

Un camino de vuelta

El tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento



Dr. Alfonso Rodríguez

A nuestros enfermos,
por su infinita paciencia
al intentar enseñarnos cada
día lo difícil que resulta
estar al otro lado de la mesa.

Dr. Alfonso Rodríguez

Editorial Glosa

Ronda de Sant Pere, 22, principal 2.^a - 08010 Barcelona

Teléfonos: 932 684 946 / 932 683 605 - Telefax: 932 684 923

E-mail: glosa@abaforum.es

www.editorialglosa.es

Coordinación editorial

Benito Hellín

Dirección artística y producción

Gemma Boada

Ilustración

Manuel Puyal

ISBN: 84-7429-199-2

Depósito Legal: B-29.087-2004

Soporte válido

© Editorial Glosa

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

Un camino de vuelta

El tratamiento de la esquizofrenia
y su cumplimiento

Dr. Alfonso Rodríguez

Prólogo

Al solicitarnos el autor de la presente publicación, amigo Dr. Rodríguez, un prólogo a ésta, lo primero que valoramos desde la Confederación FEAFES, es que no puede ser casualidad el que cada vez interese más y a más personas el aspecto de la continuidad de los tratamientos que precisan las personas con enfermedad mental grave y crónica.

Y es que, lo que hasta hace poco tiempo era considerado para muchos un tópico –que “las personas con enfermedad mental, con un tratamiento adecuado, pueden llevar una vida normalizada”–, y era para nuestra organización la principal reivindicación y nuestra razón de ser, hoy ha dejado de ser un tópico para ser una realidad. Y así casi todos ya conocemos, ya conoce el resto de la sociedad, casos (realidades) en el que las personas con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, participan y disfrutan de forma normalizada de actividades formativas, laborales, culturales..., siempre y cuando se disponga de los tratamientos integrales adecuados.

La medicación es un puntal del tratamiento integral, una condición imprescindible para la eficacia de cualquier otra terapia, al contribuir a la estabilidad y control de los síntomas y a la reducción drástica de posibles recaídas, con el deterioro personal que éstas suponen, sin obviar las repercusiones que se generan en el ámbito sanitario y social.

Las familias, y por extensión este movimiento asociativo que representa la Confederación FEAFES, sabemos que somos un elemento decisivo e influyente en el tratamiento que nuestros familiares con enfermedad mental grave precisan, y desde nuestro papel (de cuidador, terapéutico, garante de sus derechos, etc.) consideramos que debe garantizarse el acceso universal a los mejores tratamientos, deben ampliarse recursos de toda índole en la investigación y estudios cualitativos de las consecuencias de los tratamientos y deben actualizarse y adecuarse a la realidad social las disposiciones y medidas de protección legal.

En este último sentido de garantía legal, quiero aprovechar la ocasión para hacer referencia a la reforma legislativa, que se promueve desde la Confederación, de ampliación del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en relación con el “tratamiento no voluntario ambulatorio por razón de trastorno psíquico” que estamos seguros contribuirá de manera eficaz al ejercicio del derecho a la salud, con la máxima protección de otros derechos fundamentales, asegurando además una rentabilidad económica y una eficiencia del sistema sociosanitario y sobre todo que las personas afectadas por un trastorno mental grave van a beneficiarse de las consecuencias de los mejores tratamientos por su continuidad porque, como decíamos al empezar, la continuidad de los cuidados es hoy por hoy la garantía de nuestra calidad de vida.

Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES

Índice

Introducción	9
Capítulo 1	
¿Es una enfermedad la esquizofrenia?	11
Capítulo 2	
¿Tiene cura la esquizofrenia?	16
Capítulo 3	
¿Puede la química cambiar el pensamiento?	18
Capítulo 4	
¿Por qué es importante el tratamiento?	21
Capítulo 5	
¿Peor el remedio que la enfermedad?	27
Capítulo 6	
La enfermedad da un sentido a mi vida	33
Capítulo 7	
¿Cualquier opinión vale?	36
Capítulo 8	
Mi médico no me inspira confianza	38
Capítulo 9	
¿Drogas? No, gracias	41
Capítulo 10	
¿Hasta que la muerte nos separe?	45

Capítulo 11	
Un camino de vuelta a la normalidad	50
Conclusión	53
Asociaciones de familiares y enfermos mentales	55

Introducción

A principios del siglo **xxi** nos sorprenden varias paradojas de éstas que ponen en entredicho la grandeza y la coherencia del ser humano y que nos incumben por igual a quienes estamos a ambos lados de la mesa: los que por una u otra causa han perdido la salud y los que dedicamos nuestra vida a buscar caminos para recuperarla.

- Hoy día se registran más patentes en el mundo sobre cosmética y medicina estética que sobre remedios para las enfermedades que siguen devastando la vida de millones de personas como la malaria o el SIDA.
- Sólo el 15 % de la población mundial se beneficia de los nuevos medicamentos que aporta la moderna investigación farmacológica.
- El enorme esfuerzo desarrollado en un gran número de laboratorios farmacéuticos por descubrir nuevas moléculas con mecanismos de acción más específicos, capaces de llegar con mayor precisión a las células responsables de las enfermedades, queda olvidado en la mesilla de noche del paciente en más del 50 % de los casos sin que esas maravillas de la tecnología consigan alcanzar jamás su objetivo terapéutico.

Algo debemos hacer mal los que formamos la cadena que va desde el laboratorio hasta las células enfermas del paciente para explicar esta última paradoja.

Las estadísticas no dejan lugar a dudas: más de la mitad de los pacientes que padecen enfermedades crónicas, es decir, los que requieren un tratamiento durante más de 6 meses, abandonan la medicación antes de lo previsto, con el consiguiente riesgo de agravamiento de su enfermedad. Y este dato no se refiere sólo a los enfermos mentales, sino a todos los que padecen cualquier afección crónica.

Podría pensarse que los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o las alteraciones graves del estado de ánimo, ya entrañan *per se* bastante desequilibrio para justificar un cumplimiento tan irregular con la medicación, pero ¿y el resto?

Los bronquíticos, los diabéticos, los tuberculosos y hasta los portadores del virus del SIDA, por citar algunos ejemplos, tampoco se lo toman demasiado en serio, a pesar de que su vida esté en juego.

El hecho de que el mal cumplimiento terapéutico sea un fenómeno tan generalizado lo convierte en el reto más importante que se plantea la medicina en los próximos 20 años. Más importante incluso que descubrir una vacuna contra el SIDA o un remedio contra la demencia senil.

Curiosamente, al ponernos a analizar las causas de tantos abandonos, descubrimos que la solución no reside en el laboratorio ni en nuevos descubrimientos, sino en algo tan sencillo como la información.

La mayoría de los pacientes no se medican porque desconocen lo que toman y para qué lo toman. Su desinformación genera desconfianza, y ésta propicia el abandono.

Estas páginas pretenden arrojar un poco de luz sobre un tema que para muchos de nuestros pacientes es oscuro y polémico: su propio tratamiento.

En los siguientes apartados intento ponerme, con todo el respeto, en la piel del enfermo y, para ello, me valgo de los ejemplos que mis propios pacientes me brindan, de los argumentos que me dan para no tomarse el tratamiento y de sus propios puntos de vista al respecto.

Mi intención es responder de la manera más llana posible a cuantas preguntas me plantean en el día a día. Seguro que me dejo algunas por lo que pido desde ahora disculpas.

1 Capítulo

¿Es una enfermedad la esquizofrenia?

No siempre es fácil para los médicos ponernos de acuerdo sobre qué es enfermedad y qué no lo es.

¿Ser tímido es una enfermedad? ¿Y ser un charlatán, lo es? Pues, depende. La verdad es que definir la frontera entre lo normal y lo anormal no siempre resulta una tarea sencilla, especialmente cuando de lo que se trata es del carácter de las personas. Lo que para un sevillano puede resultar la mar de corriente, quizá no lo sea para un catalán de Tarragona, pues la cultura influye mucho en el talante de la gente.

Sin embargo, con la esquizofrenia hay pocas dudas. Todos los médicos medianamente bien formados, en cualquier país del mundo, estamos de acuerdo en que la esquizofrenia es una enfermedad. Además, da la casualidad de que su incidencia, es decir, la proporción de casos por cada 100 habitantes, es la misma en todos los países del mundo. Eso quiere decir que se trata de una enfermedad universal que no depende de la cultura, ni del sexo, ni de las condiciones meteorológicas de cada lugar del planeta. Aproximadamente 1 de cada 100 individuos sufre esta enfermedad, viva donde viva y sea de la condición que sea.

Es cierto que los pacientes expresan los síntomas de diferente manera según su origen y su cultura. En algunos lugares, los pacientes se muestran más inhibidos y bloqueados, mientras que a otros les da por comentar sus alucinaciones. Para unos, los delirios se refieren más a la tecnología y a máquinas que controlan sus pensamientos, y otros creen que es el hechicero del pueblo quien les ha echado mal de ojo y se ha adueñado de su mente.

Para catalogar una enfermedad los médicos intentamos dar respuesta a una serie de preguntas que la definan y la diferencien de otras parecidas: ¿Cuál es su causa? ¿Qué síntomas presenta? ¿Cómo evoluciona? ¿Cómo puede diferenciarse de otras enfermedades parecidas? ¿Cómo se trata?

Capítulo 1

Si estas preguntas se aplican a una enfermedad como la tuberculosis pulmonar, podría responderse que:

- La causa es un germen denominado bacilo de Koch (Koch es el apellido del médico que lo descubrió observando al microscopio esputos infectados de pacientes tuberculosos), que suele transmitirse de un paciente a otro a través de las gotitas de saliva al toser.
- Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos, cansancio, sudor excesivo y adelgazamiento.
- Si no se trata, la enfermedad lleva al paciente a un estado de deterioro físico progresivo a medida que infiltra sus pulmones hasta consumirlo y acabar con su vida.
- Hay que diferenciarla de otras infecciones pulmonares por otros gérmenes, de algunas formas de cáncer de pulmón y de enfermedades profesionales con inhalación de polvo que daña los pulmones. Para ello se realizan radiografías, análisis de esputos y de sangre, la prueba de la tuberculina y otras que permiten confirmar el diagnóstico.
- Se trata con una combinación de varios antibióticos durante un período prolongado, de 6 a 12 meses, pues el germen es muy resistente.

Si las mismas preguntas se aplican a otra enfermedad como el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirido) podría decirse que:

- Es producido por un virus (en concreto un retrovirus) que tiene la capacidad de meterse dentro de las células que nos defienden contra las infecciones, es decir, de nuestras defensas inmunitarias, y alterar la forma de trabajar de esas células.
- Los síntomas son muy variados pero, esencialmente, dependen de la consecuencia de no disponer de un sistema inmunitario competente, lo que conlleva padecer continuas infecciones por gérmenes que habitualmente no entrañan problemas.
- Si no se trata, la enfermedad lleva al paciente a un estado de inmunodeficiencia completa con continuas infecciones, cada vez más graves, hasta que muere.



¿Es una enfermedad la esquizofrenia?



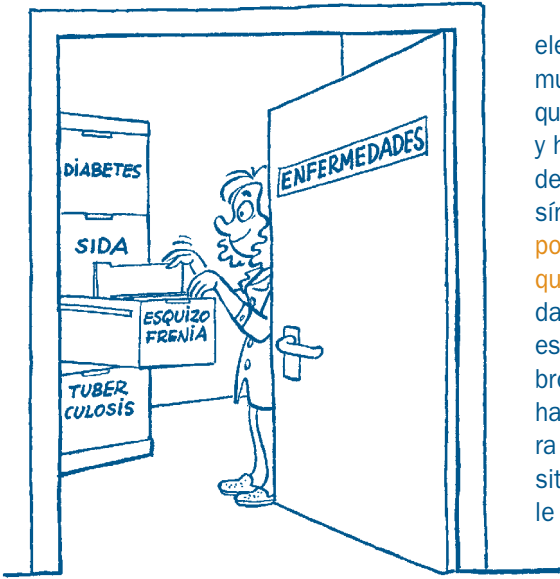
- Debe diferenciarse de otras infecciones o enfermedades que debilitan las defensas del individuo, como las leucemias, las infecciones crónicas, algunos tipos de cáncer, etc. Para ello se dispone de un análisis que identifica si la persona está infectada por el virus del SIDA, en cuyo caso se dice que es seropositivo.
- El SIDA es una enfermedad que aún no tiene curación, pero sí existen remedios basados en la combinación de varios fármacos (antirretrovirales) con los que se ha conseguido frenar el crecimiento del virus dentro de las células del paciente. Con ello se ha logrado en muchos casos alargar indefinidamente la supervivencia de los pacientes y mejorar mucho su calidad de vida.

¿Es posible aplicar las mismas preguntas a la esquizofrenia?

Probemos:

- Se desconoce la causa exacta, pero se sabe que no es una causa única sino la suma de múltiples circunstancias. Al parecer, existen algunos genes (los genes son manuales de instrucción de tamaño microscópico que guardan toda la información sobre cómo se construye y funciona el cuerpo humano y todas las células tienen una copia de dichos manuales) cuya información está dañada o es errónea, por lo que la función del cerebro que depende de esa información no se realiza correctamente. Se sospecha también de algunas circunstancias que ocurren durante la vida fetal del paciente: infecciones que sufre su madre embarazada durante los meses en los que se está formando el cerebro del feto o lesiones en el momento del parto por falta de oxígeno. Éstas pueden contribuir a que aparezca la enfermedad cuando el individuo es mayor. Todas esas circunstancias, juntas o por separado, favorecen que el cerebro de los pacientes sea más sensible a las situaciones agobiantes y que, a partir de cierta edad, el estrés se comporte como el detonante de la enfermedad.
- Los síntomas que provoca la enfermedad son de dos tipos: por un lado, los que en cierto modo conducen a que el cerebro se “invente” cosas que no existen, lo que denominamos delirios y alucinaciones, que el paciente vive y sufre como reales. En ocasiones está convencido de que Dios lo ha

Capítulo 1



elegido para ser el segundo redentor del mundo o se siente perseguido por mafias que quieren vengarse de él, oye sus voces y hasta huele el gas que introducen por debajo de su puerta para matarlo. Esos síntomas suelen denominarse **positivos** porque están de más con respecto a lo que la gente normal siente. Pero la verdadera pesadilla de muchos pacientes esquizofrénicos no está en lo que su cerebro se “inventa”, sino en lo que deja de hacer. Es como si poco a poco se volviera torpe y perezoso, incapaz de resolver situaciones que antes de la enfermedad le resultaban fáciles y naturales, como hablar con la gente, concentrarse en el trabajo o la lectura, expresar libremente sus emociones y disfrutar de la vida.

A estos otros síntomas los llamamos **negativos** pues el paciente pierde habilidades que antes tenía. No se sabe aún cuál es la causa o las causas que la originan, ni el papel que cumplen los genes y las lesiones en el cerebro del feto, pero cada día se dispone de más y mejor información. La situación no parece fácil, pues estudiar el cerebro no es como estudiar el riñón o el corazón. No es posible utilizar procedimientos muy invasivos, puesto que su estructura es muy frágil y su función muy sutil y compleja. Para ello se dispone de aparatos cada vez más complejos que empiezan a aclarar que en la esquizofrenia la química del cerebro se encuentra alterada, lo que provoca síntomas en los dos sentidos mencionados.

- Cuando no se trata, la esquizofrenia lleva al paciente a un estado de delirio permanente, aislamiento del mundo y degradación progresiva de su persona. Hay un fenómeno muy llamativo en relación con la enfermedad con tratamiento o sin éste. A mediados de los años cincuenta, cuando apenas existían remedios para la enfermedad, la mayoría de los pacientes que la padecían pasaban su vida en los manicomios, sin salir apenas de ellos. Era un camino sin retorno. Esa circunstancia provocó que la mitad de las camas

¿Es una enfermedad la esquizofrenia?

hospitalarias de un país civilizado estuvieran dedicadas a enfermos mentales graves. Con la llegada de los antipsicóticos esa cifra se redujo de manera espectacular y hoy día el número de camas psiquiátricas apenas alcanza el 5 % del total de las especialidades.

- Intentamos diferenciar la esquizofrenia de otras enfermedades que provocan delirios, alucinaciones y deterioro de la personalidad, como la psicosis por consumir drogas (se denomina psicosis cualquier enfermedad en la que el paciente pierde el contacto con la realidad), las enfermedades del estado de ánimo como las depresiones y la euforia graves, algunas paranoias y algunos trastornos del carácter.
- La esquizofrenia suele tratarse con tres tipo de remedios:
 - El primero, y quizás el más importante, consiste en medicinas que intentan reponer el equilibrio alterado en la química desajustada del cerebro y evitar en la medida de lo posible el apagamiento progresivo del carácter del paciente. La terapia electroconvulsiva o electroshock también se utiliza en casos excepcionales para tal fin, cuando la enfermedad no responde a las medicinas.
 - El segundo es mediante una terapia (psicoterapia) que ayude al paciente a soportar mejor el estrés del entorno en el que vive, a comprender su enfermedad y las razones para seguir un tratamiento y evitar tomar sustancias que pueden poner en peligro su equilibrio interior.
 - Finalmente, se intenta detener el deterioro de la enfermedad con un programa de rehabilitación que capacite al paciente para desenvolverse en un medio social, a planificar mejor su tiempo y desempeñar un oficio que interrumpió o no llegó a ejercer porque la enfermedad se interpuso en su camino.

Como puede verse, la esquizofrenia cumple con los requisitos que los médicos exigimos para definir una enfermedad. Es cierto que tiene sus peculiaridades, porque afecta a un órgano especialmente delicado como es el cerebro, pero, en el fondo, no es diferente de cualquier otra enfermedad de las que todo el mundo considera normales.

2 Capítulo

¿Tiene cura la esquizofrenia?

Para responder a esta pregunta, habría que aclarar antes qué se entiende por “cura”.

El verbo curar se refiere a devolver la salud a quien la ha perdido y eso significa poner fin a su problema, no aliviarlo ni esconderlo, sino solucionarlo. En las enfermedades breves es fácil entenderlo: si un paciente tiene una infección de orina, se le indica un antibiótico y la infección se cura. Cuando sufrimos una fractura nos colocan un yeso o unos clavos y todo vuelve a estar en su sitio como antes. Pero no siempre es tan sencillo. ¿Qué ocurre cuando estamos ante una enfermedad crónica? El ejemplo que siempre ponemos los médicos es el de la tensión o el azúcar altos. Muchos pacientes hipertensos o diabéticos hacen una vida aparentemente normal. Trabajan, hacen deporte, tiene amigos y van de vacaciones. Pero no están curados porque dependen de un tratamiento y de unas normas dietéticas para mantener sus cifras de tensión o de azúcar a raya.

Si una persona no lo sabe, nunca diría que están enfermos, pero ellos son conscientes de que no pueden saltarse el tratamiento si no quieren tener problemas. Incluso muchos pacientes que siguen estrictamente las recomendaciones de su médico pueden tener complicaciones por circunstancias imprevistas, como un sobresalto, una infección o un medicamento nuevo que altere su tensión o sus niveles de azúcar. Y, en el mejor de los casos, aunque no surja ningún imprevisto, en todos los pacientes hipertensos y diabéticos se produce cierto deterioro vascular: sus arterias se vuelven más frágiles, se endurecen y pueden sufrir algún tipo de lesión.

Y, sin embargo, la mayoría de los médicos de cabecera están satisfechos con los remedios que existen hoy día para controlar la tensión o el azúcar, a la espera del día que se sepa exactamente cuál es la causa de estas enfermedades y se disponga de un tratamiento definitivo para ellas. O sea, podamos curarlas.



¿Tiene cura la esquizofrenia?

Si somos estrictos hemos de reconocer que la esquizofrenia aún no tiene cura. Pero eso no la hace diferente de otras muchas enfermedades que tratamos hoy día sin que conozcamos exactamente la causa. Muchos tipos de cáncer, la hipertensión y la mayoría de las enfermedades degenerativas, como la demencia senil, son dolencias que intentamos aliviar sin saber aún cuál es la causa exacta que las produce.

Cuando la esquizofrenia empieza a manifestarse llaman la atención los síntomas positivos por lo extravagantes y aparatosos que resultan. Pero, a medida que la enfermedad progresa, van apareciendo los síntomas negativos, que son los que verdaderamente limitan la vida

del paciente. Cada vez que aparece una crisis en la que los síntomas positivos se acentúan se dice que el paciente sufre un brote.

¿Con los tratamientos disponibles hoy día llegamos a curar la esquizofrenia? No, no la curamos en el sentido estricto definido con anterioridad. Pero podemos lograr estabilizarla, es decir, impedir que aparezcan esos nuevos brotes, cuyas consecuencias se comentarán más adelante.

No podemos, por ahora, ser tan optimistas en cuanto a los síntomas negativos. Disponemos de medicamentos muy eficaces para evitar las crisis, pero mucho menos para frenar el deterioro. Éste se instala lentamente en la vida del paciente hasta conseguir marginarlo. Sin embargo, aunque la mayoría de los medicamentos son poco útiles sobre los síntomas negativos, recordemos que el tratamiento de la enfermedad depende no sólo de los fármacos sino también de la correcta combinación entre medicamentos y medidas rehabilitadoras y de un adecuado soporte psicológico. Y estas últimas medidas sí ofrecen resultados interesantes frente a esa tendencia al aislamiento.



3 Capítulo

¿Puede la química cambiar el pensamiento?

Carlos tiene 21 años y es estudiante de tercer curso de derecho. Está un poco agobiado porque la carrera no está resultando lo que se imaginaba. Antes de empezar pensaba que ser abogado era algo más interesante, quizá más parecido a lo que había visto en las películas. Ahora comprueba lo aburrido que resulta estudiar leyes y leyes. Se considera a sí mismo un poco romántico, le gusta la poesía, leer novelas con final feliz y tocar la guitarra. Aunque ha estudiado algo sobre el tema y sabe perfectamente que los pensamientos y las emociones se generan en el cerebro, a menudo se imagina que su cuerpo y su alma son entes separados y que los sentimientos que le despierta una buena balada o una comedia son algo completamente espiritual.

Le resulta muy frío aceptar que lo que siente cuando se emociona tenga que ver con una cascada de reacciones químicas que se producen en su cerebro.

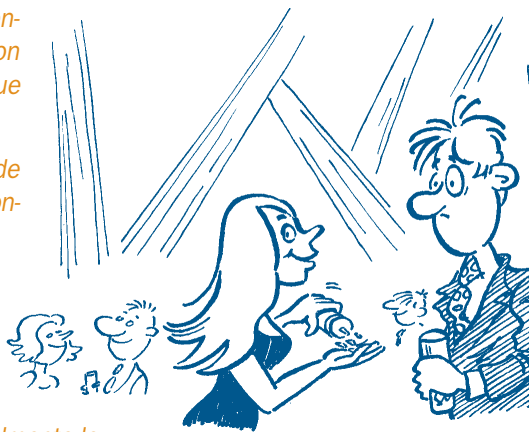
Hace dos semanas estuvo en la fiesta de fin de curso con sus compañeros y un montón de amigos invitados.

Carlos no suele tomar drogas, sólo alguna cerveza y un "cubata" en situaciones especiales. Ni siquiera fuma.

A lo largo de la noche alguien le presentó a una chica muy simpática que finalmente lo invitó a probar algo que nunca había tomado: una pastilla de éxtasis.

Al principio le asustó la idea, pero la insistencia de ella y su curiosidad lo acabaron de decidir y la tomó.

No recuerda si fue la excitación por el miedo a la pastilla, la mirada seductora de su amiga, el efecto de las cervezas y el "cubata" o el golpeo de la música en su cabeza, pero empezó a sentir que su cuerpo



¿Puede la química cambiar el pensamiento?

resonaba como si estuviera hueco. Los perfiles de las cosas se hacían borrosos y las envolvía un halo de colores que cambiaban con el ritmo machacón de la música. Finalmente, lo invadió el miedo al notar que su pulso se aceleraba, que le costaba respirar y que los ojos de todo el mundo se clavaban en él como si fuera un bicho raro. El terror acabó paralizándolo cuando empezó a oír una voz que repetía en su cabeza una y otra vez la misma frase: "Tú eres el elegido".

La fiesta acabó mal para Carlos, que permaneció 24 horas en observación en el servicio de urgencias de un hospital hasta que se serenó y volvió en sí.

Sabemos que algunas drogas tienen la capacidad de alterar nuestra manera de percibir el mundo y hacernos creer que estamos poseídos por algún espíritu extraño. Eso lo consiguen modificando el equilibrio de las sustancias que hacen posible nuestro pensamiento.

Aunque a Carlos le resulte poco romántico y demasiado frío, todo lo que pensamos y sentimos es fruto de reacciones químicas e impulsos eléctricos que corren por nuestro cerebro. Por lo tanto, si nuestro pensamiento, nuestras emociones, nuestros recuerdos, son resultado de la química, también pueden modificarse con sustancias químicas, y las drogas son un claro ejemplo de ello.

Antes mencionamos que la esquizofrenia es el resultado de un desajuste en el equilibrio químico de nuestro cerebro. Un ejemplo sencillo es lo que ocurre en enfermedades como el Parkinson. En esta enfermedad, la falta de un neurotransmisor (un neurotransmisor es una sustancia que permite que las neuronas se comuniquen químicamente entre sí), la dopamina, determina que el cerebro pierda la facultad de controlar el comportamiento de los músculos y, como consecuencia, aparecen temblor y rigidez, y las expresiones y movimientos se vuelven torpes y artificiales. Si el enfermo de Parkinson toma dopamina recupera de nuevo ese control.

En la esquizofrenia el problema es más complejo. No se trata de la carencia de una sustancia que pueda suplirse con el tratamiento. El cerebro está



Capítulo 3



especializado por zonas. Un sector controla la sensibilidad, otro el movimiento, otro las percepciones externas, otro las emociones. Y todos están en permanente comunicación a través de circuitos o haces de neuronas, también especializados. Hoy sabemos que los delirios y las alucinaciones que presenta un paciente esquizofrénico tienen que ver con un exceso de dopamina (la misma que falta en la enfermedad de Parkinson), aunque en los circuitos neuronales de otra región diferente del cerebro.

Por el contrario, la falta de voluntad e iniciativa para conseguir las metas previstas, para relacionarse y para disfrutar de los placeres de la vida, se debería a una carencia de dopamina en otro lugar del cerebro.

Aunque resulta algo simplista, puede decirse que la esquizofrenia es la consecuencia, por una parte, de un exceso de dopamina en el sector del cerebro que regula las emociones y se encarga de interpretar lo que se percibe a través de los sentidos y, por otra, de una carencia de dopamina en la región responsable de ordenar los pensamientos y lanzar la voluntad para lograr nuevos objetivos.

Como es evidente, el hecho de que la enfermedad se deba a dos fenómenos químicos contrarios, un defecto y un exceso de dopamina, complica mucho las cosas para conseguir un tratamiento eficaz.

Durante muchos años se ha contado con medicamentos capaces de frenar el exceso de dopamina y así aliviar los síntomas positivos. Pero ¿qué pasaba con los negativos? Se agravaban aún más, pues dichos fármacos no actuaban de manera selectiva, sino que lo hacían en todo el cerebro por igual.

Esa falta de especificidad y los ingratos efectos secundarios que producían son el elevado precio que han tenido que pagar los pacientes esquizofrénicos durante años hasta la llegada de una nueva generación de medicamentos, que se comentarán en próximos capítulos.

4 Capítulo

¿Por qué es importante el tratamiento?

Jorge es una de las personas más cabales que he conocido. Si te da su palabra puedes poner la mano en el fuego que la cumple. Pero lo que tiene de formal lo tiene de tozudo, y si algo no está claro para él, puedes perder la lengua dándole razones que él seguirá en su sitio hasta que lo entienda.

A los 22 años ingresó en el hospital porque estaba convencido de que un canal privado de la televisión japonesa se dedicaba a filmar cada detalle de su vida y lo emitía en capítulos diarios resumidos a las 4 de la tarde. Cuando, desesperado, rompió una figura de porcelana que su madre tenía en una vitrina del comedor, toda su familia se enteró de pronto a qué venían tantos recelos en las últimas semanas: quería descubrir dónde se escondían las pequeñas cámaras. Su padre pensó que todo era fruto de un empacho de películas y lo amenazó con echarlo de su casa si no se aplicaba más en sus estudios de magisterio y se dejaba de tonterías.

Pero la cosa fue de mal en peor. Jorge se pasaba las noches en vela hablando solo, se negaba a salir de su casa, descuidó por completo su higiene y llegó a amenazar a su familia a quien consideraba cómplice de todo ese montaje.

Un nuevo episodio de violencia, en el que acabó rompiendo el televisor con un candelabro, fue la gota que decidió a sus padres a llamar a la ambulancia y llevarlo al hospital.

Tras cuatro semanas de ingreso, Jorge parecía más tranquilo, pero aún tenía ciertas dudas con respecto a lo que había pasado en su vida en los últimos 6 meses.

Los médicos le habían diagnosticado esquizofrenia paranoide y lo estaban medicando con un antipsicótico.

El curso estaba perdido. En realidad, ya hacía meses que apenas iba a clase y no tenía claro hacia dónde encaminar su vida.

Capítulo 4

La vuelta al hogar no trajo consigo la normalidad. Había perdido el interés por todo, incluso por su afición a ir a pescar con su padre. Tampoco se matriculó del nuevo curso.



Acudía a las visitas con su psiquiatra cada mes y se tomaba una medicación que le había aconsejado para no tener nuevas crisis. Aunque no le causaba problemas, tampoco tenía clara su utilidad.

El abandono de los estudios trajo consigo la pérdida de contacto con sus compañeros de facultad, con los que salía los fines de semana que no iba a pescar.

El verano siguiente lo pasó mejor. Empezó a sentirse más animado y seguro de sí mismo, por lo que decidió aceptar un empleo en la

sección de deportes de unos grandes almacenes. La cuestión de sus estudios ya la decidiría más adelante.

Apenas tomaba medicación y acudía a la consulta de su médico cada tres meses cuando empezó a quedar con una compañera del trabajo. Comenzó a salir más, especialmente las noches del fin de semana en las que también empezó a tomar algunas cervezas. Supuso que alcohol y medicación no era una mezcla razonable y decidió por su cuenta abandonar el tratamiento.

Todo fue bien hasta que, 3 meses más tarde, volvió a tener problemas para dormir y a notar que en su trabajo los compañeros lo miraban demasiado. Incluso su novia se comportaba de manera extraña y poco natural, como si interpretara un papel.

La vieja pesadilla volvió a apoderarse de su vida. Ahora estaba convencido de que todo lo que tenía que ver con aquella relación era

¿Por qué es importante el tratamiento?

sospechoso: cómo había conocido a Sara, su novia, el comportamiento de sus amigas hacia él, incluso las frases cariñosas que le decía en la intimidad parecían parte de un guión frío y artificial.

Las voces acabaron de confirmarlo. Las mismas voces de la otra vez, quizá de apuntadores escondidos entre pasillos o pequeños altavoces con los que intentaban dirigir a los actores de aquella comedia. Esto superaba con creces a lo que le pasaba al pobre Truman en el cine (en la película El Show de Truman). Se estaban haciendo de oro a su costa sin que él viera un céntimo. Sólo un sueldo de vendedor de unos grandes almacenes por interpretar el papel más importante.

La crisis estalló cuando un cliente japonés se quedó mirándolo mientras esperaba el cambio de su compra. Jorge se encaró con él, lo amenazó y hubo de intervenir el servicio de seguridad del centro, que llamó la ambulancia.

Esta vez el ingreso fue algo más largo y le dejó un profundo sentimiento de desolación. Jorge no acababa de creer que se trataba de una recaída de su enfermedad. El médico le había asegurado que la medicación lo habría protegido, pero ¿protegerlo de qué? ¿de las cámaras de los japoneses?

Apenas 2 meses después del alta había decidido no tomar una pastilla más.

Y las voces no tardaron en sumirlo de nuevo en el tormento del recelo y las dudas hacia cualquier mirada sospechosa. Todo le parecían micrófonos ocultos y microcámaras disimuladas para filmar cada detalle de su vida.

Tomó la decisión de suicidarse de madrugada, cuando todos dormían y él se hundía en un mar de angustia acorralado por sus fantasmas.

Afortunadamente su madre, que casi dormía menos que él, madrugó ese día y se acercó a la cama de Jorge alertada por una respiración entrecortada y agónica. Intentó despertar a su hijo pero no fue posible.

Capítulo 4

Permaneció tres días en la UCI y de allí volvió al hospital psiquiátrico. Otra vez cara a cara con su psiquiatra y el empeño de éste por colgarle una etiqueta y aplicarle un tratamiento.

Tras su vuelta al hogar las cosas no mejoraron: su novia y sus amigos se fueron distanciando día a día y en el trabajo no le renovaron el contrato.

Una noche antes de acostarse Jorge oyó lamentos: su madre lloraba desconsoladamente en la galería de su casa. No podía soportar por más tiempo aquel sufrimiento. El temor a encontrárselo muerto cualquier mañana no la dejaba vivir.

Tuvieron una conversación corta, en la que más que palabras se intercambiaron miradas y sentimientos, y Jorge supo que su madre venía sufriendo tanto o más que él desde su primera crisis. Que estaba allí para ayudarlo y que no podía ser parte de ningún complot en su contra.

Aquella noche antes de acostarse le juró a su madre que en adelante se tomaría la medicación.

El tratamiento no es una garantía absoluta de estabilidad, pero las cifras son muy elocuentes: un paciente que respeta las pautas farmacológicas indicadas por su médico tiene un 80 % de posibilidades de permanecer libre de crisis, en tanto que en torno al 80 % de los que abandonan precipitadamente el tratamiento recaen en el plazo de un año.

Cada recaída supone un coste muy elevado para el paciente y para quienes conviven con él. Más de la mitad de los pacientes que recaen no consiguen recuperar la capacidad para trabajar o estudiar que tenían antes de esa crisis. No debe olvidarse que vivimos en una sociedad muy competitiva en la que lograr una posición no resulta fácil, incluso para quien no tiene ninguna enfermedad. El modelo impuesto está basado en el éxito: sólo triunfan los mejores. Ese desafío obliga a dar el máximo de cada uno y a forzar la máquina porque la competencia es muy dura. Tan dura que quien pincha se queda atrás fácilmente.



¿Por qué es importante el tratamiento?

La esquizofrenia es una enfermedad que suele aparecer justamente en el período de la vida más competitivo. Es cuando los jóvenes intentan hacerse una posición que consolide su futuro: buscan su primer trabajo, intentan acabar sus estudios, alternan con otros jóvenes buscando la que será su pareja definitiva. Todo eso requiere una gran dedicación y tener el motor a pleno rendimiento.



¿Qué supone una descompensación? No sólo un frenazo. Muchas veces supone quedarse fuera de la carrera.

Pero no sólo se queda fuera de la carrera el paciente. Cuando alguien está enfermo, todas las personas que están cerca de él sufren su enfermedad. Su familia en primer lugar, espectadora en primera fila de las crisis del paciente, que muchas veces insulta y amenaza a los que tiene más cerca porque los considera responsables de su marginación y de sus paranoias. Y, cuando se calma la crisis, se convierten en testigos impotentes de un deterioro progresivo para el que no parecen existir remedios. Entonces empieza otra lucha por superar el día a día. Quizás esa agonía es aún más dura al contemplar cómo ese hijo o ese hermano se va encerrando en su mundo y va perdiendo toda opción para valerse por sí mismo.

La enfermedad se convierte en el centro de atención de la familia, y las conversaciones giran siempre en torno al mismo tema. Es como un gas que se va colando por cada rincón de la casa hasta envenenarlo todo y dejar una atmósfera de pesimismo y amargura.

Los amigos y la pareja se distancian con cada crisis. No es cómodo salir con alguien cargado de rarezas que en cualquier momento puede volverse contra uno.

El enfermo, incapaz de producir, se convierte además en una carga económica para su familia y para la sociedad. La mayoría de los pacientes cobran

Capítulo 4

pagas irrisorias que apenas les alcanzan para el tabaco que fuman cada día. Esa falta de recursos limita enormemente su libertad para acceder al ocio (cines, conciertos, libros y revistas, salidas los fines de semana), con lo que las opciones más baratas, como ver televisión o pasear por el barrio, se convierten en la rutina diaria.

Si, además, el abandono del tratamiento provoca una crisis que requiere hospitalización, las consecuencias alcanzan al gasto sanitario de la comunidad por lo costoso que resulta cada ingreso.

Finalmente, se quiera o no, cada descompensación derivada del abandono del tratamiento deteriora la relación y la confianza del médico con su paciente. Por muy profesional que se pretenda ser, llega un momento en que el desánimo también afecta al psiquiatra, cansado de luchar con el paciente al que acaba teniendo ingresado cada 3 meses porque no acepta la medicación.

En un próximo capítulo intento analizar qué parte de responsabilidad tenemos los médicos en ese desgaste y cómo intentar mejorar la relación con nuestros pacientes reincidentes.

5 Capítulo

¿Peor el remedio que la enfermedad?

En el capítulo anterior, al repasar las consecuencias de una recaída, veíamos que el precio que se paga por ello es alto.

Pese a ello, hay pacientes que siguen pensando que es peor el remedio que la enfermedad. Veamos el porqué.

Clara no se reconoce cuando se mira en el espejo. No es posible que ese ser deforme sea ella. Toda su ropa se le ha quedado pequeña. Es como si su cuerpo se hubiese hinchado hasta convertirse en un globo grotesco.

Recuerda la angustia de aquellas voces que la amenazaban con quemarla viva y esa inquietante sensación de ser el centro de las miradas de todo el mundo, pero por lo menos se sentía ella misma. Antes no salía a la calle por miedo, pero ahora no lo hace por vergüenza de que la miren.

Con 24 años era presumida, le gustaba comprar ropa de moda que estrenaba de inmediato saliendo con sus amigas a la discoteca.

Pero eso no es todo. Apenas consigue concentrarse. No puede leer ni las breves notas de las revistas del corazón, pues no se entera de nada. Si intenta mirar una película en televisión, no la aguanta pues la somnolencia la distrae constantemente.

Casi preferiría sus voces, pues, aun muerta de miedo, se sentía viva.

Está convencida de que la culpa es del medicamento que le ha mandado su psiquiatra, pero le han advertido que no lo deje si no quiere volver al hospital y eso no le hace ninguna gracia.

Mientras estuvo ingresada empezó tomando un fármaco antiguo que la dejó tiesa como un bacalao, apenas podía hablar y temblaba como una hoja. Entonces se lo cambiaron por el que toma ahora. No sabe qué es peor.

Capítulo 5

Es cierto que para muchos pacientes el tratamiento se convierte en un calvario similar o peor que la propia enfermedad.

Cuando se descubrieron los antipsicóticos a principios de los años cincuenta, la calidad de vida de los pacientes era tan mala y su porvenir tan negro que dichos medicamentos supusieron una revolución en sus vidas.

Pero era sospechoso que acabaran por ser conocidos no por sus efectos beneficiosos —antipsicóticos—, sino por sus efectos secundarios: neurolépticos. ¿Qué significa neuroléptico? Una sustancia capaz de provocar un estado de rigidez importante a quien la toma. Neuroleptizar significa justamente eso: bloquear algunas vías nerviosas para que el cuerpo pierda su naturalidad y espontaneidad en los movimientos.

Los que construyen robots saben lo difícil que resulta dotar a esas criaturas mecánicas de movimientos ágiles y fluidos. Por eso se dice de algunos pacientes que toman neurolépticos que parecen robots.

Durante muchos años, esa falta de naturalidad al moverse era uno de los signos externos más evidentes que mostraban los pacientes que tomaban neurolépticos. Era la marca que los delataba ante los demás. Tanto era así que para los psiquiatras llegó a convertirse en un signo diferenciador entre los pacientes psicóticos, que tomaban neurolépticos, y los restantes pacientes. Podía distinguirse de un vistazo a los pacientes esquizofrénicos, no ya por la extravagancia de su comportamiento sino por su cara inexpresiva y la falta de balanceo de sus brazos al caminar.

Ese estigma llegaba a avergonzar tanto a algunos pacientes que se negaban a salir de su casa, acomplejados por la falta de naturalidad de sus movimientos. En ese sentido era peor el remedio que la enfermedad, pues lo que no conseguía la enfermedad más que a la larga lo lograban los efectos secundarios de la medicación en pocas semanas: aislar al paciente del mundo.

Desgraciadamente, el efecto farmacológico que hacía remitir los síntomas propios de la crisis, los delirios y las alucinaciones, iba inevitablemente unido a esa robotización en los movimientos. El exceso de dopamina, como se ha mencionado en el capítulo 3, es el responsable de los síntomas más

¿Peor el remedio que la enfermedad?

aparatosos de la esquizofrenia y, para frenarlo, se requieren fármacos anti-dopaminérgicos (que en el cerebro impiden la acción de la dopamina). Pero la dopamina, a su vez, es esencial para que el cuerpo se exprese con movimientos espontáneos y naturales. Recordemos que la enfermedad de Parkinson se debe a un déficit de dopamina en los circuitos cerebrales encargados del tono muscular. De alguna manera, lo que consiguen los neurolépticos es “parkinsonizar” a los pacientes. Es decir, provocan los mismos síntomas que la enfermedad de Parkinson, pero de forma reversible y sólo mientras dura el efecto del medicamento.

Para solucionar ese dilema no puede administrarse dopamina a los pacientes esquizofrénicos del mismo modo que se hace con los enfermos de Parkinson, puesto que se agravarían sus síntomas al verse su cerebro nuevamente inundado de ese neurotransmisor.

Este problema empezó a resolverse hace muchos años con fármacos que, sin agravar la esquizofrenia, mejoraban los temblores y la rigidez provocados por los neurolépticos. ¿Cómo? Mediante sustancias capaces de recuperar la proporción existente en el cerebro entre dos neurotransmisores, la dopamina y otro, denominado acetilcolina. Como no podía incrementarse la dopamina, se bloqueaba también la acetilcolina, con lo cual se mantenía el equilibrio entre ambas, imprescindible para que el tono muscular fuera correcto. Por esta razón a dichos medicamentos se los denomina anticolinérgicos o antiparkinsonianos, pues bloquean la acetilcolina y mejoran los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Eso es lo que hacen medicamentos como el Akineton® o el Artane® que toman muchos pacientes con esquizofrenia, además de los neurolépticos.

Desgraciadamente, no existen soluciones mágicas que no acarreen, a su vez, algún tipo de respuesta. No es posible introducir nada en el cerebro sin que ello conlleve alguna consecuencia. Bloquear la acción de la acetilcolina también tiene su precio, aunque éste sea mucho menos molesto que parecer un robot.

Los anticolinérgicos producen sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa y, en ocasiones, dificultades para empezar a orinar; estos efectos no afectan por igual a todos los pacientes, pero uno u otro sí están presentes en casi todos.

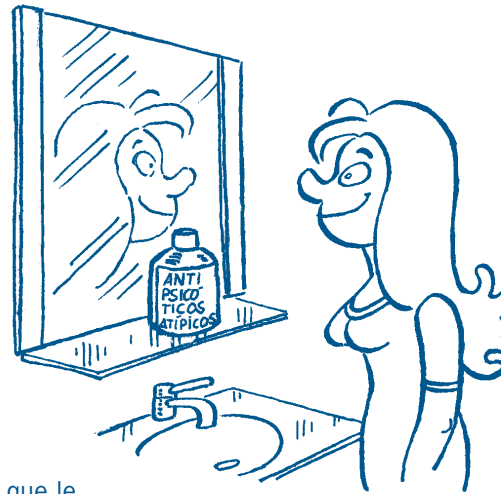
¿“Parkinsonizan” todos los neurolépticos por igual?

La verdad es que no, y esa diferencia fue la que permitió clasificar a estos medicamentos en dos tipos fundamentales: los que neuroleptizan o “parkinsonizan” mucho, como por ejemplo el Haloperidol® o el Eskazine®, y los que lo hacen poco pero, por el contrario, sedan y bajan la tensión arterial como el Largactil® o el Sinogan®. Los primeros son muy potentes para controlar los síntomas positivos de la enfermedad, y los segundos son más suaves sobre estos síntomas y ayudan a calmar la ansiedad y el insomnio.

La elección entre unos u otros dependía de lo que fuera más urgente tratar y de los efectos secundarios menos deseados.

A menudo acabábamos combinando un poco de cada uno con la esperanza de repartir las molestias e intentar no robotizar ni sedar en exceso al paciente. Por ese motivo, muchos pacientes tomaban un poco de Haloperidol® y un poco de Sinogan®.

Pero la verdadera solución a este dilema habría de venir de la mano de la casualidad. El comportamiento de un fármaco, la clozapina (Leponex®), que conseguía un control eficaz sobre los síntomas sin robotizar a los pacientes, iba a dar la pista.



La clozapina es un fármaco extraordinario al que le debemos muchas cosas, pero quizá la más importante es la de haber demostrado que era posible atenuar los síntomas más graves de la enfermedad sin despojar al paciente de la gracia de sus movimientos. Por ello se lo considera el primer antipsicótico atípico (“atípico” porque no era usual que un fármaco mejorara la esquizofrenia sin robotizar al paciente).

Esa cualidad, sumada a su mayor eficacia que los restantes fármacos para tratar las formas rebeldes de esquizofrenia, lo convirtió en un producto excep-

¿Peor el remedio que la enfermedad?

cional, cuyo mérito se vio empañado por un efecto indeseable potencialmente grave. En algunos pacientes, en torno a 1 de cada 100, disminuye las defensas, lo que puede derivar en un grave problema si no se detecta a tiempo, al dejar al paciente a merced de cualquier infección. Este hecho obliga a practicar análisis de sangre a todos los pacientes que lo toman, al principio cada semana y, después de 4 meses y medio, una vez al mes mientras dure el tratamiento con él.

La pista dejada por la clozapina despertó el interés de los investigadores de muchos laboratorios farmacéuticos, quienes vieron la oportunidad de desarrollar medicamentos que tuvieran las ventajas de la clozapina pero carecieran de sus inconvenientes.

El resultado empezó a verse a mediados de los años noventa con la llegada de la risperidona (Risperdal®), el primer antipsicótico atípico de nueva generación, capaz de controlar los delirios y las alucinaciones sin alterar los movimientos del paciente.

A la risperidona siguieron otros, como la olanzapina (Zyprexa®), la quetiapina (Seroquel®), la amisulpride (Solian®) o la ziprasidona (Zeldox®), cada cual con sus peculiaridades.

Se desconoce el motivo por el que la mayoría de los pacientes responden de manera similar a casi todos los antipsicóticos, pero lo hacen de manera excepcional a alguno de ellos y muy pobremente a otro. Es como si cada cerebro enfermo se comportara como una cerradura en la que encaja parcialmente la mayoría de los fármacos, alguno no encaja en absoluto y otro lo hace a la perfección. Eso mismo ocurre para los efectos secundarios mencionados.

Esta respuesta tan selectiva es la que empuja hoy día a los investigadores a buscar la llave (medicamento) que se adapte específicamente al cerebro de cada paciente para conseguir un resultado óptimo con las mínimas consecuencias negativas.

Mientras tanto, ya contamos con los nuevos antipsicóticos que nos permiten tratar la enfermedad respetando como nunca se había logrado antes la calidad de vida del paciente.



Capítulo 5

¿Qué criterios seguimos los psiquiatras para elegir uno de los nuevos antipsicóticos?

A falta de una prueba específica que nos oriente antes de probar con un medicamento, nos guiamos por nuestra propia experiencia con cada uno de ellos. Cuando un psiquiatra está muy familiarizado con un fármaco, suele emplearlo habitualmente pues esa familiaridad le da confianza. También nos guiamos por los efectos secundarios más frecuentes de cada producto. Aunque los nuevos antipsicóticos se toleran mucho mejor que los clásicos, eso no quiere decir que estén completamente libres de efectos secundarios. Algunos pueden asociarse con la aparición de síntomas que afectan a los movimientos del paciente, otros aumentar mucho el apetito y con ello el peso, en pocos casos pueden producirse reacciones de excitación que alarman a la familia y al propio paciente por considerarlas un empeoramiento de la enfermedad y a veces, aunque no suelen confesarlo por vergüenza, ciertos pacientes experimentan una disminución de su respuesta sexual. En cualquier caso, la intensidad de estos efectos secundarios queda muy lejos de las molestias que producían los viejos neurolépticos. La pericia del psiquiatra está en recetarle a cada paciente el medicamento más eficaz para sus síntomas y a la vez el que le cause menos efectos secundarios.

Tabla de neurolépticos clásicos y modernos antipsicóticos

Neurolépticos clásicos	Antipsicóticos atípicos
Clorpromazina (Largactil®)	Clozapina (Leponex®)
Haloperidol (Haloperidol®)	Risperidona (Risperdal®)
Tioridazina (Meleril®)	Olanzapina (Zyprexa®)
Levomepromazina (Sinogan®)	Quetiapina (Seroquel®)
Trifluoperazina (Eskazine®)	Amisulpride (Solian®)
Clotiapina (Etumina®)	Ziprasidona (Zeldox®)

6 Capítulo

La enfermedad da un sentido a mi vida

El 061 acaba de llevar otra vez a Julio al hospital. Fue dado de alta hace apenas un mes y ni siquiera ha acudido a la visita de control en su centro de salud mental. No quiere saber nada de médicos ni de medicamentos.

*Está harto de que nadie lo tome en serio y de que lo detengan cada vez que intenta llevar a cabo **su misión**. En esta ocasión ha sido cuando estaba a punto de convencer a un gentío que se agolpaba junto a un banco en el parque de su barrio de que era capaz de cambiar el clima del planeta.*

Es un don, dice, que Dios, su padre, le ha dado y del que muchos tienen envidia.

Cuando llegó la ambulancia, avisada por algún vecino que ya conoce sus extravagancias, se disponía a desatar una tormenta, aunque el cielo estaba completamente raso. Otras veces ha pretendido castigar a los curiosos que hacían corro en torno a su improvisado púlpito con cara de mofa, amenazándolos con plagas inspiradas en la Biblia, como nubes de insectos mecánicos o apagones de cien días para que nadie pueda ver televisión.



En el hospital, el trato con Julio no es fácil. No quiere acudir a las visitas ni acepta la medicación oral, por lo que hay que administrarle inyecciones hasta que cede en su obstinación de ser el elegido. Entonces toda su seguridad y desafío se convierten en un exceso de timidez y prudencia. Una especie de vacío existencial lo llena todo sin que nada

Capítulo 6

le interese. No se acepta como un vulgar mortal, sin la energía y la seguridad que le otorga saberse protegido por la mano de Dios. Está convencido de que la medicación es fruto del diablo envidioso de su poder y se niega rotundamente a tomarla.

Es difícil convencer a alguien para que se tome una medicación que acaba con sus sueños y lo hace aterrizar en una realidad sombría que le despierta una insufrible sensación de vacío interior.

Lo cierto es que la medicación no es ni mucho menos una panacea que resuelva todos los problemas que se derivan de una enfermedad como la esquizofrenia. Es sólo una parte del complejo entramado que compone el tratamiento. Quizá sea una parte fundamental, sin la cual el resto se vería condenado al fracaso, pero también tiene resultados limitados si no se complementa con los demás recursos.

Los antipsicóticos ayudan al paciente a permanecer libres de pensamientos extraños.

Algunas veces esos pensamientos son divertidos y hasta entretenidos para los pacientes, pero lo cierto es que casi siempre son tortuosos, absurdos y amenazantes como la peor de las pesadillas de la que uno no consigue despertar. Algunos pacientes afirman que se sienten acompañados por sus alucinaciones, como si se tratara de una radio amiga que comenta las cuestiones cotidianas. Pero para la mayoría las voces son insoportables. No pueden librarse de ellas ni de sus contenidos acusatorios, amenazantes o exigentes.

Incluso en el mejor de los casos, cuando esos síntomas no angustian demasiado al paciente, lo cierto es que sí lo distraen para concentrarse en el logro



de objetivos más provechosos y lo alejan de un mundo en el que, quiera o no, está obligado a vivir y con el que ha de relacionarse cada día.

En ese retorno a lo cotidiano es esencial la ayuda de un equipo de profesionales que guían los pasos del paciente para que encuentre el camino que ha de tomar tras la crisis.

Cuando se han pasado meses sumido en la angustia de las voces y el temor de sentirse perseguido, resulta difícil seguir con lo que se estaba haciendo (un trabajo, los estudios, el trato con los amigos) y la medicación no llega a tanto.

La tarea del psicólogo y de los rehabilitadores resulta entonces una pieza clave. Ellos animan al paciente a seguir adelante, a retomar lo que había dejado a medias o a empezar el proyecto que no había llegado a emprender. Entrenan al paciente a soportar o evitar esas situaciones que pueden comportarse como desencadenantes de una nueva crisis. Le ofrecen consejos para no desmoralizarse ante esos momentos de vacío que nada puede llenar y lo animan a acudir a grupos de terapia en los que, junto a otros pacientes, intentan tejer nuevos lazos de amistad cuando se han perdido todos los amigos.

Y entre el psiquiatra con su medicación y los terapeutas con sus consejos, quizás el papel decisivo en la recuperación del paciente lo desempeña su familia. Ella, a pesar del enorme sufrimiento que soporta día a día al haberse de enfrentar muy de cerca con el descontrol del paciente en crisis, es quien dispensa el mejor ingrediente en la receta que compone el tratamiento: el afecto. Sin el cariño de su familia, muchos pacientes acabarían hundiéndose en la desesperación y el suicidio.

7 Capítulo

¿Cualquier opinión vale?

Si nos dedicásemos a pedir a nuestros amigos que nos permitiesen reparar su televisor averiado a sabiendas de que no tenemos más conocimientos de electrónica que ellos, seguro que la mayoría se negaría antes de que acabáramos con el aparato. De igual modo, si lo que pretendiéramos fuera intentar cambiar su aspecto físico intentando hacerles un corte de pelo a nuestro antojo, estoy seguro de que casi todos (siempre hay alguien dispuesto a dejarse hacer cualquier cosa) rechazarían nuestra sugerencia asegurando que están contentos con su peluquero. Y si fuéramos nosotros mismos los que hubiésemos de correr riesgos, ¿a que no dejaríamos que nuestro veci-

no (un honrado taxista o un abnegado funcionario de correos) intentara extirparnos un molesto quiste de grasa que se ha formado en nuestra espalda?

Pues si somos incapaces de poner en manos inexpertas nuestros electrodomésticos, nuestra imagen o pequeños defectos en nuestra piel, ¿cómo damos tantas facilidades a conocidos, amigos y vecinos a la hora de opinar y decidir sobre algo tan delicado como nuestro cerebro y su correcto funcionamiento?

Muchas veces no somos conscientes de la importancia de nuestra salud y en manos de quién la ponemos.

Nadie suele meter un destornillador entre el laberinto de cables de su televisor o de su ordenador averiado porque sabe que muy probablemente acabará con él si no es un técnico cualificado.

Sin embargo, no tenemos ningún reparo en dejar que cualquiera nos aconseje sobre la medicación que tomamos y nos sugiera abandonar tratamientos



¿Cualquier opinión vale?

propuestos por especialistas que llevan años estudiando las enfermedades mentales y la manera de tratarlas.

Nos convencen fácilmente la buena fe y el aparente afán por ayudarnos que muestran esos amigos cuando nos aconsejan dejar un tratamiento que, según ellos, nos perjudica. Suelen guiarse por una engañosa apariencia externa: ir como un zombi no es agradable para el paciente ni para las personas con las que él se relaciona. En ese caso, casi siempre la solución más

fácil es eliminar una medicación sospechosa, en lugar de aconsejar hablarlo con el médico que prescribió el tratamiento para buscar una solución.



8 Capítulo

Mi médico no me inspira confianza

Daniel acude a su ambulatorio cada mes. Siempre es lo mismo:

Hola ¿cómo estás? ¿todo bien? ¿a qué te dedicas ahora? Tendrías que salir un poco más. Sigue tomando las mismas pastillas.

La visita apenas dura 5 minutos. Lo único que cambia es la cara del psiquiatra, pues en el último año lo han visitado tres médicos diferentes por bajas y por cambios de plantilla.

Él sabe que el tratamiento es imprescindible pero le gustaría tener algo de tiempo para comentar algunos problemas que le preocupan y ciertas dudas sobre su futuro. Pero no tiene confianza con el médico.

La relación con nuestros pacientes esquizofrénicos a menudo se hace monótona y aburrida. La verdad es que no tienen la chispa de un paciente bipolar en pleno brote maníaco. Los síntomas negativos se imponen poco a poco y su empatía y su discurso se aplanan como un mar en calma. Y, si se levanta oleaje, el tema casi siempre es el mismo: la medicación.

Los psiquiatras que atendemos pacientes esquizofrénicos pasamos buena parte de la visita regateando con ellos sobre la medicación. Pero lo cierto es que solemos ofrecer poca información concreta o pocas opciones que le permitan al paciente opinar y decidir sobre ella. Por eso, cuando lo hace, suele ser por su cuenta y para quitársela definitivamente de encima.

Muchos tienen por costumbre echarle la culpa a la medicación de todo lo malo que ocurre en su vida: si no encuentran trabajo, si discuten con la novia, si les cuesta levantarse por las mañanas o les sienta mal una comida, siempre la medicación está bajo sospecha.

En ningún momento he pretendido ocultar que la medicación ocasione algunos problemas. En el capítulo 4 los hemos repasado. Pero no ha de olvidarse que muchos de los inconvenientes achacados al tratamiento se deben a

Mi médico no me inspira confianza

la propia enfermedad y que cuando se pretende negociar una rebaja en las dosis del medicamento los psiquiatras no solemos mostrarnos partidarios. La experiencia nos ha enseñado que muchas veces esa medida no servirá de gran cosa y, en cambio, expondrá al paciente a una recaída cuando esté por debajo de una dosis crítica.

A algunos de mis pacientes les resulta útil hacerse listas de problemas para discutirlos en la visita. Si la lista es muy larga reconozco que me pongo nervioso y pienso que deberían hablarlo con el psicólogo. Pero en la medida que “pierdo” algo de tiempo en detalles banales de la vida diaria creo que gano en credibilidad a la hora de dar el veredicto final sobre la medicación.

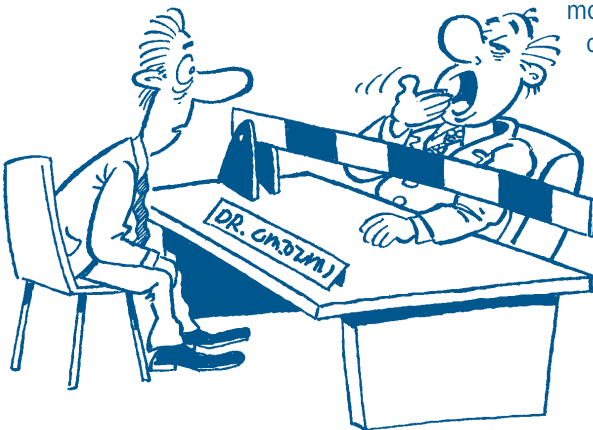
Algunos efectos secundarios son incómodos de plantear, especialmente si el paciente acude acompañado a la visita por el padre o la madre. Hablar ante ellos de sus fracasos sexuales no resulta fácil. Los pacientes más decididos nos piden si pueden realizar parte de la visita a solas, pero la mayoría se corta y prefiere dejar el problema en el tintero lo que, a la larga, mina su paciencia y tolerancia hacia un tratamiento con el que han de convivir mucho tiempo.

Si ven en el médico a un estricto dispensador de fármacos, difícilmente llegarán a plantearle las cuestiones que le preocupan con respecto a su tratamiento.

El papel de los médicos frente a este problema tiende con frecuencia a desplazarse hacia uno de estos dos extre-

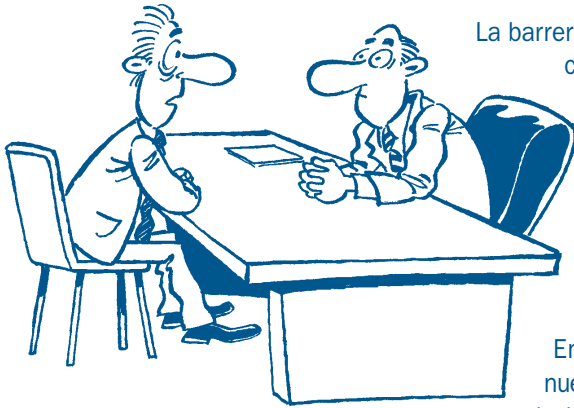
mos: o somos demasiado ingenuos y creemos que nuestros pacientes cumplen a pies juntillas todo lo que les mandamos, sin cuestionarse nada, o somos demasiado desconfiados y optamos por actitudes amenazantes e intimidatorias para que el paciente se tome en serio nuestros consejos.

Internet se ha convertido para algunos pacientes en la respuesta



Capítulo 8

a todas sus dudas. Cuando quieren saber algo sobre la enfermedad y los diferentes tratamientos, van al *Google* o a cualquier otro buscador de la red, teclean la palabra clave e intentan bucear a ciegas entre cientos de citas. Sin embargo, Internet no pueden matizar los detalles y con frecuencia se aplican a sí mismos conceptos que no son del todo ciertos, lo que puede contribuir a un mayor desconocimiento y contradicción.



La barrera surge en ocasiones cuando el médico pierde la confianza en su paciente y considera que, haga lo que haga, abandonará otra vez el tratamiento y acabará ingresando de nuevo. Cuando se llega a este punto, es habitual que el psiquiatra sucumba al pesimismo y adopte posturas frías y distantes con sus pacientes.

En última instancia, el tratamiento de nuestros pacientes es una especie de contrato entre ellos y nosotros. Para que se cumpla, las dos partes tienen que estar de acuerdo, disponer del máximo de información útil (demasiada información puede resultar contraproducente) para poder opinar y partir de un principio de respeto y confianza. La confianza, curiosamente, no depende de nuestros conocimientos sino de nuestras emociones frente al paciente, que nota si en el momento de la visita estamos o no estamos por él.

9 Capítulo

¿Drogas? No, gracias

Sonia está convencida de que lo natural es lo más saludable. Desconfía de sustancias creadas en los laboratorios, experimentadas con ratas y capaces de cambiarte la personalidad y hacerte depender de ellas para siempre.

Posiblemente tengan alguna utilidad en las crisis nerviosas pero después ¿qué aportan? Sólo problemas.

Ella fuma, algo más de un paquete al día, y los fines de semana suele tomar algo de alcohol y hachís. Alguna noche que se había quedado sin tabaco había llegado salir en busca de un bar abierto para comprar un paquete, pues no soportaba el mal humor que le entra cuando quiere fumar y no puede. En dos ocasiones ha intentado dejarlo, pero sólo ha aguantado una semana antes de que la tentación pudiera con ella.

El hachís lo controla mejor. Sólo fuma cuando sale los fines de semana. Con él consigue ese “punto” necesario para abrirse lo suficiente y conectar mejor con sus amigos. De lo contrario, apenas abre la boca y se queda en un rincón viendo cómo los demás ríen y dicen tonterías. Desde que le diagnosticaron la enfermedad se ha vuelto más retraída y le cuesta llegar a la gente.

Cuando tiene la regla suele tomar algún calmante pues se acompaña de muchas molestias. Además, sufre frecuentes infecciones de orina, por lo que toma tandas de antibióticos muy a menudo.

Para ella ni los analgésicos, ni los antibióticos, ni siquiera el alcohol, el tabaco o el hachís son verdaderas drogas, pues no cambian su manera de ser, ni su pensamiento ni tampoco la someten a una dependencia que no controle (el tabaco, algo).

Capítulo 9

Como Sonia, muchas personas consideran que droga es sinónimo de sustancia dañina, que puede esclavizar y cambiar la manera de ser destruyendo la salud.



En apariencia, los antipsicóticos fácilmente encajan en la lista de sustancias sospechosas, de las que perturban la manera de pensar y sentir y alteran el comportamiento.

Actúan mediante mecanismos oscuros que recuerdan a la magia y deforman el cuerpo engordándolo, robotizándolo o adormeciéndolo, de manera que los demás fácilmente identifican a quien los toman.

Son personas con muchos prejuicios hacia las medicinas por los efectos secundarios que éstas pueden causar y que olvidan fácilmente los enormes beneficios que aportan a la salud. Y, sin embargo, son tremendamente tolerantes con las drogas ilegales y dañinas, incluso con algunas legales como el tabaco y el alcohol que causan estragos en el organismo cuando se toman en exceso.

Quizá pocas de esas personas sepan que los modernos antipsicóticos son algunos de los fármacos más estudiados y seguros de cuantos se comercializan. Mucho más que la mayoría de los medicamentos que suele haber en todos los botiquines caseros y que se toman despreocupadamente.

Las autoridades sanitarias exigen controles muy exhaustivos tanto sobre la seguridad como sobre la eficacia de los nuevos antipsicóticos y cuando dan su aprobación se han realizado miles de análisis para que no quepan dudas acerca de sus ventajas.

Ya hemos comentado que el cerebro es un órgano muy frágil y sensible a las sustancias extrañas. Esa circunstancia exige controles muy rigurosos sobre los fármacos que actúan sobre él. Éste es el motivo por el que los modernos

antipsicóticos sean sometidos a pruebas tan rigurosas y lo que justifica que su coste sea elevado.

Ojalá muchos jóvenes de hoy exigieran tantos controles a sustancias que consumen sin ningún miramiento en discotecas y parques, compradas a un desconocido y cuya composición nadie conoce realmente. Pastillas de éxtasis, papelinas de cocaína y heroína fabricadas en laboratorios clandestinos sin las mínimas condiciones higiénicas, mezcladas por los traficantes con cualquier tipo de sustancia que suele resultar mucho más dañina que la propia droga.

La salud y la enfermedad han de entenderse como dos fuerzas opuestas en un equilibrio delicado. Cuando aparece la esquizofrenia, se produce un desajuste en la química del cerebro que provoca dos tipos de fenómenos: la aparición de percepciones extrañas e interpretaciones erróneas del exterior y un apagamiento progresivo de la voluntad. Este desajuste no es constante,

sino que por temporadas es muy intenso y en otras se suaviza.

Depende enormemente del trato que se dé al cuerpo para que el problema se agrave.

El cerebro humano es una máquina de enorme precisión, quizá lo más complejo y perfecto que ha logrado la evolución. Pero, al mismo tiempo, es muy frágil, por eso tiene que estar protegido en una caja dura y hermética que es el cráneo.

Cuando el cerebro enferma resulta complicado tratarlo porque no es fácil acceder a él. Pero tenemos una vía directa eficaz que es la sangre. El cerebro consume tanto oxígeno y azúcar que él solo necesita una cuarta parte de la sangre de nuestro cuerpo para trabajar bien. Eso quiere decir que la sangre es un buen medio de

transporte para hacer llegar una medicina al cerebro. Pero, del mismo modo que la sangre es el vehículo que conduce las medicinas al



Capítulo 9

cerebro, también hace llegar cualquier sustancia que entra en el cuerpo por la vía que sea.

Algunas de esas sustancias ponen al cerebro en situaciones límite, es decir, en un punto en el que se rompe ese frágil equilibrio entre la salud y la enfermedad, lo que conduce a una crisis.

¿Qué suelen provocar sustancias nocivas como el alcohol, la heroína, la cocaína y otras similares en el cerebro? Sencillamente, modifican su manera de trabajar. Se interponen entre los mensajeros químicos que circulan normalmente entre las neuronas y ocupan los lugares en los que habrían de encajar esos neurotransmisores. El resultado es que la información que procesa el cerebro está distorsionada, es errónea.

Para una persona sana eso puede representar una experiencia muy excitante, pues somete su cerebro a un trabajo inhabitual. Ese sutil equilibrio entre neurotransmisores se ve convulsionado de repente con la entrada de una sustancia que lo pone todo patas arriba.

Pero, ¿qué ocurre si ese cerebro ya está delicado? ¿si ya tiene dificultades para conseguir cierto orden en los pensamientos y para distinguir si los estímulos que percibe vienen de fuera o de dentro de sí mismo? El efecto de las drogas es como la gota que colma un vaso a punto de rebosar. Esa conmoción química puede acabar por romper ese hilo tan fino que mantenía al paciente sutilmente ligado a la realidad.

10

Capítulo

¿Hasta que la muerte nos separe?

Nuria se tomó la última pastilla el día que cumplía el año de su salida del hospital.

— Ni una más —le advirtió a su madre, quien no veía la manera de negociar con su hija una decisión tan rotunda—. El médico me dijo que un año de tratamiento y ya ha pasado. Me encuentro bien y no voy a seguir con este cuento.

A los 6 meses de su abandono se producía un nuevo brote, esta vez sin ninguna circunstancia aparentemente responsable.

Cuando estaba a punto de salir de alta se le ocurrió comentar en tono de reproche: ¿y ahora otro año más, no?

La respuesta de su médico la dejó perpleja:

— Ahora no será uno, sino tres.

Muchos pacientes no ven claro lo de tomar una medicación cuando ya se encuentran bien. Les resulta ambiguo lo de medicarse para no recaer.

Lo cierto es que la idea de tratar para prevenir, el adelantarse a un problema antes de que surja, es muy vieja en medicina. Las vacunas que todos hemos recibido de pequeños siguen esa filosofía, y muchos pacientes que padecen enfermedades crónicas como la epilepsia o las depresiones recurrentes se medican de forma continua para evitar un nuevo episodio.

Cuando las autoridades sanitarias, asesoradas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), aconsejan seguir



Capítulo 10

programas de prevención es porque se han llevado a cabo estudios muy detallados y rigurosos que demuestran que esos programas son verdaderamente útiles.

En el caso de la esquizofrenia, los estudios se han desarrollado con miles de pacientes de todo el mundo. Esos estudios han demostrado, siguiéndole el rastro a grupos muy numerosos de pacientes y comprobando qué les sucede con el paso del tiempo, durante años, que muchos de ellos recaen si no toman ningún tratamiento.

Realizar estudios con tanta gente es complicado y costoso porque los médicos que participan en esos proyectos tienen que ponerse de acuerdo en una serie de puntos fundamentales:

¿Qué se considera una recaída?

¿Cuánto tiempo hay que seguir a los pacientes?

¿Qué situaciones pueden comprometer la salud del paciente en función de cada cultura?

¿Qué medidas se consideran útiles para proteger al paciente?

Para ello se elaboran unos cuestionarios o guiones que intentan que todo el mundo se formule las mismas preguntas con respecto a sus pacientes.

Pues bien, las conclusiones de esas encuestas tan complicadas han dado origen a lo que los médicos llamamos el Programa de Prevención de Recaídas de la Esquizofrenia avalado por la OMS. ¿Qué dice ese programa?

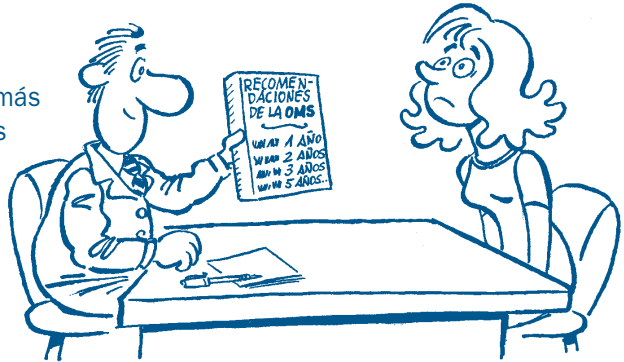
En resumen dice lo siguiente:

- Los antipsicóticos son el pilar del tratamiento de la esquizofrenia.
- Estos medicamentos no son curativos en sentido estricto, sino que previenen las recaídas.
- La mayoría de los pacientes deberían tomar la mínima dosis posible.
- Esa dosis mínima se establece de manera empírica, es decir, no existe ninguna fórmula que permita saber de antemano en cada caso cuál es la dosis ideal, por lo que se calculará en función de cada paciente.
- La mayoría de los pacientes se beneficiarán de un tratamiento continuado.

¿Hasta que la muerte nos separe?

Este último punto es uno de los más difíciles a la hora de plantearlo a los pacientes. ¿Qué quiere decir tratamiento continuado?

La experiencia obtenida en el seguimiento de muchos miles de pacientes en todo el mundo durante muchos años nos aconseja que:



- Cuando un paciente sufre un primer episodio de su enfermedad, debería tomarse ininterrumpidamente la medicación durante 1 o 2 años.
- Si el paciente sufre una segunda crisis debería tomarla de 3 a 5 años.
- En caso de que se produzca un tercer brote la medicación debería tomarse siempre.

Uno podría preguntarse por qué tanto margen en las recomendaciones. Si con un año hay suficiente ¿por qué alargarlo a dos? O si con tres basta ¿los otros 2 años son de propina?

Cuando la OMS hace recomendaciones como éstas las hace para todo el mundo y para millones de pacientes (no olvidemos que en el mundo existen potencialmente 50 millones de personas que padecen esquizofrenia). Por ello, intenta ofrecer márgenes amplios para que cada psiquiatra aplique el consejo individualmente según las condiciones de sus pacientes.

¿Qué condiciones son éstas?

Si:

- un paciente sufre un primer episodio y se recupera completamente,
- existen circunstancias claramente relacionadas con el inicio de la crisis (por ejemplo, el abuso de drogas),
- los síntomas no fueron especialmente graves ni alarmantes para su entorno, y
- cuenta con un adecuado soporte familiar y social,

habrá que ceñirse al período de tiempo más corto, o sea un año tras el primer episodio o tres tras el segundo.

Capítulo 10

Pero si:

- durante el período en que el paciente toma el tratamiento sigue presentando síntomas positivos de la enfermedad,
- el episodio previo surgió sin ningún desencadenante aparente,
- la crisis fue muy grave, con la presencia de comportamientos que alarmaron mucho a las personas próximas o pusieron en peligro la vida del paciente o de los demás, o
- el paciente vive solo, sin ningún tipo de soporte familiar o social que reaccione a tiempo en caso de una nueva crisis,

entonces se aconseja tomar la medicación durante el período más prolongado, es decir, 2 años tras el primer brote o 5 años tras el segundo.

Y lo de “para siempre” tras un tercer episodio o si las cosas no han ido muy bien desde el primero, ¿es literal? Lo cierto es que no sabemos qué nuevos avances nos traerá la medicina dentro de 10 o 15 años. Posiblemente, algún día dispongamos de un remedio definitivo que cure la esquizofrenia sin tener necesidad de tomar medicación cada día. Pero, mientras eso sucede, lo mejor que podemos hacer es prevenir nuevas crisis con la medicación de que disponemos ahora.

Como todo, estas recomendaciones también tienen sus excepciones

Hay casos en los que un médico, una vez cumplido el período que recomienda la OMS, puede aconsejar a su paciente que siga con el tratamiento si considera que una recaída en sus actuales circunstancias podría poner en peligro un proyecto conseguido con mucho esfuerzo.

O, por el contrario, puede aconsejar acortar el período mínimo si los efectos secundarios son muy molestos con cualquiera de los tratamientos propuestos.

En el caso de que una paciente quede embarazada mientras está en tratamiento, ésta puede ser una circunstancia para interrumpir antes la medicación. Aunque no se ha demostrado que ninguno de los medicamentos para

¿Hasta que la muerte nos separe?

tratar la esquizofrenia tenga un efecto perjudicial para el feto, siempre es aconsejable no tomar medicación durante el embarazo, salvo que las posibilidades de recaída sean muy altas o que la paciente ya esté descompensada al quedarse embarazada.

Las consecuencias del abandono precipitado del tratamiento ya se han mencionado en anteriores capítulos: el 80 % de los pacientes recaen antes de que pase un año del abandono.

Asimismo, hemos comentado que ese abandono es muy elevado: más del 50 % durante el primer año de tratamiento y más del 75 % a lo largo del segundo.

Afortunadamente, las descompensaciones no suelen producirse de manera fulminante tras dejar el tratamiento y siempre transcurren unas semanas o unos meses antes de que ocurra la recaída. Pese a ello, desgraciadamente el 90 % de los pacientes que abandonan el tratamiento por su cuenta ya no vuelven a tomarlo hasta que se produce la crisis.

Cuando los médicos acordamos con uno de nuestros pacientes que deje la medicación intentamos llegar a un pacto con él:

- No dejará la medicación de golpe, sino reduciendo muy poco a poco la dosis, incluso si ya tomaba poca.
- Aunque no tome medicación, intentamos durante un tiempo seguir las visitas de control para comentar cómo se ha encontrado durante ese período sin tratamiento
- Siempre dejamos una puerta abierta para que acuda de inmediato si algo va mal.

Aunque no es lo habitual, se conocen casos de pacientes que han vuelto a presentar crisis tras más de 10 años de estar asintomáticos y sin tomar ninguna medicación.

Eso quiere decir que nunca podemos bajar completamente la guardia ni estar plenamente seguros de que no se producirá otra descompensación en el futuro.

11 Capítulo

Un camino de vuelta a la normalidad

Al inicio de estas páginas mencionamos que la solución al problema del cumplimiento del tratamiento dependía en gran parte de aspectos como la relación del paciente con su médico, de transmitir al paciente correctamente la información y hacerlo de una forma asequible y clarificadora, más allá que de grandes inventos de laboratorio.

Sin embargo, eso no quiere decir que toda mejora que pueda venir de la tecnología para ayudar en este complejo desafío no sea bienvenida. Tomarse o no las pastillas o las gotas cada día no siempre es cuestión de buena o mala voluntad, de querer o no querer hacerlo. Para muchos pacientes es una cuestión de orden, de planificación. La enfermedad a veces vuelve al paciente desistado, y éste pierde el interés por casi todo incluido su propio tratamiento. Otras veces es un deseo inconsciente de olvidarse de la enfermedad, y tomarse las pastillas una o dos veces al día es un recordatorio desagradable. Cualquiera que sea la razón, hace ya muchos años que se pensó en una solución para simplificar la maniobra rutinaria de tomar las pastillas cada día. En los años sesenta se comercializaron neurolépticos que, en lugar de tomarse cada día, se tomaban una o dos veces al mes. Eran los neurolépticos de acción retardada o neuroléptico de depósito o *depot*. ¿En qué consistían dichos preparados? Básicamente, en conseguir diluir un neuroléptico convencional en un aceite orgánico que se inyectaba en el tejido intramuscular profundo donde quedaba depositado (de ahí el nombre de *depot*) y desde donde se iba liberando lentamente.

La idea no era original de estos medicamentos, pues ya se estaban utilizando preparados *depot* en otras especialidades, por ejemplo, para administrar hormonas que se habían de liberar poco a poco a la sangre del paciente. Las ventajas de esta formulación eran múltiples: no había olvidos, la dosis total de medicamento era menor al cabo del mes, las variaciones en



sangre de los niveles de medicamento eran menores y resultaba más cómodo para el paciente. Pero, en el caso de los pacientes psiquiátricos, ¿podía dar resultado este invento? Los resultados fueron espectaculares. De entrada se observó que el índice de recaídas al cabo de un año era la mitad que en los pacientes esquizofrénicos que tomaban medicación oral.

Fármacos como Modecate® y Lonseren® se convirtieron en una alternativa útil para los pacientes en los que se sospechaba un mal cumplimiento. El Modecate® solía administrarse cada semana o cada 15 días, mientras que el Lonseren® se administraba cada mes, en función de la solubilidad del aceite en que iba disuelto el neuroléptico. Mucho más tarde llegó el zuclopentixol *depot* (Cisordinol® o Clopixol® *depot*) que se administra cada 2 semanas.

Pero siendo algo tan sencillo y con resultados tan contundentes, ¿cómo es que no acabaron todos los neurolépticos en presentaciones *depot*? Porque lo que era su ventaja podía convertirse también en su inconveniente. Como mencionamos en el capítulo 5, los neurolépticos clásicos presentaban a menudo serios problemas de tolerancia, con efectos secundarios realmente incómodos para el paciente que obligaban a cambiarlos por otros o a reducir al máximo las dosis. Con un medicamento que duraba poco en el cuerpo, apenas 8 a 20 horas, podían corregirse estos inconvenientes con relativa facilidad. Pero con un medicamento cuyo efecto podía durar un mes, la cosa podía ser más complicada. Eso obligaba a iniciar los tratamientos con medicación oral y, más adelante, se intentaba pasar al medicamento *depot*. A muchos pacientes seguía sin hacerles gracia el invento. Se sentían atrapados, sin posibilidad de esquivar un tratamiento con el que no estaban demasiado de acuerdo por sus frecuentes efectos secundarios, pero para sus médicos y para sus familias resultaba muy tranquilizador saber que el paciente estaba tratado. Era la tranquilidad de unos a costa de mayores molestias para otros. No olvidemos que todos los neurolépticos de efecto retardado comercializados hasta hace muy poco eran medicamentos clásicos con un perfil de efectos secundarios duro.

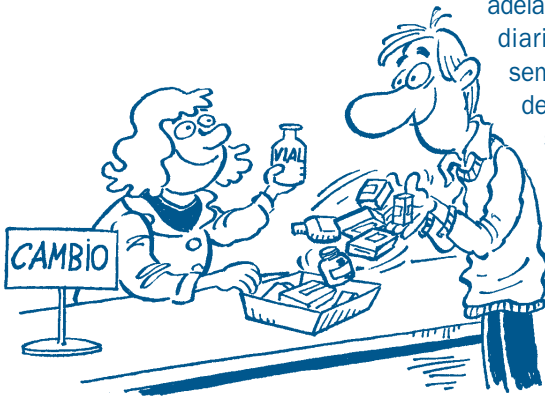
Recientemente la tecnología y la continua innovación farmacológica han aportado beneficios relevantes en la mejora del cumplimiento terapéutico. Del

A
C
O
P
I
A

Capítulo 11

mismo modo que los antipsicóticos atípicos supusieron una revolución en el tratamiento oral de la esquizofrenia por tolerarse mucho mejor y causar muchas menos molestias al paciente, en la actualidad ya contamos con una formulación inyectable de larga duración de un fármaco de esta familia (Risperdal Consta). Si ya se había logrado mejorar algo el cumplimiento del tratamiento hace casi 10 años con la llegada de los modernos antipsicóticos orales, pues los pacientes tenían menos prejuicios hacia ellos, la formulación de estos medicamentos en preparados de larga duración supone un nuevo paso

adelante. Es cambiar la toma de la medicación diaria por una administración cada varias semanas. Para muchos pacientes, el hecho de no medicarse cada día significa sentirse menos diferentes, olvidarse un poco más de ese aspecto negativo de su vida para prestarle más atención a los problemas cotidianos. Por esa razón, estos medicamentos pueden contribuir a disminuir el índice de recaídas de los pacientes y, al mismo tiempo, liberarlos de ese gesto diario que les recuerda que están enfermos.



De este modo contamos con la eficacia, la tolerancia y la seguridad de los antipsicóticos atípicos con la mejora del cumplimiento y la comodidad de los fármacos de larga duración. Su contribución puede suponer otro importante paso adelante en ese largo sendero que representa el tratamiento de la esquizofrenia: un camino de vuelta a la normalidad.

Tabla de antipsicóticos de efecto retardado

Neurolépticos <i>depot</i>	Antipsicóticos atípicos de larga duración
Flufenazina (Modecate®) Pipotiazina (Lonseren®) Zuclopentixol (Cisordinol® o Clopixol Depot®)	Risperidona de larga duración (Risperdal Consta®)

Conclusión

Con frecuencia, los medios de comunicación se hacen eco de un fenómeno que escandaliza a muchos: en una sociedad de opulencia se consumen jovencitas anoréxicas que se empeñan en estar delgadas hasta la muerte. Pero poco se habla de otro fenómeno que causa tanto sufrimiento, o más, y que afecta a miles de otros jóvenes que se obstinan en abandonar un tratamiento que puede servirles para mantenerse con los pies en el suelo y cerca de la realidad.

La falta de cumplimiento del tratamiento prescrito en la esquizofrenia es mucho más que una epidemia. Quizá sea el fenómeno que cueste más caro a nuestra sociedad, tanto en dimensiones económicas como en desgaste humano.

Se da la paradoja de que más de dos tercios de la humanidad no dispone de medicamentos básicos para hacer frente a esta dolencia, y la mitad del resto se empeña en abandonar sistemáticamente y por su cuenta el remedio que se le ofrece.

Las consecuencias alcanzan a todos: mayor deterioro de la enfermedad con pérdida de competitividad y de posibilidades de recuperación, mayor consumo de recursos sanitarios con hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas, mayor sufrimiento del propio paciente y de su entorno inmediato lo que conlleva a una mayor desesperación en el seno de muchas familias. Incluso los propios profesionales, desalentados, acaban distanciándose del paciente, al que desahucian y frente al que deciden inhibirse.

La solución no parece cosa de coser y cantar. En primer lugar, porque el principal involucrado, el paciente, es quien menos suele ver el problema. En segundo lugar, porque los que sí lo vemos, los médicos, ofrecemos soluciones parciales y a menudo no acompañadas de una información accesible. Finalmente, porque la propia sociedad es muy ambigua frente a esta paradoja: por un lado, sigue discriminando al enfermo mental, que intenta disimular como puede su dolencia, llegando muchas veces a abandonar un tratamiento que podría delatarlo, y, por otro, ignorando un fenómeno que considera anecdótico y poco importante.

La complejidad del problema exige la buena voluntad de todos: un paciente más confiado, unos profesionales más dialogantes y una sociedad más tolerante.

Para contribuir a ese acercamiento, la investigación farmacéutica ha realizado un esfuerzo considerable en los últimos años ofreciéndonos medicamentos más humanos que delatan menos al enfermo y hacen menos penosa la rutina de medicarse. Pero con ello no basta.

Nuestros pacientes necesitan, además, la tolerancia y la comprensión de las que sus familiares y cuidadores dan ejemplo constante en la convivencia diaria. Por esa razón, el cumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia es más fácil para el paciente cuando sabe que, una vez superada la crisis, tiene una oportunidad, que existe un lugar en la sociedad para él y que no tendrá que avergonzarse por ser un enfermo.

Asociaciones de familiares y enfermos mentales

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES)

Hernández Más, 20-24
28053 Madrid
Teléfono: 91 507 92 48
E-mail: feafes@feafes.com
Web: www.feafes.com

CENTRO ESPAÑOL DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL (CEIFEM)

Teléfono: 902 131 067
E-mail: ceifem@feafes.com

Entidades autonómicas miembros de FEAFES

Andalucía

FEDERACIÓN ANDALUZA DE ALLEGADOS DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS (FANAES)

Villegas y Marmolejo, 2M - 1.º
41005 Sevilla
Teléfono: 95 466 33 14
E-mail: fanaes@arrakis.es

Aragón

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES ARAGONESAS PRO-SALUD MENTAL (FEAFES - ARAGÓN)

Ciudadela. Pabellón de Santa Ana - Parque de las Delicias
50017 Zaragoza
Teléfono: 976 53 25 05 - 976 53 24 99
E-mail: asapme@public.ibercaja.es

Asturias, Principado de

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS DE ASTURIAS
(AFESA - ASTURIAS - FEAFES)

Carretera de Rubín, s/n - Recinto Hospital Psiquiátrico

33011 Oviedo - Asturias

Teléfono: 985 11 39 19 - 985 11 51 42

E-mail: afesa@jazzfree.com

Web: www.afesasturias.org

Baleares, Islas

FEDERACIÓN BALEAR DE FAMILIAS Y ENFERMOS PSICÓTICOS
(FEBAFEP)

De la Rosa, 3 - 3.º (Casal Ernest Lluch)

07003 Palma de Mallorca - Baleares

Teléfono: 971 71 40 17

Canarias

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS DE LAS
ISLAS CANARIAS

(FEAFES - CANARIAS)

Juan Rumeu García, 28 - Local 2 K

38008 Santa Cruz de Tenerife

Teléfono: 922 20 28 39

E-mail: atelsam@teide.net

Cantabria

ASOCIACIÓN CÁNTABRA PRO-SALUD MENTAL
(ASCASAM)

Pasaje del Arcillero, 3 - Bajos

39001 Santander - Cantabria

Teléfono: 942 36 33 67 - 942 37 24 94

E-mail: Ascasam_sede@telefonica.net

Castilla y León

FEDERACIÓN CASTELLANO-LEONESA DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES
(FEAFES - CASTILLA Y LEÓN 'FECLEM')

La Pasión, 13 - 6.º B

47009 Valladolid

Teléfono: 983 34 48 30

E-mail: feafes-feclem@feafes-castillayleon.org

Web: www.feafes-castillayleon.org

Castilla - La Mancha

FEDERACIÓN REGIONAL DE CASTILLA-LA MANCHA
(FEAFES - C.M.)

Avenida de Castilla La Mancha, 3 - 3.º B

45003 Toledo

Teléfono: 925 28 43 76

E-mail: info@feafesclm.com

Web: www.feafesclm.com

Cataluña

FEDERACIÓN CATALANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES
(FECAFAMM)

Aragó, 237-239 - Principal 3.ª

08007 Barcelona

Teléfono: 93 215 01 97 - 93 272 14 51

E-mail: federacio@familiarsmalaltsmentals.org

Ceuta, Ciudad Autónoma de

ASOCIACIÓN CEUTÍ DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSÍQUICOS
(ACEFEP)

Sargento Coriat, 5 - 2.º B

51001 Ceuta

Teléfono: 956 51 63 28

E-mail: Acefep@terra.es

Extremadura

FEAFES EXTREMADURA

Molino, 6

06400 Don Benito - Badajoz

Teléfono: 924 81 09 24 - 924 80 50 77

E-mail: proines@terra.es

Galicia

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES E ENFERMOS MENTAIS DE GALICIA
(FEAFES GALICIA)

Rúa Galeras, 13 - Planta 1.ª, Oficina 3

15705 Santiago de Compostela - La Coruña

Teléfono: 981 55 43 95

E-mail: feafesgalicia@hotmail.com

La Rioja

ASOCIACIÓN RIOJANA DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS
(ARFES - PRO SALUD MENTAL)

Cantabria, 33-35

26004 Logroño - La Rioja

Teléfono: 941 23 62 33 - 941 26 16 74

E-mail: arfes@ibercom.com

Web: www.rioja-web.com/empresas/arfes.htm

Madrid, Comunidad de

FEDERACIÓN MADRILEÑA PRO-SALUD MENTAL
(FEMASAM)

Manuel Fernández Caballero, 10 - Local

28019 Madrid

Teléfono: 91 472 98 14

E-mail: femasam@telefonica.net / femasam@femasam.org

Web: www.femasam.org

Melilla, Ciudad Autónoma de

ASOCIACIÓN MELILLENSE DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES
(AMELFEM)

General Astilleros Edif. Severo Ochoa, 5 - 2- 5

52006 Melilla

Teléfono: 952 67 39 80

E-mail: Amelfem@hotmail.com

Murcia, Región de

FEDERACIÓN MURCIANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS
MENTALES

(FEAFES - REGIÓN DE MURCIA)

Vista Alegre, 30 - Bajos

30007 Murcia

Teléfono: 968 23 29 19

E-mail: feafes@ono.com

Navarra, Comunidad Foral de

ASOCIACIÓN NAVARRA PARA LA SALUD PSÍQUICA
(ANASAPS)

Río Alzania, 20 - Trasera

31006 Pamplona - Navarra

Teléfono: 948 24 86 30

E-mail: anasaps@anasaps.org

País Vasco

FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS
(FEDEAFES)

Tres Cruces, 5 - Bajos

01400 Llodio - Álava

Teléfono: 94 403 04 91

E-mail: fedeafes@hotmail.com

Valencia, Comunidad de

FEDERACIÓN VALENCIANA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS
MENTALES
(FEVAFEM)

Ribera, 14 - 5.º Puerta 9, Despacho C

46002 Valencia

Teléfono: 96 353 50 65

E-mail: fevafem@tiscali.es

Con la colaboración de:



www.janssen-cilag.es