

**Resumen de la “Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente”, propuesto por el Ministerio de Sanidad de España, y la Generalitat de Cataluña, del año 2009. Márgenes y opciones que deja para la clínica psicoanalítica**

Con este trabajo voy a aportar alguna puntuación sobre dos preguntas propuestas por la comisión de organización de este espacio: “¿Qué modalidades de tratamiento se proponen-legitiman desde las instancias políticas? ¿Cómo se sintomatiza esto en la práctica institucional?”. Y voy a añadir otra pregunta: ¿Qué opciones para el psicoanálisis en este marco?

Resumen de la guía

Es la guía de práctica clínica vigente actualmente, se trata de una guía que se va renovando cada cuatro o cinco años, la guía anterior correspondía al año 2003. Esta guía anterior es imposible de encontrar, por lo que no me he podido comparar las modificaciones que introduce en el cuerpo de la misma, únicamente he logrado saber que introduce como novedad lo que se llama “la atención al trastorno psicótico incipiente”, apartado que no constaba anteriormente. Los profesionales que componen ambas guías son básicamente los mismos, se trata de un total de más de treinta profesionales de salud mental que trabajan en el territorio español, hay entre ellos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales terapeutas ocupacionales y educadores.

La pretensión de la guía es orientar y guiar las intervenciones terapéuticas de aplicación en el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos incipientes.

Respecto a la **metodología**, se apoya en dos apartados: 1- La revisión y síntesis de la literatura biomédica, y 2- la prueba piloto, que consiste en que a un grupo de 20 profesionales de diferentes servicios, les han propuesto



trabajar durante dos semanas con al guía clínica, para luego añadir o ampliar lo que han considerado, de ahí se ha elaborado esta guía. Observemos que no se ha empleado a ningún paciente ni ningún resultado, es una opinión subjetiva de los profesionales, elaborada en función de un sumatorio de opiniones.

Pasemos a los **ámbitos de intervención**, que están divididos en tres apartados:

1. La intervención farmacológica, en la que no voy a entrar.
2. La Terapia Electroconvulsiva. Recomendable en pacientes refractarios al tratamiento farmacológico, con intolerancia a la mediación o cuando hay síntomas de catatonia. Las TEC son de aplicación en segunda opción cuando fallan los fármacos antipsicóticos. Es necesario un examen medico previo para descartar riesgos y la firma de un consentimiento informado, afirma que el deterioro cognitivo que provoca es mínimo y recuperable.
3. Las intervenciones psicosociales, divididas a su vez en apartados:
  - a- Terapia Cognitivo conductual
  - b- Psicoterapia de apoyo
  - c- Psicoterapia psicodinamica
  - d- Psicoeducación
  - e- Intervenciones familiares
  - f- Rehabilitación cognitiva
  - g- Entrenamiento en habilidades sociales
  - h- Entrenamiento en actividades de la vida diaria
  - i- Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc...)
  - j- Apoyo a la inserción laboral
  - k- Recursos de la vivienda

Voy a resumir. La terapia cognitivo-conductual se recomienda siempre como complementario a otros tratamientos. La psicoterapia de apoyo se



entiende como “desarrollar la alianza terapéutica a partir de una actitud de apoyo emocional y cooperación”, en cualquier caso esta psicoterapia “no es recomendable si otras intervenciones de eficacia probada está indicadas”.

**La psicoterapia psicodinamica.** Donde la guía hace un recorrido de diferentes estudios clínicos con pacientes para concluir que “las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas, según nivel de evidencia científica IIa”, por tanto lo que dice es **“los principios psicoanalíticos y psicodinamicos pueden ser de utilidad para ayudar a los profesionales a comprender la experiencia de las personas con esquizofrenia y sus relaciones interpersonales”**, “Las conclusiones sobre la eficacia de la terapia psicodinámica son controvertidas. Es necesario realizar más estudios con mayor rigor metodológico”. Por tanto, no indica tratamiento específico para este tipo de psicoterapia. Luego volveré sobre esto.

Respecto al resto, creo suficiente resumir que siempre es recomendado si el paciente no tiene lo suficientemente cubierto el tema, es decir siempre ayuda la psicoeducación, la intervención familiar, la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, en actividades de la vida diaria, actividades expresivas, el apoyo a la inserción laboral, y los recursos a la vivienda si estos son deficitarios.

Quiero añadir algo sobre el nuevo apartado que nombra como “psicosis incipiente” y su orientación de tratamiento. Consiste en la detección precoz, es decir cuando hay síntomas claros, lo cual remite a manifestaciones de fenómenos de alucinación visual o auditiva ( lo que para nosotros es la manifestación de fenómenos elementales claros, por tanto psicosis desencadenadas, podemos intervenir en prevención al disponer de los elementos conceptuales que permiten detectar una psicosis no desencadenada, aspecto imposible en los diagnosticos por DSM), y la recomendación de “atención en la comunidad”, que no solo es que sean



atendidos en los Centros de Salud Mental ambulatorios, sino también programas específicos donde los profesionales, sobre todo psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, se desplacen físicamente al hábitat natural del paciente ( bar o instituto) y que desde allí se aplique el tratamiento más eficiente, que es la terapia cognitivo-conductual y la farmacológica.

### Márgenes y opciones que deja para la clínica psicoanalítica

Vemos que es una guía pensada y construida por profesionales, con criterios de evaluación según evidencias científicas, es decir sin considerar no ya que el evaluador forma parte con su subjetividad del experimento y los sujetos evaluados, sino prácticamente sin contar con estos, ya que el apoyo es la bibliografía biomédica existente, y la opinión de los profesionales. Por ello no debe sorprender que el psicoanálisis no tenga lugar en este tipo de planteamiento.

La propuesta no obstante, es la de que en lugar de quedarnos con el malestar o la queja, realicemos un análisis, una interpretación, y luego veamos la posibilidad de movimiento que tenemos y la posición que podemos ocupar.

E. Laurent dice que es en los agujeros que dejan las instituciones donde los psicoanalistas podemos intervenir.

Hay, por lo menos, dos agujeros en esta guía clínica:

1. El agujero de la clínica del sujeto ya que trabajan con significantes diagnósticos.
2. Y la evaluación misma, que responde a la salud mental entendida en el sentido del orden público, es decir de que todo marche por los carriles. El agujero que se abre aquí es el del deseo mismo.



Por tanto, en el día a día de la clínica, en los casos clínicos complicados, donde la transferencia no se puede reducir a una “alianza terapéutica o un apoyo emocional”, que busca poco más que evitar reclamaciones, y asegurar el cumplimiento de la toma de medicación pautada, base de lo que se llama “psicoterapia de apoyo”. Ese es uno de los campos donde creo, uno por uno, podemos ir creando un “lugar alfa, o psicoanalista como objeto móvil”, en el que poder hacer clínica psicoanalítica. Apostar por que dar un lugar al sujeto, y a su enunciación, va a tener efectos sobre la cura, es una posibilidad de intervención en los casos que no quieren “marchar por los carriles”, y que no son pocos. No me parece tan difícil, ya que si es el deseo el que nos mueve, y no el aspecto burocrático y funcional que trasmite la guía, tendremos recursos e invenciones que aplicar cuando el manual de intervención de la guía muestre su límite.

Por otro lado, creo que merece la pena dar todo su valor y analizar lo que la guía propone del psicoanálisis: “puede ser de utilidad para ayudar a los profesionales a comprender la experiencia de las personas con esquizofrenia”. La cuestión es como hacer comprender, mi propuesta es que no es buena manera un enfrentamiento directo con criterios diagnósticos por ejemplo, sino lateralmente y apoyándose en el deseo decidido, se trata de sostener una posición, posición de deseo y de no retroceder ante lo real en la clínica con el paciente, y posición que en muchas ocasiones puede pasar por esperar la pregunta, ya que solo escuchará y comprenderá el que esté dispuesto a ello, y el que no lo sentirá como una agresión. Creo que los diagnósticos, los DSM, y las guías clínicas son el modo de intentar poner una pantalla ante el real del no saber de la clínica, y de la psicosis en especial para los profesionales de la salud mental. Por eso desmontar de un plumazo este recurso defensivo sólo puede provocar rechazo y ser sentido como una agresión.



Junto con esto, los foros abiertos, son un lugar posible donde intentar que “los principios psicoanalíticos pueden ayudar a entender a los profesionales”, por ejemplo ampliando el margen de lo que se considera síntomas en la psicosis incipiente, incluyendo en los mismos signos como los que podemos encontrar en la “psicosis ordinaria o no desencadenada”, o bien transmitir la idea de que la atención en la comunidad se apoya en la transferencia, y que es sobretodo ese vínculo transferencial con el Otro el más operativo.

Pero también son importantes las actividades, jornadas y espacios clínicos de la Escuela, incluido el Pase, porque solo vamos a poder transmitir aquello que nosotros mismos entendamos, ya sea en foro abierto o en pequeño comité. Y para ello, la formación, nuestra formación, siempre en proceso es fundamental. Hay pues una conexión entre la Escuela y las actividades que en ella hacemos, y lo que podamos operar en nuestro trabajo en las instituciones, incluso una banda de Moebius donde un extremo y el otro se comunican. Considero que la formación, la clínica y el Pase es lo más parecido que nosotros tenemos a una guía clínica.

¿Cómo se sintomatizan en la práctica institucional las modalidades de tratamiento propuestos desde las instancias políticas?, de las que esta guía es un ejemplo.

Creo que en general con un desanimo y malestar al bloquear el deseo y la creatividad de los profesionales. Hay una sensación general de pesadez por la necesidad de rellenar cuestionarios y cuantificar actividades, de manera que solo se aplican los protocolos estrictamente necesarios por temas contables, y otros temas como esta misma guía clínica, pasan a ser poco más que una referencia interesante. Hay por tanto un punto de coincidencia posible entre el psicoanálisis y los trabajadores de la salud mental, es el



punto del deseo, deseo siempre particular, ya sea de ayudar, curar, o educar, pero que hizo que uno escogiera esta formación, y no la de gestor. Por tanto creo que el psicoanalista debe ponerse en paralelo a este deseo que hay que leer entre líneas, entre las líneas de las guías clínicas y de las direcciones por objetivos. También los profesionales de la salud mental son tratados como objetos productores, y no como sujetos deseantes, es ahí donde nos podemos encontrar con ellos, lo cual no implica una rebeldía frente a la metodología contable, sino más bien, despejar el terreno para que lo cuantificable sea resuelto lo antes posible, y quede el máximo de espacio para los pacientes y la atención que toque el punto de deseo particular de cada uno.

Ricard Arranz. CdeC de la ELP

