

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes*

PIRKKO TURPEINEN-SAARI**

RESUMEN

La organización del tratamiento se basa en el concepto de salud y enfermedad. El tratamiento de adolescentes psicóticos solo se puede basar en un concepto verdadero de la realidad. Por desgracia la realidad cotidiana en las sociedades actuales se basa en la competencia, uso del poder e información engañosa donde la gente ya no puede saber qué es y qué no es real. Sin embargo esta realidad se considera normal. Este artículo esboza cómo se puede evitar la alienación de los propios sentimientos. El tratamiento de los adolescentes psicóticos solo puede tener éxito si ellos pueden sentir que los terapeutas y el tratamiento personal comparten una realidad en la que son respetados los sentimientos genuinos, donde la educación no es todo sino que también influye la empatía. PALABRAS CLAVE: creatividad, realidad, continuidad del cuidado, intervención inmediata, organización creativa

ABSTRACT

ESSENCE OF PSYCHOSIS AND ORGANIZING AN ADOLESCENT TREATMENT PROGRAM. The treatment organization is based on the concept of health and illness. The treatment of psychotic adolescents can be based only on true concept of reality. Unfortunately the everyday reality in the present day societies is based on competition, power using and misleading information where people can no more feel what is true and what is not. However this latter reality is considered as normal. This article outlines how alienation from ones own feelings can be prevented. Treatment of psychotic adolescents can succeed only if they can feel that the treatment personnel and therapists share a reality where genuine feelings are respected, where education is not enough but also empathy prevails. Where adolescent's needs for immediate intervention, continuity of care and intensive psychotherapy are fulfilled. KEY WORDS: creative reality, continuity of care, immediate intervention, creative organization.

RESUM

ESSÈNCIA DE LA PSICOSI: ORGANITZANT UN PROGRAMA DE TRACTAMENT PER A ADOLESCENTS. L'organització del tractament es basa en el concepte de salut i malaltia. El tractament d'adolescents psicòtics només es pot basar en un concepte verdader de la realitat. Per desgràcia, la realitat quotidiana en les societats actuals es basa en la competència, ús del poder i informació enganyosa on la gent ja no pot saber què és i què no és real. Però aquesta realitat es considera normal. L'article fa un esbós de com es pot evitar l'alienació dels propis sentiment. El tractament dels adolescents psicòtics només pot tenir èxit si ells poden sentir que els terapeutes i el tractament personal comparteixen una realitat en la qual són respectats els sentiments genuïns, on l'educació no ho és tot sinó que també hi influeix l'empatia. PARAULES CLAU: creativitat, realitat, continuïtat de la cura, intervenció immediata, organització creativa.

Me gustaría comenzar diciendo porqué me parece que las guarderías e instituciones preescolares son herramientas muy importantes para la salud mental y para evitar las psicosis. En este momento estamos viviendo

en un mundo dominado por el cuidado de las cosas propias, la competición y el egoísmo. La igualdad, la solidaridad y los esfuerzos por la amistad y la paz son cada vez más raros.

* Versión adaptada de la conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Barcelona el 6 de junio de 2008.

** Médico, Psiquiatra de adolescentes. Jefe Médico de los servicios psiquiátrico de adolescentes de la ciudad de Helsinki. Emérita
Correspondencia: pirkko.turpeinen40@kolumbus.fi

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

Para la raza humana, para la humanidad es una cuestión clave: ¿estamos educando a nuestros hijos para apreciar y mantener sus sentimientos genuinos que tienen cuando nacen? Los ayudamos a crecer y los educamos con métodos interactivos que tengan en consideración sus emociones, o les enseñamos cómo deben sentir para que sean como nosotros o como nosotros deseamos que sean. Ya un poeta del siglo XVIII, Edward Young escribió: "los niños nacen como seres genuinos, pero mueren como copias".

La educación y la enseñanza autoritarias, en una sociedad autoritaria, nos hacen obedientes. Nos han formado para sentirnos culpables si no obedecemos. El trato autoritario aumenta la ansiedad. Para tolerar el miedo de ser abandonados o no ser aceptados aprendemos mecanismos defensivos psicológicos para aliviar la ansiedad. Adoptamos las reglas del método autoritario con tanta suavidad que no necesitamos experimentar ansiedad. Cuando la autoridad ha trazado el marco actuamos de manera segura dentro de un marco aún más pequeño, para estar más seguros.

Sigmund Freud vivió en una sociedad autoritaria. El describió los mecanismos de defensa y los sentimientos de culpa como logros. Sus experiencias y textos han sido muy valiosos pero también engañosos. Durante mucho tiempo han sido considerados como si describieran una totalidad cuando ellos describen una parte del cuadro total. Actualmente, en mi opinión deberíamos dar la vuelta al cuadro. Deberíamos ver que un niño nace como una persona buena, emocionalmente frágil, cuyas capacidades y valores humanos deberíamos tomar seriamente. El bebé recién nacido es un experto en sus sentimientos y los adultos que le cuidan deberían comenzar por escucharle desde el principio. El adulto no debería tratar al niño solo desde el punto de vista del adulto, sino tratar de comprender en cualquier situación lo que el niño realmente significa para que la atmósfera sea atenta y receptiva. La principal cuestión no es lo que hacemos sino cómo lo hacemos. Esta actitud cuando se adquiere y se aprende puede continuar desde la cuna hasta la guardería, la escuela o la vida laboral. La llamo *interacción creativa*.

¿Qué relación tiene esto con guarderías y parvularios?

Para llegar a ser un niño saludable, y más tarde un

adulto, se necesita una educación creativa. En una familia o una cultura autoritaria el niño desarrolla fuertes defensas y sentimientos de culpa. Es capaz de cuidar de sí mismo, competir y tener logros. Sin embargo, no dispone de sus genuinos sentimientos profundos. El no siente como realmente se siente. Tampoco siente lo que los otros sienten y cómo es la realidad.

En el libro *Adolescencia. Creatividad y psicosis* (1) describo en detalle cómo ocurre el proceso de alienación de los propios sentimientos y cómo una educación creativa protege los sentimientos genuinos. Existen familias ideales que pueden asegurar un crecimiento creativo por la conducta prudente del padre y de la madre. De una manera sensata pueden tratar de inhibir la formación de dependencias profundas pero el riesgo es grande. Por esa razón existen instrumentos para hacer prevalecer la creatividad y la verdadera realidad.

El instrumento número uno es que haya varios adultos en presencia del bebé recién nacido. Así el bebé puede experimentar en su vida cotidiana diferentes modos de presencia. Más tarde podrá sentir de qué manera se siente mejor. Puede comparar y elegir desde el inicio. Así la dependencia de una persona, en general la madre, no es un destino. El sentimiento de seguridad puede lograrse con diferentes tipos de personas. La dependencia de una persona no puede ser utilizada como un medio de condicionar al niño en un mundo irreal que le ata a su madre. Si el niño puede ser activo para formar su propio mundo, usando sus sentimientos, puede sentirse a sí mismo y a quienes le rodean tal como son, no como se le ha enseñado que son.

El instrumento número dos son las relaciones entre iguales. También los bebés las necesitan. Un bebé se comunica con otro en un "lenguaje" totalmente diferente que con los adultos. Cuando un bebé observa a otro habitualmente se pone alerta y despierto. Trata de comunicarse con todos sus medios. La impaciencia es mayor que con los adultos. En una relación entre bebés los sentimientos están plenamente desplegados. Qué pérdida de capacidad cuando las familias no han sido orientadas a darse cuenta de la importancia de las relaciones entre iguales.

El instrumento número tres es el nuevo papel del padre. El padre puede asumir el papel de un cuidador físico y emocional. No es capaz de amamantar, pero muchas madres tampoco. El detalle más importante es el tiempo que se pasa con el bebé. Si el padre garantiza

tanto sus posibilidades de estar presente como la madre, desarrolla las mismas cualidades psicológicas interactivas hacia el bebé que la madre. Se ha mostrado que la capacidad de cuidar es un proceso social y no un rasgo biológico.

De esta manera, más tarde en la vida, la guardería y el parvulario tienen los instrumentos para la creatividad si la atmósfera es atenta e interactiva. Ellos tienen nuevos cuidadores adultos y tienen relaciones entre iguales. Pueden fortalecer las pequeñas capacidades del niño pequeño para sentir sus propios sentimientos, hacer elecciones y establecer relaciones humanas propias en vez de otras ya dadas. La colaboración constructiva entre los padres y el equipo da una visión más realista del niño.

En mi opinión todos estos detalles refuerzan la estabilidad emocional saludable de la persona y el verdadero sentimiento de realidad, mientras que la educación tradicional autoritaria aliena a la persona de sus sentimientos genuinos y enseña una realidad que no es verdadera sino fabricada. La realidad fabricada solo puede beneficiar a quienes disfrutan con el uso del poder.

El mayor problema entre estas dos realidades es el hecho que la realidad alienada es considerada real en sociedades donde se utiliza el poder autoritario. La historia, la política, las escuelas, la mayoría de los medios reflejan entre otras cosas la realidad alienada como verdadera. Una persona consciente de sus propios sentimientos y de la verdadera realidad que le rodea está en minoría. La mayoría tiene defensas que sostienen su creencia en su propia realidad y rechazan la realidad de la minoría. Como la mayoría ha perdido la capacidad de sentir empatía hacia sí mismos y hacia los otros, no ven ninguna razón para ver la realidad con los ojos de la minoría. Como la realidad alienada se declara verdadera, hay individuos de la minoría que no pueden tolerar los métodos con los cuales la mayoría utiliza el poder para probar que tiene razón. La mayoría no da posibilidades a los individuos sensibles para seguir plenamente con sus vidas. Los obstáculos pueden provocar la necesidad de una vida aislada o, en algunos casos, puede conducir a la psicosis como resultado final.

¿Cómo llegamos a organizar los servicios psiquiátricos para adolescentes en Helsinki?

Comencé mi trabajo en psiquiatría tratando pacientes

adultos psicóticos en una comunidad terapéutica en la clínica universitaria de psiquiatría de Helsinki. Al mismo tiempo empecé a tratar pacientes psicóticos en psicoterapias individuales, así como en terapias familiares. Mi supervisora fue Kauko Kaila, analista existencial formada en Suiza. En la década de los sesenta la mayoría de los terapeutas consideraba que los pacientes psicóticos no eran adecuados para una psicoterapia.

Este proceso se interrumpió durante un año en los Estados Unidos donde investigué sobre la dependencia a las drogas en un servicio de guardia y ambulatorio de pacientes adolescentes de sustancias tóxicas. De vuelta a Finlandia continuó mi interés por las psicosis clínicas y realicé un estudio en escolares que durante un año eran interrogados por la policía de narcóticos de la ciudad de Helsinki. Más tarde llevé a cabo un estudio de seguimiento de veinte años de este grupo de 119 escolares para ver cuáles eran los factores de riesgo con los que se podía predecir buenos o malos resultados durante esos 20 años. Durante el tiempo del estudio primario ingresé como empleada del departamento de bienestar infantil de las oficinas médicas sociales. Eso significó que empecé como consultante de siete instituciones en las que se trataban los llamados niños y adolescentes con conductas antisociales. Allí aprendí mucho sobre las comunidades terapéuticas para adolescentes con conductas antisociales, acerca del significado de democracia y amor en dichas instituciones. Aprendí a conocer diferentes tipos de directores, psicólogos e instructores y aprendí a respetar su trabajo.

Entonces fui invitada a dirigir la unidad hospitalaria psiquiátrica para niños y adolescentes de Helsinki. La unidad tenía dos guardias hospitalarias, una para adolescentes y una para niños. Tenía funciones ambulatorias marginales y por costumbre enviaba a los adolescentes psicóticos a un hospital psiquiátrico de adultos, distante y que no era adecuado para un servicio orientado psicoanalíticamente. La unidad había llegado hasta la desoperación pues recibía una avalancha de pacientes difíciles, drogadictos, psicóticos y jóvenes con conductas antisociales.

En el libro citado se describe cómo el equipo se opone a aumentar el ingreso de pacientes psicóticos y cómo fue tratada esta oposición. Cómo de modo gradual nos hicimos cada vez más capaces de tratar adolescentes psicóticos. En un periodo de cuatro años planificamos y pusimos en marcha un servicio hospitalario de

nueve camas dedicado únicamente a pacientes psicóticos y el tratamiento de los niños fue transferido a otro hospital.

Para cambiar la mentalidad del equipo, desde un grupo tradicional autoritario hacia una unidad afectuosa y creativa, tuvimos que desarrollar un programa continuo de desarrollo ocupacional. Este incluía grupos de estudio semanales, supervisiones individuales y grupales, y encuentros de trabajo democráticos una vez al mes. Dos veces por año teníamos un seminario de un día sobre desarrollo con supervisores experimentados en procesos de trabajo con equipos.

La psiquiatría del adolescente formó parte de una mayor organización dentro de la psiquiatría. Había sentimientos mezclados acerca de los adolescentes "problemáticos" a quienes se trataba de una manera elitista. Comencé un proceso con un grupo de psiquiatría de adultos para estudiar cómo ésta podría brindar más recursos para tratar mejor a sus pacientes. Llegamos a desarrollar un nuevo plan para procesar los ingresos de emergencia en el que cada paciente recibía un procedimiento de admisión psicoterapéutico. Esto requirió 16 nuevos psicólogos solo para esa tarea. Con la ayuda de un miembro del gobierno de Finlandia, el hospital pudo obtener estos psicólogos fuera del presupuesto. Así, para la psiquiatría de los adolescentes encontramos buena voluntad dentro del hospital.

Con el fin de desarrollar un buen tratamiento para adolescentes psicóticos se necesita un equipo vivo y creativo que empatices con los pacientes y sus necesidades. Pero no es suficiente que el propio equipo sienta y pueda responder a esas necesidades. También el ambiente más amplio que influye en la unidad adolescente tiene que trabajar en la misma dirección. Se ha de informar a la administración de la salud en Helsinki, al consejo político de salud, nuestro interés en las cuestiones sobre las que deben tomar una decisión. En mi caso, como miembro durante 15 años del consejo de la ciudad de Helsinki, di información sobre la necesidad de facilitar los tratamientos. Las buenas relaciones y la colaboración con las organizaciones juveniles de la ciudad, de trabajo social y bienestar infantil, bibliotecas y locales deportivos fueron vitales. La biblioteca organizó grupos de poesía, nuestro equipo terapias musicales y de natación, una unidad de terapia vocacional, así como también fisio y arte-terapia individual y grupal. El equipo responsable de estas funciones era interactivo con

nuestro equipo de enfermería. Además de mi equipo de supervisiones tenía encuentros individuales con muchos de estos terapeutas. Participaba en la elección de nuevos psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales con el jefe de cada sector porque estaba convencida que era muy importante saber qué tipo de persona trabaja en nuestro servicio aunque yo no fuese su jefe profesional. En un encuadre psiquiátrico la enfermera jefe está a la cabeza de la jerarquía de las enfermeras, si bien el jefe médico es el responsable de la calidad de la psiquiatría. Me pareció importante tener reuniones semanales con la enfermera jefe para tener una dirección común en el desarrollo del tratamiento psiquiátrico de adolescentes.

Los pacientes psicóticos son muy sensibles a las discrepancias entre los miembros del equipo. El sentimiento de aceptación cálida en la sala solo puede crearse con la buena colaboración de los miembros del equipo. Se puede observar que muchas de las posibilidades de tratar adolescentes frágiles, depende de poder modelar el ambiente para dar espacio a un tratamiento tranquilo. Con frecuencia me sentía como director médico sin un espacio propio. Era mi responsabilidad encontrar los medios para hacer que el entorno comprendiese la importancia de ofrecer un tratamiento especial y que no interfiriese con aspectos que pudieran impedir el tratamiento. Al mismo tiempo era necesario para mí sostener al equipo para entender la esencia de la psicosis y de los seres humanos dentro del caos, y así poder desarrollar la calidad del tratamiento.

Como había tenido experiencia en tratamientos de pacientes psicóticos con psicoterapia, cuando se pensó que no funcionaba continué haciendo mi trabajo de toda la vida. También tratamos con psicoterapia y con compasión pacientes esquizofrénicos muy difíciles. Nuestro esquema terapéutico tenía cuatro puntos principales.

1. Intervención inmediata
2. Continuidad del cuidado
3. Psicoterapia
4. Clozapina con precaución y como monoterapia

No es posible describir en detalle cómo tuvo lugar nuestro proceso de desarrollo a lo largo de los años. Sin embargo me gustaría decir algo acerca del significado de las "puertas cerradas" en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Durante años traté de modificar o cambiar las estructuras que hacen difícil el buen tratamiento humano de

pacientes psicóticos. Algunas de esas dificultades eran las "puertas cerradas". Con frecuencia en los encuadres tradicionales el equipo de enfermería deja que las puertas den la protección y el tratamiento, mientras ellas hacen "cosas más importantes" como llenar los informes de los pacientes o discutir los casos con los médicos.

Traté de mostrar que en el tratamiento de pacientes psicóticos la cosa más importante es el contacto. En una sala de hospital lo que cura es el contacto, no las puertas cerradas. Un verano comencé a organizar un campamento para el personal y los pacientes. Todo el personal de guardia, con su equipo, se mudó durante una semana a una hermosa casa modernista de madera en las afueras de Helsinki. Así la sala para pacientes psicóticos adolescentes del hospital permaneció cerrada esa semana. El edificio modernista estaba en una roca, rodeado por el mar abierto y un viejo jardín con árboles antiguos, vastos campos, con medio kilómetro de distancia hasta el camino más cercano hacia la ciudad. No había puertas cerradas ni portones ni vallas. Había un lavabo exterior de madera a 50 metros del edificio. Los chicos dormían en una habitación y las chicas en otra. El equipo trabajaba por turnos, como en la ciudad, y se quedaban en el área común cuando los pacientes dormían. La comida venía en furgonetas desde el hospital pero buena parte del trabajo de cocina y horno se hacía en la casa. En el patio había una barbacoa y con frecuencia se hacían panqueques. Las comidas ordinarias se hacían mayormente en torno a grandes mesas afuera, en el jardín muy bonito. En la orilla del mar había una sauna de madera que se calentaba diariamente.

Allí traté de ayudar al equipo de enfermería a sentir lo que significa que la seguridad de los pacientes dependa de uno mismo, cuando no se dispone de métodos físicos, como las puertas para que cuiden de los pacientes. Lo primero es darse cuenta que es el contacto mental el que da la verdadera seguridad, una seguridad voluntaria y productiva. En una casa donde las puertas están abiertas hay que estar seguro desde el principio que el paciente está a la vista y que la distancia física que nos separa de él es adecuada. El no tratará de escapar o de hacerse daño. Al principio se acompaña al paciente al lavabo, se espera afuera y se le acompaña a volver a la casa o al jardín de acuerdo a donde le apetezca estar. Hay que estar físicamente cerca del paciente. Cuando el contacto tiene más contenido, se da un mejor conoci-

miento y se desarrolla una mutua confianza. Poco a poco se puede sentir cómo cada miembro del equipo ha internalizado el significado y la calidad del contacto. Se siente como si funcionara una red de contactos, mientras los pacientes pueden estar sentados en el mar y las enfermeras en la casa. Puede percibir los cambios y las reacciones del equipo frente a lo que pasaba con el paciente. Los procesos de acción y reacción eran muy reconfortantes. El equipo estaba muy alerta. Sólo de este modo se puede afirmar realmente que se tiene una relación con el paciente. Sólo de esa manera se puede aprender poco a poco a conocer al paciente. El contacto intenso funciona como un puente de confianza a través del cual el paciente adquiere la fuerza para trabajar sobre sus sentimientos e ideas y reforzar gradualmente su identidad. Una puerta impide que se forme esa relación. Una enfermera que "se apoya" mentalmente en la puerta no le brinda toda su atención a las diversas necesidades del paciente.

El ambiente libre libera también al equipo. Jugando con los pacientes, nadando, haciendo saunas, pescando, todo eso aporta una atmósfera relajada para las discusiones. Fue fácil para los amigos y miembros de la familia juntarse en las reuniones de grupo y en las barbacoas. Las discusiones eran mucho más fáciles pescando juntos que en una oficina de una sala del hospital. La distinción entre salud y enfermedad se hizo menos clara. Todos eran sólo seres humanos.

En el primer verano se discutió mucho acerca de si era posible admitir una chica esquizofrénica. La paciente tenía tendencia a escaparse. Sugerí, sin embargo, que la acogiésemos. Debido a esta ligera oposición tenía que acompañar a esta chica por el camino del bosque para comprar helados, ninguna de las enfermeras se ofrecía. Algunos otros ligeros signos de desacuerdo se podían percibir durante el primer campamento de verano. Pienso que este tipo de experiencias concretas como el campamento de verano producen cambios permanentes en las actitudes del personal encargado del tratamiento. El proceso de aprendizaje cambia al personal de una manera fructífera.

El verano siguiente hicimos un campamento de dos semanas. Todo el equipo preparó con entusiasmo esas semanas. También ingresamos nuevos pacientes directamente en esas condiciones abiertas; como en la primera experiencia habíamos tratado nuevos pacientes en habitaciones especiales para adolescentes, en una sala hospi-

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

talara de adultos. Una paciente nueva había necesitado una enfermera solo para ella para garantizar su seguridad. Pensamos que no podríamos tenerla. Sin embargo su madre, inteligente y colaboradora, se ofreció a venir al campamento para acompañar a su hija el tiempo que fuese necesario. Así ese verano tuvimos una madre como miembro del equipo.

Cuando volvimos al trabajo en las salas cerradas fue posible desarrollar más la comunidad. Ante todo estábamos convencidos que en una sala para adolescentes psicóticos solo podían ser tratados pacientes psicóticos o depresivos. Como tenía bastante experiencia en el tratamiento de los llamados adolescentes con conductas antisociales, sabía que la mejor comunidad para tratarlos era muy diferente de una sala de pacientes psicóticos. En todas partes los pacientes adolescentes psicóticos deberían tener derecho a ser tratados en salas especialmente diseñadas para ellos.

A menudo instructores de las instituciones de bienestar infantil traían los problemas de sus adolescentes a la clínica psiquiátrica ambulatoria para ser tratados en las salas cerradas para adolescentes. No los aceptamos, pero en cambio mantuvimos una reunión con el instructor, un joven con su equipo. Tratamos de encontrar los puntos que habían causado los problemas en la institución. Le mostramos que los instructores son los especialistas y los mejores para ayudar a los adolescentes. Para añadir a su trabajo el punto de vista psiquiátrico le ofrecimos consulta a siete de las instituciones más difíciles o casas de bienestar infantil. Comenzamos consultas continuas donde nuestros psiquiatras disponían de una institución propia para consultar una vez por semana. Después de algunos años hicimos un intercambio con el equipo de enfermería. Tres de nuestras enfermeras fueron a trabajar en turnos a una de las casas de bienestar infantil y tres de sus instructores vinieron a trabajar en nuestras salas de ingresos. Este intercambio aumentó el respeto de cada uno hacia el trabajo de los otros y el sentimiento de amistad y colaboración entre la psiquiatría adolescente y bienestar infantil.

Después de algunos años comenzamos a planificar una unidad común para ingresos de emergencia y evaluación de adolescentes que no podían estar en un lugar, pues huían y se escapaban de casa y de la escuela. Esta era una unidad dirigida en conjunto por dos organizaciones. Un día por semana uno de nuestros psiquiatras trabajaba allí y también había en el equipo dos enferme-

ras pagadas por nosotros y el resto eran instructores pagados por la oficina de bienestar infantil. Planificar y dirigir esta unidad enseñó mucho a ambas organizaciones.

A través de esta colaboración con bienestar infantil se pudo organizar un espacio para adolescentes psicóticos y depresivos con el fin de que pudiesen ser tratados en una atmósfera especialmente adecuada para ellos. Por supuesto que tuvimos como pacientes ambulatorios muchos adolescentes que estaban viviendo en casas de bienestar infantil y bajo tratamiento psicoterapéutico en nuestras clínicas. Sentíamos la responsabilidad hacia todos los adolescentes entre trece y diecinueve años que eran ciudadanos de la ciudad de Helsinki, un total de 38.000.

Las psicosis de los adolescentes a menudo son diferentes de las psicosis de un adulto. También el tratamiento tiene rasgos especiales

Ante todo un adolescente necesita protección. La actitud del equipo necesita ser cuidadosa y responder inmediatamente a la búsqueda de tratamiento del paciente, tal como comentaré a continuación.

La intervención inmediata en nuestro servicio significaba que uno de nuestros siete psiquiatras estaba de guardia cada día durante las horas de oficina. Todas las supuestas llamadas de emergencia se le dirigían a él. Tenía derecho a derivar al paciente a un determinado equipo. Habitualmente él mismo veía al paciente de manera ambulatoria en su clínica externa o donde el joven estuviese. A partir de entonces el paciente era suyo y del equipo. Esta conexión duraba mientras el paciente necesitara de servicios psiquiátricos para adolescentes.

Si el paciente había llegado a la unidad de emergencia del hospital general de la Universidad, por ejemplo por un intento de suicidio, la enfermera llamaba a nuestro psiquiatra de guardia o, después del horario de oficinas, a la enfermera de la sala. El psiquiatra visitaba la unidad de urgencias el mismo día y entrevistaba al paciente y su entorno. De esta manera el tratamiento empezaba inmediatamente por parte de nuestro servicio, aunque el hospital universitario fuese una organización diferente. Estuve de acuerdo con este procedimiento después de que el cirujano jefe del hospital universitario se diese cuenta que este modo de hacer las cosas era -de manera oficial en un 100%- lo mejor para el paciente.

Durante los fines de semana y las noches la clínica psiquiátrica de pacientes ambulatorios adultos permanecía de guardia y atendía también adolescentes. La clínica externa llamaba a una de nuestras enfermeras de sala para que estuviese presente en la entrevista con el médico de guardia. De esta manera el tratamiento psiquiátrico de los adolescentes empezaba aunque nuestro psiquiatra viese al paciente y sus allegados en las primeras visitas de la mañana.

El adolescente está en un proceso de encontrar su propia identidad. Cuando una persona joven se psicotiza, existe una discrepancia entre sus fuerzas y sus demandas de un mayor crecimiento. Sus esfuerzos pueden estar dirigidos hacia direcciones diferentes de las de sus padres o un familiar importante. Puede estar luchando hacia algo más genuino e independiente que antes cuando era más conformista. Pero puede ser que no tenga instrumentos suficientes para hacer esa elección diferente. Puede tener amigos o algunos adultos que le conocen y dan más información acerca de las contradicciones en su mente. Por eso es importante preguntar al adolescente quién le conoce mejor y a quién le gustaría llamar para hablar junto a él con el equipo.

El deslizamiento a la psicosis significa una inmensa pérdida de confianza. El adolescente psicótico ha perdido su confianza en la gente y en la sociedad que le rodea. Toda comunicación o contacto puede ocasionarle un dolor inmenso. El umbral de tolerancia al dolor ha sido sobrepasado y el adolescente está en su propio mundo. Ha tenido que abandonar sus sentimientos, el lenguaje aprendido y toda la lógica de causa-efecto. Sólo se puede defender de esa manera y evitar que nuevas comunicaciones dolorosas y envenenadas se deslicen dentro de su mundo vulnerable. La psicosis es una defensa. Sólo un psicoterapeuta que sienta y se de cuenta que el adolescente se defiende de manera comprensible y justificada, puede ayudarlo. En contraste, un psiquiatra o enfermera que experimente el estado del adolescente como una enfermedad diagnosticable a la que se diagnostica y se trata de acuerdo a sus criterios se mueve en un nivel superficial y mecánico.

La psicosis es sentida a menudo con alivio. Un alivio por una ansiedad de larga duración, de sentirse mal entendido y maltratado. En tales psicosis el deseo de abandonarse a sí mismo a flotar en ella y vivir sin resistencias es muy grande. Por otro lado la psicosis contiene también aspectos inquietantes. Dejar al joven "des-

cansar" en la psicosis no es un buen tratamiento alternativo. Si permanece mucho tiempo puede volverse crónica, determinarse biológicamente y convertirse en un inútil desde el punto de vista de la creatividad y el progreso. Para sobrevivir mentalmente y quedar rehabilitado es importante poder evitar el dolor que producen los sentimientos y la memoria. Evitados y almacenados hasta el momento en que puedan ser compartidos y recibidos por un terapeuta comprensivo y afectuoso. Para poder tolerarlos y examinarlos juntos.

La cualidad más importante de un terapeuta es que viva en la realidad de los sentimientos genuinos. Si, por el contrario, vive en la llamada realidad conformista y en los valores de la mayoría de las personas, será incapaz de ayudar verdaderamente a una persona psicótica. Puede estar ayudando al adolescente mecánicamente pero no en profundidad y con sentido. Me preocupa la expansión de explicaciones biológicas mecánicas de la psicosis y de la esquizofrenia porque conduce a tratamientos mecánicos y actitudes indiferentes hacia el dolor humano y la injusticia.

Es importante reunirse con los miembros de la familia. Tan importante como no forzar al paciente a confrontaciones excesivas con los padres, a menudo los padres tienden a creer que saben cómo es su hijo y tratan así de proyectar esa creencia en él, incluso cuando el adolescente pueda sentirse muy diferente. El motivo de la terapia no es provocar tensión extra en el paciente. La terapia individual y el apoyo es el núcleo del tratamiento adolescente. En nuestro servicio tratamos de ver a los padres también individualmente. Las historias vitales de los padres pueden revelar a veces traumas que no eran conocidos o sentidos por los padres. Sólo después de tratar con ellos suele ocurrir que los padres empiezan a dar más independencia a los adolescentes. En psiquiatría de adultos el paciente a menudo vuelve a la casa familiar y a su trabajo. A menudo tiene una familia secundaria y no vuelve a la casa de su infancia.

Los adolescentes en Finlandia marchan de casa generalmente a los dieciocho años. El equipo les ayuda a establecer las estructuras de su futuro porque sus intenciones no incluyen el proceso de retorno. El proceso de tratamiento debería también ayudar al adolescente a ser física y mentalmente capaz de marcharse de casa. De esa manera, al mismo tiempo que la psicoterapia le prepara para encontrar su identidad y sus fuerzas, el resto del equipo y del trabajo social debería ayudarlo a encon-

Esencia de la psicosis: organizando un programa de tratamiento para adolescentes

trar una escolarización adecuada y condiciones de vida que ayuden al éxito de la psicoterapia.

La organización privada de la ciudad de Helsinki compró una casa que habíamos encontrado para nuestros pacientes psicóticos. La casa funcionaba como residencia temporal para cuatro adolescentes a la vez. Una pareja formada en el trabajo con jóvenes funcionaba como padres. Un paciente puede estar allí aproximadamente entre medio año y un año y medio. Durante ese tiempo él o ella pueden acudir a una escuela o al trabajo y mientras viven allí se prepara el siguiente paso de su vida independiente. Este es un ejemplo de psiquiatría adolescente que no es solo psiquiátrico sino un conjunto de esfuerzos que se apoyan mutuamente. La independencia económica no es un detalle menor.

El principio de continuidad de los cuidados garantiza que el mismo psiquiatra y su equipo que comenzaron el tratamiento del paciente lo cuiden a lo largo del proceso terapéutico. Este psiquiatra cuida al paciente ambulatoriamente y también en la sala del hospital, cuando se requiere un ingreso. De esa manera el adolescente y su entorno no necesitan repetir su historia muchas veces. Así el adolescente tiene el sentimiento de seguridad y confianza y el equipo forma un grupo de apoyo que le acepta tal como es.

La psicoterapia se ofrecía gratuitamente a cualquiera que la necesitara. Logré garantizar para nuestro presupuesto una cantidad de dinero con la que se pudo pagar una psicoterapia del sector privado. En nuestro servicio la mayoría de los médicos y enfermeras y psicólogos habían pasado por una formación en psicoterapia de adolescentes orientada psicoanalíticamente durante tres años. Alguno llevaba seis años de formación y algunos hacían formación en terapia cognitiva. Nuestros propios terapeutas tenían larga experiencia en terapias de pacientes psicóticos y *borderline*. Al principio derivamos los pacientes menos complicados a los terapeutas privados pero con el tiempo ambos trataban también casos difíciles. En el libro sobre *Adolescencia, creatividad y psicosis* describo todo esto. También describo el proyecto de psicoterapia para 10 pacientes esquizofrénicos para quienes los seguros sociales del gobierno no pusieron límite de tiempo para pagar los gastos. Así pues, las terapias podían durar hasta cinco años. La negociación duró tres años.

Pensamos que la *Clozapina* es la mejor medicación para los estados psicóticos agudos y, también, para la

esquizofrenia. Algunas indicaciones nuevas han restringido su uso en las fases iniciales, pero en el tiempo en que trabajaba lo usábamos incluso en casos agudos sin utilizar antes los antiguos antipsicóticos. Nos parecía inmoral tratar primero con una medicación que le produce al adolescente efectos colaterales problemáticos. El uso inmediato de Clozapina dio buenos resultados y con frecuencia se podía suspender la medicación después de algunas semanas.

Los efectos antidepresivos y ansiolíticos de la Clozapina ayudan a los adolescentes a comenzar a trabajar con sus terapeutas de modo provechoso. Disponíamos de un hematólogo en nuestro equipo complementario. Con su ayuda diseñábamos tratamientos a medida. Podíamos evitar, así, las actitudes negativas hacia las medicaciones que causaban fácilmente otros fármacos antipsicóticos. Entendemos, sin embargo, que la elección de la medicación depende, por supuesto, de la experiencia y las convicciones de cada médico. Mi convicción es que yo nunca prescribí psicofármacos que producen dependencia como el diazepam.

Traducción del Dr. Guillermo Bodner

Notas

- (1). TURPEINEN - SAARI, PIRKKO (2007): *Adolescencia, creatividad y psicosis*, Barcelona, Herder.
- (2). LIER, LENE (1982). Discurso y video, Conferencia Nórdica sobre Psiquiatría Infantil.