

Orientaciones para la atención primaria de los familiares y allegados del paciente con psicosis (VI): algo más sobre terapia y rehabilitación*

Jorge L. Tizón**

Prevençió en Salut Mental-EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients en risc de Psicosi). Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Puntos clave

- Parcialidad de la psicosis: el paciente tiene “partes sanas”, además de las “partes, funcionamientos o momentos psicóticos”. No todo él es un “loco”. No es “un psicótico”, sino un paciente con psicosis.
- Amortiguar y dosificar la expresión emocional de y en la familia: bajar las expresiones emocionales críticas o explosivas, no moduladas, pero manteniendo la emocionalidad en la medida de lo posible (partes IV y V de esta serie de artículos).
- Las ayudas psicológicas y psicosociales (psicoterapias, grupos, inserción en la red social, trabajo, escuela) son fundamentales en el tratamiento, y su utilización o no marcan decididamente la evolución.
- Ante la tendencia a imponer el delirio y/o las alucinaciones, usar la “técnica de las realidades incompatibles” (parte I).
- En cuestiones discutidas y graves: técnica del “pacto a tres bandas” (partes IV y V).
- Constancia y reiteración no despectiva: disminuir el número y la intensidad de los mensajes en la comunicación, así como su complejidad (teniendo en cuenta los problemas cognitivos del paciente) (parte V).
- “Mantener la esperanza” de la familia (con objetivos concretos y realistas) para que no se hunda en la desesperanza ante las resistencias y recaídas del paciente (partes IV y V).
- “Mantener la esperanza” (el propio médico) ante las resistencias y recaídas de la familia (partes IV y V).
- Ante los intentos de cambios precipitados o que no consideran la gravedad del trastorno o su momento evolutivo, recordar el principio de “*mas fuele peor*” (parte V).

Palabras clave: Negociación • Terapia integral • Neurolépticos • Rehabilitación • Ayudas familiares.

*La realización de esta serie de trabajos ha sido apoyada por los siguientes fondos:

– Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Síntomas prodrómicos de la Esquizofrenia), beca de investigación 02E/1999 de la Fundació Seny, tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya.

– Ayuda a la Investigación concedida por la Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona del Institut Català de la Salut y el Departament de Salut de

la Generalitat de Catalunya (03/08), al proyecto de investigación “Validació d’un instrument de detecció de factors de risc en salut mental a la infància i la adolescència: Llistat d’Ítems en Salut Mental (LISMEN)”.

– Premio a la Excelencia en Calidad en Psiquiatría y Salud Mental 2009 de la Fundación Avedis Donabedian.

**Correspondencia: Prevençió en Salut Mental-EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients en risc de Psicosi). Institut Català de la Salut. Barcelona. Correo electrónico: eappb.bcn.ics@gencat.cat

El médico de familia como colaborador del tratamiento: orientaciones complementarias

Para terminar esta serie de artículos dedicados a la atención primaria de salud de los familiares del paciente con psicosis, creo que vale la pena recordar una serie de ideas básicas con respecto a la prevención secundaria y terciaria. Para ello, habría que partir del hecho de que la prevención, la terapia y la rehabilitación de los pacientes con psicosis a menudo tienen que ver muy poco con la aproximación terapéutica unidimensional que suele utilizarse en la práctica clínica en nuestro país. En realidad, como ya dijimos, las psicosis necesitan un tratamiento integral, biopsicosocial, diferenciado además según cada una de sus fases de desarrollo: premórbida, prodrómica, primer episodio, recuperación, recaídas y, en su caso, psicosis defectual. Un tratamiento que debe incluir al menos los elementos que aparecen en las tablas 1 a 3 y que ampliábamos en la parte I de esta serie de recordatorios. Para hacer más eficaces y eficientes esas ayudas y evitar la unidimensionalización del

tratamiento, la colaboración del médico de familia (MF) puede ser de inestimable valor:

1. Cuidando que el tratamiento sea global, integral e integrado; cuidando de que, sobre todo en las primeras fases, puedan utilizarse todos los recursos señalados en la tabla 1 (siempre que existan en la comunidad de referencia), y procurando que, en caso de no existir, se vayan creando para el beneficio de las familias a su cargo.

2. Ayudando a la familia a comprender el por qué de los diversos tratamientos biológicos, psicológicos y sociales y ayudándola a soportar sus resistencias ante los problemas que promueven los mismos.

3. Ayudándoles a comprender el por qué de los diversos tratamientos farmacológicos y de sus efectos secundarios (tablas 3 a 5).

4. Monitorizando la continuidad del tratamiento integral y proporcionando oportunos refuerzos para que no se interrumpa, ya que la tendencia a hacerlo existe siempre: por ejemplo, suele ser conveniente hablar claramente con la familia de los efectos secundarios de los fármacos y cuidar las exacerbaciones no controladas de las resistencias a los mis-

TABLA 1. Componentes del tratamiento integral del paciente con psicosis

Para definir la terapia integral en las diversas fases o momentos de evolución de la psicosis

Entrevistas con psiquiatra y utilización adecuada de los psicofármacos

Seguimiento de enfermería. Protocolo de exploraciones somáticas periódicas

Entrevistas con psicoterapeuta y psicoterapia individual para el paciente, si está indicada (casi siempre lo está), ayudando a que el paciente la acepte y persevere en ella

Entrevistas con un trabajador social formado en la ayuda a este tipo de pacientes y, tal vez, con un terapeuta ocupacional

Elaboración conjunta del Plan Terapéutico Individualizado o tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad

Ese tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad debe constar de una combinación definida de una parte o conjunto de los siguientes elementos (teniendo en cuenta la fase de la psicosis, la clínica y las características del paciente y la familia):

Psicofarmacología integrada en la "terapia combinada"

Psicoterapia individual

Entrevistas familiares (a petición de la familia y/o del equipo) y "terapia familiar"

Apoyo semiprofesional a cargo de un "clínico referente" estable e integrador de las diversas terapias

Grupos "psicoeducativos"

Grupos multifamiliares o "paralelos" (grupos de pacientes y grupos de familias)

Psicoterapia de grupo con pacientes con psicosis

Orientación socio-laboral, terapia de resolución de problemas y terapias de habilidades sociales

Dispositivo de "atención abierta" para que la persona con psicosis aguda o subaguda o sus familiares puedan consultar en cualquier momento

Residencias para crisis según los modelos escandinavos (hoy, entre nosotros, prácticamente sólo existen los hospitales de día)

Grupos de ayuda mutua

Terapia de rehabilitación de déficits cognitivos, si está indicada

Programa "Hijos de", para la prevención primaria y secundaria de la salud mental de los descendientes y menores cuidados por pacientes con psicosis

Puesta en marcha o apoyo de las capacidades cuidantes de los otros "seis niveles para la contención" no profesionalizados, ejemplificados en la figura 1

TABLA 2. Cuidados de la salud mínimos que hay recomendar a la familia del paciente con psicosis por parte del médico de familia o de enfermería de Atención Primaria de Salud

Análítica general al menos una vez por año, incluyendo pruebas hepáticas, renales y tiroideas
Cuidados de enfermería básicos: peso, exploración de piel y mucosas, tensión arterial, higiene corporal, dietética, etc.
Higiene sexual y reproductiva
Tabaquismo: control, cuidados, no darse por vencidos, etc.
Vigilar el sobrepeso y la obesidad
Favorecer y recomendar el ejercicio físico
Vigilar otros efectos secundarios
Hablar de los efectos secundarios de la medicación con el paciente, sin negar su importancia

mos. El MF puede poseer una gran relevancia clínica asegurando la continuidad de los diversos tratamientos incluidos en la terapia combinada, ya que la familia y el paciente pasarán por momentos de desesperanza o por reacciones defensivas contra el progreso de tales tratamientos. Recordemos que hasta el 70% de los pacientes con psicosis abandona el tratamiento farmacológico en los primeros meses.

5. Asegurando que se están cuidando no sólo los componentes psicológicos y psiquiátricos del tratamiento, los “componentes psicológicos de la salud”, sino también los elementos biológicos de dichos cuidados, resumidos en la tabla 2.

6. En caso de dudas, el MF puede realizar él mismo las exploraciones complementarias necesarias, o bien reenviar al paciente al equipo de Psiquiatría o Enfermería psiquiátrica correspondiente.

7. En caso de dudas sobre la eficacia o eficiencia de los diversos tratamientos, debería poder asesorar a la familia sobre la calidad o idoneidad de los terapeutas (para lo cual, el propio MF deberá informarse previamente: por ejemplo, observando la evolución de otros pacientes que acuden o han acudido a dichos terapeutas o servicios).

8. El profesional de Atención Primaria de Salud (APS) ha de saber ayudar a la familia a tener en cuenta los síntomas o *señales de alerta de una recaída*, con el fin de que la familia pueda colaborar en el intento de evitarla (parte III).

9. El MF ha de procurar transmitir a los familiares lo importante que es su colaboración en la terapia global, para lo cual es imprescindible que la familia sea atendida mediante entrevistas familiares por el equipo de Salud Mental, con la ayuda y colaboración del MF si es necesario.

10. El MF debe apoyar y valorar la importante labor que la familia realiza ayudando al paciente a acudir a sus espacios terapéuticos o yendo él mismo a los que le corresponden, a pesar de las reticencias de uno y otros (a veces, justificadas). En concreto, el MF puede realizar una importante ayuda para que la familia siga realizando esas tareas y ayudando a los familiares a elaborar la tendencia a la des-responsabilización, la disociación con respecto al paciente, las desorganizaciones e idealizaciones en la vida cotidiana y la asistencia, etc.

11. El equipo de APS debe insistir sobre la importancia de que el paciente continúe su actividad laboral o formativa.

12. La familia a menudo se siente culpable o culpabilizada por los terapeutas: hay que ayudarla a tolerar, relativizar y elaborar tales sentimientos de culpa, con el fin de evitar interrupciones de algunos de los elementos terapéuticos del Programa Terapéutico Integral.

13. Ante la situación actual de la asistencia psiquiátrica, el MF debe poseer un criterio propio sobre el uso de psico-

TABLA 3. Fármacos comúnmente utilizados en las psicosis

Tipo de fármaco	Utilización
Neurolépticos*	Fases agudas o subagudas incontrolables con medidas psicosociales y/o benzodiacepinas. Fases crónicas si ha sido imposible la retirada
Neurolépticos depot	Psicosis subaguda y crónica cuando la estabilización con medicación es imprescindible y el paciente se ha mostrado en varias ocasiones reticente a usarla
Estabilizantes del humor	Cuadros maníacos subagudos y crónicos, trastornos esquizoafectivos, etc.
Antidepresivos	Estados depresivos con síntomas psicóticos, depresiones en psicosis, “síntomas en negativo” muy pronunciados (indicación discutible), etc.
Ansiofíticos	Estados de ansiedad en psicosis, en especial en los primeros episodios y las situaciones de ansiedad puntual, pacientes EMAR, pacientes no cronificados, etc.
Hipnóticos	Trastornos del sueño (pero se debería pensar previamente si no es mejor utilizar un neuroléptico sedante, una benzodiacepina o un sistema de inducción no farmacológico)

*Es discutible hablar de “antipsicóticos” (salvo para algunas medidas psicoterapéuticas y psicosociales, directamente orientadas a la génesis de las distorsiones psicóticas). Los así llamados “fármacos antipsicóticos” lo son porque inducen “sedación mayor”, más o menos selectiva hacia determinados receptores y neurotransmisores y, por lo tanto, de diferentes circuitos cerebrales. Son siempre más o menos “neurolépticos”.
EMAR: estado mental de alto riesgo.

fármacos y sobre las terapias biopsicosociales. Un criterio que no debe ser siempre seguidista con respecto a las opiniones de los especialistas, hoy frecuentemente abocados a sesgos biólogos o psicólogos, parcializadores de la asistencia.

14. El equipo de APS debe ayudar a la familia a no depositar sus esperanzas en “curaciones” o “tratamientos” unidimensionales milagrosos, sino en la continuidad de la atención y en su participación en la misma; por ejemplo, tal vez convenga decirles que su presencia en los tratamientos familiares y grupales es para ayudarles a cuidar al paciente, no para culparles ni “tratarlos también a ellos”.

15. Y, sobre todo, el MF, al estar situado fuera del grupo de terapeutas principales en el caso de las psicosis, puede desempeñar un papel inestimable en el mantenimiento de la esperanza de la familia y el grupo social. Desde luego, una esperanza realista, basada en la gravedad real del trastorno psicótico y en lo lento y parcial de nuestros medios terapéuticos. Pero metas, avances, relaciones, experiencias nuevas o

más sanas siempre son posibles, incluso en los pacientes más crónicamente psicotizados.

Existen muchos otros temas concretos sobre los cuales las orientaciones del MF pueden ser básicas para la familia del paciente con psicosis, enormemente desorientada, confusa y desbordada por el sufrimiento, en ocasiones. En ese sentido, tal vez valga la pena que el lector recuerde las indicaciones concretas que proporcionábamos en la parte V de esta serie a propósito de viajes y migraciones, comunicación verbal y no verbal, normas familiares de convivencia, higiene y cuidados corporales, aislamiento social, desarrollo de habilidades, agresiones y peligro de agresiones, incapacitaciones e invalideces, etc. Para enmarcarlas, así como los problemas con los tratamientos, en la tabla 6 de esta última entrega recordamos unas orientaciones generales y básicas sobre temas especialmente difíciles o polémicos, orientaciones que hemos ido desarrollando en diversos capítulos. La tabla 6 sirve como recordatorio de los “puntos clave” de esta serie de trabajos.

TABLA 4. Efectos secundarios para los cuales hay que hacer educación sanitaria a la familia (el precio de la sedación)

Efectos secundarios	Frecuencia	El paciente suele darle una importancia	La familia debe saber que su gravedad es de tipo
Mareos	+	++	+
Sequedad de boca	++	+++	+
Estreñimiento	+	+	+
Visión borrosa	++	++	+
Fotosensibilidad ocular	+	++	+
Fotosensibilidad dérmica	+	+	++
Molestias gástricas	+	+	+
Somnolencia	++	+++	+
Otras alteraciones del sueño	++	++	+
Síndrome de las piernas inquietas	++	++	+
Inquietud psicomotriz, “nerviosismo”	+	++	+
Cansancio	+++	++	++
Rigidez corporal	+	+++	++
Lentitud de movimientos	+++	++	+
Temblores	++	++	++
“Ojos en blanco”	+	++	++
Impotencia y otros trastornos sexuales	+++	++	++
Amenorrea y otros trastornos del ciclo	+++	++	++
Hiperfunción mamaria y secreción de leche	++	++	+
Aumento del apetito	+++	+++	+++
Aumento de peso	+++	+++	+++
Espasmos musculares	+	++	+++
Movimientos involuntarios (sobre todo, de la cara)	+	++	+++
Otros			

TABLA 5. Recomendaciones sobre la medicación

Familia y paciente han de entender lo mejor posible el tema de la medicación: recomendarles que pregunten al especialista que indica esa medicación. Si es necesario, y de forma subsidiaria, el médico de familia puede realizar aclaraciones –si son imprescindibles–
Recomendarles que puedan aclarar las fantasías y temores acerca de efectos secundarios y riesgos
No negar que la medicación produce molestias y efectos secundarios: algunos, como el embotamiento afectivo, o los que afectan al peso o a la función sexual, son más que evidentes –y más para los adolescentes y adultos jóvenes, precisamente preocupados por esos temas–. <i>“Pero para sufrir menos, tal vez tengas que estar un poco ‘chafado’ unos días... es lo que hay”</i>
Recomendar la regularidad en las tomas, casi siempre con las comidas
Regularidad en las dosis, sin saltarse las tomas
Si se olvida una toma ocasional de las diarias y el paciente no está en crisis, mejor saltársela
Si se olvidan varias tomas, insistir sobre el problema que eso significa y, eventualmente, derivar al paciente o a su familia al especialista
Para evitar los olvidos, recomendar sistemas de recordatorio: notas, listas, envases, poner las pastillas al lado del plato, del vaso, de la mesilla, llevar siempre encima una dosis en un portapastillas, etc.
Recomendar usar una agenda, tal vez la del teléfono móvil: para la medicación, para las citas de los diversos tratamientos, para las citas y trabajos personales, etc. (al paciente con psicosis le cuesta organizarse)
Controlar la caducidad de la medicación
No combinar los psicofármacos con alcohol u otras drogas
El uso concomitante de cannabis es desaconsejable y no debe ser banalizado
Aunque la mejoría sea notable, no dejar nunca la medicación si no lo indica el especialista o el propio médico de familia (a menos que aparezcan efectos secundarios graves)
En caso de dudas y temores serios, preguntar, preguntar, preguntar... (y responder, responder, responder...)

Recordando algunos elementos sobre la rehabilitación de las psicosis

La tabla 7 intenta ser un recordatorio de la compleja serie de medidas habituales de las que consta la rehabilitación funcional del paciente con psicosis (prevención terciaria), además de las estrictamente terapéuticas, biológicas o psicoterapéuticas, resumidas en las tablas 1 a 3 (prevención secundaria). Cuando la psicosis está establecida, o incluso se ha cronificado, el médico de cabecera puede realizar una inestimable labor revisando dicha tabla, incluso con la familia, con el fin de asegurarse de que se está procurando realizar todas las medidas rehabilitadoras posibles. Si nadie lo hace, la desesperanza que infunden estas situaciones, la uni-

TABLA 6. Orientaciones básicas para la familia (a concretar en cada uno de los apartados descritos en la serie de artículos)

Parcialidad de la psicosis: el paciente tiene “partes sanas”, además de las “partes, funcionamientos o momentos psicóticos”. No todo él es un “loco”. No es “un psicótico”, sino un paciente con psicosis
Amortiguar y dosificar la expresión emocional de y en la familia: bajar las expresiones emocionales críticas o explosivas, no moduladas, pero manteniendo la emocionalidad en la medida de lo posible (partes IV y V de esta serie de artículos)
Las ayudas psicológicas y psicosociales (psicoterapias, grupos, inserción en la red social, trabajo, escuela) son fundamentales en el tratamiento, y su utilización o no marcan decididamente la evolución
Ante la tendencia a imponer el delirio y/o las alucinaciones, usar la “técnica de las realidades incompatibles” (parte I)
En cuestiones discutidas y graves: técnica del “pacto a tres bandas” (partes IV y V)
Constancia y reiteración no despectiva: disminuir el número y la intensidad de los mensajes en la comunicación, así como su complejidad (teniendo en cuenta los problemas cognitivos del paciente) (parte V)
“Mantener la esperanza” de la familia (con objetivos concretos y realistas) para que no se hunda en la desesperanza ante las resistencias y recaídas del paciente (partes IV y V)
“Mantener la esperanza” (el propio médico) ante las resistencias y recaídas de la familia (partes IV y V)
Ante los intentos de cambios precipitados o que no consideran la gravedad del trastorno o su momento evolutivo, recordar el principio de “ <i>mas fuele peor</i> ” (parte V)

dimensionalización de la asistencia psiquiátrica actual, y las tendencias a la desorganización, tanto del paciente como de la familia, tenderán a desintegrar dicha asistencia y a que algunas de las actividades y medidas allí prescritas ni siquiera se planteen o se interrumpan sin decir nada al equipo cuidador.

Vale la pena recordar que el “síndrome en negativo” de la psicosis implica que, durante años, el cuadro de sufrimiento, retraimiento y dificultades relacionales ha permanecido, probablemente causando daños neurológicos, psicológicos y sociales discapacitantes, de costosa recuperación. Por eso el MF debe intentar ayudar a la familia a que no se adapte a los mismos, a que no los de por inamovibles, a que intente movilizar al paciente: Y eso a pesar de que, cuando dominan la apatía, la abulia y el aplanamiento afectivo, el paciente “*da menos guerra, está mejor*”, como a menudo creen y mantienen esas familias, sobre todo si no son activamente ayudadas por los servicios comunitarios en situaciones tan graves y desesperantes.

Un tema clave para la rehabilitación del paciente con psicosis es el apoyo a su autoestima y su autonomía. Recordemos, como estímulo, que cada vez hay más médicos, psicólogos y psiquiatras con diagnóstico de “esquizofrenia” que han comunicado en libros y otros soportes audiovisuales su

TABLA 7. Ámbitos de la prevención terciaria y de la rehabilitación

Ámbitos	Ejemplos
Cuidados higiénicos	Higiene personal, alimentación, organización de dichos cuidados
Recuperación de las actividades cotidianas	Habilidades para realizar las tareas domésticas, cocinar, uso y cuidado del dinero, transporte, compras, etc.
Educación sanitaria y psicoeducación para el paciente	Apoyo a la cumplimentación terapéutica. Favorecer la autonomía en la comprensión del trastorno y la cumplimentación terapéutica. Orientación sobre los factores de riesgo personalizados. Grupos psicoeducativos. Grupos multifamiliares
Educación sanitaria y psicoeducación para la familia	Psicoeducación sanitaria, grupos psicoeducativos. Grupos de padres o multifamiliares. Entrevistas familiares periódicas o terapia familiar. Orientación sobre los factores de riesgo personalizados
Rehabilitación laboral	Ayudarle a recuperar cuanto antes el trabajo o los estudios, con las readaptaciones que sea necesario realizar. Formación profesional, aprendizajes sociales. Trabajos protegidos
Orientación ocupacional	Estudio de los intereses y aptitudes del paciente. Desarrollo de la motivación. Ayudarle a buscar trabajo
Escuelas y cursos formativos para adultos	Ayudarles a sacar el “certificado de estudios” y los certificados de los estudios realizados. Cursos formativos adaptados a sus necesidades y posibilidades. Formación profesional protegida
Actividades de ocio y tiempo libre	Deporte, excursionismo. Trabajos manuales. Desarrollo de aficiones personalizadas. Coleccionismo. Actividades sociales regladas: centro social, asociaciones de vecinos, asociaciones culturales, asociaciones recreativas, etc.
Actividades deportivas	Gimnasia de mantenimiento de diversos tipos. Deportes adaptados. Grupos de deporte de las asociaciones de familiares, centros y trabajos protegidos, etc. Excursionismo
Habilidades sociales	Actividades sociales regladas: centro social, asociaciones de vecinos, asociaciones culturales, asociaciones recreativas. Ayuda para las actividades sociales no regladas: fines de semana, fiestas, discotecas, etc. Entrenamiento en habilidades sociales concretas: básicas, interpersonales, emocionales, etc.
Rehabilitación cognitiva	Sistemas para desarrollar la atención y la memoria, para mejorar la percepción en situaciones sociales, para la solución de problemas, etc.
Mantenimiento y desarrollo de las capacidades de contacto emocional	Ayuda en las relaciones sociales y emocionales. Ayuda en la conservación del <i>self</i> corporal o imagen corporal. Ayuda en la autoestima. Ayuda en el control e integración emocional
Alternativas residenciales	Residencias para crisis (hoy prácticamente sólo existen los “hospitales de día”). Minirresidencias. Pisos protegidos y supervisados. Pensiones y alojamientos supervisados
Cuidados de salud pública	Cuidados sanitarios reseñados en la tabla 3. Trabajos protegidos. Prestaciones económicas suficientes. Educación sobre el uso de servicios comunitarios. Vinculación con las redes sanitarias, sociales y educativas

experiencia, además de seguir trabajando directa o indirectamente en la asistencia. Una premisa que puede ayudar a este trabajo del MF es la diferenciación entre “partes sanas” y “partes psicóticas” del paciente, o “partes sanas” y “partes enfermas”. En ese sentido, a pesar de lo que se pensaba hace bien pocos años, insistir en que el paciente es un “enfermo”, además de teóricamente incorrecto, puede resultar asistencialmente parcial y socialmente estigmatizante: cuando se ha puesto a prueba si la metáfora de la enfermedad era más o menos estigmatizante y marginadora para los pacientes que otras metáforas, tales como las folclóricas o religiosas, la

metáfora tecnológica dominante en nuestro mundo no ha salido bien parada (Read et al, 2006). Parece que amigos, familiares y, sobre todo, la sociedad, tienden a marginar más al paciente por la vía de “profesionalizar” sus cuidados que desde otras alternativas: de todo lo que le pasa la causa es la “enfermedad”, y para todo lo que le pasa, los psiquiatras y los psicólogos son los que tienen la última palabra. Resultado: una mayor marginación del paciente, y más si está siendo atendido mediante métodos o sistemas unidimensionales, exclusiva o predominantemente farmacológicos. Sus problemas de relación, amorosos, para trabajar, para convivir, se con-

vierten habitualmente en “síntomas de enfermedad” y, por lo tanto, en asuntos no accesibles para profanos, para la “red profana”, para los seres humanos corrientes. Hay que darle más o menos gotas o pastillas. Por eso el MF, conocedor del contexto familiar, como defendíamos en la parte V, debe recomendar a la familia que tenga en cuenta que:

1. El paciente mantiene capacidades que no hay que cortocircuitar, sino estimular.

2. Que invadirle y controlarle en todas sus intimidades, pertenencias y acciones no hace sino disminuir sus capacidades, su autoestima, su capacidad de autonomía y su sentido de identidad.

3. Que es mejor una actitud de cuidado expectante, a una cierta distancia, sin intrusiones bruscas o excesivas.

4. Que si hay dudas acerca de si utiliza drogas ilegales, legales no regladas, o de que no cumple con la medicación, más que vigilarle a escondidas, es conveniente intentar el “pacto de colaboración a tres bandas”.

Un esquema para asegurarse de que se están cuidando todos los factores de riesgo y todos los factores de protección o contención

Para terminar, con la figura 1 proporciono un esquema, tomado de otros libros anteriores (Tizón et al. 2000; Tizón 2007), para que el médico, junto con la familia, pueda reparar los factores de riesgo a evitar o cuidar, y los factores de protección, contención o resiliencia a desarrollar. La figura viene más ampliamente explicada en las obras referidas, por lo que aquí, como resumen, recordaremos tan sólo algunos puntos. Por ejemplo, que ante un paciente con psicosis, como ante cualquier paciente con un síndrome biopsicosocial grave, hay que asegurarse, por un lado, de cuáles son sus relaciones internas, mentales, sus representaciones mentales actuales de las figuras de apoyo, de sus padres y familiares, de sus normas morales, cómo vive la vinculación entre seres humanos, etc. Mejorar esas representaciones internas, sentimientos y cogniciones a través de la psicoterapia y/o mediante otras experiencias emocionales correctoras es mejorar sus capacidades de contención y, por lo tanto, de adaptación.

En segundo lugar, hay que ver qué elementos han impedido o están impidiendo el desarrollo de sus capacidades de controlarse e integrarse él mismo, y de controlar su relación con la sociedad, la cultura, las relaciones humanas, etc. Mejorar estas capacidades yoicas es mejorar la resiliencia del paciente y dar pasos para su rehabilitación.

En un tercer nivel, habrá que cuidar todos los factores o molestias somáticas porque suelen predisponer a la descompensación, mediante la debilitación orgánica o mediante los

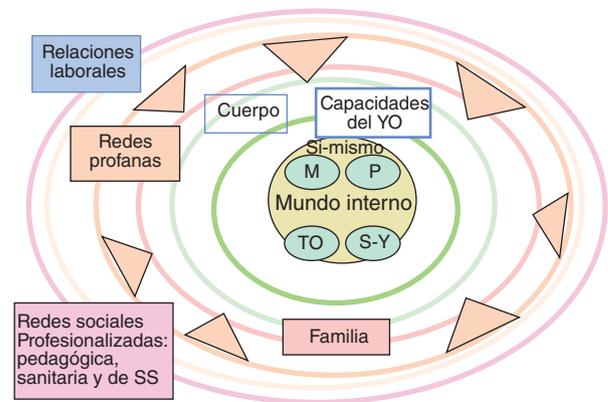


Figura 1. Un esquema de los niveles de los factores de riesgo y los factores para la contención de los pacientes con psicosis. Tomada de Tizón, 2007.

sufrimientos difícilmente elaborables que toda enfermedad o discapacidad orgánica significa. Cuidar el cuerpo (por ejemplo, ser cuidado por un buen MF) es, pues, un elemento clave para mejorar la salud mental. Un cuerpo que funciona bien y que se siente funcionando bien es un factor de contención. Un cuerpo que funciona mal o que se vive como funcionando mal es un factor de riesgo para las descompensaciones del paciente con psicosis. Igual puede decirse de la práctica continuada y cuidadosa de la actividad física, los deportes, los cuidados corporales y estéticos, etc.

Mejorar la relación familiar, por supuesto que supone disminuir un importante factor de riesgo, pero también supone el desarrollo de elementos protectores, sobre todo en familias con capacidades cuidantes o de contención. Hay que trabajar, pues, no sólo para disminuir el impacto negativo que en las familias supone la psicosis de uno de sus miembros, sino para aumentar esas capacidades protectoras de la familia. No olvidemos que, como describimos en la parte IV de esta serie de trabajos, la psicosis de un miembro supone para el sistema familiar un enorme aumento de los conflictos y sufrimientos emocionales, de problemas de tipo social, con pérdida de estatus social casi seguro, así como cambios sociales, familiares, laborales, conyugales, etc. También implica un aumento de la morbilidad general, de riesgo de suicidio, una disminución de las expectativas vitales de muchos de los miembros de la familia, una disminución de sus capacidades de confianza, esperanza y contención, etc.

Las redes sociales de amigos, vecinos, co-madres, asociaciones recreativas, sociales, políticas, culturales, etc. pueden desempeñar un importantísimo papel en la rehabilitación de estos pacientes y hay que estimular siempre que pertenezcan a una o varias de ellas. Por otra parte, ya recordamos cómo el trabajo, la relación con los compañeros y la red social que forma el trabajo (en la infancia y la adolescencia, la red social que forma la escolaridad) son importantes factores de

protección de la salud mental. Su inexistencia o pérdida suponen casi siempre un riesgo para la salud mental y un aumento de las dificultades para la rehabilitación.

Por último, hemos insistido repetidamente en las capacidades de contención, terapéuticas y rehabilitadoras que puede desempeñar el MF, sobre todo actuando a través del núcleo familiar del paciente. En sentido opuesto, tendríamos que recordar que pueden darse actividades inadecuadas, medicalizadoras, somatizadoras, yatrogénicas o incontinentes por parte de los médicos o de los especialistas, que suponen entonces un importante factor de riesgo y de complicaciones del trastorno. Pero cuando hablamos de redes profesionales, no sólo hemos de pensar en la red sanitaria y de salud mental. En todo caso, debemos recordar siempre las otras dos redes profesionalizadas hoy existentes casi en toda sociedad “tecnológica”: la red de servicios sociales y la red pedagógica. Ambas suelen desempeñar un papel compensador y terapéutico con este tipo de pacientes y, en cada caso, nos corresponderá ver qué elementos de las mismas pueden utilizarse u optimizarse para mejorar la capacidad e integración personal del paciente y la integración en la sociedad de esos pacientes y esas familias. La colaboración de los servicios sociales, por ejemplo, puede ser de gran valor en la psicosis ya establecida o crónica. Las orientaciones con respecto a la escolaridad, el nivel formativo adaptado a la personalidad y estado clínico del paciente, el tipo de institución escolar, con sus normas más o menos abiertas o rígidas, son elementos a tener en cuenta para ayudar al niño o al adolescente con psicosis.

No olvidemos que ese conjunto de elementos forma el entramado del “sujeto en la sociedad y en el mundo”, que son los componentes alterados por la psicosis: la integración personal (el sujeto), las relaciones afectivas y sociales, y la integración con la sociedad y la realidad en general. De ahí la importancia de poseer una perspectiva terapéutica integral, que tenga en cuenta los diversos niveles de la integración del sujeto en el mundo y, por lo tanto, de sus posibilidades de desarrollo biológico, psicológico y social. La psicosis no supone obligadamente la detención de esos desarrollos, sino unas vías y unas metas diferentes para los mismos. Si las redes profesionalizadas, y entre ellas la de APS, pueden ayudar en esa nueva perspectiva, estarán proporcionando una calidad de vida notablemente mejor a los consultantes cuya calidad de vida tiende a hundirse más profunda y duraderamente en nuestras sociedades: los pacientes con psicosis y sus familias.

Errores frecuentes

– Ceder a las presiones del paciente y/o de la familia para cambiar una y otra vez de tratamiento, equipo terapéutico, orientación, ciudad, trabajo, vivienda, etc.

– Omitir la realización de un examen pormenorizado de los “factores protectores” y los “factores de riesgo” para la descompensación psicótica, confiándolo todo a la medicación.

– No hacer prevención sobre la acumulación de medicaciones neurolépticas (que son siempre más o menos sedantes o inductoras de pasividad y abulia, además de posibles síndromes metabólicos).

– Olvidar que, en cualquier fase de la evolución de la psicosis, la terapia debe ser integral, o sea, un “tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y la familia en la comunidad”.

– No defender el propio criterio (informado) y el propio sentido común (del MF) ante la “sabiduría de los especialistas”.

– No atender específica y periódicamente a la familia del paciente con psicosis.

– Dedicarse en las entrevistas familiares a complejas búsquedas supuestamente etiológicas o tan sólo a reflexiones interpretativas, sin atender abiertamente a los graves y concretos conflictos de estructuración y funcionalidad que padecen muchas de estas familias.

Bibliografía

Libros básicos

- Alanen YO. *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac; 1999 (traducido en Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004).
- Bloch-Thorsen GR, Grønnestad T, Óxnevad AL. *Trabajo familiar y multifamiliar con psicosis*. Barcelona: Herder-PPP; 2009.
- Cullberg J. *Psicosis: Una perspectiva integradora*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2006.
- Hardecastle M, Kennard D, Grandison S, Fagin L, editores. *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria: Relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales*. Barcelona: Herder-PPP; 2009.
- Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J, editores. *Psicosis en evolución: Diferentes estadios, diferentes tratamientos*. Barcelona: Herder-PPP; 2008.
- Martindale B, Bateman A, Crowe M, Marginson F, editores. *Las psicosis: Efectividad de los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Herder-PPP; 2009.
- McKinnon R, Michels R. *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana; 1996.
- Read J, Mosher L, Bentall R, editores. *Modelos de Locura: Perspectivas psicológicas, sociales y biológicas de la esquizofrenia*. Barcelona: Herder; 2006.
- Tizón JL. *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder Ed.; 2007.
- Tizón JL, San-José J, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder; 2000.

Guías clínicas

- Bravo MF y el Grupo de Expertos de la AEN. *Cuaderno técnico del Grupo de Consenso AEN sobre “La Atención temprana a la Psicosis”*. Madrid: AEN; 2009.
- 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.
- IEPA. *Draft consensus statement – principles and practice in early psychosis*: Melbourne: International Early Psychosis Assoc; 2003. Disponible en: <http://www.iepa.org.au/downloads/ics.pdf>

Lalucat L, Tizón JL (coords.), Alda JA, Artigue J, Bernard S, Camps C, et al. 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. (polic. pendiente de publicació).

Lines E, Mulder S. What can communities do?: a community action guide to early psychosis intervention strategies. Ontario: Canadian Mental Health Association. 2005. Disponible en: www.p3-info.es/PDF/CMHA3.pdf

MHECCU: Early psychosis: A guide for physicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2000. Disponible en: www.mheccu.ubc.ca/projects/EPI

NICE (National Institute for Clinical excellence): Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary

and secondary care. London: NICE 2002. Disponible en: www.nice.org.uk

Otros libros y artículos

Tizón JL. Los cuidados democráticos de las psicosis como indicador de democracia social. *Atopos: Salud mental, comunidad y cultura*; 2007;6:31-48.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. Disponible en: <http://www.feafes.com/Feafes/DirectorioAsociaciones/DirectorioAsociaciones>

Rebolledo S, Rodríguez MJ. *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Barcelona: Aula Médica; 2005.