

**UNA EXPERIENCIA  
DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN  
EN LA COMUNIDAD DE LA PSICOSIS DESDE  
EL MODELO DE COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICO Y  
COMUNITARIO:  
El Equipo de Atención Precoz al Paciente  
en riesgo de Psicosis (EAPPP)**

Jordi Artigue y Jorge L. Tizón

*Introducción*

En este artículo<sup>1</sup> se reflexiona sobre las premisas asistenciales y la fundamentación teórica que motivaron la creación del EAPPP y se explica brevemente su organización preventiva y asistencial.

En los últimos años del siglo pasado se incrementó notablemente el estudio del curso del trastorno psicótico, en especial de la esquizofrenia. En uno de los primeros estudios

---

<sup>1</sup> Durante la redacción de este artículo se nos comunicó el cierre del servicio por “reordenación” de los servicios de la salud mental de la zona de Barcelona en que trabajamos. El artículo está redactado en presente, y no en pasado, por ese motivo.

Europeos se identifica una fase prodrómica prepsicótica (4.8 años de duración media) y una prefase psicótica (1.3 años de duración). Las comparaciones ponen en evidencia que los síntomas prodrómicos son comunes a la depresión (moderada y grave) y a la esquizofrenia. La distinción entre una psicosis y un trastorno del estado de ánimo no es posible hasta que aparecen los síntomas positivos. Pero la intervención temprana se hace necesario porque en ambos trastornos la alteración funcional produce graves consecuencias sociales (H. Häfner, W. der Heiden, S. Behrens, W.F. Gattaz, M. Hambrecht, W. Löffler, *et al.*, 1998).

Estas fases constituyen el período denominado “psicosis no tratada”, en inglés “Duration of Untreated Psychosis” (DUP). Las investigaciones dedicadas a determinar las consecuencias personales y sociales de ésta apuntan que períodos de psicosis no tratados más prolongados se asocian a un curso del trastorno más desfavorable (M. Marshall, S. Lewis, A. Lockwood, *et al.*, 2005; D.O. Perkins, H. Gu, K. Boteva, J.A. Lieberman, 2005), con el consecuente aumento de los costes que la psicosis genera (P.D. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos, *et al.*, 1996), incluyendo, probablemente, los costes económicos totales del trastorno (R. Mangalore y M. Knapp, 2006).

En nuestro ámbito, la investigación corroboró la idea de que la mayor parte de las personas que sufren un trastorno psicótico se visitan en los dispositivos comunitarios de salud y de salud mental si estos se hacen accesibles (J.L. Tizón, J. Ferrando, A. Parés, J. Artigue, B. Parra, C. Pérez, 2007). Es el modelo denominado Atención Primaria a la Salud Mental (J.L. Tizón, J. SanJosé, D. Nadal, 1999). E incluso se pudo mostrar, a través de una investigación de base poblacional, cómo el trastorno esquizofrénico y los trastornos psicóticos no afectivos están fuertemente influenciados por los factores psicosociales. En concreto, la prevalencia de la psicosis era mucho más elevada en una zona de Barcelona caracterizada por variables socio-económicas adversas en comparación a otros barrios de nivel medio-bajo. (J.L. Tizón, J. Ferrando, J. Artigue, B. Parra, A. Parés, M. Gomá, C. Pérez, F. Pareja, M. Sorribes, B. Marzari, Y. Quijada y L. Catalá, 2009).

La creación del EAPPP se basó en las premisas hasta ahora citadas:

- a) Que el trastorno psicótico se puede identificar sintomatológicamente antes de su inicio.

- b) Que si se detectan dichos síntomas y se tratan su evolución es más favorable reduciéndose los costes emocionales y económicos.
- c) Que este trabajo se puede realizar, en nuestro ámbito, desde los servicios comunitarios de salud, incluyendo la identificación de los factores de riesgo que generan dicho trastorno.

### *Fundamentación teórica*

Esta tercera premisa permite enlazar con la fundamentación teórica, en concreto con la etiopatogenia de la psicosis. En la actualidad son ampliamente aceptados los modelos explicativos que se basan en la idea de que el trastorno es consecuencia de una trayectoria de vida alterada (R.P. Bentall y Ch. Fernyhough, 2008; R. Van Winkel, N. Stefanis y I. Myin-Germeys, 2008). Pero durante años las teorías de base genética y las de base ambiental se opusieron entre ellas.

Por tanto, ahora se acepta, desde los diferentes modelos explicativos, no solo desde el psicoanálisis, que la estructuración del aparato psíquico en el niño está íntimamente condicionada por las experiencias relacionales que se producen en los primeros momentos de vida: la percepción de los otros, la reacción a las experiencias sensoriales y la imitación. Algo que la experimentación neurocientífica ha comprobado en pequeños mamíferos. Así, cuando no se produce el cariño y los cuidados de la madre progenitora se alteran cadenas de síntesis protéicas que van a “marcar o sensibilizar” a sus descendientes en esas capacidades (Feder, Nestler, y Charney, 2009).

Enfatizando la importancia de las relaciones, Freud (1895) fue uno de los primeros en nombrar el concepto de trauma psíquico y relacionó su existencia con el inicio de algún tipo de alteración en salud mental. La idea original de Freud es que la vida psíquica se organiza alrededor de los estímulos orales que dan origen a fantasías sobre los instintos de vida y muerte. Sus aportaciones permitieron reconocer los estados emocionales en el bebé: el enfado, el desinterés por el mundo circundante o la intolerancia a la frustración. Klein (1946) con su concepto de fantasía amplía esos estados iniciales a organizaciones que

denominó posiciones y que se establecen y modifican a través de los mecanismos de introyección, proyección e identificación proyectiva. En este sentido, “cada vez que amamos u odiamos a alguien, incorporamos algo de esa persona en nosotros mismos y nuestras actitudes más profundas se ven modificadas por tales experiencias” (Klein, 1959).

Las investigaciones prospectivas y retrospectivas realizadas con cohortes, o muestras de población, son poco frecuentes en el ámbito psicoanalítico. Sin embargo, aunque realizadas desde modelos teóricos diferentes, sus conclusiones están muy ligadas al modelo psicodinámico y permiten la generalización del corpus teórico que frecuentemente se ha citado como “a propósito de un caso”. Por ejemplo, una de las ya clásicas es la realizada en Gran Bretaña, la “cohorte británica”, donde estudiaron a 5362 personas nacidas entre el 3 y 9 de Marzo de 1946 durante años. Se fijaron en aquellas que entre los 16 y los 43 años fueron diagnosticadas de un trastorno esquizofrénico. En sus conclusiones señalan que hay un aumento del riesgo de padecer dicha alteración en sujetos que hayan tenido retraso en la adquisición de la capacidad para andar solos, en la adquisición del lenguaje, que preferían el juego solitario a los 4 y a los 6 años, cuya madre, según la enfermera que la visitaba a domicilio, tenía pocas habilidades para comprender a su hijo, con pocas relaciones sociales íntimas a los 13 años, con pobres resultados en los controles educativos a los 8, 11 y 15 años y, finalmente, con comportamientos ansiosos a los 15 años, según los profesores (P. Jones, R. Murray, P. Jones, B. Rodgers y M. Marmot, 1994).

Se podrán citar aquí otras investigaciones de cohortes que obtienen conclusiones similares en Finlandia (M. Isohanni, E. Lauronen, K. Moilanen, I. Isohanni, L. Kemppainen, H. Koponen *et al.*, 2005), en Suecia (C. Dalman, P. Allebeck, J. Cullberg, C. Grunewald y M. Koster, 1999), en Israel (S.L. Hans, J.G. Auerbach, B. Styr, y J. Marcus, 2004), en Francia (M. Choquet, F. Facy, F. Laurent y F. Davidson, 1982) y en Alemania (R. Kuepper, J. van Os, R. Lleb, H. Wittchen, M. Höfler y C. Henquet, 2011). La lista puede ser más amplia: sólo se citan algunos estudios europeos, pero existen grupos de investigadores en Estados Unidos, Asia y Australia que coinciden en encontrar acontecimientos vitales traumáticos asociados a la aparición y presencia de trastornos mentales. Especialmente dramática es la frecuencia con la que se encuentran traumas de tipo sexual relacionados

con síntomas alucinatorios (J. Read, J. van Os, A.P. Morrison y C.A. Ross, 2005).

Estas evidencias acerca de la existencia de hechos o circunstancias traumáticas, abarcan tanto al período prenatal, perinatal y postnatal. Es decir, a la forma en que se vinculan las personas y, por tanto, a la forma en que uno piensa sobre sí mismo y sobre los demás. Bion mejoró la descripción de Klein de cómo la madre contribuye a la aparición del pensamiento cuando responde al bebé y le verbaliza acerca de la experiencia que está teniendo (hambre, frío, sueño...). Sus palabras y la forma cómo las dice, permiten en experiencias repetidas, por ejemplo de sensación de hambre, que dichas palabras ya anticipen en su mente que va a ser alimentado, que va a recibir el pecho, calmando así el llanto o el desasosiego (Bion, 1962). Algo que también evidenció Bowlby (1980) al analizar, bajo el enfoque de la teoría del apego, cómo la cualidad de las experiencias con los cuidadores influye de tal manera que las relaciones de apego tempranas pasan a formar representaciones internas del yo y de los otros que proveen los prototipos para las posteriores relaciones sociales.

Gracias a la técnica de la observación de bebés (Bick, 1964) y a las aportaciones de Klein, ya citadas, y Winnicott (1957), a través de la observación del juego, incluyendo los dibujos, disponemos de técnicas que permiten analizar los procesos internos que generan los vínculos, los estados emocionales y los procesos de pensamiento desde la primera infancia.

Algo que también las neurociencias están “ubicando” en estructuras cerebrales. La experimentación con animales muestra cómo existen estructuras cerebrales afectadas por los acontecimientos traumáticos que van a comprometer los aprendizajes y las formas de relación. En concreto, el hipotálamo y la amígdala, donde se localizarían neuropsicológicamente dos tipos de memoria, la implícita y la explícita (Mancia, 2006). En su día, Freud ya formuló una hipótesis, no a nivel de estructuras cerebrales, que contemplaba la influencia de los hechos vividos y no recordados, cuando señaló la importancia de los sueños en la toma de conciencia de experiencias infantiles precoces (Freud, 1914).

Por tanto, se puede considerar que la esquizofrenia o el síndrome esquizofrénico es un trastorno con componentes genéticos, neurológicos y relacionales que implican siempre

un trastorno grave de la vinculación. Se genera y se manifiesta a través de un trastorno en el proceso de la identidad (etimológicamente, esquizofrenia significa mente escindida), es decir, en el proceso de relación sujeto-objeto con graves alteraciones en la diferenciación entre lo propio del sujeto y lo propio del objeto. Como consecuencia se produce la ruptura de la “barrera diacrítica o juicio de la realidad” en la infancia o en la adolescencia, aunque frecuentemente no se diagnostique hasta los primeros años de la edad adulta (Tizón, 2007). El desarrollo del trastorno implica tanto al sujeto, como a la familia y a los grupos de convivencia: instituto y centros educativos, amigos, trabajo, ocio y tiempo libre.

Es la familia la que especialmente sufre con la persona afecta del trastorno. Es frecuente que el púber o el adolescente, cuando nota sus primeras dificultades en las relaciones, intente refugiarse en alguien próximo, en una relación simbiótico-adhesiva (Tizón, 2007) habitualmente gestada en los primeros momentos de la vida. En algunos casos, el aislamiento relacional de sus iguales oculta dicha relación o refugio mental donde se genera un diálogo interno continuo con sus objetos alterados por la utilización masiva de la identificación proyectiva y de otros mecanismos que favorecen la escisión.

El modelo psicodinámico permite entender las manifestaciones del trastorno observables en la conducta como el resultado de un proceso interno personal de diálogo entre los estímulos que recibe y sus representaciones mentales conscientes e inconscientes. Proceso, frecuentemente alterado desde los primeros meses de vida, que podemos conocer e investigar: en los adultos, a través de la observación y estudio de las relaciones; y en los niños, además a través del juego. Esta comprensión es básica para el abordaje terapéutico.

### *Organización asistencial: prevención y detección*

El trastorno psicótico resulta difícil detectar y tratar cuando *solamente* han aparecido algunos síntomas en positivo. La presencia activa de delirios y alucinaciones no tiene por qué alterar los comportamientos externos aunque los procesos internos de pensamiento lo estén. Sólo los seres cercanos a la persona que sufre detectan estas situaciones. Los padres se lo pueden explicar a los médicos y enfermeras, algún profesor sensible observa

alteraciones no frecuentes y algún amigo del que sufre se lo explica a un tutor. Pero en las fases iniciales pocas personas reconocen que les están sucediendo fenómenos de pensamiento extraños a ellos mismos, siempre que conserven esa capacidad de autoconocimiento. En definitiva, no acostumbran a consultar.

De ahí la necesidad de disponer de dispositivos que detecten los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de psicosis, es decir, a los pacientes que son claramente sintomáticos y necesitan algún tipo de ayuda, incluso aquellos que no reunirán el criterio de diagnóstico de esquizofrenia según los manuales diagnósticos y que serán susceptibles de otros diagnósticos de salud mental (Yung, 2007). Por estos motivos el EAPPP se presenta como un servicio destinado a captar a aquella población que ni tan sólo consulta en los dispositivos de salud mental comunitarios y se ofrece como una “puerta de entrada” más para la red de salud mental.

Así, uno de los principales objetivos del servicio es dicha detección precoz, ya sea debido a sus síntomas o a sus antecedentes. Para ello se siguen los criterios de estudios europeos (Klostekotter, 2005), ampliándolos en lo relativo a la infancia, es decir, explorando biográficamente cuándo se produce una acumulación de factores de riesgo significativa en cuanto a la posibilidad de padecer un trastorno mental grave (Artigue, Tizón, Parra, Gomá, Ferrando, Sorribes, Marzari, Pérez, y Pareja, 2004). Dado el modelo teórico que se sustenta y los resultados de las investigaciones de cohortes citadas, se piensa, como ambos señalan, que las alteraciones, aunque no sean específicas de la esquizofrenia, se generan y se pueden observar desde los primeros meses de vida.

En este tipo de abordajes preventivos siempre se plantea el debate en relación a la identificación de personas, en especial niños, que acumulan factores de riesgo pero que, con posterioridad, no desarrollan ningún tipo de trastorno, es decir, falsos positivos (Jané-Llopis, 2004). Es algo común a cualquier acción preventiva. Sin embargo, en salud mental las connotaciones sociales que tienen los trastornos y el estigma que generan hacen difícil manejar estas situaciones. Por el contrario, en otras especialidades de salud, por ejemplo cardiología, nadie se opone a ser informado o informar sobre una predisposición a una alteración en el funcionamiento del aparato cardiovascular. Tan sólo la evidencia del sufrimiento emocional y los costes económicos que generan a los pacientes, a las familias y

a la sociedad, en especial los trastornos mentales graves (Mangalore y Knapp, 2006), justifican la insistencia en implementar programas de prevención.

La prevención se ha implementado a través de los grupos sociales de relación habituales en cualquier persona. En estos intervienen profesionales con capacidades relacionales que, previamente sensibilizados, pueden ser “agentes de prevención y detección en salud mental”. Es decir, profesionales de la educación, de los servicios sanitarios y de los servicios sociales. En nuestro país, la educación secundaria obligatoria, la ESO, es el último período o etapa donde conviven todos los individuos de la población de una edad determinada. Además, las edades de los alumnos coinciden con el intervalo que se ha nombrado habitualmente como población diana para el primer episodio psicótico, los 15 años (PAE-TPI, 2006), ampliado hasta los 12 años siguiendo los criterios utilizados en algunos servicios de psicosis incipiente (Cornblatt, 2003) que tienen en cuenta los períodos de tiempo de las fases prepsicóticas (H. Häfner *et al.*, 1998).

Los procedimientos utilizados son, básicamente, las interconsultas. Estas se entienden como un espacio grupal, no sólo de dos profesionales, donde se ponen en común los procesos relacionales y asistenciales y donde se ofrece un espacio para la reflexión sobre las demandas y las expectativas entre servicios (Tizón *et al.*, 1999; J.L. Tizón, J. Artigue, M. Gomà, B. Parra y B. Marzari, 2004). Sin nombrarlo así se piensa que los grupos de interconsulta tengan un cierto enfoque de grupos Balint y que no sean meros transmisores de información. Se realizan a nivel sanitario con médicos y enfermeras de medicina de familia y pediatras y enfermeras pediátricas. A nivel social a través de las interconsultas con los servicios sociales de base de cada barrio y con los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA). Estos últimos por su excelente implicación en determinadas zonas y porque trabajan con casos de niños con graves carencias relacionales. A nivel educativo, además de las interconsultas con los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) de los centros, también se ofrece el que denominamos Taller de Sensibilización a la Salud Mental (Manzano y Oriol, 2008). Es una técnica que, destinada al espacio de tutoría, combina un cuestionario de percepción de salud, un espacio de “lluvia de ideas” sobre la salud mental, una experiencia de dinámica grupal sobre el mismo tema y una breve entrevista personal a quien lo desea.



Para la detección precoz son necesarios instrumentos objetivos que puedan ser utilizados por diferentes perfiles profesionales para *recordar* e *integrar* en la tarea profesional cotidiana aquellos síntomas y comportamientos sobre los que queremos efectuar una labor preventiva. Las razones son diversas. A nivel de consultas sanitarias, por la alta frecuentación, la amplitud de problemas que se atienden y el poco tiempo disponible. A nivel educativo, por el sobre esfuerzo de trabajar siempre en grupo y a veces con casos complejos. En servicios sociales y EAIAs, por la disgregación propia de los difíciles casos que consultan. Así se utiliza el cuestionario ERiraos, (J.L. Tizón, A. Oriol y S. Rosenberg, 2008) de 15 preguntas, que rellena el profesional tras el contacto clínico o educativo con la persona que considera en riesgo y el cuestionario de autoadministrado GHQ-28 (A. Lobo, M.J. Pérez-Echeverría y J. Artal, 1986) de percepción subjetiva del estado de salud que rellenan los alumnos en institutos y cualquier persona que acude al servicio para valoración.

Se ha podido comprobar que estos procedimientos permiten, a través de la puntuaciones y de las impresiones clínicas, detectar a aquellas personas que se están aislando, que presentan algún síntoma depresivo, que no están motivados para estudiar o trabajar y que muestran pocas habilidades para relacionarse (Y. Quijada, J.L. Tizón, J. Artigue y B. Parra, 2010). Síntomas que son coincidentes con los propuestos en estudios de ámbito internacional como identificadores de los estados EMAR para psicosis (J. Edwards y P. McGorry, 2004).

### *Organización asistencial: tratamiento*

El diagnóstico, bien entendido y realizado, constituye ya el primer eslabón del tratamiento. La vinculación a un profesional de salud mental, en personas tan necesitadas de relación y comprensión, es fundamental para el buen inicio del abordaje terapéutico.

Por este motivo el primer contacto con el servicio es una entrevista abierta, sin estructurar, con actitud de escucha ante la persona o personas que acuden. A veces no viene el propio paciente, son los padres o familiares los que vienen en busca de ayuda. Este

primer contacto también puede ser a domicilio, en general a petición del profesional que conoce a aquella persona que está encerrada en su “bunker protector” (Tizón, 2003).

Estas modalidades de primera entrevista se dirigen a:

1. Personas con un Primer Episodio (PE) psicótico según los grupos diagnósticos señalados en el documento del Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (L. Lalucat y J.L. Tizón, 2006). Con una evolución en el tiempo menor de un año desde el primer diagnóstico.

2. Personas en riesgo de psicosis (EMAR).

3. Menores Altamente Vulnerables (MAV): Menores de 12 años con acumulación de factores de riesgo. Por ejemplo: hijos de pacientes con Trastorno Mental Severo, de familias muy desestructuradas, o niños con acumulación de factores de riesgo en salud mental.

En el proceso de valoración y diagnóstico, entre 2 y 4 entrevistas, mínimo una familiar, intervienen los tres perfiles profesionales: el clínico (psiquiatra o psicólogo), el de enfermería y el de trabajo social, con la finalidad de diseñar el Tratamiento Adaptado a las Necesidades de la persona en su familia y dependiendo de los recursos Comunitarios (TANC). Se trata de un plan individualizado pero no en singular; tiene en cuenta al grupo o grupos naturales de convivencia (Alanen, 1999).

En las primeras semanas se procura objetivar los síntomas y las variables personales en cada caso más allá del juicio clínico. Por este motivo se utilizan los citados cuestionarios, el de cribado ERIRAOS (a ser posible rellenado por el profesional derivante) y el autoadministrado GHQ-28 de percepción de salud, la escala PANSS (Peralta y Cuesta, 1994) de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia. Una entrevista semiestructurada de síntomas prodrómicos, la SIPS/SOPS (Lemos, Vallina, Fernández, *et al.*, 2006), la escala de calidad de vida QLS (Rodríguez, Rodríguez, Jarne, Soler, Miarons y Grau, 1995) y un listado de factores de riesgo en la infancia y adolescencia, el LISMEN (Artigue, *et al.*, 2004) que se rellena en entrevista como mínimo con un miembro de la familia que conozca los detalles de la crianza. También se piden pruebas diagnósticas que permiten descartar la existencia de un componente orgánico que condicione la patología.

Aunque en el ámbito psicoanalítico este tipo de instrumentos no sean frecuentes, la

experiencia muestra el agradecimiento de las personas que consultan y de sus familias. En especial, el estudio detallado de los síntomas y de los acontecimientos vitales favorece el vínculo si el profesional se puede detener ante las explicaciones y recuerdos vivenciados. Algo que, en patologías severas, si no se efectúa puede producir graves ausencias de información como se ha mostrado en el tema de los abusos sexuales, por los condicionantes morales al explorarlos (Read y Fraser, 1998).

Una vez valorada la situación y evaluadas las necesidades se explicita el plan terapéutico, al paciente y a la familia, pudiéndose combinar diversas técnicas: psicoterapia individual, familiar, psicofarmacología integrada como terapia combinada, atención en el domicilio, espacio de atención sin cita previa, orientación en habilidades sociales y laborales, programa preventivo de hijos de progenitores con trastorno esquizofrénico, grupo psicoeducativo y grupo multifamiliar.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica requiere la aceptación del paciente pero es uno de los recursos más utilizados. Como se ha citado en uno de los trabajos de investigación realizados (Quijada *et al.*, 2010), las técnicas psicoterapéuticas pueden tener algunas ventajas comparadas con los antipsicóticos en personas en estado EMAR (Bentall y Morrison, 2002). Es más aceptable, tolerable y menos estigmatizante para los pacientes (Lauber *et al.*, 2001). Se evita el riesgo de exponer a los falsos positivos a los efectos colaterales de los psicofármacos y es efectiva para tratar a los falsos positivos que exhiben trastornos ansiosos o depresivos (APA, 2000). Además existe evidencia de efectos del tratamiento psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia (S. Pilling, P. Bebbington, E. Kuipers, P. Garety, J. Geddes, G. Orbach y C. Morgan, 2002).

Una de las características de la psicoterapia psicoanalítica con estas personas, tanto si están en situación de riesgo como si ya se ha producido el primer episodio psicótico, es poder abordar en los primeros momentos de la relación terapéutica las sensaciones de miedo y abandono. Son personas que viven desde hace años con alteraciones del pensamiento, pero la mayoría en silencio, sin comunicarlo. La aceptación de un tratamiento psicológico no es grata, es una evidencia de que la alteración existe, de que los profesionales la conocen o la pueden conocer. La relación terapéutica es una experiencia emocional donde el paciente revive experiencias anteriores, incluso las infantiles. Por ese

motivo, en los primeros contactos y en las primeras sesiones se prueba al terapeuta, se observa qué hace con sus comunicaciones, las revelará, transgredirá el marco de la psicoterapia, actuará en la sesión ante comunicaciones provocativas o, simplemente, espera encontrarlo, en la siguiente sesión, traspuesto por la “carga de ansiedad” proyectada en él y temiendo ser abandonado.

El psicoterapeuta debe trabajar con la serenidad y seguridad necesarias para ofrecer un marco de contención a estas vivencias, focalizando en los sentimientos vividos en la relación transferencial, acercándose emocionalmente y manteniendo una distancia óptima. Mentalmente se ofrece como un yo auxiliar, empático, respetando la necesidad del paciente de ser reconocido como es, con partes de su pensamiento “enfermas” pero que no las declara como tal.

En las personas en riesgo de psicosis la presión hacia el terapeuta puede ser aún mayor porque son mayores las dificultades para reconocer que aquello extraño que pasa en uno mismo es patológico. Como mucho, se espera una solución mágica, frecuentemente en forma de pastilla, de ahí la importancia que tiene el administrar los psicofármacos de forma integrada con el resto de los abordajes terapéuticos.

La familia también espera, habitualmente, una solución rápida a alteraciones que para ellos se hacen poco comprensibles. Por eso es tan importante su tratamiento. El grupo familiar suele ser el escenario donde se han gestado y vivido las experiencias emocionales alteradas. Las relaciones suelen estar en función de esas experiencias y se encuentran, fácilmente, rigidificadas. Si no se produce un abordaje familiar es difícil que una psicoterapia individual obtenga beneficios. Las nuevas experiencias que el terapeuta puede proporcionar al paciente en relación a su sufrimiento se ponen en práctica en sus relaciones, y el círculo más inmediato suele ser el familiar. ¿Cómo va a encajar una madre cuyo hijo, cuando se mira al espejo, lo hace porque se siente deformado? Cuando esa madre antes tan solo notaba que se miraba mucho en el espejo y pensaba que era presumido, aunque luego le parecía extraño que no tuviese éxito en las relaciones sociales, que no tuviese amigos. En otros casos, los que rodean al paciente han cedido a sus exigencias; sin entenderlo, han colusionado con el delirio, han favorecido el aislamiento y el encierro porque “se pone violento”.

De ahí la necesidad de simultanear el tratamiento individual y el familiar y la realización de grupos. El grupo psicoeducativo pretende dar información sobre el trastorno y ayudar a las familias y pacientes a entender las consecuencias del mismo en base a sus propias vivencias. Está limitado a seis sesiones de frecuencia quincenal. El grupo multifamiliar se plantea como una continuación del anterior, pero de menor frecuencia, una vez al mes, sin límite previo de sesiones. En él se trabajan los temas a propuesta de los integrantes del grupo. En ambos grupos se trabaja la información previa desde un lenguaje y contenidos accesibles (Tizón, 2009). Participan siempre dos profesionales como coterapeutas, intentando recoger las ansiedades que se manifiestan en este espacio. Si el grupo se realiza ofreciendo información al inicio, siempre se entiende que su exposición no ha de ser un discurso rígido. Se está abierto a la participación espontánea de los integrantes del grupo en relación a las vivencias y experiencias que les sugieren el contenido informativo expuesto.

En este trabajo familiar y grupal participan todos los profesionales del servicio. Cada uno desde su consulta o desde el grupo participa de las proyecciones e identificaciones del paciente. Es evidente y enriquecedor poder captar cómo cada persona atendida proyecta partes diferentes de sí mismo en diferentes profesionales. El equipo, como tal, cuando comenta, discute y supervisa, está ofreciéndose para devolver al paciente y a su familia una experiencia emocional diferente, no escindida, respetuosa y comprensiva.

Se ha avanzado notablemente en dicha comprensión cuando se han realizado entrevistas familiares en el propio domicilio. La organización mental de la familia se trasluce claramente en la organización del domicilio. No utilizar una mesa para comer todos juntos, la prohibición de utilizar un espacio, las comidas y otros aspectos de la vida familiar pueden no llegar a explicarse nunca. Como los primeros síntomas psicóticos en positivo se ocultan por miedo, la familia también tiene miedo a ser criticada; intuyen que aquello no es normal y no desean mostrarlo. Ir a un domicilio y contemplar determinadas escenas y no criticarlas es transmitir: “esto es difícil, diferente, hace sufrir, pero esto se puede ver, de esto se puede hablar, se puede entender y se puede tratar”.

Como uno puede imaginar, en este contexto, tanto en el ámbito escolar como en el sanitario y laboral es importante la coordinación con los profesionales que intervienen.

Existen condicionantes de privacidad, pero es necesario facilitar la comprensión de determinados comportamientos en los lugares de relación. El estigma existe y también hay que combatirlo para prevenir conflictos en estos ambientes sociales.

Por tanto es necesario pensar en la persona en riesgo o con trastorno psicótico desde una perspectiva multidisciplinar para abarcar los diferentes ámbitos de relación del individuo, a la vez que se deben captar las diferentes formas de relación existentes en su mundo interno. Esa confluencia es necesaria realizarla en equipo, debatirla entre los profesionales, supervisarla para comprender aquello que se hace, fácilmente, incomprensible para el que sufre. La utilización del modelo de comprensión de la psicosis que aportan los diferentes autores psicoanalíticos aquí citados favorece el establecimiento de estrategias terapéuticas accesibles. Estas, siguiendo el modelo de los niveles de contención de la ansiedad (Tizón, 1999), abarcan el cuidado de los pensamientos más íntimos de una persona, el cuidado de su cuerpo, de su familia y de sus grupos de relación.

Un chico de 22 años, universitario, diagnosticado apenas hace unos meses de un trastorno esquizofrénico paranoide, pero con años sintiendo en su mente las influencias de las personas a través del soporte Wi, resumía así su vivencia de las diferentes intervenciones terapéuticas, en referencia al futuro: “¿No hacen apuestas ustedes aquí afuera? Ya se lo dije la semana pasada... apuestas no, ¿cómo se dice?, ¿porras?”

Como dice Gabriel Rolón en el prólogo de un libro escrito por Yalom y Berger (2009), “cada vez que se acepta llevar adelante un tratamiento, el terapeuta asume que a partir de ese momento se convierte en el compañero de viaje de su paciente. Pero ¿cuál es el destino de esa travesía?”. En este caso, por extensión, son los profesionales que realizan abordajes terapéuticos, los que están dispuestos a acompañar a las personas pacientes en su vida. El objetivo es recuperar las capacidades de pensamiento que fueron bloqueadas y, si se puede, facilitar su utilización en el entorno. Pero la vivencia del paciente es, en más de una ocasión, como la de este chico, que siente que lo debe hacer él, que se estará pendiente de él, de su “suerte”, pero que nadie va a “correr o competir” por él en esa prueba destinada a equilibrar su capacidad de pensar.

*Nota final*

Como se anunciaba al inicio de este artículo, este servicio fue clausurado por la gerencia del Instituto Catalán de la Salud (ICS) el 30 de Septiembre de 2011, con el conocimiento y aceptación del Programa de Atención a la Salud Mental y Adicciones del CatSalut. Los profesionales que allí trabajaban, algunos, fueron recolocados y a dos de ellos se les amortizó su plaza, lo cual comporta la pérdida del puesto de trabajo sin derecho a contraprestación económica.

Se intentó evitar el cierre argumentando los beneficios cualitativos y cuantitativos del servicio. Los cualitativos se desglosan y son fácilmente deducibles por lo expuesto en este artículo. A nivel cuantitativo el mejor argumento es la disminución en un 20% de las hospitalizaciones de personas con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis en las tres Áreas Básicas de Salud con las que trabajaba el EAPPP y el ahorro del gasto sanitario e interdepartamental que ello supone.

Pero ni los argumentos expuestos por los profesionales del EAPPP, ni la presencia en los medios de comunicación, ni las adhesiones al manifiesto elaborado a raíz del anuncio del cierre evitaron este acto. En total hubo 960 adhesiones. Más de 300 psicólogos, de 150 trabajadoras sociales, de 70 enfermeros, de 60 educadores y profesores, de 50 psiquiatras, de 50 médicos y centenares de personas profesionales de otras disciplinas y familiares de personas afectas de algún tipo de trastorno en salud mental manifestaron su apoyo. Algunas sociedades científicas, así como la Federación catalana de asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental, también escribieron sendas cartas en contra de esta medida. A todos ellos expresamos nuestra gratitud, a nivel personal y en nombre del resto de integrantes del EAPPP, por el apoyo recibido antes, durante y después de este triste acontecimiento.

*Referencias bibliográficas*

- Alanen, Y.O. (1999), *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*, London, Karnac. en Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2004.
- APA work group (2000), “American Psychiatric Association Practice Guidelines: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)”, *American Journal of Psychiatry* (suppl 4), núm. 157, pp. 1–45
- Artigue, J. Tizón, J. Parra, B. Gomá, M. Ferrando, J. Sorribes, M. Marzari, B. Pérez, C. y Pareja, F. (2004) “Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves”, *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, núm. 4, pp. 51-67.
- Bentall, R.P. y Morrison, A.P. (2002), “More harm than good: The case against using anti-psychotic drugs to prevent severe mental illness”, *Journal of Mental Health*, núm. 11, pp. 351–356.
- Bentall, R.P. y Ch. Fernyhough (2008), “Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms”, *Schizophrenia Bulletin*, núm. 34, pp. 1012-1020.
- Bick, E. (1964), “Notes on infant observation in Psycho-Analytic Training”, *International Journal of PsychoAnalysis*, núm. 45 (4), pp. 558-566. (Trad. castellana en Revista de Psicoanálisis 1967, núm. 24, pp. 4. )
- Bion, W.R. (1962), *Learning from Experience*, London, Maresfield Reprints, 1984.
- Bowlby, J. (1986), *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*, Madrid, Morata 1986.
- Choquet, M., F. Facy, F. Laurent y F. Davidson (1982), « Discovery of risk groups in a population of children of pre-school age by method of typological analysis”, *Early Child Development and Care*, núm. 9(3), pp. 255–274.
- Cornblatt, BA., Lenz, T., Smith, CW., Correll, CU., Auther, AM. y Nakayama, E. (2003), “The Schizophrenia Prodrome Revisited: A Neurodevelopmental Perspective”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 29, núm. 4, pp. 633-651.



- Dalman, C., Allebeck, P., Cullberg, J., Grunewald, C. y Koster, M. (1999), “Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort”, *Archives General of Psychiatry*, núm. 56(3), pp. 234-240.
- Edwards, J. y McGorry, P. (2004), *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.
- Feder, A. Nestler, E. y Charney, D.S. (2009), “Psychobiology and molecular genetics of resilience”, *Nature Reviews Neuroscience*, núm. 10, pp. 446-457.
- Freud, S. (1895), *Estudios sobre la histeria*, en *Obras completas*, II, Buenos Aires, Amorrortu, 1999.
- (1914), *Recordar, repetir y reelaborar*, en *Obras completas XII*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, pp. 145-157.
- Häfner, H. der Heiden, W. Behrens, S. Gattaz, W.F. Hambrecht, M. Löffler, W. et al. (1998), “Causes and consequences of gender difference in age at onset of schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, núm. 24(1), pp. 99-113.
- Hans, S.L. Auerbach, J.G. Styr, B. y Marcus, J. (2004), “Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence”, *Schizophrenia Bulletin*, núm. 30(2), pp. 303-315.
- Isohanni, M. Lauronen, E. Moilanen, K. Isohanni, I. Kemppainen, L. Koponen, H. et al. (2005), “Predictors of schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources”, *The British Journal of Psychiatry*, núm. 187, pp. 4-7.
- Jané-Llopis, E. (2004), “La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 89, pp. 67-79.
- Jones, P. Murray, R. Jones, P. Rodgers, B. y Marmot, M. (1994), “Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort”, *Lancet*, núm. 344 (8934), pp. 1398-1402.
- Klein, M. (1946), *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, en *Obras completas*, III, Barcelona, Paidós, 1988, pp. 10-34.

- (1959), *Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia*, en *Obras completas*, III, Barcelona, Paidós, 1988, pp. 251-268.
- Klosterkotter, J. Ruhrmann, S. Schultze-Lutter, F. Salokangas, R. Linszen, D. Birchwood, M. et al. (2005), “The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe”, *World Psychiatry*, núm. 4, pp. 161–167.
- Kuepper, R. van Os, J. Lleb, R. Wittchen, H. Höfler, M. y Henquet, C. (2011), “Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study”, *British Medical Journal*, núm. 342, pp. 738.
- Lalucat, Ll. y Tizón, J.L. (coords.), (2006), *Programa d’atenció específica al trastorn psicòtic incipient del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya*, Barcelona, Servei Català de la Salut.
- Lauber, C. Nordt, C. Falcató, L. y Rossler, W. (2001), “Lay recommendations on how to treat mental disorders”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, núm. 36, pp. 553-556.
- Lemos, S. Vallina, O. Fernández, P. Ortega, J.A. García, P. Gutiérrez, A. García, A. Bobes, J. Miller, T. (2006), “Validez predictiva de la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS)”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, núm. 34, pp. 216–223.
- Lobo, A. Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986), “Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population”, *Psychological Medicine*, núm. 16, pp. 135-140.
- Mancia, M. (2006), “Memòria implícita i inconscient no reprimit: el seu paper en el procés terapèutic”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXIII, núm.1-2, pp. 35-51.
- Manzano, A. y Oriol, A. (2008), *Taller de Sensibilización a la salud mental para centros educativos*, Documento interno no publicado, EAPPP.
- McGorry, P.D. Edwards, J. Mihalopoulos, C. et al. (1996), “EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management”, *Schizophrenia Bulletin*, núm. 22, pp. 305-326.
- Mangalore, R. y Knapp, M. (2006), “Cost of Schizophrenia in England”, London, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), *Discussion Paper*, núm. 2376, pp. 1-57.

- Marshall, M. Lewis, S. Lockwood, A. et al. (2005), “Association between duration of untreated psychosis and in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review”, *Archives General of Psychiatry*, núm. 62, pp. 975–983.
- Maurer, K. Hörrmann, F. Schmidt, G. et al. (2004), “The early recognition inventory ERiraos: a two-step procedure for detection of at-risk mental states”, *Schizophrenia Research*, núm. 70, pp. 76.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994), “Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles”, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, núm. 22, pp. 171–177.
- Perkins, D.O. Gu, H. Boteva, K. y Lieberman, J.A. (2005), “Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 162, pp. 1785-1804.
- Pilling, S. Bebbington, P. Kuipers, E. Garety, P. Geddes, J. Orbach, G. y Morgan, C. (2002), “Psychological treatment in schizophrenia: I Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy”, *Psychological Medicine*, núm. 32, pp. 763–782.
- Quijada, Y. Tizón, J.L. Artigue, J. y Parra, B. (2010), “At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona”, *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 4, núm. 3, pp. 257–262.
- Read, J. y Fraser, A. (1998), “Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask?”, *Psychiatric Services*, vol. XLIX, núm. 3, pp. 355-359.
- Read, J. van Os, J. Morrison, AP. y Ross, CA. (2005), “Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, núm. 112, pp. 330-350.
- Rodríguez, A. Rodríguez, M. Jarne, A. Soler, R. Miarons, R. y Grau, A. (1995), “Estudio factorial y adaptación de la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (Q.L.S.)”, *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm. 48, pp. 353-364.
- Tizón, J.L. (2000), “Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos”, *Psicosomática y Psicoterapia*, vol. XX, núm 44, pp. 25-78.

- (2003), “La relación paranoide: La vida desde el bunker”, *Intersubjetivo/Intrasubjetivo*, vol. 5, núm.2, pp. 163-193.
- (2007), “Los cuidados democráticos de la psicosis como un indicador de democracia social”, *Athopos: Salud mental, comunidad y cultura*, núm 6, pp. 31-48.
- Tizón, J.L. SanJosé, J. y Nadal, D. (1999), *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, I y II, Barcelona, Herder.
- Tizón, J.L. Artigue, J. Gomà, M. Parra, B. y Marzari, B. (2004), “La observación de bebés en una unidad funcional de atención a la salud mental de la primera infancia (UFAPI)”, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, núm. 37/38, pp. 85-112.
- Tizón, J.L. Ferrando, J. Parés, A. Artigue, J. Parra, B. y Pérez, C. (2007), “Los trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental”, *Atención Primaria*, núm. 39, pp. 61–67.
- Tizón, J. L., Oriol, A. y Rosenberg, S. (2008), *Chequeo Eriraos*, Barcelona, Institut Català de la Salut.
- Tizón, J.L., Ferrando, J. Artigue, J. Parra, B. Parés, A. Gomà, M. Pérez, C. Pareja, F. Sorribes, M. Marzari, B. Quijada, Y. y Catalá, L. (2009), “Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona”, *Schizophrenia Research*, núm. 112(1-3), pp. 143-148.
- (2009), “Orientaciones para la atención primaria a los familiares del paciente con psicosis (I): ¿Qué decir? ¿Qué hacer?”, *Formación Médica Continuada*, núm. 16(6), pp. 359-363
- Van Winkel, R. Stefanis, N. y Myin-Germeys, I. (2008), “Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction”, *Schizophrenia Bulletin*, núm. 34 (6), pp. 1095–1105.
- Winnicott, D.W. (1957), “Sobre la aportación que la observación directa del niño representa para el psicoanálisis”, en *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, Laia, 1975.

Yung, A.R. (2007), “Identification and treatment of the prodromal phase of psychotic disorders: perspectives from the PACE Clinic”, *Early Intervention in Psychiatry*, núm. 1, pp. 224-235.

Jordi Artigue

Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Psicoanalista IPB. Equip d’Atenció Precoç al Pacient en risc de Psicosi.

Jorge L. Tizón

Psiquiatra. Psicoanalista SEP-IPA. Psicólogo y neurólogo. Equip d’Atenció Precoç al Pacient en risc de Psicosi. Universitat Ramón Llull.