



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Tizón, Jorge L.

Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-
construimos y combinamos?

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 90, junio, 2004, pp. 97-129

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Jorge L. Tizón

TERAPIAS COMBINADAS EN LA ESQUIZOFRENIA: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien *de-construimos* y combinamos?^{1,2}

COMBINED THERAPIES FOR SCHIZOPHRENIA: ADD, MIX AND CONFUSE, OR RATHER
DECONSTRUCT AND COMBINE?

■ RESUMEN

Se realiza una reflexión sobre el estado actual de los programas terapéuticos o terapias que intentan combinar diversos tipos de terapias biológicas, psicológicas y psicosociales. Se ilustra el tema con viñetas clínicas de tratamientos de pacientes agorafóbicos y esquizofrénicos. La conclusión fundamental es que, hoy por hoy, con algunas excepciones, más que terapias combinadas se están practicando agregaciones de terapias o incluso mezclas más o menos confusas de terapias. Entre otros motivos, porque no se tienen en cuenta los criterios de calidad de una terapia, una consideración epistemológica más estricta de lo que debe ser una combinación de terapias, y la necesidad de de-construir las terapias previas y las combinadas y de investigar la eficacia, eficiencia, accesibilidad, etc de sus componentes.

Con el fin de facilitar herramientas para la reflexión, se proponen una serie de tesis y principios para la organización de dichas terapias y se citan algunos intentos en tal sentido.

Palabras clave: Psicoterapia, Psicosis, Esquizofrenia, Psicoterapia psicoanalítica, Psicoanálisis, Terapias mixtas, Terapias combinadas, Programas terapéuticos.

■ SUMMARY

Paper points out a reflection on the current state of the therapeutic programs or combined therapies using diverse types of biological, psychological and psycho-socials therapies. The topic is illustrated with clinical examples from the treatments of agoraphobics or schizophrenics patients. The fundamental conclusion is that, nowadays, with some exceptions, more than combined therapies we are practising aggregations of therapies or indeed mixed and more or less confused therapies. Among other reasons, because we have not enough account about the approaches of quality of a therapy, a consideration epistemologically stricter of those that it should be a combination of therapies, and the necessity of of-building the previous therapies and those combined and of investigating the effectiveness, efficiency, accessibility, and so on, of their components.

With the purpose of facilitating tools for the reflection, I expose several thesis and principles for the organization of this therapies and I mention some intents in such a sense.

Key words: Psychotherapy, Psychosis, Schizophrenia, Psychoanalytical Psychotherapy, Psychoanalysis, Mixed Therapies, Shared Therapies, Combined Therapies, Therapeutic Programs.

■ ECLECTICISMO, INTEGRACIÓN, COMBINACIÓN

Creo que está decayendo en nuestros ámbitos un movimiento que hace unos años llegó a alcanzar gran difusión y fervor: me refiero al interesante y variopinto movimiento a favor de la *integración de las psicoterapias*. Desde determinadas perspectivas, hoy puede parecer ya un movimiento, o incluso una moda, superados. Y superados, precisamente, por otro nuevo movimiento o moda técnica: el de las «terapias específicas» (o supuestamente específicas). Por otra parte, cercanamente vinculado con el tema de la integración de las psicoterapias existía y existe el movimiento o actitud del *eclecticismo en psicoterapia*, una afirmación o postura sobre la cual me he manifestado mucho más escéptico, pues pienso que sólo puede darse un real eclecticismo si se conocen a fondo las técnicas a combinar y existe un paradigma común que pueda unificar las teorías de la terapia de esas diversas técnicas. Pero ¿puede decirse que incluso hoy, veinte años después de trabajos como los de Dryden (1), existe un *marco de referencia común y/o un paradigma común* a las técnicas de psicoterapia o, al menos, a las fundamentales?. Parece que no, a pesar de los intentos de lo que Dryden (1) llamó «integracionismo», o de las propuestas de los eclecticismos «evolutivos», «teorético» y «transteorético». O de los *eclecticismos* que personalmente propuse diferenciar, menos académica y eruditamente: el *eclecticismo por combinación* y el *eclecticismo superador* (de las teorías previamente existentes) (2,3). Creo que es en esos dos conjuntos en los que pueden agruparse, en último extremo, los variados intentos de eclecticismo, hoy por hoy prematuros, según mi punto de vista, pero que contribuyen a crear un ambiente y un substrato hacia la convergencia de diversos sistemas de psicoterapia. Es decir, que en el tema de la integración o eclecticismo entre diversas técnicas terapéuticas, mantengo, como hace años, dos tesis tentativas:

1. Que si bien hoy la *combinación* es posible y conveniente en numerosos campos de la salud mental y la psicopatología clínica, la *integración o eclecticismo* de técnicas y teorías parece aún prematura.
2. Que en ambos casos se debería partir de una profundización en las bases de cada una de las terapias que se ha mostrado clínica y/o empíricamente eficaces con el fin de determinar sus componentes fundamentales mediante procedimientos de de-construcción, simplificación y/o recombinación posteriores.

Por eso me preguntaba antes si la situación actual es la de existencia de un *marco de referencia o un paradigma* común ampliamente aceptado. Me atrevería a opinar que no. Me parece que, por el contrario, no hay que perder de vista la posibilidad de que la psicología clínica, hoy diversificada según «orientaciones», «ramas» o «escuelas», pueda ir cristalizando esas diferencias en «diversos enfoques» o «puntos de vista» o «vértices de observación» del hecho psicológico humano y, en consecuencia, en diversos tipos de terapias. Por ejemplo, de una forma tal vez similar a

cómo, desde una matriz inicial común pero compuesta por paradigmas divergentes, la *medicina* y la *biología* modernas están utilizando aproximaciones diversas: aproximaciones clínicas y de investigación basadas en la física (traumatología, anatomía...), en la bioquímica, en la fisiología molecular, celular o de sistemas, en la ecología y la antropología diferencial, etc. Así, un mismo hecho clínico o biológico puede estudiarse (y, en ocasiones, tratarse) con procedimientos quirúrgicos, rehabilitadores, físicos, químicos, psicológicos en ocasiones, de medicina nuclear, etc. «En teoría», siempre hay un «método de elección». Pero ¿en qué «teoría»?

Si esto es así para el tema de la *combinación de psicoterapias* (modelos de psicoterapias específicas e inespecíficas que supuestamente recogen elementos de varios modelos o técnicas), tal vez esas afirmaciones sean también aplicables en el tema de las «*terapias combinadas*». Y me refiero con ese término a los protocolos, guías clínicas y modelos concretos para combinar diversos tipos de terapias (no sólo psicoterapias) con el objetivo de ayudar en trastornos concretos, síndromes concretos o tipologías concretas de pacientes o poblaciones. De la complejidad del tema da una idea el hecho de que si tan solo la combinación de psicoterapias es compleja, la combinación de terapias (biológicas, psicológicas y psicosociales) en diversos tipos de pacientes, o cuadros, o síndromes, probablemente lo será más aún. Por eso no puedo apoyar la «alegría» con la que se habla a menudo de terapias combinadas en diversos tipos de cuadros y más en cuadros psicopatológicos o síndromes graves, tales como la esquizofrenia. Porque, si queremos combinar, ¡qué menos que sepamos qué combinamos y con qué conocimientos e intenciones y objetivos lo hacemos! ¿Cómo «combinar terapias» si no conocemos los principios activos, indicaciones, contraindicaciones, técnica y pragmática de cada una o no formamos parte de un equipo en el cual esos conocimientos puedan ponerse en común y compartirse?

Cuando escribía este trabajo, me fue prescrito un medicamento por una afección intercurrente (he de aclarar que mi afección no creo que fuera «psicosomáticamente provocada» por la dificultad del tema). Miré el prospecto del medicamento y me encontré con una serie de apartados muy estructurados y específicos (Tabla 1), lo que me hizo pensar: ¿En cuantas ocasiones, en salud mental, conocemos esas características de cada uno de nuestras técnicas y , menos aún, de su combinación, o de los «programas terapéuticos» que ponemos en marcha mediante esa combinación o agregación?

■ DOS VIÑETAS PARA ILUSTRAR MIS AFIRMACIONES

Para reflexionar sobre ese tema, permítanme que incluya ahora dos viñetas clínicas, con el fin de hacer mis ideas pensables y discutibles en el máximo grado posible.

La primera de ellas pertenece a una paciente que me ha enseñado mucho en la vida (profesional y no profesional) y a quien he llamado «*la agorafóbica del yate*».



Se trata de una paciente que recibí de urgencias hace unos cuantos años: había realizado una psicoterapia psicoanalítica de cinco años de duración con un profesional que a mi me parecía y parece un excelente psicoterapeuta. Era una persona en sus primeros cuarenta, con varias hijas, y que vivía con su madre, como siempre había hecho. Las descripciones que me ha hecho de aquella siempre me han hecho pensar que se trataba también de una paciente agorafóbica grave. La Sra. M., a quien recibía ahora, había tomado Valium más de veinte años, sin descanso, desde «una pulmonía» que tuvo a los 18 años, con la que comenzaron los «vértigos». Todo hacía pensar que había desarrollado un cuadro de dependencia grave, pues no había llegado a dejarlo ni incluso durante la terapia. Sin embargo, gracias a la psicoterapia parecía haber mejorado de forma notable de su grave cuadro agorafóbico típico: sus crisis de ansiedad cuando no estaban físicamente presentes unos cuantos «objetos contrafóbicos» eran tan graves que prácticamente, hasta que comenzó su psicoterapia, había llegado a quedar marginada de todo tipo de relación profesional (es una mujer inteligente y bien dotada para los negocios) e incluso de gran parte de las relaciones familiares y afectivas no específicamente contrafóbicas. Como decía, gracias a su psicoterapia, que durante años se intentó combinar con dosis terapéuticas de antidepresivos, la mejoría se hizo lo suficientemente clara como para que acordara con el terapeuta el final de la psicoterapia.

Fue un final progresivo, que vino precedido (¿o seguido?) por el descenso en la medicación. Todo parecía ir suficientemente bien, pero... A los cinco meses (¡cinco meses!) de haber finalizado comenzó con un cuadro de somatizaciones y ansiedad con agorafobia: había sido diagnosticada por un médico privado de miomatosis y pólipos uterinos y le aconsejaron la intervención quirúrgica. Entonces volvieron las complicaciones, en buena parte expresadas por su malhumor continuo con los que la rodeaban (y en especial con su madre), un nuevo cuadro de crisis de angustia y agorafobia y, además, numerosos trastornos corporales: otitis, faringitis de repetición, hernia de hiato, úlcus gastroduodenal... Por su «otitis crónica» que, según varios médicos, era la causa de su «vértigos» y su «cansancio», había comenzado a realizar repetidos tratamientos prolongados con diversos antibióticos. El resultado fue una candidiasis de mucosas generalizada y gravísima, que le afectaba todas las mucosas, incluidas las bucales, palpebrales, vaginales, anales... El tratamiento antifúngico provocaba molestias gástricas agudas, que eran tratadas con diversos fármacos: ranitidina, omeprazol, «diversos protectores gástricos»... La suspensión del tratamiento antibiótico, recaídas de su «otitis crónica». Su continuación, agravamiento de la candidiasis. Y encima, estaba pendiente de la intervención por la miomatosis y la poliposis uterina, intervención que no podía realizarse por causa de todas esas complicaciones somáticas y de sus meno y metrorragias intensísimas, tal vez «pre-menopáusicas». Las exploraciones y los tratamientos se iban haciendo progresivamente más complejos, invasivos y yatrogénicos... hasta que un cirujano le recomendó volver a consultar «con un psiquiatra» y me pidió

cita. Posiblemente, una cierta idealización defensiva de la psicoterapia, unida a fuertes defensas narcisistas, motivaron que ni llamara al psicoterapeuta que la había tratado ni se pusiera en contacto con el psiquiatra que le había mantenido el tratamiento durante años.

El cuadro era lo suficientemente grave y complejo, y yo valoraba suficientemente el esfuerzo psicoterapéutico y al psicoterapeuta anterior, como para que intentara mantenerme en una postura prudente, sin recomendar de entrada una psicoterapia. Las necesidades de dependencia me parecían tan importantes que decidí mantener a raya la tendencia a la profesionalización del cuadro y a depender de un (nuevo) profesional. Comencé a realizar entrevistas periódicas, cada tres o cuatro semanas, en las cuales, al tiempo que trataba su dependencia del «Valium», re-introduje un psicofármaco (mianserina en dosis subterapéuticas de 20-30 mgr día) y un tipo de ayuda psicológica que yo llamo «seguimiento abierto al flash» (4). Enseguida se hizo patente que la paciente había hecho lo que muchos llamarían una «huida hacia la salud» con su anterior terapeuta sin que los conflictos fundamentales se hubieran elaborado suficientemente (pero ¿es posible «elaborarlos» en una agorafóbica grave, con madre agorafóbica, mediante una psicoterapia?). Ni al final de su tratamiento ni actualmente se atrevía a ser franca con su terapeuta y compartir con él (y con ella misma) la realidad de que había mejorado mucho, sí, pero con una mejoría inestable, sin que ambos supieran (ni yo tampoco) qué aspecto de tal mejoría se debía a la psicoterapia, qué aspecto a la medicación y qué aspecto a la negación de las dificultades persistentes, negación necesaria para idealizar la psicoterapia y pensar que se podía «acabar» —más que «espaciar», que sería lo que yo pensaría para un caso así.

Sin embargo, como decía, al estar en contacto con un nuevo objeto (contrafóbico) que era yo mismo, junto con sus indudables capacidades de elaborar conflictos y, además, su sensibilidad y capacidades cognitivas, le permitieron aprovechar mis contadas aportaciones y señalamientos: como ya he descrito en otros lugares (4), en el caso de agorafóbicos graves yo procuro dirigir tales intervenciones más a apoyar sus capacidades de contener la ansiedad que a estimular su dependencia con respecto a profesionales o medicaciones. Suavemente, pero con cierta firmeza, manifesté que no creía conveniente realizar ahora una psicoterapia conmigo, que era lo que ella y su médico parecían buscar. Si quería, podíamos intentar ese tipo de ayuda más abierto que estábamos ya realizando, a lo largo de un tiempo, para que ella pudiera experimentar cómo se encontraba y, en todo caso, decidiera si seguir o no. Como ven, a este tipo de pacientes les doy máxima autonomía con respecto a la prosecución del tratamiento e intento evitar profesionalizarlos u ofrecerles remedios «curalotodo».

Posiblemente gracias sobre todo a sus capacidades y a que había llegado a una situación límite, la paciente mejoró espectacularmente y a los pocos meses ya estaba libre de enfermedades intercurrentes, había vuelto a trabajar, no usaba benzodicepinas más que ocasionalmente (alprazolam), y su relación familiar había mejorado... pero

seguida enganchada en un complejo mundo de conflictos y peleas con su madre y con sus hijas, ya adolescentes, con las culpas y ansiedades consecutivas fácilmente imaginables. Un buen sistema de quedar «atada y bien atada» a una situación conflictiva de la que no es posible separarse. Ítem más, pensaba yo entonces, para no ofrecerse como un nuevo «objeto contrafóbico» (terapeuta) que, mientras está «realmente presente» puede ayudar en las ansiedades persecutorias de las fobias pero ¿qué ocurre cuando el objeto no está «físicamente presente o accesible»? Es un tema siempre obscuro, incierto, y más si se tiene en cuenta la obscuridad añadida que la medicación a dosis terapéuticas induce en ese tratamiento combinado. Señal de más para ser muy prudente y no ofrecerse como «nueva panacea».

Pero la situación quedó palmariamente clara para mí, en este caso y, desde entonces, en otros muchos, con la siguiente situación: Se trataba de un período en el cual la mejoría incluso psicológica era evidente y podía hacer, según ella, una vida «casi normal». Me estaba narrando cambios de ese tipo favorable en su vida cotidiana cuando añadió:

- «Sin embargo, hay cosas que demuestran que sigo estando mal. Aún estoy mal en cosas y pienso que nunca se me quitarán... Por ejemplo, aún no puede tirarme al mar desde el yate —un barco deportivo que alquilan junto con otra familia—. El otro día fuimos a las islas y, volviendo, hacía mucho calor, y paramos el motor un momento y todos, bueno, sobre todo los chicos, todos se lanzaron al mar a refrescarse, pero yo no fui capaz... Me pasé casi una hora allí, en la proa, que me tiro que no me tiro, y no fui capaz... Veo que voy a necesitar mucha ayuda, que esto no es fácil de quitar»...

Indudablemente, la situación parecía sintomática y la paciente me la comunicaba como tal: como un síntoma que hacía referencia a su insuficiencia y a su patología. Con la consecuencia de que, tanto por estos indicios como por otros, yo me estaba sintiendo inducido a proponer, un nuevo tratamiento prolongado e intensivo (una psicoterapia psicoanalítica). Pero de repente, tal vez por un gesto de sus manos y su cintura, me fijé precisamente en eso: en su (inexistente) cintura. Y entonces tomé nuevamente conciencia de que físicamente se trataba de una mujer más bien bajita, con sobrepeso, que por la edad había perdido la cintura... Una mujer tipo «tonelito». Y la imaginé en la proa de un yate. ¿Se la imaginan ustedes?. En una sesión anterior me había dicho que el yate tenía 13 o 14 metros de manga. Eso me hizo pensar que la proa estaba a más de un metro de altura sobre el nivel del mar. ¿Se imaginan ustedes a una mujer así, tipo «tonelete» lanzándose desde la proa de un yate en el medio del Mediterráneo, sin ninguna tierra que llevarse los ojos en el horizonte? ¿Ustedes mismos no sentirían una serie de sensaciones gástricas antes de lanzarse al mar?. Pensé que yo sí, que la mayor parte de la gente sí y que ni la paciente ni yo somos esbeltas «Esther Williams» realizando hermosos saltos desde «blancos bajeles en aguas turquesas»... Aunque tal vez sus hijas (adolescentes) sí pudieran hacerlo (cosa que, en realidad, dudo).

Entonces ¿qué estaba pasando en la sesión?. Revisando mis sentimientos se me hizo patente la decidida aunque inconsciente presión que la paciente (me) estaba realizando para que yo le hiciera las interpretaciones correspondientes: Sobre su pasividad, sobre sus temores, sobre las representaciones simbólicas del mar y el zambullirse, sobre su agresividad proyectada que temía re-introyectar.... Todo eso era plausible, sí, pero ¿cuál sería el resultado?. Pues que yo le estaría transmitiendo algo así como: «Ciertamente: usted está muy mal. Lo suficientemente mal como para que necesite de mí toda la vida». Por un lado, la paciente no quería volver a la psicoterapia, deseaba dejar la medicación y se resistía a tomarla por su relación fóbica conmigo y con la propia medicación. Pero, por otro, inducía una presión casi insoportable para que yo la pasivizara, la declarara irremediabilmente necesitada de mí, la declarara incapaz de hacer una vida normal... Con lo cual ya la ven adherida a un nuevo objeto contrafóbico todos los años de su vida. Ese fue un momento clave para replantearse la orientación del tratamiento, de la terapia combinada; y tanto en esta paciente como en otros pacientes con sintomatología agorafóbica grave. Desde ese punto de vista, lo importante pasa a ser «cómo se resuelven las cosas cuando se las sabe resolver», «qué sistemas personales utiliza» y, sobre todo, por qué y cómo fuerza a los otros y a sí misma a desvalorizar esos sistemas y capacidades que sí tiene... ¿Tal vez para hacerse sintomática y dependiente?. Son temas que, desde esta nueva orientación, sólo señalo o interpreto ocasionalmente. Porque, desde este punto de vista, es lo que la parte más patológica de los pacientes desea: que les confirme en su necesidad de mí, de otro, de una mamá a la que se necesita para siempre «físicamente presente» (porque en realidad se confía tan poco en ella, claro). Señal de más como para que, en determinada profundidad del tratamiento, a la cual ella ya había llegado, el hincapié deba dirigirse precisamente en sentido contrario «¿Cómo se las ingenia cuando se las ingenia?. O «¿Cómo «se lo monta» cuando «se lo monta bien»?».

Consecuencia en el tema que nos ocupa: Es urgente que reflexionemos sobre los «principios activos» de nuestros tratamientos. ¿La interpretación por sí misma es un principio activo? ¿O más bien lo es «la interpretación dentro de un encuadre» como conjunto orientado a transmitir emociones mutativas y a mantener una actividad emocional re-contextualizadora? Segunda reflexión: ¿Y qué interpretar, en qué dirección, con qué principios básicos?. Tercera reflexión: para esa tarea, ¿hasta dónde y hasta cuándo ayudan los psicofármacos y qué tipo de psicofármacos?. Parecía seguro que, con los niveles de ansiedad de la Sra. M., sin ciertas dosis de psicofármacos no podría comenzarse el tratamiento. Pero, si son ansiolíticos, ¿cuánta dosis, cuánto tiempo?. Y si son «antidepresivos en dosis terapéuticas», ¿cómo interactúan con las diversas psicoterapias? ¿Qué motivación hay para el insight y para re-introyectar otras actitudes si, mediante el uso de psicofármacos, se evita la ansiedad o se evita la necesidad de afrontar la ansiedad y otras emociones de forma suficientemente viva como para que puedan resultar «mutativas»?. Si los sentimientos son vividas amortiguadamente, sin

intensas ansiedades de todo tipo, ¿resultarán mutativos?. O, más simplemente, ¿se sentirá el paciente motivado para afrontar esas emociones? La Sra. M. no había podido experimentarse a sí misma en sus mejorías, reales o menos reales, porque los ansiolíticos utilizados de forma continuada se lo impedían. Pero, sin ellos, ¿hubiera tolerado la psicoterapia?

El segundo ejemplo con el cual quería entrar en el tema pertenece a un ámbito controvertido donde los haya: Me refiero al psicoanálisis de los pacientes esquizofrénicos –ya no la psicoterapia psicoanalítica, sino el psicoanálisis técnicamente estricto de los pacientes esquizofrénicos. Contamos hoy con cierta experiencia al respecto, en parte apoyada en los trabajos pioneros de los autores kleinianos y postkleinianos tales como la propia Klein o Meltzer, Rosenfeld, Bion y, también, de clínicos, autores e investigadores más actuales, tales como Lucas, Gottdiener, Robins, Alanen, Schulman... (5-24). El tema ha dado lugar a una amplia discusión incluso dentro de la Asociación Psicoanalítica Internacional³.

Pero permítanme que nos aproximemos al tema a través de la descripción de un cierto día de la semana en mi práctica clínica: Como psiquiatra clínico de los dispositivos de salud mental comunitarios y vinculados a la APS, actualmente me dedico casi en exclusiva a primera infancia y adultos psicóticos. Por ello, un día cualquiera, tras dedicar varias horas a problemas de dirección y organizativos, puedo encontrarme con una sucesión de pacientes como sigue:

A primer hora, en una entrevista familiar con orientación psicoanalítica veo al Sr. B y la Sra. B. Él padece un cuadro delirante celotípico crónico que le ha llevado a violencias y agresiones a su esposa y, en el pasado, a otras personas. Actualmente les veo desde hace veinte años. Desgraciadamente, no más allá de una vez cada trimestre. Como suele suceder en estos casos, el celotípico, en cuanto puede, deja de tomar el tratamiento. Remedio técnico procedente de la psicoterapia familiar: Con ocasión de una de sus crisis, en la cual la esposa amenazó con separarse (componente terapéutico psicosocial), llegamos al acuerdo de que el tema de los celos y el tema de la medicación podrían y deberían hablarse abiertamente en la entrevista familiar y que para eso las haríamos. Y así lo hemos hecho. La dosis de neuroléptico retard inyectable es terapéutica y la complemento con dosis bajas de un neuroléptico sedante por vía oral. Actualmente, la esposa padece un tumor maligno metastatizado y el sistema medianamente estable y medianamente saludable que los tres, junto con las dos hijas, habíamos llegado a mantener, parece entrar en crisis.

A continuación, veo a Paula G. Se trata de una paciente esquizofrénica en la treintena. La visito desde hace 15 años. Con ocasión del primer episodio, que pudimos diagnosticar inmediatamente, casi en el «trema», la derivé a un psicoterapeuta privado, con el cual realizó una psicoterapia de ocho años de duración que ahora mantiene con entrevistas espaciadas y nuevas tandas intensivas con ocasión de cada episodio. Se

trata de un caso severo, que ha tenido al menos 3 episodios agudos. Su padre era un paciente obsesivo grave, ya muerto, que dejó a toda la familia hundida en importantes deudas para más de un decenio. Su madre padece una depresión mayor con numerosas recurrencias. Su hermano padece un trastorno borderline de personalidad así como su marido —el cual, además, como su propio padre, presenta graves trastornos de conducta que en ocasiones bordean la delincuencia. Actualmente hago entrevistas cada dos o tres meses con la paciente, en las que mi papel es de psiquiatra que ayuda al psicoterapeuta. Uso dosis subterapéuticas de neurolépticos de nueva generación, orientaciones psicosociales y ayudo en la expresión emocional de la paciente. Paula trabaja como arquitecto, en estos momentos más que nunca y, además, complementa ese trabajo y esos ingresos con una actividad artística que le proporciona ingresos suplementarios, dada la desorganización del marido y la familia.

En el trascurso de mi relación con la paciente, esta quedó embarazada de gemelos. Hubo todo tipo de complicaciones perinatales y, alrededor de los dos años, los niños presentaron un cuadro grave de trastorno multisistémico del desarrollo. Como los seguíamos de cerca, máxime desde que comenzamos nuestras investigaciones sobre signos de alerta y prodrómicos de la esquizofrenia⁴, atendimos los trastornos de los niños precozmente y con medidas psicológicas individuales (no intensiva), familiares y psicosociales. Actualmente los niños siguen una escolaridad normal. Nosotros sabemos que presentan signos del trastorno, pero nadie más en su medio lo nota. Veo a los niños y a la madre y, si lo consigo, al padre, en entrevistas padres-hijo cada tres o cuatro meses. Nunca he usado medicación con ellos y, como digo, su escolarización es la normal, reglada, y no la especial, cosa que sería imprescindible si la madre recibiera dosis más altas de neurolépticos o la abuela determinados tratamientos antidepresivos que eliminaran la posibilidad de preocuparse y atender a los nietos.

Al final de la mañana, veo a Iván P. y a su madre: Los padres de Iván se separaron a los cuatro meses del nacimiento del niño y éste padece un grave trastorno multisistémico del desarrollo. Para el tratamiento utilizo entrevistas familiares, ayuda del Centro de Desarrollo y Atención Precoz (que realiza con Iván terapia de juego, terapias psicomotrices y rehabilitaciones del lenguaje) y estoy gestionando ayudas escolares específicas y un seguimiento psicoterapéutico.

Después veo a Laura G., una mulatita catalana, hija de una cubana y un catalán de 50 años: los padres se conocieron en uno de esos «viajes sexuales» que se organizan hacia la isla caribeña, se vinieron juntos y se casaron, pero a los ocho meses de la niña, la madre se separó del padre, llevándosela consigo, debido a los malos tratos físicos y psicológicos que recibía de su marido. La niña presenta un cuadro depresivo atípico, muy marcado por una especie de estupor que a algunos profesionales ha hecho pensar en un cuadro autístico. Mi ayuda consiste en entrevistas familiares influenciadas por la «observación de bebés y niños» tras un período concreto en el cual realicé cuatro o cinco sesiones según la técnica de las terapias padres-hijo, un tipo de psicoterapia que

procede de la de-construcción y recombinación de otras intervenciones con padres y niños (25) .

En el mismo día, por la tarde, ya en mi práctica privada, puedo ver a Elena, con la que estoy realizando un psicoanálisis de cinco sesiones por semana desde hace cuatro años. Se trata de una paciente esquizofrénica, con delusiones de tipo megalomaniaco y paranoide, que ha tenido al menos cuatro episodios agudos, dos de ellos con accidentes y peligro grave para su vida dada la naturaleza de la delusión. Trabajo con ella según una técnica psicoanalítica estricta y un compañero se encarga de ver a la familia, seguir la medicación y tiene dispuestos los medios de servicio de agudos y/o hospital de día en caso de que se de una recaída incontrolable sin esos medios.

El día siguiente, podría ver a David A., un esquizofrénico más desorganizado, post-adolescente, con tendencias a las actuaciones sociopáticas, con el que estoy intentado ver si es posible ayudar mediante tratamientos derivados del psicoanálisis. Yo hago entrevistas familiares periódicas, cuido la medicación y tengo preparadas las vías de ingreso, y un compañero psicoanalista intenta ver si es posible mantener una psicoterapia de orientación psicoanalítica, a pesar de que ambos sabemos que este tipo de esquizofrénicos suelen ser reacios a las aproximaciones psicológicas. Las importantes capacidades cognitivas de David, así como la colaboración activa de su padre (a pesar de que la madre, deprimida y que ataca abierta y directamente a David en una y otra ocasión), ofrecen alguna magra esperanza de poder seguir adelante. Además, es un intento, en cierto modo, «a la desesperada». De entrada necesitaríamos que David mantuviera su tratamiento con neurolépticos, pero David lo interrumpe en una y otra ocasión, engañando continuamente a sus padres y a nosotros con respecto a si lo ingiere o no: de ahí la idea de que la ayuda psicológica pudiera proporcionar otra forma de asegurar el mismo.

Les quería proporcionar esas muestras de uno o dos días de mi actividad clínica corriente con el único afán de señalar, desde la práctica, la variabilidad de las diversas agregaciones (¿o combinaciones?) de terapias que pueden entrar en juego sólo con este tipo de pacientes: los pacientes psicóticos, esquizofrénicos o no. Desde mi perspectiva particular, creo que el tema del psicoanálisis o la terapia psicoanalítica de los pacientes psicóticos ha quedado oscurecido durante decenios tras la discusión sobre las «modificaciones técnicas» supuestamente imprescindibles, para realizar dichos tratamientos. El resultado es que no hemos podido observar con claridad cuáles eran los elementos *mutativos*, o, simplemente, *eficaces* y *eficientes*, de dichos tratamientos, si es que había algunos. En la carrera de las «modificaciones técnicas» se llegan a practicar terapias que sólo guardan obscuras reminiscencias con el tratamiento psicoanalítico tipo y que, por lo tanto, serán difícilmente duplicables, generalizables e investigables.

A mi entender, esa es otra de las consecuencias del narcisismo y omnipotencia profesionales con las cuales a menudo los psicoanalistas –como otros super-especialistas en el campo de la salud mental—hemos orientado nuestro trabajo. Así, hemos dedicado años y años, reuniones y reuniones, y libros y libros para hablar de las «modificaciones técnicas necesarias»... Mas algunos pensamos que, con un poco más de modestia y más confianza en el *trabajo en equipo* y en los *sistemas públicos de salud mental*, tal vez las cosas podrían orientarse de otra forma. Tal vez si como psicoanalistas o psicoterapeutas podemos sentirnos y colocarnos no en un «brillante y magnífico aislamiento» sino incluidos y bien integrados dentro de un sistema de cuidados programado del paciente esquizofrénico, tal vez entonces no sea necesario dar tantas vueltas y revueltas al tema de las modificaciones técnicas del psicoanálisis. Pero para ello necesitamos que otros compañeros, conocedores de nuestras técnicas y dispuestos a colaborar con ellas, hagan de psiquiatras farmacológicos de los pacientes, terapeutas familiares de los mismos, colaboren con nosotros *desde su trabajo* de animadores sociales o terapeutas ocupacionales, psiquiatras y enfermeras de servicios de psiquiatría hospitalarios, etc... Ese es el equipo que hay que tener dispuesto en cada caso, pensamos algunos. Y entonces es realmente posible practicar las (pocas) técnicas que sabemos sin necesidad de meternos en disquisiciones y modificaciones que producen unos *resultados terapéuticos* y *usan unos agentes mutativos* que, a menudo, *no tenemos identificados...* (Tabla 2) .Y fíjense ustedes que estoy hablando de técnicas concretas y combinaciones concretas, no ampliaciones y aplicaciones de la «paradoja del Pájaro Dodó». Nunca creí en ella: eso de que cualquier terapia pueda dar resultado y que todo depende de la personalidad, juventud, entusiasmo y demás «factores inespecíficos» de los terapeutas, siempre me pareció una deducción forzada de investigaciones elementales y sesgadas (3). Afortunadamente, todas las últimas investigaciones, al menos en el campo psicoanalítico, hablan de lo contrario: las terapias largas proporcionan mejores resultados que terapias cortas y la formación, experiencia y supervisión de los terapeutas pesan de forma importante en esos resultados... siempre que se aplican técnicas bien determinadas, claro está (26,27).

De ahí que ya lleve años proponiendo un esquema, el de los «niveles para la contención» (4,28) para guiarnos en la combinación de terapias y ayudas psicosociales y sociales. Por ejemplo, en el caso de los pacientes agorafóbicos (4,29). Por ejemplo, en el caso de *algunos* pacientes esquizofrénicos (30). Otros muchos clínicos, organizadores e investigadores poseen hoy experiencias más amplias y contrastables sobre programas integrados para el tratamiento de dichos pacientes: Alanen y cols. en Finlandia (22-24), Cullberg et al (31,32) o Johannessen et al (33,34) en Escandinavia con los *Proyectos Parachute* y *TIPS*, Häfner (35) en Alemania, etc. Además, hoy ya poseemos investigaciones empíricas e incluso meta-análisis sobre los tratamientos de base psicoanalítica de los pacientes esquizofrénicos. El meta-análisis de Gottdiener

(20) es una de las muestras más discutidas actualmente, por lo favorable de sus resultados, así como las aportaciones de autores como Lucas (19).

Como en otro tipo de pacientes. Les recomendaría reflexionar y que pudiéramos investigar por ejemplo sobre la evolución de otro de los cuadros graves, además genética y biológicamente influidos, de la psicopatología: me refiero a los pacientes bipolares. Hoy ya sabemos algo de la «historia natural» y la «historia con diversos tratamientos» de dichos pacientes, pero, ¿qué idea tienen ustedes de cuál es la evolución de dichos pacientes bipolares si desde el principio han hecho terapias combinadas apoyadas fundamentalmente en un tratamiento psicoterapéutico precoz?

Todo ello debería llevarnos a plantearnos de forma más seria y sistematizada el tema de la agregación de terapias o de la combinación y programas combinados de terapias.

■ ¿MEZCLAMOS, CONFUNDIMOS, AGREGAMOS, *DE-CONSTRUÍMOS* O COMBINAMOS?

Para facilitar la discusión, presentaré aquí una tesis algo esquemática, simplificada para la ocasión:

- En mi opinión, gran parte de lo que hoy llamamos «terapias combinadas» y «programas integrados de tratamiento» no deberían considerarse como tales, sino como meros agregados provisionales de terapias cuya eficacia, efectividad y eficiencia debería estudiarse seriamente. No por agregar dos o más terapias supestandamente eficaces mejora la eficacia de un sistema: puede incluso empeorar, como en el caso de utilización de dosis farmacológicamente completas de ansiolíticos en las primeras crisis agorafóbicas o de neurolépticos en los primeros episodios esquizofrénicos. Desde un punto de vista epistemológico y teórico más estricto, lo que llamamos *terapias combinadas* y *programas combinados* a menudo no son sino mezclas, acumulaciones o agregados de diversas terapias, acervos reunidos tan sólo por causa de una perspectiva empirista elemental y grosera que mencionaba más arriba: la creencia elemental acerca de que si juntamos varias terapias eficaces, el resultado será más eficaz. Como digo, hasta aquí se revela el empirismo elemental, decimonónico, que sigue predominando en la psiquiatría actual, y la falta de perspectivas emergentistas, sistémicas, informacionales, cibernéticas...

Además, cuando, en un elemental ejercicio de coherencia, he ido a comprobar la justeza de tales afirmaciones en el Diccionario de la Real Academia Española, me he encontrado con que incluso a nivel lingüístico los términos están mejor definidos y, por lo tanto, pueden resultarnos sumamente útiles en el empeño que hoy nos ocupa:

Así, cuando la RAE define *combinar* (del latín *combinare*) lo hace así: «Unir cosas diversas, de manera que formen un compuesto o agregado. Prnl. Ponerse

de acuerdo dos o más personas para una acción conjunta. *Química*: Unir dos o más cuerpos en proporciones atómicas determinadas, para formar un compuesto cuyas propiedades sean distintas de las de los componentes». Es decir, hace hincapié en el emergentismo, en las leyes de transformación y reglas para que pueda hablarse de combinación. E incluso proporciona una indicación interesante contra el «eclecticismo prematuro» cuando dice que han de hacerlo personas diversas.

Es algo bien diferente del concepto de *mezcla*, que a menudo puede basarse en la *confusión* de técnicas y da lugar a mezclas confusas⁵ dentro de algunas de tales *agregaciones*.

De ahí que esas definiciones etimológicas me sirvan para expresar más claramente mi segunda tesis esquemática:

- Toda combinación de terapias ha de hacerse con el objetivo, al menos tendencial, de lograr un nuevo sistema, un programa entendido como sistema. Un sistema o estructura que, al menos tendencialmente, debe cumplir los principios básicos que definen toda *estructura o sistema* (Tabla 3). En ese sentido, en la medida de lo posible, debería enfocarse una terapia combinada no como un agregado de terapias, sino como un nuevo sistema terapéutico, es decir, como una nueva terapia emergente. Y hacia esa perspectiva hay que encadenar los trabajos de sus fundadores, difundidores e investigadores.

En ese sentido, mi tercera tesis afirmaría que, más que confundir o mezclar terapias o realizar eclecticismos prematuros, hay que intentar definir lo más claramente posible cada terapia, «manualizando» incluso las que se puedan, investigando las cualidades de cada terapia y de sus componentes, para poder investigar después las cualidades de la nueva terapia emergente y sus componentes.

De ahí que, en varios pasos o momentos de ese proceso, hayamos de aplicar lo que afirmaría mi cuarta tesis: debemos ser capaces de *de-construir*⁶ nuestras terapias para poder simplificarlas, depurarlas de elementos adicionales (en buena medida debidos a la «tradición de escuela» y a fidelidades teóricas o artesanales excesivas) e investigar los componentes que realmente determinan tanto su posible eficacia y eficiencia, adecuación, seguridad, etc, como su repercusión en la consecución de dichas cualidades para la terapia combinada o programa terapéutico resultante: Un buen ejemplo de lo que vengo diciendo, desde mi óptica psicoanalítica, podría consistir en la escasa *adecuación* e incluso la falta de *seguridad* (en el sentido de las cualidades básicas de toda terapia) que pueden provocar las interpretaciones de *objeto parcial* en la terapia psicoanalítica de pacientes psicóticos.

- Quinta tesis: Tanto en la concepción del nuevo sistema terapéutico como en la elección de sus componentes habría que dar prioridad, a igualdad de resultados,

a las terapias menos heteronomizantes –lo que, si tenemos en cuenta mi esquema de los «niveles de contención para evitar el desequilibrio mental» (tabla 4) significa dar prioridad a los niveles más profanos y/o autonomizantes sobre los niveles más profesionalizados y profesionalizadores. .

- Sexta tesis: La quinta tesis, en el ámbito que nos ocupa, posee al menos una polémica repercusión. La siguiente: siempre que sea posible habría que dar prioridad, en la organización del sistema de terapia combinada, a los niveles profanos, no profesionalizados y, dentro de los profesionalizados, a los psicológicos: precisamente porque una adquisición en el ámbito psicológico que se introyecta, pasa a formar parte del sujeto –sobre todo las que afectan a los niveles del «mundo interno» y «capacidades yoicas»—. Significa dotar de nuevas capacidades autónomas a los individuos, familias o grupos participantes. Esta prioridad, desde luego, sólo puede concederse si se cumplen para esa terapia psicológica las otras características de calidad de cualquier terapia, tales como la seguridad, oportunidad, adecuación, efectividad, etc.(3,4).
- Séptima tesis: Eso implica, a menudo, el uso de dosis subterapéuticas de cada uno de los componentes de la combinación: de los psicofármacos (NLT o benzodiazepinas) o de la «dosis de ayuda familiar» utilizable (a menudo no es posible hacer «psicoterapia familiar», pero peor es no atender a la familia de los esquizofrénicos). Ello es válido incluso para la psicoterapia: por ejemplo, la psicoterapia psicoanalítica es una simplificación del psicoanálisis. A otro nivel, en las formas de psicoterapia psicoanalítica aplicadas a este tipo de pacientes pueden y deben primarse unos elementos (por ejemplo, la atención a la identificación proyectiva) y dejarse fuera otros (por ejemplo, determinadas formas de «interpretación de objeto parcial»).
- Octava tesis: Ello significa una nueva llamada de atención a la consideración del tema de la calidad de los componentes y del sistema de conjunto. En todo este proceso, ya que estamos creando una nueva terapia (en el sentido de un nuevo programa o sistema terapéutico), habríamos de tener en cuenta y atender al conjunto de los «componentes de la calidad de una terapia cualquiera» que, siguiendo los estudios de salud pública, llevo defendiendo hace años como aplicables a las técnicas de psicoterapia (Tablas 5 y 6).

En consecuencia, si tenemos en cuenta lo que esas tesis esquemáticas enuncian, está claro que hoy, en los sistemas terapéuticos aplicados en la esquizofrenia, fundamentalmente estamos agregando y mezclando, más que investigando y combinando (lo que debería significar una de-construcción sistemática de las terapias entre otros procedimientos de investigación). Aún agregamos y juxtaponemos, y nuestro nivel de conocimientos sobre esas agregaciones más o menos empíricas y pragmatistas es muy primitivo. Eso cuando no confundimos o, a otro nivel, simplemente mezclamos

y favorecemos una cierta confusión: por ejemplo, muchas de las supuestas «psicoterapias» que se están utilizando, no son terapias cognitivas, de utilidad probada (26,27,31,32,37,38,...), pero tampoco cumplen los criterios de una terapia psicoanalítica (por ejemplo, la necesaria supervisión) (27,30). ¿Qué serán entonces y cómo poder estudiar su adecuación, seguridad, oportunidad, eficacia, eficiencia...? Un resultado predecible es que así en contadas ocasiones podremos crear un nuevo sistema o estructura terapéutica, tal como el «*Need adapted treatment*» (21-24, 31-34). A otro nivel, si el psicoanálisis o la psicoterapia psicoanalítica empleada están demasiado lejos de las normas técnicas habituales, no sabemos en realidad qué estamos aplicando ni qué estamos, en el mejor de los casos, evaluando (Tabla 6). Y más si el paciente está tomando las dosis terapéuticas habituales de ansiolíticos, neurolépticos o antidepresivos. Algo que también ha pasado con determinadas terapias cognitivas o cognitivo-conductuales, claras en su teoría e incluso en la teoría de la técnica, pero que luego se aplican a medio plazo con tales variaciones técnicas que pueden llegar a guardar escasas relaciones con la terapia teórica postulada.

■ REPLANTEANDO LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME ESQUIZOFRÉNICO

Y, sin embargo, incluso a nivel etiológico y teórico, el campo comienza a estar preparado para la aplicación de auténticos sistemas de combinación de terapias. Estamos ya lejos de las dicotomías teóricas que llevaron a primar megalomaniáticamente la primacía de lo ambiental o la primacía de lo genético-biológico en el desarrollo de un trastorno esquizofrénico en una persona concreta. Como recogía en un trabajo anterior (39), como psicoanalistas o psicoterapeutas psicoanalíticos, hoy podemos admitir que, desde una perspectiva biológico-genética, se postule que la esquizofrenia se vincule con alteraciones y vulnerabilidades que ponen en marcha bien sea microlesiones estáticas del encéfalo, bien sea alteraciones en el neurodesarrollo que determinan más tarde el cuadro clínico (40-42). En último extremo, el síndrome esquizofrénico se vincula hoy a menudo con lesiones encefálicas estáticas (cerebrales y cerebelosas) que comprometen sobre todo al sistema límbico, al tálamo y a sus conexiones con el córtex prefrontal dorsolateral: los síntomas «en negativo» se asociarían con la disfunción del córtex PDL y los síntomas «en positivo», con la disfunción del sistema límbico y la hiperfunción DA mesolímbica. De esa forma, el inicio de los síntomas de la esquizofrenia no depende del momento del inicio de la vulnerabilidad —que se postula como intrauterino o en los primeros momentos de la vida extrauterina— sino que se vincula con los momentos en los cuales las zonas cerebrales afectadas alcanzan la madurez fisiológica mediante la puesta en marcha de transformaciones neurales genéticamente determinadas —por ejemplo, los cambios neuro-endocrino-inmunitarios y psicosociales que se conocen como «pubertad» y «adolescencia».

De forma posiblemente coherente con la *hipótesis vulnerabilidad-estrés* (41,42), como consecuencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales, desde el punto de vista psicoanalítico casi siempre encontramos una falta de contención y de las demás *funciones emocionales introyectivas* en el triángulo originario. Este defecto de constitución de la *triangulación originaria* conlleva el que no se de una introyección estable de lo bueno, del objeto interno «bueno»: si existiera un déficit biológico, tal vez sea eso lo que motiva el desencuentro inicial madre-hijo cuyo resultado es una menor capacidad de la madre y el triángulo originario para la contención del sufrimiento y los avatares desagradables que siempre existen en la primera infancia de todo bebé humano. De resultas, el monto de *elementos beta* (Bion 16-18) no integrados, dispersos, procedentes tanto de las aferencias sensoriales y viscerales no contenidas como de las emociones (visceralizadas) iniciales no integradas, es mucho mayor de lo normal. Esta realidad clínica puede entenderse también, desde la vía somática, a través de una lentitud o dificultad en la maduración de las áreas asociativas y de determinados circuitos cerebro-viscerales básicos, tales como el córtex prefrontal dorsolateral (41-44), las relaciones córtico-talámicas, el sistema límbico y las conexiones córtico- cerebelosas (40). De cualquier forma, la «nube de elementos beta» dispersos sobrepasa las capacidades integrativas, la *función alfa* del nuevo ser. Y más aún porque la base de las capacidades introyectivas e integrativas, como sabemos, radica en la introyección suficientemente segura y estable del «objeto bueno». Como resultado, la personalidad, el *Self*, y el mundo interno comienzan a desarrollarse con fallos estructurales, con fallos en las integraciones básicas. A nivel dinámico eso significa el predominio de la *posición esquizo-paranoide* (con momentos *confusionales* y núcleos autísticos importantes, tal como explicaba en 1997). Significa el predominio de las relaciones de objeto, ansiedades, defensas, sentimientos, formas relacionales y funciones emocionales propias de tal posición (5-8,9,10,45,46...).

Ante la reactivación de las presiones pulsionales propia de la adolescencia, presiones tanto de tipo psicológico como biológico y social, esa precaria estructura o integración mental no puede sostenerse e irrumpe el *trema*, que en este sentido habría que entender como el período previo al brote agudo postpuberal de los síntomas «en positivo» (47,48,30). Es un período, usualmente largo y desbordante (35,37-38), de terribles sufrimientos, durante el cual el paciente se siente dominado por intensas ansiedades catastróficas, que aquí habría que entender como confusionales primitivas y paranoides extremas. El *self* se torna incapaz de procesar las aferencias sensoriales y emocionales de la vida cotidiana y de la relación, por lo que se dan errores en la combinación de los significados y de las percepciones: otra nueva fuente de *elementos beta* que saturan las ya claramente deficitarias capacidades de integración. Aparecen representaciones delirantes y pre-delirantes que tampoco logran cobrar coherencia e integración por causa de los defectos en la simbolización/mentalización ya establecidos, defectos si cabe agravados por la intensa angustia del

trema: afloran así los *simbolismos primitivos, las equivalencias seudosimbólicas, el pensamiento concreto, el pensamiento egocéntrico...* (12-14,49,50). Cervantes ejemplificaba estas anomalías «cognitivas» cuando hacía decir al «*Licenciado Vidriera*»: «*Ningún camino es malo como se acabe, si no es el que va a la horca. De salud estoy neutral, porque están encontrados mis pulsos y mi cerebro*».

Todos estos fenómenos tal vez haya que entenderlos en un doble sentido: como resultado de las alteraciones cognitivas pre-establecidas y como formas de defensa (mediante la proyección, la escisión y el desplazamiento) ante la ansiedad catastrófica. Ese es también el posible origen de lo que Bion (16-18) llamó *objetos bizarros*: conglomerados cognitivo-afectivos de elementos no integrados de la percepción interna y externa, entreverados con proyecciones, que se reintroyectan posteriormente. Pero el resultado de la introyección, actuando sobre las proyecciones fragmentarias anteriores, facilita la confusión entre la realidad interna y la realidad externa, el elemento básico de la organización mental psicótica, así como la ruptura, fragmentación y parcialización de todas las actividades mentales. Sólo relativamente podemos acercarnos a vivenciar la extrema confusión cognitiva y emocional y el estado de extrema ansiedad que supone el *trema* (al menos en las evoluciones psicóticas no tórpidas). La *alucinación y la delusión*, cuando logran estructurarse, pueden darle un sentido al caos y al sufrimiento (13,48,51-55): el esquizofrénico que ya delira suele presentar un estado menos atormentado e incluso más maníaco que el psicótico en *trema*. Por eso Conrad (47) designó este tercer período del desarrollo del síndrome como la *apofanía*, por la relativa tranquilización y seguridad que el esquizofrénico muestra haber alcanzado en su vida en esos momentos —por comparación al atormentado caos anterior.

Como puede observarse, el modelo de génesis psicológica de las psicosis que estoy ofreciendo posee importantes deudas con las concepciones de Bion (15-18), de Rosenfeld (12-14) y de Meltzer (9-11). Me interesaba recordarlo aquí porque me parece que es en esencia coherente con lo aportado por la investigación biológica moderna, especialmente a través de los estudios de neuroimagen y neuro-desarrollo (40). Acerca de este particular, recordemos que está apoyado en cinco presupuestos o premisas fundamentales:

- I. Los *elementos beta* (o «partículas sensorceptivas y experienciales elementales no integradas») provienen de la sensorialidad y, a través de la sensorialidad-visceralidad, de las experiencias emocionales no integradas.
- II. La *emoción* es un fenómeno fundamental de la mente humana (y animal), en el sentido de que es la configuradora del significado de la vivencia. Una vivencia cualquiera (por ejemplo, la oscilación de una cortina en la casa de enfrente) adquiere una característica de persecución, de apoyo o indiferente, en función de la posición en la cual es vivida, uno de cuyos elementos fundamentales es la emoción que configura dicha posición (y aquí hablo de *posiciones* en el sentido

de M. Klein – (7,8)—: posición esquizoparanoide, posición «depresiva» y momentos y ansiedades de confusión primitiva).

- III. El *balance alfa/beta*: Si existen suficientes capacidades mentales, biológicas y microsociales, los *elementos beta* tienden a configurarse en *elementos alfa*, es decir, en elementos integrados en el conjunto de programaciones o significaciones individuales al que llamamos *mente*: son la matriz de lo inconsciente, de los sueños, de la fantasía, de las emociones y sentimientos, de los pensamientos...
- IV. Para la elaboración *suficiente* (nunca completa) de los elementos beta en elementos alfa se necesita que, en los primeros años del desarrollo postnatal, y tal vez en la vida intrauterina, predominen las *funciones emocionales introyectivas sobre las proyectivas*: amor-vinculación, esperanza, confianza y contención. La *capacidad de pensar* de Bion y Meltzer se halla pues muy relacionada con la capacidad de mentalizar, simbolizar, y, por tanto, con la salud (mental).
- V. Contingencias intrapersonales (motivadas inicialmente por causas biológicas, psicológicas o sociales) pueden hacer que las *ansiedades catastróficas* (ansiedades confusionales primitivas o de diferenciación / indiferenciación y ansiedades persecutorias extremas), sean tan importantes en la incipiente estructura mental del bebé y el niño pequeño que lleven a un predominio de las *funciones emocionales proyectivas* como forma de liberarse del dolor mental insoportable. En consecuencia, favorecerán las vivencias no integradas, el predominio de los «elementos beta» sobre los «elementos alfa». La descompensación consecutiva puede aparecer ya en la infancia, aunque lo más frecuente (en el 0,4 a 1 por cien de la población) es que aparezca alrededor de la adolescencia, cuando las presiones, duelos y cambios biológicos, psicológicos y sociales descompensan los precarios equilibrios neurológicos, mentales y relacionales de dichas personas. Aparece entonces la crisis o primer episodio psicótico, tras el cual comienza a ponerse en primer plano la actitud relacional, defensiva a ultranza, a la cual he llamado *relación simbiótico-adhesiva* (30,39,56).

En resumen: desde esta perspectiva, el mundo interno en la relación simbiótico-adhesiva psicótica se basa en la confusión sujeto-objeto con elementos oral-dependientes subyacente, así como en alternativas entre esos fenómenos y las disociaciones más extremas. Ese entramado, sumamente frágil e incoherente, está sostenido *in extremis* por el delirio, las confusiones realidad interna/realidad externa y las confusiones self/objeto. Por todo ello, para resumir ese mundo interno suelo calificarlo como «*el búnker bizarro en ruinas*», haciendo alusión tanto a lo anómalo y abigarrado del búnker (las defensas) como a su entremezclamiento con los elementos procedentes del daño psicótico. Pero incluso en un mundo así cabe la vida y la esperanza, y esas son las bases para los intentos de tratamiento psicológico y, general, para seguir investigando nuevos sistemas de cuidados, más adaptados, integrales y

autonomizantes. Son intentos totalmente necesarios hoy en día para los propios pacientes, sus familias, los equipos que los cuidan y, en general, la sociedad, ya que estamos hablando de un tipo de sufrimientos personales y sociales algunas de cuyas características básicas, según nuestras investigaciones, vienen resumidas en las tablas 7 y 8.

■ DIVERSOS MODELOS DE TERAPIAS COMBINADAS PARA LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Lin Lizhou conocía que el secreto de diez mil años de gastronomía se guardaba en la acertada combinación de los cinco sabores (el salado, el dulce, el agrio, el picante y el amargo), los seis gustos (el fermentado, el perfumado, el asado, el cocido, el crudo y el graso) y las cuatro consistencias (la deslizante, la seca, la crujiente y la blanda), y aunque nunca había aprendido a cocinar bien, sabía que cada plato exigía su tiempo, su amor y su suerte, una esmerada combinación de elementos que forjaban lo especial de una sabiduría en la que la armonía era tan importante como el detalle en la preparación.

(A. Gómez Rufo, «Las lágrimas de Henan»)

Varios de los sistemas de cuidados, programas terapéuticos o terapias combinadas de los pacientes esquizofrénicos que conocemos (tablas 9 y 10) poseen esos cuidados y características de los que venimos hablando. Me refiero, por ejemplo, a las propuestas de los autores nórdicos (Alanen, Lentinen, Rakolainen, Schulman...: cfr. 21-24), a los desarrollos realizados por Cullberg (31-32), a las propuestas de McGorry (37,38). Algunas de tales propuestas y las propias se hallan en abierta contradicción con otras propuestas mucho más disociadoras y menos adaptadas a la realidad del paciente y a las realidades nacionales, como las de las normas PORT norteamericanas (57). Pero aún hay mucho que aportar, investigar, discutir y decidir para perfilar con mayor especificidad y adecuación nuestros sistemas. Como mero ejemplo, les he incluido aquí un esquema del protocolo o guía para la clínica que, sin poder alcanzar un nivel claro de «sistema terapéutico» estamos intentando aplicar desde 1995 en la Unitat de Salut Mental de Sant Martí, del Institut Catala de la Salut en Barcelona. Se lo presento sin correcciones *ad hoc*. De él me interesaba que recogieran ustedes la amplitud de criterios y datos a tener en cuenta según la evolución del paciente y su medio, con el fin de tenerlos en cuenta en la adaptación del tratamiento a las necesidades de los mismos. En resumen, el protocolo consiste en la orientación de cuándo utilizar los diversos medios terapéuticos (entrevistas psicoterapéuticas, grupo psicoeducativo, ayuda psicológica individual, ayuda psicológica familiar, psicofármacos, etc) según el momento clínico del paciente (primer episo-

dio, momento agudo o subagudo del mismo, episodios subsiguientes, situaciones crónicas, situaciones deficitarias...): Tabla 11. Se trata de una versión primitiva del que han desarrollado, por ejemplo, los equipos fineses de Kupittaa (24) (tabla 12).

Con base en nuestra experiencia con tal protocolo, hemos propuesto a la sanidad pública catalana la realización del Programa de Atención Integral al Paciente Psíquico (PAIPP) como programa piloto a investigar empíricamente (tabla 13). En cualquier caso, en la tabla 14 les muestro mi idea actual de los elementos terapéuticos que creo que han de formar parte de un programa adaptado a las necesidades del paciente y de su entorno. Necesitamos reflexionar, experimentar e investigar aún mucho sobre esos temas, pero ya existen importantes avances en esa dirección, muchos de ellos revisados en el libro de Martindale et al (58). Aún hay mucho camino que recorrer y el principal obstáculo actual creo que yace en las simplificaciones e idealizaciones parcializadoras de la realidad clínica, terapéutica y social que pueden llevar a todo tipo de autoengaños. Pero para combatir nuestra posibilidad de autoengaño yo utilizo a menudo la perspectiva y las palabras de un clásico de nuestro Siglo de Oro, Leonardo Lupericio de Argensola, que ya entonces escribió, con gran penetración epistemológica y científica:

*Porque ese cielo azul que todos vemos,
ni es cielo, ni es azul.
¡Lástima grande que no sea verdad tanta belleza!*

Tabla 1. Prospecto (guía clínica) de una terapia combinada.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	EJEMPLO en nuestro tema
Fórmula	= ¿Cuál es el principio activo?	¿La interpretación?
Actividad	= ¿Y cómo actúa?	¿Qué moviliza?
Titular y fabricante	= Quién la administra y con qué patente	Formación del terapeuta, actualización de la técnica o «escuela»
Indicaciones	¿ Según cuadros, estructuras, «enfermedades», síntomas, relaciones, «desarrollo personal»?	¿Psicoterapia psicoanalítica de los esquizofrénicos?
Contraindicaciones	Idem	Sabemos poco: Pst. Psa. sin equipo en esquizofrénicos, NNLT en embarazo...
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> · Embarazo y lactancia · Crisis · Máquinas · Sueño-sedación · Pasivización · Profesionalización 	Los 8 elementos imprescindibles en la TC de la Esquizofrenia: ¡Con supervisión del Terapeuta!
Efectos secundarios	Molestias o problemas que causa una terapia o TC necesaria	NLT Pst. Psa. en Tr. Limite de Personalidad con rasgos histriónicos?
Incompatibilidades	Con la integridad biopsicosocial o con las otras técnicas utilizadas	Psiquiatría bióloga y Pst. Psa.
Dosis	Intensidad y duración	¿Cuánto han de durar las Ayudas familiares, la pst, los NNLT...?
Modo de administración	<ul style="list-style-type: none"> · En la crisis aguda · En situación subaguda · En situación estable · En la cronicidad 	Características de P. del terapeuta Contención del T. Supervisión del T.
Sobredosificación	Biológica o psicológica	Yatrogenia psicológica de la Pst. mal usadas.
Precauciones de conservación	¿Cómo hacer que duren los efectos?	Ejemplo posterior
Caducidad	¿Cuánto dura el cambio?	Idealización de las PST. O de las fármacos «que curan»
Fecha de la última revisión del prospecto	Revisión de los protocolos y guías clínicas...	Psa. «ortodoxa» o sin equipo
Receta médica	= ¿Quién puede indicarla?	Uso perverso del intrusismo

Tabla 2. Conocimientos efectivos (medios) acerca de algunas terapias en los pacientes esquizofrénicos.

TERAPIA	Sabemos poco de sus	Sabemos algo de sus
NLT	Contraindicaciones, Precauciones de conservación, Fecha de la última revisión	Fórmula, Actividad, Titular y fabricante, Indicaciones, Precauciones, Efectos secundarios, Incompatibilidades, Dosis y sobredosificación, Modo de administración, Caducidad, Responsabilidad de su uso...
NNLT	Actividad, Indicaciones, Contraindicaciones, Precauciones, Efectos secundarios, Modo de administración según cuadros y momentos, Incompatibilidades, Dosis, Precauciones de conservación, Caducidad, Fecha de la última revisión Titular y fabricante, Precauciones, Sobredosificación, Responsabilidad de su uso...	Fórmula, Titular y fabricante, Precauciones, Sobredosificación, Responsabilidad de su uso...
Psicoterapia Psicoanalítica (27)	Fórmula, Titular y fabricante, Indicaciones, Modo de administración, Sobre-dosificación, Fecha de última revisión de la guía clínica, Responsabilidad de la admón...	Actividad, Contraindicaciones, Precauciones, Efectos secundarios, Incompatibilidades, Dosis, Caducidad, Precauciones de conservación
Psicoterapia Cognitiva (59)	Fórmula, Titular y fabricante, Indicaciones, Contraindicaciones,y Efectos secundarios, Precauciones Incompatibilidades, Sobre-dosificación, Precauciones de conservación, Caducidad	Actividad, Dosis, Revisiones de las Guías clínicas, Modo de administración, Responsabilidad de la adminstración
Terapia Familiar	Titular y fabricante, Indicaciones, Dosis y sobredosificación, Contraindicaciones, Precauciones, Efectos secundarios, Incompatibilidades, Responsabilidad de la admón...	Fórmula, Actividad, Indicaciones, Modo de administración, Fecha de última revisión de la guía clínica, Caducidad y conservación

Tabla 3. Principios básicos de un programa terapéutico o de una terapia combinada (entendida como sistema).

- EMPIRISMO o CONSTRUCTIVISMO de base: = ¿Sumación o nuevo sistema terapéutico?
- SUMATIVIDAD/ADITIVIDAD
- TOTALIDAD
- EMERGENTISMO
- INTERACCIONES/Retroactividad
- REGLAS DE TRANSFORMACIÓN
- EQUIFINALIDAD: momentos o pasos de cada TC

Tabla 4. Los niveles para la contención/resiliencia de las presiones hacia el desequilibrio (mental) (4)

1. El MUNDO INTERNO («objetos internos» significativos introyectados a partir de las primeras experiencias)
2. Las CAPACIDADES YOICAS (para conducirnos con nuestros impulsos y con la sociedad)
3. El CUERPO y la Representación Mental del Cuerpo.
4. La FAMILIA real (externa).
5. Las REDES PROFANAS o RED SOCIAL.
6. Las REDES PROFESIONALIZADAS: pedagógica, sanitaria, de asistencia social...

Tabla 5. Componentes de la calidad de una terapia cualquiera.

1. Accesibilidad	= Facilidad con la cual los consultantes pueden obtener atención cuando la necesitan.
2. Adecuación	= Forma de provisión del cuidado o terapia concretos, según coincidan o no con el estado del desarrollo tecnológico y con los protocolos «teóricos» de la terapia.
3. Continuidad	= La atención necesaria está coordinada entre diferentes profesionales, dispositivos, organizaciones y a lo largo del tiempo.
4. Eficacia	= Capacidad de una técnica para solucionar los problemas para los cuales está indicada.
5. Eficiencia	= Consumo de esfuerzos, economía, personal, repercusiones indeseables, etc de una técnica.
6. Efectividad	= Las técnicas o procedimientos se proporcionan por término medio de forma adecuada, según el desarrollo tecnológico medio («eficacia real»).
7. Seguridad	= Grado en el cual los procedimientos están libres de azar o peligros potenciales.
8. Oportunidad	= Grado en el cual la atención se proporciona cuando se necesita.
9. Satisfacción desde la perspectiva del consultante y sus allegados	= Evaluación «objetiva» y mediante entrevista de la satisfacción de los mismos.
10. Mejora en la calidad de vida	= Variación en la calidad de vida, evaluada según los sistemas habituales, entre el «antes» y el «después» (o «durante») de una terapia.
11. Balance autonomía/heteronomía	= Grado de incorporación de los pacientes y sus familias en los procesos de decisión de la técnica y en los procesos y procedimientos exploratorios y terapéuticos y grado de autonomía bio-psico-social futura.

(Tomada de (4, 62))

Tabla 6. Componentes de la calidad de un programa terapéutico basado en terapias combinadas.

	Concepto	Importancia actual del criterio	Ejemplo
1. Accesibilidad y adecuación	= Facilidad de obtención y aplicación correcta.	+++	<i>Pst. Cognitiva de la esquizofrenia</i>
2. Continuidad	= C. de la combinación.	+++	<i>Rehabilitación neuro-cognitiva</i>
3. Eficacia	= de cada técnica o de la combinación?: Peligro del empirismo grosero.	+	<i>Ayuda Familiar en la Eqf.</i>
4. Eficiencia	++ en S.Públicos. Pero ¿la combinación aumenta c o disminuye la eficiencia?	+	<i>PST (psa, o cog.) mejora la cumplimentación farmacológica.</i>
5. Efectividad	Eficacia «real» y media	++	<i>Psicoanálisis o Pst. Psa. de la Eqf.</i>
6. Seguridad	de la Combinación	+++	<i>Psicoanálisis de la Eqf.</i>
7. Oportunidad	Para comenzar la combinación en el momento preciso	++	<i>Pst. en el primer episodio de la eqf. o de la agorafobia</i>
8. Satisfacción	¿Del consultante, de los allegados, del profesional,	¿?	<i>NLT en jóvenes eqf.</i>
9. Mejora en la calidad de vida.	¿Biológica o biopsicosocial y a corto, medio o largo plazo?	+	<i>NNLT</i>
10. Balance autonomía / heteronomía.	= Grado de incorporación de los pacientes y sus familias en los procesos de decisión de la técnica y grado de autonomía en el futuro.	++	<i>Psicologización desde el primer episodio en eqf, agoraf, bipolar...</i>

(Eqf. = esquizofrenia; Psa= Psicoanálisis; PST= Psicoterapia; NLT= Neurolépticos)

Tabla 7. El coste de la esquizofrenia

País	Estudio	Coste
USA	APA ML Bourgeois (63)	2»5 % de los gastos directos de Salud = 19.000 M \$ 1990 10 % de las invalideces totales 25 % de los esquizofrénicos sin alojamiento 25-50 % sin tratamiento
Francia	F.Rouillon et al (1997) Journal Officiel 30/oct/1992 (63)	12»5 % de los gastos de salud (similar 10 % PIB). 82.600 F/año (2-3 M de pts.) Menor que en Suecia y similar a USA <i>Una recaída de un esquizofrénico cuesta lo mismo que un tratamiento de mantenimiento de por vida.</i>
UK	(Según ML Bourgeois (63)	Gastos menores (hay 3 veces menos psiquiatras que en Francia)
Suecia	B. Wistedt (1992)	<i>Una recaída cuesta 2.000 kr. (similar a cien años de tratamiento medicamentoso).</i>
España	Cabasés Hita et al (2002) (64)	Coste familiar objetivo anual (Pts 1997): 115.318 pts/mes en Gavá 111. 102 en Burlada 128.864 pts/mes de media = 9.294 e./año/paciente Sin contar los gastos «top-down»: <i>Por ej. Costes NNLT/paciente/año = 2.000 e. de media</i>

Tabla 8. El sufrimiento de la esquizofrenia.

Suicidio	3-13 % en los dos primeros años
Prevalencia puntual	Finlandia: 0»1-0»8 % (Y. Alanen) Sant Martí (Barcelona): 0»4-0»7
Prevalencia vida	0»7-1 % (> en ECA)
Incidencia en Servicio (por 10.000 habitantes)	UK: 0»7-1»4 Finlandia: 1»1-1»4 Finlandia con Tr. Esquizofreniforme: 1»6-2»0 Sant Martí (Barcelona): 3»56-5»85
Incidencia de Tr. Mentales en servicio	Finlandia: 0»4 % Sant Martí (Barcelona): 1»2 %
Pensiones para pacientes esquizofrénicos (Finlandia y UK)	10 % del total

Tabla 9. Replanteándose las terapias combinadas de los pacientes esquizofrénicos: Algunos programas en marcha:

- Proyecto Turku (Alanen y cols. 1994) (22-24)
- Finish National Schizophrenia Project (Tuori et al 1994; Alanen 1999) (22,24)
- Proyecto «Parachute» (Suecia) (Cullberg y cols. 1999) (31,32)
- InterScandinavian NIPS Project (Nordic Investigation of Psychotherapy of Schizophrenia) (Alanen et al 1994, 1999). (22,24)
- Proyecto TIPS (Early Treatment and Identification of Psychoses) (Johannessen, Larsen, McGlashan y cols. 1999). (65)
- Proyecto EPPIC (Early Psychoses Prevention and Intervention Centre) (Australia) (McGorry y Edwards 1997). (38)
- Programa PEPP (Prevention and Intervention Program for Psychosis de Ontario, Canadá). (Malla y Norman 2001)
- Protocolo «Esquizofrenia», PAIPP y SASPE en la USM Sant Martí (ICS) (Tizón y cols. 1998).
 – Teniendo en cuenta las aportaciones de Klein, Bion, Rosenfeld, Meltzer, Lucas, Goddiener...

Tabla 10. Recomendaciones para la Psicoterapia de los Pacientes Psicóticos (66).

1. Foco principal: construir el vínculo.
2. Encuadre flexible para mantener el modo y contenido de la terapia. (?)
3. Terapeuta y paciente deben encontrar y mantener una distancia óptima
4. Debe crearse un medio contenedor.
5. El terapeuta debe servir de «continente» para el paciente.
6. El terapeuta debe servir de «yo auxiliar» del paciente. (?)
7. El terapeuta debe ser genuino y abierto con el paciente. (?)
8. Deben posponerse las interpretaciones hasta haber logrado la alianza terapéutica. (?)
9. El terapeuta debe respetar los deseos del paciente de estar enfermo.

(¿) Principios que habría que perfilar tras adecuada discusión.

Tabla 11. *Recomendaciones para el tratamiento de los síndromes esquizofrénicos en una unidad de salud mental comunitaria vinculada a la atención primaria de salud: Combinando intervenciones y momentos evolutivos.*

Intervenciones	Momento evolutivo
1. Entrevistas con el paciente.	
2. Entrevistas familiares iniciales	
3. Grupos Psicoeducativos	Primer episodio, situación aguda
4. Grupo Ps-Ed. Familiares (¿ con familia y pte. o sólo familia?)	Primer episodio, situación subaguda
5. Ayuda psicológica individual psicodinámica o c-c.	2º y 3º episodios
6. Ayuda psicológica Familiar (o del grupo de referencia)	Situación Subaguda inter-episódica
7. Psicofármacos: · BZD · NLT · ATD	
8. Recursos secundarios y terciarios*	Situación crónica
9. Diagnóstico social y PSI o ACT	
10. Diagnóstico de Enfermería y cuidados de Enfermería	Situación deficitaria
11. Grupos de Ayuda mutua	
12. Supervisión y/o grupo de reflexión para el personal cuidante	

Tabla 12. El diagnóstico interactivo desarrollado en el Proyecto Kupittaa (Y. Alanen, V. Lehtinen K. Lehtinen, J. Aaltonen, V. Rääköläinen 1999, (24)

Dos perspectivas	Elementos estudiados
El diagnóstico individual-interactivo	1. Clínica
	2. Indicaciones específicas para el tratamiento según el diagnóstico interactivo individual
El diagnóstico familiar-interactivo	1. Interacción familiar
	2. Situación social
	3. Indicaciones específicas para el tratamiento.

Tabla 13. Protocolo PAIPP (Protocolo de Atención Integral al Paciente Psicótico desde una USM comunitaria vinculada a la APS).

<p>I. Diagnóstico clínico + uso sistemático de escalas: SCAN; EEAG-GAF, PANSS, ERIE-IRAOS...</p> <p>II. Tratamiento integral de dichos pacientes a lo largo de al menos 5 años mediante la combinación, adaptada a las necesidades individuales del paciente, de las siguientes técnicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Psicoterapia psicoanalítica individual del paciente en los pacientes en los que esté indicada. 2) Tratamiento psicofarmacológico en las dosis mínimas necesarias para la contención del paciente y su familia y la realización del resto del programa terapéutico. 3) Entrevistas grupales con el grupo social básico. 4) Grupos de psicoterapia cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> - de los pacientes - de sus familiares 5) Ayuda psicológica familiar sistemática (o Psicoterapia familiar de orientación psicoanalítica). 6) Intervenciones psicoterapéuticas en crisis: <ul style="list-style-type: none"> - individuales - familiares 7) Utilización subsidiaria de los recursos del circuito asistencial correspondiente: <ul style="list-style-type: none"> - Hospital de día, Comunidad terapéutica, Centro de Día, Unidades de Agudos, Unidades de Media estancia... <p>III. Evaluación bianual comparando con un grupo control con otro modelo de tratamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud global: <ul style="list-style-type: none"> - episodios psicóticos - consumo de psicofármacos - consumo de recursos secundarios y terciarios. - enfermedades somáticas intercurrentes - frecuentación en APS. - frecuentación en urgencias 2. Examen clínico según los protocolos habituales y la EEAG. 3. Examen clínico utilizando instrumentos: PANSS, EEAG-GAF, SCAN o SCID, escalas de calidad de vida, etc. 4. Costo total del tratamiento en términos económicos.
--

Tabla 14. Algunos elementos técnicos básicos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

I. Tratamiento o ayuda psicológica al GRUPO FAMILIAR (y microsocio).
II. TÉCNICAS GRUPALES , tanto con la familia y la familia extensa como con el grupo microsocio y elementos de la «red social».
III. Ayudas de la RED SOCIAL y de los «niveles extra-personales para la contención».
IV. Psiquiatra, psicoterapeuta, enfermera, (T.S.) y servicio de ingreso explícitos desde el principio.
V. PSICOFÁRMACOS (priorizando los tratamientos psicológicos).
VI. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL (de diversos tipos y con una adaptación del tipo de tratamiento al paciente concreto).
VII. Hay que explorar y realizar el tratamiento o la rehabilitación de los déficits neurocognitivos concretos del paciente
VIII. Los terapeutas necesitan ESPACIOS DE ELABORACIÓN sistemáticos y periódicos (para la contención de sus propias ansiedades). +++ los psicoterapeutas

■ NOTAS

1. Texto aproximado de la conferencia del autor en el IXº Curso Anual sobre Esquizofrenia, «Psicoterapias combinadas en la Esquizofrenia y otras psicosis», organizado en Madrid en noviembre del 2003 por la Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis y el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario «Gregorio Marañón».
2. La realización de este trabajo ha sido apoyada por las becas para el *Proyecto SASPE* (O2E/99 de la Fundació Seny y la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya) y el *Proyecto LISMEP* (Ayuda 014510/2001 de la Fundación MaratóTV3 y la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva).
3. Personalmente, junto con otros compañeros psicoanalistas (Ann-Louise Silver, de Chestnut Lodge, USA; Gustav Schulman, de Suecia y Vamik Volkan de los USA), hemos intentado apoyar dicha discusión organizando un panel sobre «tratamientos psicoanalíticos de los pacientes esquizofrénicos» en el malogrado Congreso Internacional de la API en Toronto en julio del 2003 –que, SRAM mediante, se celebrará en New Orleans en la primavera del 2004.
4. El *Proyecto LISMEP*, dotado con la Ayuda 014510/2001 de la Fundación MaratóTV3 y la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva.
5. *Mezclar* (de *mesclar*). 1. Juntar, unir, incorporar una cosa con otra, confundiendo. 2. Alterar el orden de las cosas, desordenarlas. 3. Meter a uno en algo que no le incumbe o interesa. 4. Enredar, poner división y enemistad entre las personas. 5. Introducirse uno entre otros. 6. Hablando de familias o linajes, enlazarse unos con otros.
Confundir (del latín, *confundere*).
1. Mezclar, fundir cosas diversas, de manera que no puedan reconocerse o distinguirse.
2. Perturbar, desordenar las cosas o los ánimos.
3. Equivocar, tomar una cosa por otra.
4. Convencer o concluir a alguien en disputa.
5. Humillar, abatir, avergonzar.
6. Turbar a alguien de manera que no acierta a explicarse.
Agregar (del latín, *aggregare*): Unir o juntar unas personas o cosas a otras. 2. Añadir algo a lo ya dicho o escrito. 3. Destinar a alguna persona a un cuerpo u oficina, o asociarla a otro empleado, pero sin darle plaza efectiva. 4. Anexar.
6. *De-construir*: Neologismo formado a partir de «*construir* (del latín, *construere*): 1. Fabricar, edificar, hacer de nueva planta una obra. 2. Disponer u ordenar las palabras» (RAE 2000, (36)). *De-Construir* = Diferenciar y dividir las partes de un conjunto, una mezcla o una combinación para estudiar cada uno de esos elementos (por ejemplo, la actividad diferencial de los elementos separados). De su raíz

francesa conlleva una semántica de «ataque intelectual», de valor para romper «lo estatuído» o construido.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Dryden, W. Issues in the eclectic practice of individual psychotherapy. En W. Dryden (Ed.), *Individual therapy in Britain* (pp. 341-363) London: Harper & Row, 1984.
2. Tizón, J.L. «Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves». *Informaciones Psiquiátricas*, 1992, 129, 3: 593-616.
3. Tizón, J.L. «La investigación empírica sobre las psicoterapias: ¿Otra lente del «Hubble» defectuosa?». En J. Vallejo (dir.). *Update de Psiquiatría*, 1997. Barcelona: Masson, 1997 (pp. 67-99).
4. Tizón, J.L.; San José, J.; Nadal, D. *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder, 1997, 1999 (dos tomos).
5. Klein, M. La importancia de los símbolos en la formación del yo. En *Obras Completas*, vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1975.
6. Klein, M., El Complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. *Obras Completas* vol. 2. Buenos Aires: Paidós, 1975.
7. Klein, M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas* vol. 3 (pp. 10-33). Barcelona: Paidós, 1980.
8. Klein, M. Envidia y gratitud. En *Obras Completas*, vol. 3 (pp. 181-240). Barcelona: Paidós, 1980.
9. Meltzer, D. *Exploraciones sobre el autismo*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
10. Meltzer, D. *Metapsicología ampliada*. Buenos Aires: Spatia.
11. Meltzer, D.; Harris, H.; Hayward, B. *El paper educatiu de la família*. Barcelona: Espaxs, 1989.
12. Rosenfeld, H.A. «Notes on the psychoanalysis of the super-ego conflict of an acute schizophrenic patient». *Intern. J. Psycho-Analysis*, 1952, 33: 111-131.
13. Rosenfeld, H.A. *Psychotic States*. London: Hogarth Press. (traducción castellana: Estados psicóticos. Buenos Aires: Hormé, 1965).
14. Rosenfeld, H.A. «On the treatment of psychotic states by psychoanalysis: An historical approach». *Int. J Psycho-Analysis*, 1969, 50: 615-631.
15. Bion, W.R. Differentiation of the psychotic form non-psychotic personalities. En *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Jason Aronson, 1967, pp 43-64.
16. Bion, W.R. On hallucination. En *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Jason Aronson, 1967, pp 65-85.
17. Bion, W.R. *Learning from Experience*. London: Heinemann, 1962.

18. Bion, W.R. *Attention and Interpretation*. Condón: Tavistock, 1970.
19. Lucas, R. «Psychoanalytic Controversies: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia». *Int. J. Psychoanal*, 2003, 84: 3-15.
20. Gottdiener, W. Contribution to International J. Psychoanal. *Internet Discussion Group. Internat J. Psychoanal.* 84, www.ijpa.org/discussion.htm (11/02/03).
21. Alanen, Y.O. «Vulnerability to Schizophrenia and Psychotherapeutic Treatment of Schizophrenic Patients: Towards an Integrated View». *Psychiatry*, 1997, 60:142-157.
22. Alanen, Y.O. *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnack Books, 1997.
23. Alanen, Y.O. «Quo vadis, ISPS?». *ISPS newsletter*, 2000, 4, 2: 4-7.
24. Alanen, Y.O.; Lehtinen, V.; Lehtinen, K.; Aaltonen, J.; Rääköläinen, V. The Finish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M.; Margison, F. (eds). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*. London: Gaskell-ISPS, 2000 (pp 235-266).
25. Tizón, J.L. «La psicoterapia breve padres-hijo: ¿Una técnica diferenciada?». *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2003, 1: 43-70.
26. Fonagy, P.; Higgitt, A. «A developmental perspective on Borderline Personality Disorder». *Rev. Internat. Psychopathologie*, 1990, 1: 125-159.
27. Fonagy, P. (ed); Kächele, H.; Krause, R.; Jones, E.; Perron, R.; Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London: IPA, 1999.
28. Tizón, J.L. En PAPPs y SEMFYC (eds): *Curso a distancia de prevención en atención primaria*. Barcelona: SEMFYC Y PAPPs, 1997, 1999, 2001 (3ª edición) (Introducción: Prevención de los trastornos de la salud mental, pp. 5-31. Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia, pp. 68-87. J. Bras; Tizón, J.L. Retraso escolar y trastornos en el desarrollo del lenguaje, pp. 55-69).
29. Tizón, J.L. El tratamiento de la relación fóbico-avoidante: Desde la Psicopatología Psicoanalítica hasta la Atención Primaria a la Salud Mental. En Grupo de Psicoterapia analítica de Bilbao (GPAB) (ed.): *Las Fobias*. Bilbao: GPAB, 2000.
30. Tizón, J.L. «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.
31. Cullberg, J. «Integrating intensive psychosocial therapy and low dose medical treatment in a total material of first episode psychotic patients compared to «treatment as usual»: a 3 year follow-up». *Med Arch* 1999; 53 (3): 167-170.
32. Cullberg, J.; Thorén, G.; Åbb, S.; Mesterton, A.; Svedberg, B. Integrating intensive psychosocial and low-dose neuroleptic treatment: A three-year follow-up. En B. Martindale, A Bateman, M: Crowe & F. Margison (eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000 (pp200-210).

33. Johannessen, J.O.; Larsen, TK.; McGlashan, Th.; Vaglum, P. Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multi-center study in Scandinavia. En B. Martindale, A Bateman, M: Crowe & F. Margison (eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000 (pp. 210-235).
34. Johannessen, J.O. «News from the chairman and the ISPS executive committee». *ISPS newsletter*. 2000; 4, 2:3.
35. Häfner, H.; Der Heiden, W. «Epidemiology of schizophrenia». *Can J Psychiatry*, 1997; 42,2: 139-151.
36. Real Academia Española de la Lengua: *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: RAE, 2000.
37. Mc Gorry, P. Psychotherapy and recovery in early psychosis: A core clinical and research challenge. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000 (pp. 266-292).
38. Mc Gorry, P.; Edwards, J. *Early Psychoses Training Pack*. Cheshire (UK): Gardiner-Caldwell Communications Limited, 1997.
39. Tizón, J.L. «Terapias psicoanalíticas de los pacientes esquizofrénicos: ¿es preciso replantearse hoy sus objetivos y teoría?». Texto de la Participación en el Panel sobre «Tratamientos Psicoanalíticos de los Pacientes Esquizofrénicos», presentado en el 43 Congreso de la IPA en New Orleans, marzo del 2004.
40. Andreasen, N.C. *Anomalías cognitivas en la Esquizofrenia*. Barcelona: Almirall Prodesfarma, 2002.
41. Frith, C.D. *La esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel, 1995 (1992).
42. Weinberger, D.R.; Nasrallah, HA. *Handbook of Schizophrenia. The Neurology of Schizophrenia (Vol I)*. New York: Elsevier, 1986.
43. Eisenberg, L. «The Social Construction of the Human Brain». *Amer J Psychiat*, 1995, 152, 11: 1563-1575.
44. Eisenberg, L. «Psychiatry and Neuroscience at the end of the century». *Curr. Op Psychiat*, 1999, 12: 629-632.
45. Bick, E. « The experience of the skin en early object relations». *Internat J. Psycho-Analysis*, 1968, 49, 484-486.
46. Bick, E. «Further considerations on the function of the skin in early object relations». *Br. J. Psychotherapy*, 1986, 2, 292-299.
47. Conrad, K. *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
48. Castilla, C. *El delirio: un error necesario*. Oviedo: Nobel, 1998.
49. Segal, H. *Introducción a la obra de M. Klein*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
50. Segal, H. A Psychoanalytical Approach to the Treatment of Psychoses En *The Work of H. Segal* London: Maresfield Library, 1986.

51. Freud, S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia («Dementia Paranoides») descrito autobiográficamente (caso «Schreber»). *Obras Completas, XII* (pp. 11-73). Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
52. Freud, S. Introducción al Narcisismo. *Obras Completas, XVI* (pp. 65-99). Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
53. Freud, S. De la historia de una neurosis infantil. *Obras completas, XVII*. (pp. 1-113). Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
54. Freud, S. La pérdida de la realidad en la psicosis y la neurosis. *Obras Completas 19*. (pp. 191-199) Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
55. Freud, S. Proyecto de una psicología científica. *Obras Completas, I* (pp. 323-441). Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
56. Tizón, JL. «Modelos psicoanalíticos para la hipocondría». *Archivos de Neurobiología*, 1999, 62, 2: 99-123.
57. 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.
58. Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M. & Margison, F. (eds.): *Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000.
59. Holmes, J.; Neighbour, R.; Tarrier, N.; Hinselwood, RD.; Bolsover, N. «All you need is cognitive behaviour therapy?». *BMJ* 2002, 324: 288-294.
60. Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Ceccin, G.; Prata, G. *Paradoja y contraparadoja*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
61. Selvini M. (2002). El futuro de la psicoterapia: Aprender de los errores. *Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría*. 2002, 82: 9-23.
62. Tizón, JL. «Investigación y docencia en Salud Mental (II): ¿Queda algún futuro para la «Asistencia Centrada en el Consultante» y el pensamiento clínico?». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2001, 21, 78: 73-101.
63. Bourgeois, ML. *Les schizophrénies*. Paris: PUF, 1999.
64. Cabasés, JM.; Villabí, JR.; Aibar, C. (eds.). *Informe SESPAS 2000: Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública*. Valencia: Generalitat Valenciana- Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002.
65. Mc Glashan, T. «The Chestnut Lodge follow-up study: II: Long term outcome of schizophrenia and the affective disorders». *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 586-601.
66. Gabbard, GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: the DSM-IV Edition*. Washington: Amer. Psych. Press, 1994.

Jorge L. Tizón

Psicoanalista (SEP-IPA), neuro-psiquiatra de atención primaria, psicólogo. Director de la Unidad de Salud Mental «Sant Martí» del Institut Català de la Salut (Barcelona, España).

Correspondencia:

Unidad de Salud Mental. Pza de la Infancia s/n.

08020-Barcelona.

jtizon.pbcn@ics.scs.es