

## Las psicosis: medicación ¿y qué más?

Coordinado por María Cortell y Carmen Ortolá

*Juanjo Albert Gutiérrez*

Psiquiatra. Neurólogo. Instituto de Psicoterapia Emocional y Técnicas de Grupo, Alicante

*José Luis Belinchón Belinchón*

Médico psiquiatra. Psicoanalista. Centro de Salud de la Fuente de San Luis, Valencia

*Inmaculada Navarro Morales*

Dra. en Psicología. Ps. Clínica de la Asociación Albero Artesanos. Valencia

*Óscar Vallina Fernández*

Psicólogo clínico. Centro de Salud Mental de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Las respuestas formuladas de forma independiente aparecen por orden alfabético.

Desde este espacio DEBAT abordamos, en esta ocasión, algunas preguntas sobre las psicosis y sus tratamientos.

Si consideramos a los psicóticos como personas a quienes la falta de percepción de fronteras entre lo interno y lo externo, el afuera y el adentro, les llevan a la construcción del delirio como expresión, resulta interesante que nos preguntemos sobre la eficacia de los actuales tratamientos y su tendencia, teniendo en cuenta que los delirios cuentan con una historia que atraviesa diferentes paradigmas epistemológicos.

Antes de la Ilustración, el delirio disfrutaba de una significación tan amplia e imprecisa como la de la locura y la melancolía. Aún en la *Enciclopedia* de Diderot y d'Alembert

el término *locura* tenía su entrada en el capítulo de moral y no en el de medicina. Después su significado se ha vuelto cada vez más médico. El término *psicosis* fue un nombre genérico destinado a agrupar las enfermedades mentales y a designar docitamente 'la locura' describiendo aquellos comportamientos que escapan a lo racional, o como señalan algunos autores, ponen su límite a la *Razón*. La *fenomenología* describió ampliamente un conjunto de signos y diferentes clasificaciones para entender las diversas manifestaciones de los delirios, pero en la actualidad parece que 'el tesoro de la clínica psiquiátrica clásica' ha ido quedando abandonado y sólo algunas orientaciones teóricas pretenden dar cuenta desde su práctica de la singularidad de la

psicosis en tal o en cual sujeto, para buscar una lógica inherente a las diferentes formas crónicas del delirio que permita ordenar sus mutaciones clínicas.

Dado que 'la hipótesis del desorden orgánico' no ha obtenido todavía indicios de prueba, a pesar de los desarrollos en la investigación, otras hipótesis sobre la causa de las psicosis también son plausibles y atender a ello permite una lógica de actuación u otra, en relación al tratamiento de las 'locuras delirantes'.

Sin embargo, a pesar de la apertura de los manicomios, del desarrollo de la asistencia pública especializada y de la consolidación de los derechos civiles de los psicóticos, se ha ido abriendo paso una psiquiatría cada vez más impersonal, asociada a los tratamientos con psicofármacos e inmersa en las clasificaciones de los síndromes en un lenguaje asequible y universal que, a cambio de su fácil empleo, va desplazando la práctica clínica hacia una mera clasificación de conductas. El uso y la calidad de los psicofármacos ampara esta especie de simplificación y ha ido cayendo en desuso entender al enfermo y descifrar el sentido de sus vivencias<sup>1</sup>. Predomina, pues, un sentido organicista de las psicosis, sea por el hecho de la exclusión de otros acercamientos en la práctica, o bien por adherencia explícita a un discurso científico-médico tomado por verdadero.

Los flecos que van quedando de estos procedimientos afectan a los enfermos y a sus familias y desde ese sentir social se reclaman otras prácticas y otros servicios, pues con el sólo uso de la clasificación y la medicación, las psicosis, o mejor dicho, los psicóticos corren el riesgo de permanecer

en zonas de exclusión social similares a los períodos anteriores.

Las posturas integradoras, por su parte, cuando no definen su dominio de aplicación o no tienen en cuenta la heterogeneidad del campo de trabajo pueden ser también reduccionistas y bajo un eclecticismo engañoso olvidar que la psicopatología es una disciplina fronteriza entre el saber positivo y las ciencias humanas que puede expresar su eficacia si busca salir de la rivalidad, o antagonismo, entre psicogénesis y organogénesis<sup>2</sup>.

El abordaje multidisciplinar parece, pues, imprescindible en un tema donde familias y enfermos están concernidos junto a psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas, enfermeros y asistentes sociales.

Contamos, para dilucidar los lindes de esta temática, con la participación de cuatro especialistas en el tema, a quienes agradecemos vivamente desde aquí, su participación alrededor de nuestras cuestiones, desde su experiencia en la práctica y su perspectiva teórica especializada.

## 1.

En el tratamiento de los trastornos psicóticos ¿Cuál es el alcance de la eficacia de la medicación? En su opinión, ¿palía, estabiliza, cura o cronifica?

### Juanjo Albert

Antes de contestar a ésta y a las siguientes preguntas, para mí es necesario no hablar de las psicosis de modo genérico. Es necesario establecer un diagnóstico diferencial entre ellas, pues no es lo mismo una psicosis esquizofrénica que una psicosis de cualquier otra etiología, sobre todo si cabe la posibilidad de un diagnóstico de psico-

<sup>1</sup> y <sup>2</sup> El saber delirante. Colina, Fernando. Ed. Síntesis, Madrid, 2001. Cap. 1 y 2.

sis psicógena, psicosis paranoide o una bouffée délirante en una personalidad histérica. Para simplificar podemos hacer dos grandes grupos, las psicosis orgánicas y las psicosis psicógenas.

En ambos grupos, la medicación inicialmente es, dentro de los medios asistenciales de que disponemos actualmente, indispensable; solamente reduciendo los contenidos psicóticos se puede hacer a la persona accesible a cualquier otro tipo de intervención terapéutica. Pero en ningún caso cura, al menos que yo conozca.

En el caso de las psicosis orgánicas, las esquizofrenias y psicosis maniaco-depresivas, como grupo más numeroso, la medicación palía y estabiliza, lo cual permite tener un acceso psicoterapéutico al paciente. En el caso de que no sea una esquizofrenia que produzca un marcado deterioro cognitivo y afectivo desde el inicio, se puede conseguir una estabilización a dosis bajas de neurolépticos, si se acompaña del tratamiento psicoterapéutico correspondiente. Cronificar, no cronifica, puesto que en sí misma la esquizofrenia es crónica; lo que sí puede ocurrir, y de hecho es lo que ocurre en un número significativo de casos, es que manteniendo dosis alta de medicación innecesariamente se potencie el deterioro que estas psicosis llevan implícito.

En el caso de psicosis no orgánicas, la medicación hace accesible al paciente a una psicoterapia que puede llegar a la curación o, al menos, a la estabilización del proceso sin utilizar neurolépticos de manera permanente. En este caso, el uso indebido y crónico de la medicación sí cronifica el proceso; es decir, llegar a conseguir que el paciente sea un psicótico, en vez de que sólo esté psicótico en un momento de su vida.

### José L. Belinchón

La gran aportación de la medicación antipsicótica es su capacidad para, en muchos casos, calmar la angustia que invade al paciente y, con ello, aliviar e incluso suprimir las manifestaciones que aparecen asociadas a esa angustia psicótica, como son las alucinaciones, los fenómenos de despersonalización, las interpretaciones delirantes mal estructuradas (raramente la medicación es eficaz cuando hay un delirio bien instaurado), las alteraciones de comportamiento derivadas de esas vivencias, etc.

Pero en modo alguno puede entenderse este alivio, esta desaparición de síntomas, como una suerte de curación, de restitución a una supuesta situación de normalidad. Por el contrario, incluso en el mejor de los casos queda un algo no resuelto, un interrogante del sujeto cosificado ante una realidad que no termina de comprender. Puede que no oiga voces, que no se sienta perseguido, que se reintegre a su trabajo anterior, que no esté tan querulante con los familiares... pero pocas veces dudará del carácter auténtico de su experiencia delirante o alucinatoria. Se sentirá aliviado, pero desconfiará con frecuencia de la naturaleza de ese alivio que le viene dado desde fuera por efecto de algo, unos fármacos, un dispositivo asistencial, de los que él recela. Y no pocas veces mostrará su negativa a seguir tomando la medicación o a acudir a la consulta del médico aunque tenga muy claro que esto suponga una recaída.

La medicación puede haberle calmado la angustia y los síntomas que de ella se derivan, pero queda en su lugar un vacío, una dificultad para reconocerse, para situarse en el mundo, que a veces son tan problemáticos como los fenómenos que ella eclipsó.

Que la medicación le haya suprimido a un psicótico los síntomas más llamativos, no es necesariamente equiparable a que le haya producido una restitución a la 'normalidad'. Además cabe preguntarse de qué 'normalidad' se trata y buena prueba de ello es la frecuencia con la que acontecen las recaídas, la relación de dependencia en que se sitúa el psicótico respecto a la medicación, la enorme frecuencia con que, pese a tomarla, reaparecen manifestaciones alucinatorias o delirantes ante desencadenantes mínimos.

Es frecuente que el observador, sea médico, familiar, compañero del paciente, etc. confunda –tranquilizado– ese apaciguamiento de la clínica psicótica que inducen los fármacos, con la desaparición del problema. Y se plantee entonces la necesidad de que el paciente tenga 'conciencia de enfermedad', es decir, que reconozca como patológicas las vivencias que ha experimentado y luche contra ellas admitiendo la conveniencia de medicarse de una forma ininterrumpida: ese concepto tan de moda actualmente que es la llamada *adherencia terapéutica* o, lo que es lo mismo, que no hay futuro que no pase por la medicación.

Lo que es un reconocimiento implícito de algo obvio: los fármacos no curan las psicosis, sólo alivian los síntomas. Y ello al precio de un vacío subjetivo que no siempre es fácil de abordar y que puede conducir a situaciones de retraimiento social, pérdida de interés por todo, falta de respuesta afectiva, y en general un deterioro progresivo de muchas de sus capacidades cognitivas, propio de la cronicidad.

Hay que señalar además los efectos secundarios que la medicación neuroléptica tiene (fundamentalmente alteraciones

metabólicas, disfunciones sexuales, riesgo cardiovascular, a veces también trastornos extrapiramidales) menos ostensibles en los fármacos de segunda generación que en los antiguos, pero en cualquier caso aún muy evidentes.

Y, por supuesto, no puede dejarse en el olvido el enorme coste económico que esta medicación implica. Baste señalar que el gasto mensual de fármacos en un paciente psicótico cualquiera ronda los 600 €, algo que la mayoría de ellos, y sus familiares, ignora por estar casi enteramente financiados por la sanidad pública.

La medicación antipsicótica supone, por tanto, una herramienta muy importante en el abordaje de los trastornos psicóticos, pero sería descabellado pensar que ella es la solución a tales problemas. Es una herramienta, pero precisa de muchas otras para un abordaje integral de la psicosis.

### **Inmaculada Navarro**

Los trastornos psicóticos requieren un tratamiento múltiple. Tratamiento psiquiátrico, tratamiento farmacológico y rehabilitación psicosocial. Sabemos que la sintomatología que presentan los trastornos psicóticos se caracteriza principalmente por una presencia de síntomas positivos (alucinaciones sensitivas, ideas delirantes, distorsión de las percepciones, pensamiento desorganizado y embotamiento emocional) y presencia de síntomas negativos (depresión, ansiedad, retraimiento y aislamiento social). La medicación utilizada en el tratamiento de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales crónicas se les llama antipsicóticos y sirven para paliar la sintomatología. Está demostrado que no son suficientes para conseguir estabilizar totalmente la enfermedad. La

medicación es responsabilidad exclusiva del/a psiquiatra. La medicación es específica para cada persona tanto en el tipo como en la cantidad y sólo puede ser cambiada o variada a criterio del/a psiquiatra que atiende a la persona. La medicación debe de ser combinada con las otras dos modalidades del tratamiento: intervención psiquiátrica y rehabilitación psicosocial, ya que únicamente palía la sintomatología. Hemos de tener en cuenta, que los trastornos psicóticos conllevan en la mayoría de los casos una pérdida de capacidades, aptitudes (mentales, cognitivas, habilidades sociales, de relación, etc.) y también de oportunidades sociales (familiares, amistades, laborales, culturales, de ocio, etc.). Ayudar a recuperar y rehabilitar estos aspectos es un cometido indispensable, al igual que ocurre en otras patologías. La rehabilitación psicosocial nos ofrece una posibilidad para la recuperación de lo que se perdió y/o en la adquisición de nuevas habilidades.

### Óscar Vallina

El tratamiento farmacológico junto con la psicoterapia y las intervenciones sociales forma parte de la triada terapéutica básica para un adecuado abordaje de la psicosis. Desde el desarrollo de los modelos de vulnerabilidad-estrés para intentar explicar el desarrollo de la psicosis y los objetivos terapéuticos en la misma, existe un acuerdo general dentro de la comunidad clínica y científica en torno a la necesidad de la combinación de estos tres tipos de intervención. El tratamiento farmacológico, y más específicamente los neurolépticos, han venido demostrando su eficacia en la eliminación o reducción de la sintomatología positiva de la enfermedad (delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento), y en el control

de las alteraciones conductuales y los estados de agitación asociados a la sintomatología psicótica activa a la vez que palían la desorganización cognitiva propia de las psicosis. Por otro lado, los fármacos estabilizadores del estado de ánimo han probado así mismo su eficacia en el tratamiento de los trastornos bipolares. En la actualidad pues, existe unanimidad en la consideración del tratamiento farmacológico de las diversas variantes de la psicosis como el tratamiento de elección en las distintas fases de la enfermedad.

Ahora bien, creo que estas afirmaciones también requieren de algún que otro matiz. En primer lugar, tenemos que recordar, que incluso con un óptimo tratamiento farmacológico entre un 15% y un 40% de las personas con psicosis mantendrán su sintomatología positiva y esta no responderá a los distintos tipos de neurolépticos disponibles en la actualidad. Por otra parte, tenemos que considerar que si bien los síntomas positivos son una clínica muy característica y definitoria dentro de la psicosis, no debemos olvidar que existen además otro tipo de manifestaciones sintomáticas que también suponen una importante fuente de discapacidad y de sufrimiento personal y que deben ser atendidas. Me refiero a las alteraciones de las funciones cognitivas básicas; particularmente alteraciones de la atención, memoria verbal y capacidad ejecutiva y a la sintomatología negativa, especialmente la anhedonia, alogia y apatía que son la manifestación conductual mas visual de la cronicidad en la psicosis y ante los cuales la medicación neuroléptica no solo no se muestra tan efectiva, sino que algunos casos tiene una importante parte de responsabilidad en su producción. Si además tenemos en cuenta la variada e importante

cantidad de efectos secundarios indeseables que generan, incluso por los neurolépticos de última generación, conocidos como atípicos y de los que se esperaba que iban a tener menos efectos secundarios de los que luego están demostrando tener y entre los que sobresalen: efectos extrapiramidales, acatisia, discinesia, trastornos de deseo y de la función sexual, y aumento de peso y que además en torno a un 70% de los pacientes oscilan entre una adherencia irregular y un abandono del tratamiento farmacológico.

Tampoco podemos olvidar que el impacto de la psicosis no es solamente sintomático, sino que se alteran prácticamente todas las áreas psicosociales del individuo. De esta manera, se observan alteraciones en la dinámica familiar y en los distintos miembros de la familia, en el funcionamiento laboral, social e interpersonal de la persona con psicosis, y en los procesos psicológicos responsables de la formación y desarrollo de la identidad personal, de las respuestas de adaptación al trauma y del autoestigma. En fin, de la adaptación biográfica y existencial a la convivencia con la propia enfermedad. Resulta evidente, a la vista de este panorama, que el tratamiento farmacológico, incluso con sus beneficios, no puede ser la única modalidad terapéutica depositaria de la atención a la psicosis.

## 2.

¿Cómo se manifiesta el paciente psicótico cuando los psicofármacos ocultan los síntomas?

### Juanjo Albert

Depende del tipo de psicosis, del apoyo terapéutico y familiar. Si la psicosis es esquizofrénica y deteriorante, se manifestará con su deterioro más la inhibición propia de la

medicación. Si no es una psicosis deteriorante, o lo es escasamente (por ejemplo las esquizofrenias paranoides), lo verdaderamente difícil, y doloroso, es conseguir que el paciente asuma que no volverá a ser el mismo que antes del brote, pero que puede rehacer su vida aceptablemente.

En el caso de psicosis no orgánicas, una vez reducido el brote, el paciente puede volver a su vida anterior con relativa normalidad, y manifestarse de manera semejante a como antes lo hacía, siempre y cuando seamos prudentes con las dosis y no matemos moscas a cañonazos.

En cualquier caso, tenemos que partir de la base de que casi ningún paciente acepta de entrada bien la medicación, puesto que rápidamente se manifiestan sus efectos colaterales de inhibición de sus capacidades, digan lo que digan las multinacionales farmacéuticas. Incluso lo aceptan peor los pacientes esquizofrénicos que los que hacen una psicosis psicógena, y mucho peor cuando están en una fase maniaca. La aceptación de la medicación va a depender, en todos los casos, de cómo se haga el acto terapéutico de medicar. Yo, por mi parte, lo negocio en relación con el caso y el tipo de paciente; establezco unas pautas de tiempo de medicación, dosis y pronóstico, a condición que se comprometan a seguir el tipo de terapia prescrito junto con la medicación. Intento siempre llegar a un acuerdo con el propio paciente, e intentando, además, involucrar a la familia en el proceso para que sea el paciente quien se haga cargo de su enfermedad y de su tratamiento, no la familia. Es decir, el hecho de prescribir la medicación debe ser en sí mismo un acto psicoterapéutico que abarque al paciente y a su entorno.

### José L. Belinchón

De una manera muy esquemática, podríamos decir que un paciente ansioso o depresivo al que la medicación ha aliviado, se siente agradecido ante el médico, mientras que el psicótico, en cambio, manifiesta con frecuencia cierto recelo ante el médico y la medicación. Puede reconocer su mejoría, pero desconfiará porque no se le creyó en su momento, porque se le dice que lo que le ocurre es consecuencia de la enfermedad mientras él lo vive como una experiencia inefable, porque no siempre han desaparecido por completo las voces o la inquietud que le embarga en algunas situaciones.

Y esa desconfianza, que se muestra respecto a las personas de su entorno, se hace a veces más evidente ante el médico y, sobre todo, la medicación, vivida con frecuencia como algo que le es impuesto y que rechaza.

Es cierto que algunas veces, -quizá no demasiadas-, hay una luna de miel entre el psicótico y su pastilla, pero habremos de reconocer que no es lo habitual. Y de este hecho algún laboratorio farmacéutico ha sabido sacar partido presentando la medicación bajo la forma de un inyectable quincenal, con lo que el paciente está así *controlado* sin que haya que preocuparse a diario de que tome o no el tan molesto comprimido. Es la mejor manera de hacer manifiesto el divorcio entre paciente y fármaco.

En cualquier caso la medicación puede permitir al paciente la recuperación de algunas de sus actividades e intereses anteriores, y esto es siempre bienvenido con tal de no confundir esta mejoría con una supuesta vuelta a la normalidad.

Porque no es raro que nos encontremos con pacientes que han dejado de oír voces, que

no tienen vivencias delirantes, que llevan incluso una vida razonablemente adaptada. Pero que apenas tienen intereses por las cosas que les rodean, que manifiestan un empobrecimiento del lenguaje preocupante, que apenas son capaces de expresar una respuesta afectiva, que sufren una especie de aplanamiento en numerosas áreas de su vida.

Y a los que hay que ‘controlar’ el que tomen la medicación para evitar la reactivación de una clínica más aguda.

### Inmaculada Navarro

La presencia de síntomas activos en el paciente psicótico siempre supone una fuente de sufrimiento muy alta. En ocasiones los pacientes y las familias han estado padeciendo en silencio períodos de crisis sin ser tratados. En primer lugar, porque no existe una identificación de lo que está pasando y, en segundo lugar, porque aun a pesar de existir un reconocimiento de que no se encuentran bien, ni el/la paciente se atreve a reconocer que necesita ser tratado ni la familia quiere admitir la posibilidad de existencia de una enfermedad mental. Cuando se deciden a acudir al médico, también existe una resistencia a reconocer la gravedad de la enfermedad. El reconocimiento del problema y la conciencia de enfermedad es necesaria para el éxito del tratamiento. Los psicofármacos son necesarios para poder empezar a intervenir con el/la paciente. Los psicofármacos constituyen la única vía para actuar sobre la sintomatología activa, no se trata de ocultar los síntomas, sino de paliarlos para estabilizar al paciente, reduciendo la fuente de sufrimiento y ofreciendo una plataforma oportuna para la intervención terapéutica y psicosocial.

**Óscar Vallina**

La utilización de los psicofármacos es cierto que pueden producir algún tipo de interferencia, y paradójicamente, dificultar en ocasiones el avance terapéutico. En concreto los neurolépticos pueden provocar dos tipos de problemas. En ocasiones pueden producir una especie de camuflaje afectivo que impide al paciente la manifestación de respuestas subjetivas de ansiedad acordes al sufrimiento que le pueden generar sus creencias delirantes, determinadas experiencias alucinatorias o determinadas interacciones en los grupos de terapia o en consulta individual y que pueden confundir al terapeuta y someter al paciente a unos inadecuados niveles de estrés que pueden provocar un aumento de la clínica que se pretende eliminar. En otras ocasiones, particularmente cuando las dosis farmacológicas son elevadas se pueden producir interferencias en los procesos cognitivos básicos que dificultan la comprensión, organización y expresión de las respuestas individuales a las manifestaciones fenomenológicas que genera la psicosis, lo cual puede acabar conduciendo a comportamientos autistas o de desimplicación terapéutica y en ocasiones a fortalecer el sistema delirante del individuo, reforzando sus convicciones actuales o produciendo nuevas construcciones delirantes. En el caso de los antidepresivos se puede producir una especie de “anestesia afectiva” que elimina las respuestas afectivas naturales y adaptativas a los distintos escenarios interpersonales o mentales y que si bien se pueden agradecer al principio en la medida que suponen un descanso en quien normalmente está sometido a elevadas tasas y niveles de disforia, en estadios posteriores puede generar sensaciones subjetivas de confusión, desorientación y desesperanza.

**3.**

Desde su punto de vista y según su experiencia, ¿qué lugar ocupa el tratamiento psicoterapéutico en el abordaje de las psicosis?

**Juanjo Albert**

Casi ya está contestada esta pregunta, pero matizo. En todos los casos es esencial.

En el caso de las esquizofrenias, la psicoterapia debe ir dirigida a mantener la integración y autonomía del paciente en la vida familiar, social y laboral, como es bien sabido. A evitar o paliar el deterioro.

Pero aún hay más. En estos casos es de capital importancia conseguir que el paciente pueda llegar a desidentificarse de sus síntomas; es decir, que pueda llegar a darse cuenta de que los síntomas son algo que le pasa a él, pero que no son él. No siempre se puede conseguir, por diversos motivos, entre ellos la familia, pero de conseguirlo, yo doy por “curada” la esquizofrenia, ya que el paciente (dependiendo del tipo de esquizofrenia y de la relación transferencial, claro está) podrá pasar periodos importante sin medicarse, o con una medicación de mantenimiento que podemos llamar subterapéutica, contando con que hemos establecido el contrato de que cuando aparezcan “los síntomas”, si aparecen, él avisará inmediatamente para subir la medicación, e, incluso, se la subirá él mismo y luego se pondrá en contacto conmigo.

De este modo evitamos, o al menos minimizamos, el efecto deteriorante de la propia medicación. Aunque en un primer momento pueden fallar, rápidamente se dan cuenta de las ventajas de “jugar limpio”: locos tal vez, pero tontos nunca. De cualquier manera, me parece que el psiquiatra también

debe asumir riesgos para poder ser honesto con su paciente.

Estas ventanas terapéuticas permiten al paciente normalizar su vida dentro de unos parámetros bastante aceptables, incluso seguir con su vida de profesional liberal con una ocupación intelectual.

En el caso de las psicosis no esquizofrénicas, somos más ambiciosos: pretendemos la curación de la psicosis. Es decir, la restauración ad integrum de todas sus capacidades neuróticas y la no aparición de más brotes psicóticos, así como no seguir con medicación neuroléptica. Este tratamiento requiere de la aceptación por parte del paciente, de una psicoterapia a largo plazo (de nuestra parte, generalmente, una combinación de psicoanálisis y bioenergética), y depende de las condiciones del propio paciente para aprovechar dicho tratamiento. Desde luego, no lo indicamos si previamente no se dan estas condiciones. Mantener a este tipo de pacientes sin un tratamiento psicoterapéutico sin razón que lo justifique, me parece sencillamente un mal proceder profesional, pues requerirá de un permanente tratamiento farmacológico que cronificará el proceso y deteriorará a la persona.

### **José L. Belinchón**

El tratamiento de las psicosis en modo alguno debería limitarse al uso de fármacos. Estos, al margen de la eficacia que muestren, contribuyen a colocar al paciente en una posición pasiva, de objeto, respecto al terapeuta y el conjunto del dispositivo asistencial, una posición que es complementaria de la que representa la vivencia delirante, donde el psicótico se sitúa como objeto de manipulaciones, persecuciones, ‘voces’, etc. del otro y que, en consecuencia, aleja las posibilidades de que se manifieste como

partícipe y, de alguna manera, responsable de sus propios actos.

Es precisamente este el sentido que tiene un abordaje psicoterapéutico de las psicosis. Lograr que el paciente hable, cuanto más mejor, y pueda encontrar en el terapeuta un interlocutor o un testigo de sus experiencias, y no sólo alguien que ‘sabe lo que tiene que hacer’. Que permita el surgimiento de algún tipo de demanda del paciente, cuando lo habitual es que el psicótico acuda a la consulta porque es llevado, -y el solo hecho de que acepte seguir viniendo es ya una forma de escuchar esa demanda, ese pedido dirigido al terapeuta. Que contraponga a la certeza del delirio no una certeza contraria, sino algún tipo de interrogación que le permita abordar con palabras lo que para él son hechos incontestables.

En resumen, que pueda encontrar en la relación terapéutica un lugar de sujeto que está aniquilado por la enfermedad y que no le es reconocido por las prácticas médicas habituales.

### **Inmaculada Navarro**

La psicoterapia nos va a permitir trabajar tanto los síntomas negativos como los positivos. Para ello es importante tener en cuenta tanto a la persona, a la familia y al entorno social. Nuestra primera y más natural relación la establecemos con la familia y después este aprendizaje es base del resto de las relaciones que tenderemos (amigos, pareja...). Por ello, es necesaria: una terapia individual, una terapia familiar, una terapia psicosocial.

### **Óscar Vallina**

Como decía al principio, el tratamiento psicológico es otro de los pilares claves en la triada terapéutica de la psicosis. Y desde mi

punto de vista lo es a la par de importancia con el tratamiento farmacológico y en ningún caso como un apéndice o complemento de los fármacos, quien así se lo plantease estaría profundamente equivocado. En los últimos treinta años, las intervenciones psicológicas han venido demostrando su eficacia en el tratamiento de efectos nocivos que genera la psicosis en quien la padece y en quienes están a su lado. De esta manera, ya hay una serie de tratamientos psicológicos que están perfectamente validados y contrastados y que forman parte de las opciones terapéuticas de elección para la psicosis en los principales sistemas sanitarios del mundo. Así las intervenciones familiares psicoeducativas y conductuales centradas en la ayuda práctica, en la solución de problemas y en el manejo de las habilidades de comunicación y afrontamiento del estrés son fundamentales para la reducción de la carga objetiva y subjetiva de las familias y para la regulación de su clima emocional, mostrándose además como un elemento clave en la prevención de futuras recaídas. El entrenamiento en habilidades sociales se ha mostrado como una técnica eficaz para la instauración o recuperación de las destrezas necesarias para el funcionamiento social e interpersonal. La terapia cognitivo conductual está consolidada como tratamiento de elección para el abordaje de la sintomatología positiva tanto en la fase inicial o aguda de la enfermedad como en la fase en la que se produce una recuperación incompleta de la psicosis y persisten los delirios o alucinaciones, consiguiendo notables reducciones de los mismos y de las alteraciones emocionales secundarias a los mismos. Así mismo, formas integradas de terapia como la Terapia psicológica integrada (ITP) ha mostrado su utilidad en

los procesos de rehabilitación de pacientes más deteriorados o cronificados por la enfermedad. Los procedimientos psicológicos de rehabilitación cognitiva de funciones cognitivas son una de las últimas fronteras en el tratamiento de la psicosis, y si bien en estos momentos están en un estadio embrionario de desarrollo, continúan acumulando experimentación y resultados que nos animan a pensar que posiblemente a no mucho tardar se incorporen como otra estrategia terapéutica psicológica eficaz. Por otro lado, estamos asistiendo de la mano de un nuevo paradigma en la atención a la psicosis, la intervención temprana, a una segunda reforma de la asistencia a la enfermedad mental grave. Y en esta ocasión, de nuevo, la psicología, y con ella los desarrollos en nuestro conocimiento de los orígenes de la psicosis y de su tratamiento en sus fases iniciales está teniendo un papel protagonista, particularmente en la fase presicótica o prodrómica de la enfermedad con la posibilidad de generar intervenciones que prevengan o demoren el inicio de la enfermedad, y que consiguen mejorar el curso evolutivo de la misma. Y posteriormente en los primeros episodios de la enfermedad ayudando desde la fase aguda de la misma a la aceleración de la remisión sintomática, a la prevención de conductas suicidas, a la prevención y reducción de comorbilidades y a la implicación y mantenimiento de la persona con psicosis en sus cuidados. En fin, a la optimización de la adaptación y recuperación inicial de la psicosis. Creo pues, que en estos momentos podemos afirmar que disponemos de tratamientos psicológicos de probada eficacia para las distintas fases de la enfermedad y para los distintos tipos de síntomas y de discapacidad que esta gene-

ra y que el mito de la inaccesibilidad de la psicosis a las intervenciones psicológicas o incluso el de inadecuación, la contraindicación o iatrogenia de las mismas ya no tiene razón de ser.

#### 4.

En su opinión, ¿de qué recursos asistenciales debería disponer la sanidad pública para un adecuado tratamiento de la psicosis?

#### Juanjo Albert

De dinero gestionado por profesionales, no por políticos. Ni siquiera por “profesionales políticos”, combinación altamente alarmante.

De profesionales altamente cualificados a todos los niveles: psiquiatras psicoterapeutas, psicólogos psicoterapeutas, ATS psicoterapeutas, asistentes sociales psicoterapeutas, laborterapeutas psicoterapeutas...

Durante mis más de 20 años dedicado a la asistencia pública hospitalaria, siempre me he dedicado a abrir manicomios, a sacar a los locos a la calle, a crear talleres protegidos integrados en el mundo laboral, pisos protegidos integrados en la vida social... Y harto de pelearme con los políticos me pase a la privada para hacer lo que yo quería hacer, sólo que sin medios asistenciales. No me arrepiento. Sigo siendo un “antipsiquiatra” convencido y, en la medida que me ha sido posible, honesto conmigo mismo, aceptando mis errores como propios, sin culpar a la “Administración”.

#### José L. Belinchón

Desde la sanidad pública las psicosis son atendidas en los centros de salud mental, en consulta ambulatoria; en unidades hos-

pitalarias, cuando las manifestaciones clínicas agudas son incompatibles con un tratamiento ambulatorio. Por último, -aunque son recursos muy deficientes en nuestra comunidad-, en algunos centros de internamiento más prolongado o en centros de día o talleres ocupacionales.

Es indudable que, en el aspecto cuantitativo, estos recursos son insuficientes y deberían ampliarse. Pero no creo que se trate de construir una red asistencial aparatosa cuyos resultados pueden interesar más a la vanagloria de los políticos que a los problemas reales de los pacientes y sus familiares.

Si hay algo que, en mi opinión, constituye un recurso imprescindible y habitualmente poco valorado éste es *el tiempo*. Si esta es una petición del conjunto del personal asistencial, particularmente en atención primaria, se hace mucho más necesaria aún cuando se trata de la atención a pacientes psicóticos.

De entrada porque es habitual que el psicótico no haga ningún tipo de demanda y se le relegue en la atención ambulatoria ante la impresionante avalancha de pacientes con sus quejas depresivas o ansiosas, o sus dificultades para sobrellevar la vida cotidiana. ¿Por qué no plantear algún tipo de discriminación positiva que permita dar prioridad a la atención del paciente psicótico? Con el modelo de asistencia actual eso es algo difícilmente pensable.

Algo similar habría de plantearse en las unidades de hospitalización, donde la presión asistencial empuja a dar altas prematuras y a intervenir de modo casi exclusivo con tratamientos farmacológicos.

No se puede atender a un psicótico sin disponer de tiempo. El tiempo necesario para

ser escuchado, para que aparezca una demanda por su parte, para que encuentre un espacio donde poner en palabras sus experiencias... El tiempo que permita abordar la angustia de los familiares que conviven con él.

Y por supuesto, el tiempo –y los espacios– que le ayuden a encontrar un trabajo, unas relaciones sociales, una forma propia de estar en el mundo.

Obviamente esto requiere, como contrapartida, una formación de los profesionales que vaya más allá de los planteamientos exclusivamente biológicos o de las técnicas de psicoeducación.

Una formación, sea cual sea la orientación que se le dé, que no excluya la escucha del ‘loco’, que promocióne al límite sus posibilidades como ser hablante.

### **Inmaculada Navarro**

Los recursos asistenciales deben de atender las necesidades de este colectivo. La rehabilitación psicosocial abre nuevos horizontes y perspectivas en la atención de la psicosis. No sólo se trata de atender a las personas con trastorno mental severo desde un régimen ambulatorio y psiquiátrico, sino que se requieren unos dispositivos adaptados a las necesidades que la rehabilitación psicosocial plantea:

- Necesidades atención médica, psiquiátrica y psicológica
- Necesidades psicofísicas
- Necesidades de autonomía
- Necesidades cognitivas y psicoafectivas
- Necesidades de relación social y amistades
- Necesidades laborales

- Necesidades de autonomía y organización económica
- Necesidades de relación familiar
- Necesidades de ocio y tiempo libre
- Necesidades de participación comunitaria
- Necesidades culturales y de desarrollo artístico
- Necesidades de vivienda
- Necesidades comunitarias y de integración social

Recursos intermedios necesarios:

- Unidades de media estancia
- Centros de rehabilitación psicosocial para los/las pacientes más crónicos
- Centros y/ talleres ocupacionales
- Centros Especiales de Empleo
- Unidades de atención a la familia
- Viviendas tuteladas
- Clubs Sociales

Administración, Instituciones, profesionales, familiares y pacientes deben aunar esfuerzos para encontrar una respuesta a todas las necesidades planteadas. No obstante, la sanidad pública debería contar con los recursos de atención necesarios para garantizar una asistencia y atención biopsicosocial adecuada al Estado de Bienestar que la democracia pretende, calidad de vida y bienestar social para todos/as los/as ciudadanos con igualdad de derechos y oportunidades.

### **Óscar Vallina**

Un abordaje adecuado de la psicosis requiere de una amplia red comunitaria de recursos sanitarios y sociales integrados y

que se adapten a las diversas necesidades de las distintas etapas de la enfermedad y de las necesidades de cada paciente. En este sentido, y si bien en nuestro país aun no está suficientemente desarrollada y existe una gran variabilidad entre territorios la configuración sanitaria básica incluiría: Unidades de hospitalización breve para la fase aguda de la enfermedad, hospitales de día para la fase de estabilización posterior a un episodio psicótico, centros de salud mental para el tratamiento ambulatorio transdiagnóstico en la psicosis y en sus distintas fases, centros de rehabilitación psicosocial para la rehabilitación de cursos crónicos deteriorantes desde el inicio de la enfermedad. En cuanto a la red social debería contribuir con diversas soluciones residenciales adecuadas a fases y necesidades (pisos, pensiones, miniresidencias, centros de alivio) y soluciones de formación y laborales que contemplen el acceso tanto a la cualificación profesional como al empleo ordinario o al protegido. Paralelamente y en combinación con esta red de dispositivos será necesario también la creación de equipos y programas específicos que, en función de la realidad geográfica y del tipo de redes sociales y sanitarias de las que dispongan, podrán o bien incluirse dentro de los actuales servicios de salud mental generales o configurar dispositivos específicos para el abordaje de las fases iniciales de la enfermedad centrándose en prevención y en la intervención temprana o para el tratamiento de aquellos pacientes más afectados por la enfermedad, con más dificultad de acceso a los dispositivos habituales y con mayor necesidad de cuidados asertivos y domiciliarios. En resumen, red específica, equipos y programas especializados adaptados a las fases de la enfermedad y a las

necesidades de cada paciente, dotación presupuestaria y una figura autonómica de coordinación específica para salud mental. De no existir esta discriminación positiva para la salud mental dentro de nuestro actual sistema de salud, dicha asistencia corre el peligro de diluirse dentro de modelos sanitarios medicalizados propios de las correspondientes gerencias de salud de cada área y eso conduciría a un reduccionismo biológico de la asistencia absolutamente innecesario e inadecuado para el buen tratamiento de las psicosis.