

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

RESILIENCIA Y CONTENCIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA¹.

¿Cómo soportan los pacientes diagnosticados de esquizofrenia su día a día entre la integración social, la marginación social y la vida “en los intersticios de la sociedad”(1,2)? ¿Cómo viven, los soportan y los contienen sus familiares y allegados e incluso la red social en los países del sur de Europa, tan diferentes en estos temas de los anglosajones y los del norte de Europa? ¿Cómo comenzó el trastorno y cómo lo vivieron entonces? ¿Existen medios para detectarlo precozmente y ayudar a esos pacientes y grupos humanos desde los primeros síntomas, desde los pródromos (3)? Más allá aún: ¿Existen acontecimientos catalogables como factores de riesgo detectables ya en la infancia y adolescencia que puedan avisarnos del posible desarrollo de una “esquizofrenia” o de una psicosis en la edad adulta? Y si existen ¿se puede incidir en ellos desde su manifestación, por ejemplo, en los dispositivos escolares o en los de la Atención Primaria de Salud?

Una vez que el trastorno está declarado, ¿cómo viven en nuestras sociedades los pacientes psicóticos que no ingresan y sus familias? ¿Visitan los dispositivos de salud mental comunitaria, a los médicos de familia, o más bien tienden a perderse “en los intersticios de la sociedad y de sus propios repliegues psíquicos”? ¿Qué magnitudes suponen sus diversos subgrupos asistenciales: 1) los que ingresan a menudo, 2) los que no lo hacen, pero están en contacto con los servicios de salud mental extrahospitalarios, 3) los que sólo conectan con los médicos de familia y enfermeras, con la APS, 4) los que se desaparecen de las redes asistenciales durante años, hasta la próxima crisis aguda?

Si pudiéramos reflexionar e investigar más directamente sobre esas realidades es posible que supiéramos ayudarles mejor, tanto a ellos como a sus familias. Hace muchos años, en parte iluminados por los destellos de la “antipsiquiatría” (4)

¹ Reflexión realizada dentro de los trabajos de investigación del Proyecto SASPE (“Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia en una población asistencialmente delimitada”), beca de investigación 02E/99 de la Fundació Seny tras evaluación de los proyectos concursantes a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya) y del Proyecto LISMEN (*Listado de Ítems de Salud Mental en edad Preescolar y Escolar*, Beca de la Fundación Marató TV3 (Ayuda 02/ 0133), tras concurso y evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva.

comenzamos a plantearnos torpemente el tema (5,6). Aunque nuestro punto de partida era diferente y crítico con la “antipsiquiatría”, coincidíamos con muchos de sus autores en el intento de aproximarnos a la vida cotidiana y las vivencias concretas de estos pacientes y sus familias (4). Hoy en día esa corriente vuelve a aflorar tímidamente en las perspectivas psiquiátricas y psicológicas sobre los trastornos psicóticos, tanto en la literatura internacional como nacional: recientemente en esta revista han aparecido trabajos en ese sentido (7). Con cierta frecuencia, sin embargo, hay un avance epistemológico sustancial: para llegar a las conclusiones tienden a utilizarse diversas metodologías empíricas.

Hace pocos meses, durante la realización de una entrevista estructurada ERIE-IRAOS² (8) con un paciente diagnosticado como “esquizofrénico paranoide”, cuando trabajosamente íbamos explorando, creo, su decimoséptimo episodio agudo, el paciente me dirigió una mirada comprensiva y empática y me espetó: “*Desengáñese doctor... Al menos uno por año*”.

¿Uno por año son los episodios que padece un paciente diagnosticado de “síndrome esquizofrénico” o “psicosis delirante”, como prefiero decir para no continuar abonando una cada vez más incierta línea taxonomista de la “esquizofrenia”, que no sabemos dónde irá a parar?. ¿Es eso lo que viene en los libros, nos han enseñado, estamos acostumbrados a pensar?

Sin podérselo decir al paciente, me dí cuenta de que no. Me dí cuenta de que, cuando comencé a tener experiencia en la realización de esas entrevistas estructuradas, se me impusieron al menos tres tipos de conclusiones: 1) Su exhaustividad y exigencias de tiempo hace que raramente puedan realizarlas clínicos con experiencia. 2) Que son los que podrían realizarlas con cierta fiabilidad y, sobre todo, son los que podrían utilizarlas como una ayuda en la clínica, en la integración del *self* de los pacientes --y no como un nuevo artefacto “propio de la investigación”. 3) Que, sin embargo, su exhaustividad y rigor han de obligarnos a cambiar muchas de nuestras perspectivas sobre el tema. Por ejemplo, sobre cuántos episodios, ingresos y pródromos padece un

² Entrevista estructurada IRAOS-ERIE: *Interview for Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia- Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia*: H. Häfner, A. Riecher-Rössler; B. Fätkenheuer; K. Maurer; S. Meissner; W. Löffler. Traducción inglesa de G. Paton. Traducción al castellano J.L. Tizón, F. Pareja y A. Alvarez. Se trata de una trabajosa entrevista estructurada sobre el tema que implica unas seis horas de trabajo por paciente: 3 a 5 en entrevistas clínicas y 1 a 2 en codificación de los datos recogidos. Es uno de los instrumentos que estamos utilizando en los estudios SASPE y LISMEN.

paciente “esquizofrénico”. Y, ante todo, sobre cómo se las arregla para evitar los ingresos...

Porque la primera consecuencia, que era visible en este paciente y en los demás, es que ellos, sus familias y sus clínicos declaraban muchos más episodios que ingresos. En nuestra muestra, hoy sólo provisional y parcial, el 27'2 % de los pacientes o de sus familiares recordaban menos de 6 episodios (según la definición de Häfner (8)), el 41 %, entre 6 y 10 episodios, el 9 % entre 11 y 15 y el 22 %, *¡entre 16 y 20 episodios!*. Como nuestros datos son sumamente provisionales, hoy sólo querría hacer hincapié en una pequeña reflexión consecutiva: ¿No será que hasta ahora, de forma claramente tecnocrática, estábamos confundiendo “episodio” con “ingreso”? Su definición no es la misma, obviamente... Pero, por puro sesgo tecnocrático, cuando hablamos de episodios o “brotos”, a menudo nos estamos refiriendo a ingresos. Hasta ese punto nuestro pensamiento y lenguaje siguen siendo hospitalocéntricos y, en último extremo, tecnocrática y biológicamente deformados. Porque si los episodios son muchos más que los ingresos, ello podría proporcionarnos una perspectiva fundamental para comprender qué pasa con esos pacientes y sus familias en su vida cotidiana y a lo largo de los años... Mucho más si tenemos en cuenta que algunos de nosotros estamos llevando pacientes con delirios aún activos que comenzaron ... *¡hasta hace 62 años!*.

Pero sobre todo, si los episodios fueran muchos más que los ingresos, como parece que apuntan nuestros datos provisionales –y, por otra parte, tendría que resultar obvio--, ello nos permitiría un enfoque terapéutico diferente. Tendríamos que atender mucho más a los factores de resiliencia del propio paciente y a las capacidades de contención de sus allegados y su red social. Esas capacidades personales y sociales nos podrían enseñar mucho sobre los factores terapéuticos reales, que son algo más amplios y diversificados que el mero “pensar en neurolépticos” al que se ve abocada cada vez más la reflexión psiquiátrica de nuestros días. Algunos estamos convencidos de que tendríamos mucho que aprender de los pacientes, sus familiares, sus allegados y sus redes sociales si atendiéramos a lo que, parafraseando el castizo lenguaje de otro paciente, también entrevistado por mí mismo, podría resumirse así: *¿Cómo se lo montan cuando se lo montan (bien)?*.

Jorge L. Tizón

Referencias citadas

1. Levinson DJ y Gallagher EB. Sociología del enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu 1971.
2. Goffman E. Internados: Ensayos sobre la situación social e los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu 1970.
3. Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2004.
4. Laing RD. El yo dividido. México: FCE 1964.
5. Tizón JL. Notas sobre nosotaxia psiquiátrica a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos. *Informaciones Psiquiátricas* 1972 (14),51: 5-25.
6. Tizón JL. La locura, compañera repudiada. Barcelona: La Gaya Ciencia 1978.
7. Medrano J, Díaz de Otazu R. Editorial: Confieso que han vivido. *Archivos de Psiquiatría* 2005(68),4: 253-256.
8. Häfner H, Reichel-Rössler A, Hambrecht M, Fätkenheur B, Maurer K, Meissner S, Löffler W. IRAOS: An instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1992;6:209-23.