

“Alternativas Terapéuticas para la Esquizofrenia”

Marcelo Valencia (Compilador).

INPRFM-Herder. México, 2012

Rodrigo Garnica

Revisión de la bibliografía internacional

El libro “Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia”, del doctor Marcelo Valencia y colaboradores se ocupa de los temas que, por muchos años, estuvieron rezagados en el tratamiento de esta enfermedad: la educación del enfermo y su familia, así como la rehabilitación psicosocial. En el primer capítulo, escrito por el propio Valencia, se plantean varias cuestiones de interés y nos deja definido el espíritu del libro: 1) un reconocimiento a la importancia de los tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia; en la actualidad, el descubrimiento de la clorpromacina está convertido en el paradigma, no sólo de los tratamientos mismos, sino de la teoría bioquímica más congruente para explicar la enfermedad; 2) la devastación social y familiar que significa padecerla, a pesar de que se cuente con fármacos que llegan a controlarla; 3) la dificultad que el enfermo tiene para reincorporarse a una actividad productiva a pesar de recibir el tratamiento conveniente; 4) la absoluta ineficacia de los tratamientos biológicos para modificar los llamados síntomas negativos primarios; 5) la esperanza que representan los métodos de rehabilitación psicosocial en el pronóstico del paciente y su beneficio a nivel familiar.

El planteamiento de Valencia en este capítulo aclarará todo el contenido del libro: los síntomas negativos primarios de la esquizofrenia son manifestaciones residuales del padecimiento y será el problema más duradero y grave que enfrentará el enfermo. Podríamos agregar que, aunque los síntomas positivos como las alucinaciones y los trastornos formales del pensamiento son más deslumbrantes por la intensidad que se presentan, lo perturbadores que resultan y lo urgente de la intervención médica, probablemente representen sólo epifenómenos de esta condición y que el problema a enfrentar con un enorme grado de dificultad es lo que se intenta responder cuando se pregunta: ¿Y después de la pastilla, qué? Valencia y sus colaboradores nos dan una respuesta en este libro. Al menos, hasta donde llegan nuestros conocimientos del problema.

Este será el interés de los demás autores aunque con ramificaciones por demás interesantes. Así, en el cap. 2, Godoy García, Martínez y Godoy-Izquierdo se ocupan del tema de las recaídas en los pacientes esquizofrénicos y su posible prevención. Los autores recaban cifras de la literatu-

ra mundial que deben preocuparnos: la tasa de recaídas es aproximadamente de 50 %; lo más grave es que de todos los pacientes que recaen, el 35 % lo hacen a pesar de estar recibiendo medicamentos antipsicóticos (más o menos el doble de los que reciben neurolépticos atípicos). De los pacientes no medicados podemos esperar recaídas hasta en el 80 % de ellos, entre un mes y dos años después de la suspensión del medicamento (45 a 65 % en el primer año). No debería extrañarnos: la esquizofrenia, como otras enfermedades conocidas está *permanentemente* activa desde el punto de vista biológico, controlada con tratamiento en dos terceras partes de los casos en lo que se refiere a los síntomas positivos. Los autores señalan la amenaza emocional que esto representa para las familias y el propio paciente y los cuantiosos gastos que significan para todos: la familia y la sociedad a través de los servicios de salud. Esto sin contar el enorme costo indirecto que representa la improductividad del paciente la mayor parte de su vida.

En este capítulo se recopila información muy pertinente respecto de las recaídas: 1) las causas más frecuentes: abandono del tratamiento (la principal, con mucho); mayor número de recaídas previas; hombres que toman medicación oral; solteros, hombres o mujeres; tiempo libre de síntomas menor a un año; estrés emocional (la emoción expresada); 2) los instrumentos de medición de una recaída, por aplicación de varias escalas, como la BPRS, la PANSS y los valores que los diferentes investigadores le dan para hablar de una recaída psicótica.

Por las razones expuestas, los autores ponen el énfasis en la enorme ventaja que significa trabajar en la prevención de las recaídas de los pacientes esquizofrénicos. Para ello consideran dos factores fundamentales: 1) Predecir la recaída detectando los síntomas prodrómicos; 2) Intervención temprana de quienes rodean al enfermo: familia, médico, trabajadora social, etc. Estas intervenciones pueden ser: 1) Centradas en el paciente: fármacos y entrenamiento en habilidades complejas; 2) Centradas en el medio: en la familia (EE) y 3) Mixtas.

En seguida, se describen detalladamente las técnicas mencionadas, de enorme utilidad para el tema que tratan, así como la experiencia que los autores obtuvieron en el llamado por ellos El Estudio Andalucía.

Varios capítulos (el 3, el 5, el 7 y el 10) tienen por objetivo tratar el tema de la orientación, el tratamiento y la educación de la familia buscando con ello mejorar el curso del padecimiento. No podemos olvidar que la esquizofrenia es una enfermedad crónica e incurable; y que los pacientes, con frecuencia no consiguen la autosuficiencia económica o como individuos. Esto significa que, una vez que se logra el control de las fases agudas, la convivencia familiar continuará, con frecuencia, durante el resto de la vida del enfermo.

Leff y Ballús-Creus se ocupan del tema de la orientación familiar en la psicosis: además de hacer un repaso histórico acerca de la importancia que se ha dado al papel de la familia en las recaídas, nos describen las actitudes de intrusividad que tiene la familia en la vida del paciente, constituyendo el fundamento de la llamada alta Emoción Expresada. La alta EE descrita desde los años 50, pero sobre todo desde los 70 del siglo pasado, se ha considerado como causa frecuente de recaída en los pacientes esquizofrénicos. Estas actitudes son: 1) Censura, reproche, amonestación. 2) Oposición, pugna. 3) Excesiva defensa, amparo injustificado, exceso de favor, etc. 4) Inmiscuirse, mezclarse o confundirse con el paciente. 5) Envolverse, incluirlo por sistema en los planes propios y ajenos.

Como puede notarse, esto que se consideraría una orientación normal para el miembro de una familia con cualquier problema de tipo adaptativo o neurótico, significa la posibilidad de aumentar la frecuencia de recaídas en el paciente esquizofrénico, a grado tal que los autores mencionan el hallazgo de que el contacto "cara a cara" o tiempo de convivencia entre el paciente y los familiares mayor a 35 horas a la semana aumentó el riesgo de recaída de 28 % (cuando el contacto era menor a 35 horas a la semana) a un temible 69 %. ¿Qué quiere decir esto?; que el propio psiquiatra que se oriente al estudio del paciente esquizofrénico y el equipo que trabaje con él deben desaprenderse de los lugares comunes de toda terapia familiar cuando enfrenta el tema de la educación de la familia del paciente esquizofrénico, para poder, a su vez, enseñarlo a su equipo y a los familiares del paciente: el excesivo contacto, la involucración en los temas del paciente, la corrección excesiva, la censura, la crítica y la insistencia tenaz para que el enfermo "haga algo productivo con su vida" (trabajo, estudio, hacer deporte, etc.) pueden convertirse en fuente de estrés emocional que conduzca a mayor número de recaídas. Una paradoja que más vale comprender y hacer comprender a los familiares.

Por su parte, Weisman, Wasserman, Duarte, Dunham y Koneru abordan un tema delicado: el tratamiento de la familia en grupos culturales diversos. Ya se sabe que un trabajo hecho en un país anglosajón hará que los autores consideren diferentes a los que no son anglosajones, porque ellos son los auténticos. Reflexionan acerca de las diferencias en la estructura familiar de lo que ellos llaman las culturas tradicionales radicadas en los Estados Unidos. Una de esas diferencias es la cohesión familiar. En base a esa diferencia, los autores crearon lo que llaman la terapia familiar para

esquizofrenia informada por la cultura o CIT-S. Sus elementos son: 1) El colectivismo familiar; 2) La educación; 3) Las técnicas espirituales para lidiar con la enfermedad, que comprenden una primera exploración acerca de las creencias religiosas de la familia, sus explicaciones metafísicas, algo así como su cosmogonía y el apoyo que suelen buscar en sus líderes espirituales, como el sacerdote, el rabino, el pastor; 4) El entrenamiento en comunicación y resolución de problemas.

Se trata de una terapia de 15 sesiones cuya finalidad, igual que la anterior, consiste en mejorar el curso de la enfermedad utilizando conceptos diferentes: un refuerzo de la cohesión familiar y diversas técnicas para adecuarse a las creencias espirituales, religiosas y filosóficas de la familia. Aunque los autores no lo aclaran ni ofrecen sus resultados definitivos pues aún están en el proceso de codificación, la idea general se conserva: la orientación a la familia que permita disminuir la EE y la frecuencia de recaídas del paciente.

El tercer trabajo que se ocupa del papel de la familia en la esquizofrenia es el de Rascón y Alcántara en el capítulo 7: "La familia como instrumento para reducir riesgos en la esquizofrenia." En él, se repasan los factores de riesgo para la recaída, la importancia en el tratamiento de la familia y algunos riesgos del enfermo si estos aspectos se descuidan; pero resalta algo que ha cobrado una gran importancia en el tema que estamos tratando y que ha sido motivo de buen número de investigaciones recientes: el papel del cuidador primario, bien sea una sola persona o la familia entera. Los autores nos hablan de las etapas del proceso que vive la familia, el cuidador primario o, incluso, el propio paciente una vez iniciada la enfermedad: 1) la etapa de negación y aislamiento; 2) la etapa de la ira; 3) el pacto o regateo; 4) la depresión; 5) la aceptación. Por falta de espacio no es posible desglosar cada uno de estos apartados; apuntemos solamente que mucho nos recuerdan las diferentes fases que componen el duelo ante una pérdida; es probable que el familiar viva el establecimiento de la esquizofrenia en su ser querido como una pérdida: la esperanza, las ilusiones, los planes a futuro con relación al paciente, etcétera. A través de una cuidadosa metodología, se estudian los datos correspondientes al cuidador primario o a la familia del paciente. El tema es amplio y de gran interés, pero quisiera destacar aquí uno de sus aspectos más preocupantes: el riesgo suicida en el paciente. A pesar de que los familiares estaban atentos a las conductas suicidas del paciente, desconocían los riesgos de la conducta suicida. Los autores mencionan en relación con el suicidio en los pacientes esquizofrénicos: 1) la evaluación a fondo del intento; 2) la intervención oportuna; 3) la participación familiar; 4) el seguimiento del caso; 5) en caso de consumado el suicidio, la posibilidad de brindar apoyo terapéutico a los familiares.

Hay un tema bastante original que tratan Koneru, Weisman, Wasserman, Duarte, Dunham y Valencia llamado "Aculturación y salud mental en pacientes con esquizofrenia y sus familiares." El proceso de aculturación, escriben los au-

tores, se refiere a las transiciones culturales que ocurren cuando individuos de diferentes culturas están en continuo contacto. Existen varias formas en que se lleva a cabo el proceso de aculturación: la integración, la asimilación, la segregación y la marginación. Esto ha tenido repercusiones, incluso, en los estudios farmacológicos, tanto los realizados en Estados Unidos como en los internacionales; las historias clínicas y las hojas de registro de cada paciente ponen especial atención en el tema de la etnia (los anglosajones anotan la palabra "raza", término que en los países latinos suele parecerse más bien chocante). Y no se refieren a las posibles diferencias biológicas o genéticas de un grupo a otro sino a la idiosincrasia de ciertos pensamientos: es posible que una creencia mágica para los habitantes de un país pueda considerarse delirante en otro o cuando menos una idea sobrevalorada. Ni qué decir de la respuesta familiar ante un miembro esquizofrénico de un grupo cultural a otro. Los autores reconocen la importancia de estos estudios pues es evidente que el fenómeno de las migraciones masivas es cada vez mayor.

Otros capítulos tratan temas igualmente importantes relacionados con la psicoeducación en la esquizofrenia: la rehabilitación psicosocial en el domicilio del paciente, la atención residencial, la utilidad de la terapia cognitivo conductual en los trastornos psicóticos, un tema de enorme importancia como es la inserción laboral de las personas con

trastornos mentales graves y un programa de entrenamiento en autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes. Todos de similar interés que apuntan a la rehabilitación, tanto como sea posible, de los enfermos.

Conclusiones: Marcelo Valencia ha llevado a cabo una tarea harto difícil no sólo por ocuparse de un tema complicado de por sí, sino por reunir a expertos internacionales cuyos tiempos son preciosos y en ocasiones incompatibles con un trabajo de colaboración como el que aquí se presenta. Un libro como este, sencillamente no lo había en México y su enfoque escasea en idioma español. De allí su importancia. Pero, además, se coloca a la vanguardia a nivel mundial en los temas que trata. Este fue uno de los temas torales del programa nacional de esquizofrenia de los años 2003-2004, en el cual los conceptos ya concebidos desde entonces por Valencia fueron de gran utilidad y guía en el diseño de los puntos de dicho programa. Hoy, Valencia y sus colaboradores directos e indirectos hacen realidad lo que en aquella ocasión quedó como una tarea trunca: contar con una guía seria, científica y objetiva en el abordaje de las tareas que competen al tratamiento de la esquizofrenia o, dicho de otra manera, la tarea que responde a la pregunta que hicimos al principio de esta presentación: ¿y después de la pastilla qué? ¿Después?: el libro "Alternativas Terapéuticas para la Esquizofrenia", de Marcelo Valencia y colaboradores.