirtiendo en "el primer azote" de nuestro mundo, contribuyen no poco a ese importante crecimiento. Pero hay algo que llama la atención inmediatamente: con tanta y tanta investigación que se realiza, ¡qué pocos cambios duraderos se plasman en nuestros dispositivos y organizaciones globales de salud mental! Nuestras instituciones y nuestras redes asistenciales se han movido muy poco (en organización y en modelos y técnicas) en los últimos veinte años. Es la primera constatación. La segunda se hace patente al mirar con mayor detenimiento los datos de la estadística "bruta". Entonces encontramos, por ejemplo, lo siguiente: de forma unidimensionalizada, se suele considerar como excelencia en la investigación lo que publican las publicaciones con "alto factor de impacto" de la especialidad. Pero, aparte de las trampas de dicho factor de medición de la "excelencia", declaradas incluso por participantes en las mismas (Plos Medicine 2006), resulta que el porcentaje de estudios financiados por las compañías farmacéuticas había subido entre 1992 y 2002 desde el 25 al 57 %. Y ha seguido subiendo. Y con interesantes factores y sesgos:

*Una nueva reforma que indudablemente, habrá de incluir la revalorización de la importancia de los aspectos cuidantes de los núcleos vivenciales naturales de la población y de su red social.*

los resultados favorables publicados son significativamente más frecuentes en los estudios financiados por la industria (78 %) que en los que no poseen esa esponsorización (resultados favorables en sólo el 48 %), o están financiados por un competidor (los resultados favorables caen entonces al 28 %). Y eso considerando tan sólo las revistas más “científicas” de nuestra especialidad, las de mayor difusión y factor de impacto mundial (Kelly et al 2006).

Tal vez va siendo hora de comenzar a pensar en una “tercera o cuarta reforma psiquiátrica”. ¿Tercera o cuarta? Lo del ordinal es sólo un tema histórico en el que aquí no puedo profundizar. Sólo quiero recordar ideas muy generales sobre los diversos pasos que la humanidad ha ido dando para re-integrar en sus comunidades, con un lugar adecuado en ellas, a los “locos”, los psicóticos; a las personas, sujetos al fin y al cabo, que padecen una psicosis. Primero, proporcionándoles algún lugar donde vivir en el caso de que no fueran acogidos por sus comunidades, movimiento que se realizó en diversos pueblos y culturas antes que en la nuestra: por ejemplo, en el mundo árabe, a partir del siglo IX de nuestra era. En la cristiandad una reforma similar tal vez tardó más años o más siglos, pero las realizaciones en Valencia del rey Martín “el Humano” y el padre Jofré o determinadas actitudes antimarginación de muchos de los teólogos españoles del siglo de oro, como Bartolomé de las Casas y Francisco de Vitoria, nos permiten hablar de una primera reforma. La segunda, alrededor de la Revolución Francesa, sería la que les concedió los derechos cívicos y, por lo tanto, los derechos a un tratamiento como sujetos (de derecho), y a un tratamiento psicológico (el “tratamiento moral”). La tercera reforma, a finales del XX, la fundamentamos en la abolición de los manicmios, de los nosocomios: de casas de asilo y refugio, habían llegado a convertirse nuevamente en marginadores lugares e instituciones para disociar y ocultar la marginación. Pero la creación de nue-

vos servicios comunitarios en sustitución de esas instituciones ha tenido un desarrollo desigual –y hoy, cada día menos comunitario, al menos en su orientación real. Tal vez por eso hemos de comenzar a pensar en una nueva “reforma psiquiátrica”, incluso en países y lugares, como el nuestro; en países en los cuales la tercera reforma no ha llegado a desarrollarse hasta el final. Tal vez resulta urgente ya pensar en una nueva “reforma a fondo”, y no sólo para los pacientes y los ámbitos de los que estamos hablando: la trama de especulación masiva para el sobrediagnóstico y sobretratamiento de la “depresión”; el aventurerismo ya no sólo antipsicológico, sino incluso antineurológico ampliamente desplegado para el tratamiento de millones de niños del “primer mundo” con psicofármacos durante años, incluso con derivados anfetamínicos; la medicalización y psiquiatrización masiva de los procesos de duelo y ante las pérdidas afectivas; la creación y re-creación de novísimas “enfermedades psiquiátricas” siempre con una base genética segura, pero siempre evanescente, son otros muchos ejemplos y ámbitos que hacen pensar en la necesidad de tal reforma (¿o ruptura?). Un nuevo rumbo a proponer incluso en países y lugares, como el nuestro, en los cuales la “tercera reforma” no ha llegado a desarrollarse completamente. Una nueva reforma que indudablemente, habrá de incluir la revalorización de la importancia de los aspectos cuidantes de los núcleos vivenciales naturales de la población y de su red social. Consecuentemente, una revalorización de las relaciones humanas y de las relaciones sociales para dichos cuidados

## **2. La aportación de los nuevos conocimientos sobre las psicosis.**

Parece cierto que hoy poseemos muchos más conocimientos sobre los factores de riesgo, la sociología, la psicopatología, la psicopsicología,

la psicodinamia, la neurología y la neuroquímica de las psicosis. Al entender de algunos, entre los que me cuento, ello debería servirnos para cambiar, mejorar y adaptar a los pacientes y sus familias dichos conocimientos y nuestro modo de tratar a esos colectivos. Debería servirnos para poner en marcha *tratamientos (más) adaptados a las necesidades* (Alanen 1999) o, como decimos algunos, *tratamientos adaptados a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad* (Tizón 2006,2007). Y no huelga hablar de ello porque parece que desde hace años se están desarrollando tratamientos “adaptados a las necesidades de la industria y las hipótesis ideológicas del poder psiquiátrico”.

Existe bastante acuerdo acerca de que la psicosis consiste, precisamente, en la ruptura del juicio de realidad, la ruptura de la “barrera diacrítica”, de forma más marcada que en la media de la población y que en otros trastornos psicopatológicos. Existe también acuerdo en que esa ruptura, tanto en los casos calificados de “esquizofrenias” (que nosotros preferiríamos nombrar como “síndrome esquizofrénico”), como en los calificados de “trastorno delirante”, conlleva una serie de síntomas “en negativo”. Los síntomas “en negativo” son los dominantes y más persistentes (anhedonia, atimormia, abulia o dificultades ejecutivas, ruptura de las asociaciones, ambivalencia...). En períodos determinados y, sobre todo, en los “episodios” o crisis, los síntomas “en positivo” se hacen descolantes, ya que son los más llamativos y socialmente intolerados (fundamentalmente, delirios, alucinaciones, trastornos del lenguaje, de la psicomotoricidad y la conducta...). Además, no hay que olvidar las graves disfunciones sociolaborales o dificultades en la escolarización, la formación laboral y el estudio a las cuales conduce el síndrome.

Pero hoy también sabemos algo de cómo funciona la mente y las capacidades de relación del paciente con “esquizofrenia” y, en general, del paciente psicótico. Sabemos hoy que lo que lla-

mamos “esquizofrenia” o “síndrome esquizofrénico”, es un trastorno con componentes genéticos, neurológicos y relacionales que implica importantes alteraciones y dificultades a nivel emocional, cognitivo y relacional (Alanen 1999; Andreassen 2002; Kandel 1999; Eisenberg 1995,2000; Martindale et al. 2000). Desde el punto de vista de la dinámica relacional, se trata al menos de un trastorno en la vinculación, el apego a los seres significativos. También, de un trastorno basado en la omnipresente desconfianza y en la tendencia a perder la confianza en esas (pocas) personas en las que se confía y a las que se necesita. En, general, a perder la confianza en el otro: Por tanto, la psicosis implica siempre un trastorno relacional grave. Pero además, es indudable que implica un trastorno de la identidad, en el cual se hace hincapié desde la propia etimología del síndrome (*esquizo-frenia: mente escindida*). También sabemos que es un trastorno que cursa con paroxismos, crisis, interfases y recaídas: que los pacientes tienen tendencia a recaer y, al tiempo, sufren un gran temor a dichas recaídas. Además, todo síndrome psicótico implica una necesidad exacerbada de controlar el medio, necesidad que alterna con momentos de aparente crisis y descontrol de los impulsos (Thorgaard y Rosenbaum 2006; Tizón et al 2004, 2005, 2006)... En definitiva, como diríamos desde una perspectiva psicoanalítica, en el síndrome esquizofrénico hay siempre graves trastornos relacionales y, más allá, un trastorno en la génesis del sujeto (de la identidad) y un trastorno en la génesis de la relación sujeto-objeto que cursa con dificultades de diferenciación sujeto-objeto (Volkan 1995; Tizón 2000, 2003, 2004, 2006; Thorgaard y Rosenbaum 2006).

De ahí que algunos de nosotros vengamos insistiendo en que lo realmente difícil de “tratar” en la psicosis no es el momento agudo de los síntomas “en positivo”, con la aparatosidad o peligrosidad incluso de los mismos, sino lo que “está detrás”, “queda detrás”, el “paisaje des-

*Existe bastante acuerdo acerca de que la psicosis consiste, precisamente, en la ruptura del juicio de realidad, la ruptura de la “barrera diacrítica”, de forma más marcada que en la media de la población y que en otros trastornos psicopatológicos.*

Por eso algunos decimos que la forma u organización de la relación (de las relaciones) en el paciente psicótico es la relación simbiótico-adhesiva .

pués de la batalla”: se trata de una forma de relación. Como tal, abarca casi todas las actividades vitales del paciente, haciendo que predominen en ellas todos y cada uno de esos aspectos relacionales. En definitiva, tales características hacen que el paciente intente refugiarse siempre en una relación (demasiado) estrecha con un alguien próximo (habitualmente, su madre o su padre), al menos a nivel mental y emocional. Pero una relación tan estrecha, ambivalente y con tantas dificultades de diferenciación sujeto-objeto que, por ello, he definido como “simbiótica”. No son dos sujetos diferentes que se relacionan más o menos dialécticamente: En la mente y las actividades del paciente parece que el deseo es relacionarse “desde dentro” de ese otro privilegiado, “vehiculado y portado” por ese otro... Por eso hablamos de relación *simbiótica*. Además, hay importantes inhibiciones sociales, emocionales y cognitivas, que no hacen sino aumentar con la cronificación. Inhibiciones que se transforman neurológicamente en microlesiones y defectos neurológicos, probablemente causados por el sufrimiento excesivo y la inhibición. Tal vez se trate de lesiones previas a la eclosión del síndrome, pero las postsindrómicas parecen cada vez más seguras. Todo ello no hace sino facilitar el que el paciente tienda a relacionarse con las personas en la cuales (provisionalmente) confía –y también, con las que se halla vinculado por esa relación simbiótica– de forma adhesiva, imitativa, “como sí”. Y recordemos que esa vinculación a veces y momentos adhesiva, y en ocasiones y relaciones, simbiótica, puede ser con un otro significativo no vivido como bueno, sino como “malo-bueno” inevitable, en el que se confía-desconfía al máximo (Tizón 2000, 2003, 2004, 2006). Con la sociedad, la autoridad y las normas sociales, su expresión suele ser de *adhesividad, como sí*: El paciente imita y recita las normas y roles, más que poder introyectarlos...

Los resultados externos, conductuales, de esas tendencias relacionales, si se conceptuali-

zan o “filtran” con un modelo médico, dan lugar a los así llamados “síntomas en negativo”, los aspectos más difíciles de cambiar y de hacer evolucionar de estos pacientes y estos trastornos. Por eso algunos decimos que la forma u organización de la relación (de las relaciones) en el paciente psicótico es la *relación simbiótico-adhesiva* (Tizón 2003,2004,2006). En ella confluyen, como en el conjunto del síndrome psicótico, dificultades para el procesamiento de las emociones, dificultades en el procesamiento cognitivo y bases bioquímicas y neurológicas para las mismas –probablemente previas pero, con seguridad, también consecutivas a la cronificación–. De ahí ese resultado de simbiosis (refugio en un otro al cual, por otra parte, se teme con terror catastrófico) y adhesividad e imitación (conductas *como sí y borderline*).

Esas características psicodinámicas y relacionales son importantes porque intervienen no sólo en la etiología, la génesis del síndrome, sino también porque siguen actuando en la vida adulta, en los problemas relacionales del paciente afectado por una psicosis. Consecuentemente, siguen actuando sobre las formas de vincularse del mismo y su familia a las terapias o intentos de ayuda, y sobre la efectividad de los tratamientos profesionalizados: Todo clínico experimentado en los intentos de ayudar a estos pacientes y sus familias sabe de las dificultades especiales que conlleva el vincularlos, mantener su confianza y elaborar sus desconfianzas, impulsarles a actividades relacionales, que, casi por principio, rehuyen y evitan. Nos esforzamos y se esfuerzan, a veces con sumo temor, en evitar las recaídas, pero la propia desconfianza hace que, muchas veces, nos oculten/se oculten, los indicadores de que la recaída está avanzando. Hasta que un brusco descontrol de los impulsos o graves trastornos cognitivos y comunicacionales hacen patente tal recaída... Por eso, casi siempre, es necesario trabajar por la recuperación cognitiva y de la capacidad de ejecución con estos sujetos

con el "sentido de sujeto" (el *self*) tan dañado. Es necesario trabajar incluso cognitiva y conductualmente en la recuperación de sus habilidades sociales y sus capacidades cognitivas, pero las mismas dificultades emocionales, cognitivas y, consecuentemente, relacionales, con su cronificación y con la probable base neurológica de las mismas, dificultan enormemente esas actividades terapéuticas...

Es decir que el tratamiento actualizado de estos trastornos en estos pacientes y sus microgrupos sociales, los objetivos del tratamiento, no deberían centrarse, como a menudo parece que se hace, en una unidimensional desaparición de la ansiedad y los síntomas "en positivo" (alucinaciones, delirios, trastornos conductuales...). Menos aún deberíamos proponernos clasificaciones diagnósticas inútiles para la terapia (esquizofrenia "paranoide", "catatónica", "desorganizada", "indiferenciada" y "residual"). Tampoco parece ser hoy un objetivo primordial de su cuidado la necesidad de preservar el "orden público" por encima de todo (y más, un "orden público" basado en la restricción de las libertades y en la falta de respeto a las minorías y a las divergencias). Tal vez hoy ya sabemos que los objetivos deberían ser la atención y ayuda precoces al desarrollo en las situaciones de riesgo, la prevención primaria, el tratamiento integral precoz como prevención secundaria, y la recuperación o, al menos, rehabilitación de esas capacidades dañadas o perdidas, nudo de la prevención terciaria. Los objetivos reales y realistas de una terapia combinada o integral de estos síndromes, como ya he defendido en diversas ocasiones (Tizón 2004-2007), deberían ir en consonancia con las dificultades relacionales y psicológicas descritas, puesto que ahora las conocemos: en ese sentido, los objetivos de un verdadero "tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad" deberían ser: 1) Ayudar en las dificultades de vincularse y separarse del paciente y su fami-

lia. Si el trastorno ya se ha cronificado, intentar mantener en lo posible dichas capacidades relacionales y de vinculación. 2) Trabajar junto con ellos sus conflictos de confianza/desconfianza. 3) Mantener lo más activa posible su capacidad emocional, a pesar de que ello frecuentemente entra en colisión con los dos objetivos anteriores. 4) Con el fin de mantener sus capacidades relacionales y sus relaciones (número, variación, calidad, profundidad...). 5) Ayudarles a desarrollar una identidad (*self*) más segura. 6) Ayudarle a desarrollar estrategias para contener las crisis y las recaídas y, por lo tanto, para afrontar su temor ante ellas. 7) Trabajar junto con su microgrupo social y familia la tendencia a la pérdida de control y el temor a tal pérdida, que es una de las bases para esas recaídas. 8) Ayudar al paciente y a su microgrupo social a realizar adaptaciones más realistas, que tengan en cuenta las dificultades reales, pero que no comulguen acriticamente con los mitos biólogos y desesperanzadores sobre el trastorno (Turkington et al 2006). 9) Ayudar en la diferenciación familiar y en la diferenciación del paciente (en sus procesos entrelazados de separación-individuación). 10) Proporcionar al paciente designado y a la familia medios de autocuidado. Como en todos los aspectos de esa necesaria "cuarta reforma psiquiátrica", todo ello habrá que hacerlo respetando y fomentando las capacidades de cuidado de los núcleos vivenciales naturales del sujeto y la red social comunitaria.

Como es de todos sabido, ante esta realidad actual del cuidado de las psicosis, existen dos actitudes o modelos de atención bien diferenciados, aunque con múltiples interrelaciones y submodelos intermedios, eso sí. Provisionalmente, siguiendo ideas y conceptos que llevo decenios defendiendo (Tizón 1978 a y b), designaré esos dos modelos o paradigmas como biólogo y relacional. El primero, parte de la noción (que no concepto, al menos hoy por hoy), propalada por ejemplo por el Nacional Ins-

*Tal vez hoy ya sabemos que los objetivos deberían ser la atención y ayuda precoces al desarrollo en las situaciones de riesgo, la prevención primaria, el tratamiento integral precoz como prevención secundaria, y la recuperación o, al menos, rehabilitación de esas capacidades dañadas o perdidas, nudo de la prevención terciaria.*

*En realidad, la "historia natural de la esquizofrenia", vale decir de las psicosis, ha cambiado muy poco desde la introducción de los neurolépticos.*

titude of Mental Health norteamericano, de que *la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro, genéticamente determinada, crónica, deteriorante, probablemente la más destructiva que se conoce en la historia* (NIHM 2007; Turkington et. al 2006). Tiene a su favor indudables avances en el conocimiento de la neurología (Andreassen 2002) y la neuroquímica cerebrales (Stahl 2002) y una mejoría en los problemas de orden público e inseguridad que estos pacientes producen tanto a su entorno como a los profesionales. Y no es poco.

El paradigma relacional se presenta hoy mucho más difuso y abigarrado y, desde luego, menos estructurado así como, aparentemente, con menos "estudios científicos" a su favor. Además, incluye un amplio abanico de submodelos, tanto teóricos como asistenciales, pragmáticos: psicoanalítico, sistémico, cognitivo, comunitario o social, etc. Y prácticas que van desde la inclusión más o menos acrítica de la psicofarmacología y/o las terapias individuales, hasta de rechazo de una u otras o incluso de apuesta por un modelo más "profano", menos profesionalizado de cuidados (Martindale et al 2000; Mosher 2006; Johannessen et al 2006; Read et al 2006).

No es este el lugar para hablar de los méritos y deméritos de ambos modelos y de sus múltiples submodelos, tanto teóricos como pragmáticos. Me interesaba aquí tan sólo hacer hincapié en el hecho de que, aparentemente, los estudios científicos apoyan el primero de ellos casi "por goleada". Al menos, si tenemos en cuenta el número y calidad metodológica de los estudios empíricos realizados apoyando uno y otro modelo. Pero lo primero que hemos de decir, es que eso no es así a nivel social y cultural, ni siquiera en nuestras sociedades del primer mundo. Que, desde luego, eso no es así a nivel mundial, donde es un modelo minoritario. Y que, me atrevería a decir, una mayoría de los que cuidamos profesionalizadamente de esos pacientes en el primer mundo, no nos creemos el paradigma que nos

están imponiendo progresivamente (Martindale et al 2004; Read et al 2006; Adams et al 2006).

Pero, además, vistos más de cerca, los apoyos empíricos para el mismo pierden buena parte de su validez, como recordaba más arriba: el estudio empírico de sus estudios empíricos demuestra cómo los mismos se hallan cada vez más dominados por los centros de poder y difusores de tal paradigma biologista (las industrias de tecnología bioquímica y sanitaria). Incluso el valor gnoseológico y heurístico de tal modelo deja bastante que desear (Tizón 1978; Eisenberg 1995,2000; Kandel 1998,1999; Kendler 2006): cuando se compara el modelo de explicación de las psicosis predominante en los países desarrollados ("*Es una enfermedad como las demás*") con otros modelos explicativos populares y culturales, los estudios realizados no permiten ni siquiera aseverar que posea ventajas para reducir los prejuicios, la discriminación y la marginación puestos en marcha contra las personas que sufren dichos trastornos (Read et al. 2006 a y b).

Pero es que, si tenemos en cuenta perspectivas más nucleares en el tema, incluso defensores de este paradigma que han estudiado sus efectos seriamente (WHO-OMS 1973; Eisenberg 1995,2000; Read et al 2006; Johannessen et al 2006), pueden llegar a admitir que, en realidad, la "historia natural de la esquizofrenia", vale decir de las psicosis, ha cambiado muy poco desde la introducción de los neurolépticos –como arriba recordaba para el caso de la depresión y los fármacos "antidepresivos". Por eso antes decía que lo que ha cambiado es nuestra inseguridad como profesionales con estos pacientes y los problemas de "orden público" producidos por nuestros psicóticos –Y tal vez no tanto: ¿cuántos de los homicidios genéricos son producidos por personas con trastornos delirantes o trastornos graves de personalidad inducidos por drogas y adicciones que nadie ha detectado y ayudado previamente?



### 3. Por un cambio global de los modelos y sistemas de cuidados de las psicosis.

Todo lo anterior, y muchas otras razones, nos han hecho pensar a algunos que tal vez incluso los que llevamos decenios intentado modificar y mejorar la atención a este tipo de pacientes y núcleos sociales, intentando “humanizar” sus cuidados (quiere decir, hacerlos más realmente solidarios y democráticos), hemos de cambiar nuestras perspectivas.

En la actualidad, por las características de los servicios de salud occidentales, el primer contacto de los pacientes afectados por psicosis con los profesionales de la atención a la salud mental suele realizarse con la aparición de los síntomas y trastornos psicosociales del primer episodio. Pero hoy sabemos que esos pacientes llevaban entre 1 y 5 años padeciendo y mostrando síntomas y conflictos psicóticos, que en nuestra sociedad y con nuestros medios aún no sabemos reconocer precozmente. Y sin embargo, numerosos estudios realizados a partir de los años 90 muestran que una intervención terapéutica integrada en el síndrome prodrómico –previa a ese primer episodio– o en los comienzos de éste, conlleva importantes beneficios tanto para la persona afectada como para su medio social (Pueden consultarse al respecto las obras de Alanen 1999; Martindale et al 2000,2004; Edwards y McGorry et al 2004;IÉPA 2005; Olsen y Rosenbaum 2006; Read et al 2006; Lalucat, Tizón et al. 2006; Johannessen et al. 2006; Tizón 2007...).

En nuestra opinión, una atención precoz sólo puede ser efectiva si se dispone de los medios necesarios para crear equipos de proximidad, que tengan un alto nivel de accesibilidad y puedan realizar una atención intensiva para el paciente y la familia. Una atención, además, integrada en la comunidad al máximo de lo posible, dada la “tendencia a perderse en los intersticios sociales y en sus propios repliegues psíquicos” de estos pacientes y sus familias. Pero dichos

equipos también deberían estar integrados organizativa y funcionalmente, es decir, estrechamente relacionados con la red de recursos sanitarios, sociales y educativos, con el fin de poder garantizar un buen trabajo de detección de posibles nuevos casos y de sensibilización de la sociedad hacia temas de salud mental. Y esos equipos deberían intentar realizar un trabajo integrado –trabajando en unidad funcional con el resto de los equipos comunitarios y sociales que atienden a este tipo de problemas y marginaciones— con al menos tres grupos de personas:

- **Menores Altamente Vulnerables (MAV):** adolescentes y niños, con acumulación de factores de riesgo: hijos de padres con patología mental, familias muy desestructuradas, niños con enfermedades crónicas o enfermedades y problemas perinatales graves...
- **Sujetos en Riesgo de Psicosis (SRP):** jóvenes que presentan suspicacia, cambios de humor, alteraciones del sueño, aislamiento social, educacional o laboral, episodios de violencia no integrada, patrones desestructurados de consumo de drogas... (Salokangas 1997; Allardycel y Boydell 2006; Isohanni et al 2006; Olsen y Rosenbaum 2006).
- **Sujetos en “Primeros Episodios (PE)”:** para la organización de los primeros equipos de estas características hemos considerado que, dada la tendencia a la cronicidad tanto del trastorno como de nuestros actuales medios para cuidarlo profesionalmente, la labor fundamental ha de realizarse en el primer año de “manifestación abierta” de tal trastorno (Tizón 2006; Lalucat y Tizón 2006). Pero, más adelante, el aumento de nuestra experiencia en este tipo de equipos y cuidados, así como algunas investigaciones en nuestro propio medio (Tizón et al 2006, 2007), nos han hecho replantearnos incluso estas ideas recientemente adquiridas.

Porque ¿cómo definimos ese “primer episodio”? ¿Cuándo el paciente consulta y es diag-

*En nuestra opinión, una atención precoz sólo puede ser efectiva si se dispone de los medios necesarios para crear equipos de proximidad, que tengan un alto nivel de accesibilidad y puedan realizar una atención intensiva para el paciente y la familia.*

Por eso decíamos más arriba que, tal vez, hoy en día las "libertades mínimas" se hallan restringidas enormemente en el ámbito del tratamiento de los pacientes con psicosis.

nosticado por primera vez por un servicio de psiquiatría hospitalaria o por un psiquiatra de un centro de salud mental? Probablemente, en ese caso, lleva ya evolucionando con sus síntomas entre uno y cinco años y ha padecido diversas agudizaciones del dicho proceso que el propio paciente y su medio han contenido, mal que bien, mediante sus *medios y sistemas de contención* "profanos", no profesionales (Tizón et al 2000). En realidad, la sintomatología, incluso la sintomatología abiertamente psicótica (ideas delirantes, trastornos del pensamiento, alucinaciones...) ha aparecido años antes (McGrath et al 2004; Häfner et al 2006; Horan et al. 2006; Olin et al 1996; Olsen y Rosenbaum 2006; Salokangas et al 1997, 2005; Tizón 2006, etc).

Por eso hoy, con la (pequeña) experiencia y conocimientos adquiridos por los primeros equipos que trabajamos en este campo, podemos entender que de vez en cuando surjan estudios que cuestionan que sean tan sustanciales las mejoras obtenidas haciendo "atención precoz de los primeros episodios" (Olsen y Rosenbaum 2006; Johannessen et al 2006). Tal vez estemos sobredimensionando nuestras posibilidades terapéuticas en un trastorno que, cuando lo diagnosticamos, ya es crónico y, hoy sabemos, de larga evolución. De ahí también nuestra opinión de que esa intervención, si de verdad quiere ser precoz y temprana, habría de hacerse bien en el período pre-prodrómico, sobre los "menores altamente vulnerables", o, como tarde, en el período prodrómico, en el momento de manifestarse las ansiedades confusionales y persecutorias del "trema". Y tanto en un caso como en otro, está claro que tal intervención o "ayuda adaptada a las necesidades" habría de ser predominantemente psicosocial y familiar más que farmacológica (Martindale et al 2000; Tizón 2004; Johannessen et al 2006). En todo caso, esa atención integral e intensiva debería realizarse al menos con los tres grupos de personas de las que hablamos más arriba.

Por tanto, tendremos que repensarnos en qué consiste realmente una prevención y una detección precoces de las psicosis. Y, en la misma línea, en qué consisten la prevención secundaria y terciaria, es decir, el tratamiento y la rehabilitación. Y tal vez aquí nos encontremos de nuevo con que el modelo dominante es tan único, unidimensional, incuestionable, omnímodo... que ha penetrado profundamente nuestras ideas acerca del tratamiento de los episodios psicóticos y de la rehabilitación de los pacientes psicóticos. Y no sólo nuestras ideas, sino, más aún, nuestros hábitos de relación con esos pacientes, tanto conscientes como inconscientes (Adams et al 2006; Tizón 2005,2006; Read et al 2006).

Por eso decíamos más arriba que, tal vez, hoy en día las "libertades mínimas" se hallan restringidas enormemente en el ámbito del tratamiento de los pacientes con psicosis. Y no sólo para los pacientes y sus familias, que en la mayoría de los casos, tanto en la Europa "desarrollada" como en los USA, si no es con grandes dispendios económicos, se ven obligadas casi a un solo tipo de tratamientos con muy ligeras variantes. En realidad, esa falta de libertad también afecta a los profesionales de las disciplinas de la salud mental, controlados y uniformizados por modelos impuestos más que pensados, y por repartos presupuestarios que cercenan toda posibilidad de cambio real. Hasta el extremo de que, al menos en muchos de los temas de la psiquiatría y las disciplinas de la salud mental actuales, podemos decir que nuestra libertad para escoger métodos y sistemas terapéuticos se halla hoy enormemente estrechada, reducida. En último extremo, como van mostrando progresivamente las nuevas reflexiones y los nuevos estudios, en campos tales como el tratamiento de la psicosis, las "depresiones", la timidez o los "niños movidos", los profesionales occidentales están viendo tan restringida su libertad para escoger tratamientos que ya ni tan siquiera pueden aplicar las "recetas" proporcionadas por la medicina basa-

da en pruebas. A pesar de que no podemos dejar de denunciar ya hoy las limitaciones impuestas por el poder también a esa nueva forma de organizar los conocimientos médicos y, en general, sanitarios, la MBP podría suponer un avance, sobre todo en campos controvertidos, económicamente costosos, en los cuales es difícil tomar decisiones... Pero hoy por hoy, en esos ámbitos de la psiquiatría contemporánea, los menos libres para aplicar los hallazgos de la "medicina basada en la evidencia" o la "medicina basada en pruebas" son precisamente los médicos de los países industrializados (Adams et al 2006). Pacientes con psicosis, "depresiones", "niños movidos", duelos complicados: las enormes presiones desplegadas para "convencer" a los profesionales del "primer mundo" de las bondades de un tratamiento unidimensionalizado, son mucho mayores que las que soportan los profesionales de los países del "tercer mundo". Cada vez hay más datos que obligan a pensar que, si poseen unos medios mínimos —que no siempre poseen—, los profesionales de los países "en vías de desarrollo" tal vez utilicen los tratamientos más comprobados, seguros, eficaces y eficientes, con mejor relación costo-beneficio, los más basados en la autonomía y no en la heteronomía, etc. Al contrario, los psiquiatras de los países tecnológicamente desarrollados tenemos que soportar fuertes presiones a favor de tratamientos sesgados desde todos los puntos de vista, tratamientos "de moda" y tratamientos inducidos (Adams et al. 2006; Read et al 2006; Tizón 2004; Ortiz et al 2005).

En el ámbito del que venimos hablando, los pacientes y sus familias, si no pertenecen a estratos sociales muy privilegiados, no tienen dónde elegir, cuando modelos y posibilidades a lo largo del mundo existen y bien diferenciados: baste con recordar las diferencias entre modelos como los de Mosher (2006) y Turpeinen (2004-2007) y los de nuestras clínicas universitarias de psiquiatría. O entre el modelo de Alanen et al. en los

países escandinavos (1999), el del EPICC australiano (2004), los modelos comunitarios británicos (Birchwood et al 2000) y los modelos y sistemas propuestos por el NIMH norteamericano o las normas PORT (Lehman y Steinwachs 1998).

Y, ¿por qué los pacientes con psicosis y sus familias no pueden tener libertad de elección? ¿Por qué tenemos tan restringida nuestra libertad de innovación los profesionales que los atendemos o intentamos atenderlos? En buena medida, por el dominio abrumador a nivel técnico, pragmático, seudoteórico y político del modelo biólogo. Pero también por nuestra aceptación poco crítica del mismo.

Hasta un extremo que también hemos de pensarnos: Afortunadamente, parece que el cuidado de "la esquizofrenia" y las psicosis se ha vuelto a poner "de moda". Incluso el "tratamiento precoz" de las mismas. Pero, a juzgar por algunas consecuencias, tal vez esté jugando ahí un no despreciable papel el elevadísimo consumo y gasto en psicofármacos que soporta nuestro país (como algunos otros). Y en psicofármacos (en especial neurolepticos y antidepresivos) disparatadamente caros. A pesar de lo poco efectivos que hoy ya se han mostrado en cambiar la historia natural de "la depresión" o "las psicosis", o las repercusiones en salud pública de tales trastornos (Ortiz et al 2005; Jablenski et al 1992; Read et al 2006). Otra vez la organización "glotona, primaria e impaciente" a la puerta de la pastelería. Por eso es perfectamente válido y útil plantearse y replantearse el tratamiento de los "primeros episodios" y las "psicosis incipiente", no vaya a ser que también aquí se nos haya infiltrado otro espejismo ideológico: Perseguimos "la esquizofrenia" y su "curación" o, incluso, como dice Torrey (2002), "superar la esquizofrenia". Pero eso ¿se hace porque está "de moda", es ideológica y políticamente rentable, resulta un buen negocio para los poderes fácticos y económicos? O bien, alternativamente, ¿buscamos la ayuda integral a las personas, familias y grupos

*Los pacientes y sus familias, si no pertenecen a estratos sociales muy privilegiados, no tienen dónde elegir, cuando modelos y posibilidades a lo largo del mundo existen y bien diferenciados.*

con acumulación de factores de riesgo, se haya declarado aún o no esa "enfermedad" mítica donde las haya, que tanto prestigia a determinados lobbies psiquiátricos y equipos? ¿O es que ayudar a las personas "en riesgo de" va a ser menos "científico" porque no podemos aún predecir cuáles evolucionarán hacia "esquizofrenia" y cuáles no? Y si ese puerto de arribada (el diagnóstico de la "esquizofrenia") se pierde en el futuro tras la niebla de nuevos conocimientos y conceptos, ¿qué habrá pasado con los miles de grupos sociales que estaban sufriendo enormemente pero no poseían los hoy evanescentes indicadores de ese trastorno o de esa evolución?

Porque, a riesgo de repetirme, no olvidemos que, en el caso de "la esquizofrenia" estamos hablando de un trastorno que para unos es *"una enfermedad del cerebro, genéticamente determinada, las más crónica e incapacitante de todos los trastornos mentales"* y para otros *ni es una, ni es enfermedad, ni es tan sólo del cerebro, ni se puede decir hoy que esté genéticamente determinada, ni es ético ni acorde con nuestros conocimientos propalar que sea es "la más crónica e incapacitante de las enfermedades mentales"* (Tienari et al 2004; Eisenberg 1995, 2000; Kendler 2006; Tizón 2004; 2006). Hasta el colmo de que, para muchos investigadores y terapeutas, utilizar el primer modelo y su definición se ha convertido en un grave problema para el tratamiento psicológico y psicosocial de estos pacientes y sus familias: Entre otras cosas, porque, como ya se ha demostrado, infunde en ellos desesperanza, cuando la *preservación de la esperanza* es uno de los elementos fundamentales de un tratamiento integral de estos grupos humanos sufrientes (Turkington et al. 2006, Read et al 2006; Tizón 2004).

Decíamos también que se está poniendo de moda la atención precoz a las psicosis en su forma de atención a las psicosis incipientes y detección-atención precoz a los primeros episodios

(Häfner 2006; Johannessen et al 2006; IEPA 2005; Lalucat, Tizón et al. 2007). Pero ¿hemos de seguir hablando de "detección y atención precoz" para el caso de los primeros episodios, tal como hoy podemos verlos y definirlos? Probablemente no. Y eso vuelve a resaltar la importancia de la prevención y la atención realmente precoces (es decir, en la infancia y en los primeros signos prodrómicos en la pubertad y adolescencia tempranas). Pero cubrir esa necesidad significa sistemas y medios de promoción de la salud en la población general, sistemas y medios que en realidad son sociales, comunitarios y, por tanto, basados en decisiones políticas y comunitarias (WHO-OMS 2005). Para evitar los riesgos de medicalización abusiva, de ineficiencia y de yatrogenia médica y psicosocial sobre las poblaciones en riesgo o escogidas como "casos para prevención", habría que contar con indicadores seguros de riesgo sobre los que intervenir. Y eso existe, por ejemplo, en el caso de la promoción de la salud mental desde la pediatría: es el protocolo de salud mental del Programa del Niño Sano, que algunos estamos intentando difundir (Tizón et al 1999; Amigó et al 1999) o los indicadores escolares descubiertos por investigadores nordeuropeos (Olin et al. 1996). Pero partiendo de la realidad no embellecida de que no poseemos aún indicadores suficientemente fiables y generalizables de cuándo unas alteraciones biopsicosociales de un púber o un adolescente –y menos aún, de un niño– pueden evolucionar hacia un trastorno mental del tipo de las psicosis.

Además, es evidente desde el principio que con esos equipos de detección y atención precoz, por muy comunitaria, proactiva y psicosocial que sea nuestra atención, a menudo no podemos evitar la aparición de cuadros agudos de psicosis no contenibles con nuestros medios. ¿Cuál es entonces el recurso que debería entrar en acción? ¿El servicio de psiquiatría hospitalario, el hospital de día, equipos comunitarios de atención integral que faciliten la "hospitalización

a domicilio”, ingresos prolongados con terapias integradas tipo escandinavo (Alanen et al 1999) o de la medicina privada norteamericana? ¿El modelo de Mosher (2006) con sus comunidades tipo Soteria –evitando en lo posible la profesionalización– o el modelo de Helsinki de pequeñas comunidades de adolescentes o “casas de acogida para sus períodos de crisis” (Pirkko Turpeinen, en prensa)?

Y ¿cuáles deberían ser los servicios idóneos para los pacientes ya cronificados y los que, a pesar de nuestros esfuerzos, se seguirán cronificando en el futuro. ¿La forzosa “devolución a sus familias” siempre que sea posible? Pero, ¿quién puede demostrar que, teniendo en cuenta las dificultades relacionales antes descritas, siempre sea la familia el mejor espacio relacional donde pueden vivir esos pacientes? Claro que tener en cuenta esa matización implicaría una dedicación presupuestaria mucho más amplia a las casas de acogida, “comunidades de acogida en crisis”, pisos asistidos, pisos a medio camino y otras formas de residencia asistida comunitaria y demás... Pero esos “recursos comunitarios”, ya hace tiempo utilizados y estudiados, poseen al menos dos tipos de “inconvenientes” desde el punto de vista social y económico, dado el tipo de uniformización de nuestras sociedades: Por un lado, si son sistemas residenciales realmente asistidos, implican importantes presupuestos para que los profesionales puedan hacer dicha “asistencia” o “apoyo”. Y para la supervisión y apoyo a esos profesionales, con el fin de ayudarles a mantener sus capacidades de fomentar la esperanza, la confianza, la contención, la solidaridad, la capacidad de pensar... Pero es que, en segundo lugar, la difusión de ese tipo de dispositivos “a medio camino” (entre lo profesional y lo no profesional) implica dos consecuencias: Primera que, a nivel económico, una parte de los presupuestos dedicados hoy a psicofármacos, dudosamente útiles en las dosis actuales para este tipo de pacientes, deberían reorientarse hacia la financiación de

“medios personales de ayuda”: rehabilitadores, acompañantes, terapeutas ocupacionales, animadores culturales y sociales, equipos de salud mental de apoyo, medios de apoyo a la dependencia no profesionalizados, etc. En segundo lugar, esa reorientación implicaría una organización asistencial mucho más horizontal, democrática, basada en la confianza en los propios trabajadores del sistema y en su moral y motivación. Algo bien diferente a la organización y funcionamiento de las instituciones “totales”, tipo hospital o servicio de psiquiatría, mucho más piramidales, controlables, basadas en el control más que en la autonomía y la confianza... Un nuevo campo en el cual la necesidad de ampliar la democracia y autogestión reales de nuestras sociedades se halla en acción y reacción con los tipos de cuidado de estos pacientes y, en general, de todos los marginados.

De acuerdo con las reflexiones anteriores, hace años se vienen proponiendo sistemas de prevención y atención precoz de los trastornos psicóticos. Como recordaba más arriba, ya hace más de dos decenios que Alanen y sus diferentes equipos propusieron el *tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*, como un modelo de terapia integral en estos casos (Alanen 1999). Teniendo en cuenta sus orientaciones, otros equipos del sur de Europa hemos propuesto más tarde el tratamiento integrado que llamamos *“Tratamiento Adaptado a las Necesidades del Paciente y su Familia en la Comunidad (TANC)”*. También en este caso se trata de una combinación, adaptada a cada paciente y su familia, de los siguientes componentes terapéuticos: terapia psicológica individual, entrevistas y atención a la familia, psicofarmacología si se precisa, grupo multifamiliar, grupos “psicoeducativos” replanteados, atención específica de enfermería, atención psicosocial y laboral específica, rehabilitación neurocognitiva si se precisa, “atención abierta”, de alta accesibilidad, grupos de ayuda mutua y grupos preventivos para la población

*Algo bien diferente a la organización y funcionamiento de las instituciones “totales”, tipo hospital o servicio de psiquiatría, mucho más piramidales, controlables, basadas en el control más que en la autonomía y la confianza...*

que designamos como MV, etc. El objetivo de ese programa integrado sería atender a los pacientes y familias en situaciones de alto riesgo y sufrimiento, evitar la aparición del primer episodio y, en los casos que esto no sea posible, minimizar el sufrimiento individual y familiar que la psicosis conlleva –en consecuencia, disminuir en lo posible la grave tendencia a la cronicidad y a la dependencia social que este trastorno implica. Es lo que justifica la existencia de este tipo de equipos y servicios: A pesar del coste en personal y especialización que suponen, en un territorio o población concretos dicho coste puede quedar amortizado aproximadamente con 480 días de ingreso/año (48 pacientes con ingresos de diez días), o con 70 pacientes que gasten en fármacos la mitad de lo habitual en nuestros medios, o con 20 pacientes/año en invalidez, pensión o bajas prolongadas. Pero para ello se necesita tener activados y activos esos programas intensivos y “de proximidad”, “adaptados a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad”, fundamentados en medidas, programas y cuidados psicosociales y en el “cuidado de los cuidantes”. Además, no se trata tan sólo de eficacia y eficiencia sanitarias. El otro fundamento y objetivo de dichos programas, como he intentado mostrar, habría de ser conseguir una atención más próxima y humana a esos pacientes y sus familias, una atención más real y vivencialmente democrática, tanto para los sujetos cuidados como para los sujetos cuidantes.

### **Bibliografía elemental.**

- Adams CE, Tharyan P, Coutinho ESF, Scott TS. Editorial: The schizophrenia drug-treatment paradox: pharmacological treatment based on best possible evidence may be hardest to practise in high-income countries. *Brit J Psych* 2006; 11: 391-2.
- Alanen YO. Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnack Books 1997, 1999. (Traducción al castellano Alanen YO. Esquizofrenia. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004).
- Allardycl J, Boydell J, Environment and Schizophrenia: Review: The Wider Social Environment and Schizophrenia *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32(4): 592-598.
- Andreasen NC. Anomalías cognitivas en la Esquizofrenia. Barcelona: Almirall Prodesfarma; 2002.
- Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, Marzari B, Pérez C, Pareja F. Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente (Barcelona)*, 2004; (4): 51-67.
- Birchwood M. The critical period for early intervention. En M. Birchwood, D. Fowler y C. Jackson Editors. *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester, UK: Wiley; 2000. p.28-63.
- Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004.
- Eisenberg L. The Social Construction of Human Brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152,11: 1563- 1575.
- Eisenberg L. Asistencia sanitaria con ánimo de lucro y relación médico-paciente. (¿Es el mercado compatible con la excelencia en Medicina?). *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (1): 9-19.
- Espino A (Coordinador). La atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Häfner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry* . 2006; 5(3): 130-38.
- Horan WP, Subotnik KL, Zinder KS, Nuechterlein KH. Do Recent-Onset Schizophrenia Patients Experience a “Social Network Crisis”? *World Psychiatry*. 2006; 69(2): 115-29.
- International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187 (Supl. 48): 120-124.

- Isohanni M, Miettunen J, Mäki P, Murria GK, Ridler K, Lauronen E et al. Risk factors for schizophrenia. Follow-up data from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *World Psychiatry*. 2006; 5(3): 168-71.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A: Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, 20 (Suppl). London: Cambridge University Press; 1992.
- Johannessen JA, Martindale BV, Cullberg J. (editors). *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. London and New York: Routledge; 2006 (Traducción al castellano en Barcelona: Herder; en preparación).
- Kendler KS: Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1138–1146.
- Lalucat L, Tizón JL (Coords.), Alda JA, Artigue J, Bernard S, Camps C, Castro, Cid J, Cirici R, Corripio I, Isern L, Jordá E, Lago P, Lázaro L, Roncero C, San Emeterio M, Vegué J. Programa d'Atenció Específica al Trastorno Psicòtic Incipient del Pla Director de Salut Mental i Adiccions. Barcelona: Pla Director de Salut Mental i Adiccions, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.
- Lehman AF & Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenics: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). Client Survey. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 11-20.
- Kandel ER. A new intellectual framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 265-277.
- Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for Psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-524.
- Kelly RE, Cohen LJ, Semple RJ, Bialer Ph, Lau A, Bodenheimer A, Neustadter E, Barenboim A, Galynker I I. Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*. 2006 Nov; 36(11): 1647-56.
- McGrath JM, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chand D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* 2004, 2:13 (Página web <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/13> visitada en Julio del 2005).
- Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F (editors). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. London: Gaskell-IPSPS; 2000.
- Mosher LR. Letter of Resignation from the American Psychiatric Association. En M González de Chávez y la Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis (eds.). Homenaje a Loren R. Mosher. Madrid: FITEOP 2004.
- Mosher LR. Non-hospital, non-drug intervention with first-episode psychosis. En Johannessen JA, Martindale BV, Cullberg J. (editors). *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. London and New York: Routledge 2006. (pp349-365).
- Muller-Hill B. *Murderous Science*. Oxford: Oxford Univ. Press 1988.
- Müller-Hill B. La psiquiatría en la Era Nazi. En S. Bloch y P. Chodoff (eds.). *Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford Medical Pub. 1991.
- National Institute of Mental Health. Schizophrenia. Betseda: US Department of Health and Human Services; 2007.
- Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull*. 1996; 22(2): 223-40.
- Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 247-272.
- Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 282-273.
- Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria* 2005; 35(3): 152-5.
- PLOS Medicine Editors. The Impact Factor Game. *Plos Medicine*. 2006; 3(6): 707-708.
- Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an

illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 114: 303.

– Read J, Mosher L, Bentall R. (editors). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. London, UK: Brunner-Routledge; 2004. (edición en español: *Modelos de locura*. Barcelona: Herder; 2006).

– Salokangas RK. Living situation social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 96(6): 459-68.

– Salokangas RK, Luutonen S, Nieminen M, Karlsson H. Vulnerability to psychosis in patients attending primary and psychiatric care. Results of the RADEP study. *Nord J Psychiatry*, 2005; 59(4): 239-45.

– Sistema Nacional de Salud. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2003. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 121-127.

– Sistema Nacional de Salud. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. *Inf Ter SNS* 2005; 29: 49-53.

– Stahl SM. *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ariel 2002.

– Thoragaard L, Rosenbaum B. Schizophrenia: Pathogenesis and therapy. En Johannessen JA, Martindale BV, Cullberg J. (editors). *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. London and New York: Routledge 2006 (pp-64-79).

– Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Laksy K, Moring J, Naarala M, Nieminen P, Wahlberg KE. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 216-222.

– Tizón JL. Los pacientes "liminares" y algunos aspectos de la problemática epistemológica de la psiquiatría. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1973; 1 (6): 751-766.

– Tizón JL. *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel; 1978.

– Tizón JL. *La locura, compañera repudiada*. Barcelona: La Gaya Ciencia; 1978.

– Tizón JL. Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos. *Rev. de Psicopatología y Psicoterapia*. 2000; 20 (44): 25-78.

– Tizón JL. ¿Por qué "Neurociencias" y no "Psicociencias"? Godzilla y Bambi en el reino de la epistemología. *Revista de la Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2002; 22, 84: 67-117.

– Tizón JL. La relación paranoide: La vida desde el bunker. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo* 2003; 5 (2): 163-193.

– Tizón JL. Terapias psicoanalíticas de los pacientes con esquizofrenia: ¿es preciso replantearse hoy sus objetivos y teoría? *Temas de Psicoanálisis* 2003-2004; 8-9: 121-155.

– Tizón JL. Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004; 14(90): 97-131.

– Tizón JL. Epidemiología de la psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*. 2004; 67(2): 139-144.

– Tizón JL. ¿Se puede pensar todavía en una "sociogénesis" y en una "psicogénesis" de la psicosis?. *Archivos de Psiquiatría* 2004; 67(1): 67-72.

– Tizón JL. Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós; 2004.

– Tizón JL. Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *FMC (Formación Médica Continuada, Barcelona)*. 2005; 12(4): 220-236.

– Tizón, JL. Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Archivos de Psiquiatría* 2006; 69(2): 81-84.

– Tizón JL. Psicopatología psicoanalítica especial de las psicosis. En A. Díez y R. Luque R (eds.). *Psicopatología de los síntomas psicóticos*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, estudios, 2006. (pp. 137-179).

– Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis: clínica e in-



investigación pueden aunarse. Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría 2007 (en prensa, publicación aceptada).

– Tizón JL, Artigue J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Pareja F, Sorribes M, Pérez C, Parés A. La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. Atención Primaria 2004; 34(9): 493-498.

– Tizón JL, Ferrando J, Parés A, Artigue J, Parra B, Pérez C. Los trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental. Aten Primaria. 2007; 39(3): 61-7.

– Tizón JL, Parra B, Artigue J, Ferrando J, Catalá L, Sorribes M, Pareja F, Perez C. Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. Archivos de Psiquiatría. 2006; 69(1): 59-80.

– Tizón JL, SanJosé J, Nadal D. Protocolos y programa elementales para la atención primaria a la salud mental (2 tomos). Barcelona: Herder; 1999, 2000.

– Torrey EF. Superar la esquizofrenia. Barcelona: Fundació Seny; 2002.

– Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ: Cognitive behavior therapy for schizophrenia. Am J Psychiatry.

2006 Mar; 163(3): 365-73. Debate en el American Journal of Psychiatry, electronic version. (2006) Consultada en enero del 2007 en:

- <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/9/1646-c>

- <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/9/1647?etoc> y en la página de ISPS.org.

– Turpeinen-Saari P. Ahdingossa luova lapsi ja nuori. Helsinki: Tienviittoja Kasvuun; 2004. (consultado en versión inglesa. Versión española de próxima aparición en Barcelona: Herder 2007).

– Volkan V. The Infantile Psychotic Self and its fates. New York: Jason Aronson, 1995.

– WHO-OMS. The International Pilot Study of Schizophrenia. Geneva:WHO-OMS, 1973.

– WHO-OMS. Conclusions from Pre-conference "The Mental Health of Children and Adolescents", organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg on 20-21 September 2004 in Luxembourg. Geneva: WHO-OMS 2005.

– Williams VS, Baldwin DS, Hogue SL, Fehnel SE, Hollis KA, Edin HM. Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. J Clin Psychiatry 2006; 67: 204-10.