

NUEVOS PARADIGMAS EN LA PSICOTERAPIA FAMILIAR PARA ESQUIZOFRÉNICOS^(*).



Carlos Rodríguez Ajenjo^(**)
Mario Campuzano Montoya^(***).

Los estudios sobre etiología y tratamiento de lo esquizofrenia son muchos y siempre polémicas. El que aquí se publica no es la excepción. En realidad se trata de dos trabajos vinculados por su temática y por la experiencia clínica en que se apoyo. Al primero se le quitó su último punto por encontrarse más desarrollado en el segundo trabajo, cuyo autor es Mario Campuzano.

I.- INTRODUCCIÓN

Este trabajo queda inscrito en la polémica en torno a los desarrollos teórico-prácticos en el tratamiento de las psicosis, en general, y de la esquizofrenia, en particular.

Después de una breve revisión de los desarrollos más importantes, teóricos y prácticos en el campo, se establecieron diferencias importantes entre las primeras formas de terapia familiar para las psicosis y las desarrolladas a partir de los años ochenta.

El radical cambio de enfoque -que persiste aún como campo de discusión- ha corrido paralelo a la ubicación diferente de la familia, en relación a la etiología de la esquizofrenia.

Una modesta contribución de los autores en este campo, la constituye su experiencia de trabajo en una comunidad terapéutica para pacientes psicóticos ambulatorios (Campuzano, 1989) en la cual, a lo largo de seis años de trabajo práctico, se ha llegado a conclusiones similares a las de otros investigadores, ubicando a la intervención con la familia, como una parte de un paquete terapéutico en la esquizofrenia, más que como la cura de una enfermedad fundamental.

II.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA (TEÓRICA Y TÉCNICA) DE LA RELACIÓN: FAMILIA-ESQUIZOFRENIA.

Desde los años cuarenta, Frida Fromm-Reichman (1956) llamó la atención acerca de lo que posteriormente constituyó la “hipótesis familiar” acerca del origen de la esquizofrenia (Haley, 1963) identificando, en la relación madre-hijo, un tipo de interacción ulteriormente “patógeno”, por lo cual a la primera se le identificó como “madre esquizofrenógena”.

A partir de ahí, y durante toda la década de los años cincuenta, tuvo lugar el nacimiento de la terapia familiar, mismo que corrió paralelo al interés por estudiar la relación circular: familia-psicosis-familia. Por ello, el enfoque original se fue modificando: de la díada, se enfocó el problema a la tríada (Zuk, 1967) (Haley, 1963).

*.- Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, León, Gto., mayo 15-18 de 1991. Publicado en el N° 1 de esta revista, junio 1991, p. 47-55.

**.- Médico psiquiatra, especialista en terapia familiar, estudiante de la undécima generación de la AMPAG. Profesor de la UAM-X.

***.- Médico psiquiatra, psicoanalista de grupos, miembro de la AMPAG. Integrante del cogobierno 1991-1992 coordinador del instituto de la AMPAG.

Entre 1949 y 1953, por ejemplo, T. Lidz (Hoffman, 1988) estudió dos subtipos de matrimonios relacionados con la generación de hijos esquizofrénicos; identificó a un 50% de ellos como “sesgados” y a otro 50% como cismáticos, observando en los primeros una mayor frecuencia de padres con psicopatología evidente o con alteraciones del pensamiento de tipo psicótico; sin embargo, estos estudios únicamente mostraban que 20 de cada 35 pacientes esquizofrénicos, tenían padres que “no se llevaban bien entre sí” o tenían problemas individualmente.

En los sesentas, el grupo de investigadores del Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto, California, hace la presentación de su original teoría del “doble vínculo” para explicar la génesis de la esquizofrenia sobre una base distinta, es decir, derivada de fallas, problemas o errores crónicos en la comunicación familiar (Bateson, 1963). Este original grupo aglutinó a investigadores de la talla de G. Bateson, D. Jackson, J. Haley, Weakland, iniciando a otros como Alponete, Madanés, Minuchin y Selvinni P. y no era un grupo médico-psiquiátrico interesado en una enfermedad mental, sino era un grupo multidisciplinario (trabajadores sociales, comunicólogos, ingenieros en comunicación, antropólogos, etc.) interesados en generar una explicación, de gran base observacional, para las formas de comunicación humana, entre ellas en la esquizofrenia. Sin duda que en ello encontró su éxito y su límite. La esquizofrenia fue, entonces, definida por este grupo más como un trastorno de la comunicación, que como una enfermedad, provocando una revolución conceptual que, desafortunadamente, poco incide en las formas de atención.

En esa época, Bowen (1967) estudiando familias enteras a las que hospitalizaba, elaboró su “hipótesis trigeneracional” y la del “ego indiferenciado” (Hoffman, 1988) según la cual, la familia podría presentar en una tercera generación el resultado acumulado de una dificultad de las dos generaciones previas, para resolver conflictos, favoreciendo no sólo una transmisión multigeneracional de “enfermedades emocionales”, sino conformando sistemas familiares indiferenciados, propiciatorios del desarrollo de alteraciones psicóticas en alguno de los miembros.

En una línea semejante, pero con métodos muy diferentes, Reiss (1970) elabora los primeros diseños experimentales controlados para estudiar el comportamiento familiar relacionado con la psicosis; en sus resultados, Reiss menciona que muchos padres de hijos psicóticos, tenían dificultades para ejecutar tareas en su laboratorio.

Como lo señala Mc Farlane (1983), después de 1950 casi todo mundo creía que la familia hacía loco al esquizofrénico y fue esta enfermedad la que prácticamente originó el movimiento de la terapia familiar en Estados Unidos y en otras partes del mundo. Los intentos disímiles de Laing, Cooper y Esterson, en Inglaterra (Laing y Esterson, 1970) y los del Grupo de Milán (Selvinni et al, 1974) parten del mismo paradigma, aunque tienen propuestas de intervención muy distintas.

En esa fiebre inicial de vincular a la familia como la “causa” de la esquizofrenia, Misher y Waxler (Dell P., 1980) acuñaron el término: “familia esquizofrénica”, tratando de identificar un tipo específico de familia para esta enfermedad, hipótesis que el tiempo y cantidad de estudios han desechado, pero que impactó el campo de la psiquiatría, la psicología y la terapia familiar por más de una década.

Wynne y Singer (Hoffman, 1988) profundizando estudios sobre comunicación intrafamiliar e interacciones, sostuvieron que la estructura del pensamiento esquizofrénico tenía que ver con patrones específicos de comunicación, de los cuales, la llamada “desviación de la comunicación” (DC) aparecía como la variable más importante, asociada a otras, pero no como “la causa” del proceso esquizofrénico, sino como una reunión de variables relacionadas, hipótesis opuesta a la del “doble vínculo”. Siguiendo esta línea, Hirsh y Leff (Dell P. 1980) encontraron que existe un “traslape” significativo de DC, entre los parientes de esquizofrénicos y los parientes de pacientes que no presentan psicosis.

En pleno auge de la búsqueda de la relación causa-efecto, pero ya desarrollado el modelo de causalidad circular propio de los enfoques sistémicos (Hoffman, 1988) el modelo comunicacional inicial sufrió modificaciones en lo que ulteriormente fue la perspectiva comunicacional moderna, aplicando la teoría del doble vínculo a modelos más centrados en aplicaciones técnicas (Madanés y Haley, 1980) o terapéuticas (Selvinni P. et al, 1974) o bien, a los llamados “modelos homeostáticos” (Andolfi, 1979) aplicados al estudio de sistemas familiares rígidos, íntimamente relacionados con la generación de psicosis.

Sin embargo, hacia 1975 ese ímpetu original que perseveraba en buscar una relación entre el síntoma (la psicosis esquizofrénica) y el sistema familiar, comenzó a declinar. Ese año, Massie y Reels (Dell P. 1980) concluyeron que la terapia familiar, en sus formas usuales, no ayudaba lo suficiente ni al esquizofrénico ni a su familia; ese mismo año, la revisión de Jacob, Goldstein y Rodnick (Mc Farlane, 1983) mostró que, con excepción de la “DC” (Desviación de la Comunicación) y posiblemente la llamada “expresión emocional” (EE) que contribuían como factores en el curso de la enfermedad tal relación causal no existía y por ello, la existencia de una “familia esquizofrénica” quedó en entredicho.

Los primeros veinte años de desarrollo de la terapia familiar en la psicosis mostraron pobres resultados terapéuticos. Como señala Mc Farlane (1983) esto sugiere poderosamente que con respecto a la esquizofrenia, “algo anda mal en la terapia familiar y en la teoría que la sustenta”.

Por ello, y en relación a una especie de “cadena causal” en la esquizofrenia, hemos de destacar otros dos fenómenos:

1) una acumulación creciente de elementos de orden biológico en la explicación causal a la esquizofrenia, aunada a:

2) la respuesta favorable observada con el uso de neurolépticos, en el control de síntomas psicóticos.

Sin duda, son estos elementos paralelos los que han obligado a generar estudios de tipo prospectivo (seguimientos) de más largo plazo, en los que, de manera longitudinal y evaluando continuamente a grandes grupos, durante largo tiempo, puedan realizarse observaciones más firmes acerca de predicciones evolutivas basadas en dichos resultados.

Por su parte, en el campo de la TF -durante la década de los setentas- se operaba otro cambio: una demanda creciente de profesionalización del campo, originaba un desarrollo mayor y cualitativamente distinto de las teorías explicativas así como de técnicas que resolvieran prácticamente problemas diferentes a las psicosis (enfermedad psicósomática, anorexia nerviosa, problemas de aprendizaje y conducta, fármacodependencia, delincuencia, problemas de ajuste en edades clave {adolescencia}).

Debido a lo anterior, muy cerca del final de esa década, en una especie de último repunte teórico, se retoma la relación familia-psicosis agregando visiones procedentes del psicoanálisis (especialmente el lacaniano) planteando que existen zonas de destrucción en la imagen del cuerpo de los psicóticos, (y de algunos enfermos psicósomáticos) que se corresponden con zonas de destrucción de la estructura familiar (Dell, P. 1980), aunque en términos prácticos este, como otros modelos, mostró limitaciones importantes.

Sin embargo, todos estos desarrollos y sus límites, dieron base a una conclusión importante de los terapeutas familiares de la tercera generación, sintetizado por Mc Farlane (1983) cuando afirmó que, a casi cuarenta años de su nacimiento y a cerca de 25 de mostrar una declinación casi lineal sobre la relación familia-esquizofrenia, parece ser que “la hija ha abandonado a lo madre” ya que o partir de los ochentas se apreció un cambio en el foco de atención en esa relación, la cual dio lugar a que las intervenciones terapéuticas de las llamadas “nuevas terapias familiares de la esquizofrenia” atiendan más que a aspectos casuales familiares, a una multicausalidad de esa enfermedad, en lo cual, la familia juega sólo un papel desencadenante.

III. EL ENFOQUE MULTICAUSAL Y LA TERAPIA FAMILIAR

25 años de desarrollo parecen mostrar un camino distinto en lo técnico de la TF, aparejado a su vez, a una concepción distinta acerca de “las causas” de lo esquizofrenia; hoy es innegable el peso que tienen investigaciones de diversa índole acerca de la concatenación de “factores causales” en la esquizofrenia, tan variable como la evidencia de una predisposición genética para el enfermar (factor eficiente en nuestro modelo de comprensión), pasando por factores coadyuvantes anclados en lo historia relacional del paciente y, por ende, de carácter psicodinámico (la personalidad premórbida o el carácter esquizoide y su relación genético-histórica con el desarrollo emocional; los procesos de individuación-separación descritos por M. Mahler, por ejemplo) hasta encontrar factores o elementos de riesgo, desencadenantes o precipitantes, frecuentemente asociados con el tránsito de una etapa vital a otra o bien, al consumo de

drogas psicodislépticas.

En este sentido, recientemente, al tiempo que se ha identificado a la esquizofrenia como una enfermedad de base orgánica, expresado psicoanalíticamente como un trastorno fundamental del pensamiento (Bion, 1975) se ha reubicado el papel de la familia.

En el paradigma de los cincuenta la familia es lo causa eficiente, estructural y última en la génesis de la psicosis, mientras que en el paradigma de los ochentas la causa eficiente es biológica y la familia tiene importancia sólo en el nivel de los factores desencadenantes, en especial en la evitación o precipitación de recaídas en el paciente. Esta última perspectiva hace importante el papel de la familia sobre todo para el pronóstico de la enfermedad, de tal manera que en su expresión terapéutica, la intervención en la familia se ha orientado a modificar contextos, de respuesta al paciente para lograr un apoyo más eficaz a su proceso terapéutico, más que a modificar sustancialmente la estructura y el funcionamiento familiares.

De esto forma, C. Anderson (Mc Farlane, 1983) desarrolla una experiencia psicoeducativa familiar, ofreciendo orientaciones técnico-operativas a la familia del esquizofrénico, a fin de apoyar el tratamiento farmacológico que este recibe. Esa experiencia es un buen ejemplo de las nuevas modalidades de tratamiento familiar en la esquizofrenia.

Igualmente, otros autores apoyan el trabajo de grupos multifamiliares que comparten la característica de tener un miembro esquizofrénico y que, funcionando de manera integral o escindida del resto del tratamiento, generan un clima de tolerancia y comprensión en la familia, y de apoyo mutuo basado en la identificación de elementos comunes en la enfermedad o en su evolución.

Igualmente, en los ochentas se asiste a la construcción de asociaciones de (ex) pacientes y familiares semejantes a las formadas por pacientes nefríticos terminales, cancerosos, diabéticos, con enfermedad de Alzheimer, y otras de mal pronóstico como grupos de autoayuda centrados en la comprensión, el apoyo, la tolerancia y la ayuda mutua en acciones de prevención, manejo de crisis o tratamientos, hecho que modifica sustancialmente la frecuencia y duración de los internamientos, así como al parecer el pronóstico general de la enfermedad.

IV.- EL PAQUETE TERAPÉUTICO DE LA NUEVA TF PARA ESQUIZOFRÉNICOS

Las nuevas terapias familiares para esquizofrénicos difieren de aquellas terapias utilizadas en el pasado, en varios puntos fundamentales:

1) Varias de ellas (como la citada de C. Anderson) parten de la investigación y, desde ahí, se generalizan a la práctica clínica.

2) Parecen tener importantes efectos terapéuticos sobre el proceso esquizofrénico, adicionales a aquellos alcanzados con la terapia farmacológica exclusivamente.

3) La mayoría de ellas parten de una expansión de la teoría familiar sistémica, incluyendo factores extrafamiliares, especialmente los de orden biológico.

4) Suelen utilizar (en cuanto a la dimensión biológica) el concepto de “vulnerabilidad”.

5) Suelen superar la contradicción operativo derivada de una supuesta “alteración estructural familiar” que origina la enfermedad, y la necesidad consecuente de modificar esta estructura enferma mediante la intervención psicoterapéutica familiar, lo cual solía llenar de culpa y agobio a las familias. En cambio el nuevo paradigma coloca el énfasis de la participación familiar en el tratamiento y pronóstico, debido a la concepción de que los resultados terapéuticos dependen en forma sustancial del monto y calidad del apoyo familiar al proceso terapéutico del paciente esquizofrénico.

6) La reincorporación social y la ausencia de recaídas del paciente, o su presentación mínima, traducen índices de recuperación más importantes, así como una orientación distinta en el proceso terapéutico, con metas complementarias (el alivio del agobio familiar, por ejemplo, en lugar de su inculpación).

Mc Farlane (1983) destaca la necesidad de incluir a la familia en el tratamiento actual de la esquizofrenia

porque:

- A) Estas terapias parecen ser efectivas para prevenir las recaídas frecuentes en los pacientes esquizofrénicos y promover vidas más productivas para ellos, evitándoles la frecuente marginalidad social.
- B) Pueden poseer la clave para reducir, sin peligro, la dosis de medicamentos antipsicóticos y, por tanto, sus peligros a largo plazo, como la disquinesia tardía.
- C) Las familias se convierten en un “sustituto funcional” del antiguo hospital, y
- D) No se puede esperar que las familias hagan todo el trabajo solas.

V.- EL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE CAROL ANDERSON: PROTOTIPO DEL NUEVO PARADIGMA

Este programa terapéutico está basado en el supuesto de que cualquiera que sea “la causa de la esquizofrenia”, los pacientes con esta enfermedad parecen tener un “déficit psicológico” que aparenta aumentar su vulnerabilidad a estímulos internos y externos.

Esta vulnerabilidad a la estimulación es exacerbada, probablemente, por ambientes estimulantes del hogar, el lugar de trabajo o el lugar de tratamiento, hecho que parece estar correlacionado con altas tasas de recaídas.

Por esto, el programa pretende disminuir la vulnerabilidad del paciente a la estimulación, mediante la administración de medicamentos antipsicóticos y la disminución de la cantidad de estimulaciones provenientes del medio familiar, contexto primario dentro del cual funciona el paciente (Mc Farlane, 1983).

El agobio que las familias sufren al tener un miembro esquizofrénico, suele llevarlas a alguna de las dos maneras en que Brown (1968, 1972) describió como componente elevado de la expresión emocional: la sobreinvolucración y la intrusión instalando constantemente guías o protegiendo excesivamente a los pacientes de sí mismos y del medio o volviéndose frustradas, enojadas, rechazantes, apartadas, tanto del paciente como de los sistemas que lo tratan. Ambas fuerzas interactúan en detrimento del paciente en forma espiral, creando la circularidad real entre: vulnerabilidad del paciente-estímulos que lo trastornan alteraciones del paciente-alteraciones de la familia-estímulos que trastornan al paciente, etc.

Por esta supuesta relación circular, este modelo de intervención familiar ha sido diseñado para reducir la intensidad emocional del medio familiar, mediante un programa que provee a la familia de apoyo, información, estructura y mecanismos específicos aplicables al lidiar más efectivo con el miembro psicótico.

El programa fue diseñado con la esperanza de que su enfoque directivo aumentara la capacidad de previsión y estabilidad del medio familiar al aumentar la autoconfianza familiar y el conocimiento de la enfermedad, disminuyendo de esta manera, la ansiedad familiar ante los pacientes y aumentando su habilidad de manejo hacia ellos.

El programa tiene cuatro fases básicas traslapadas:

Fase 1 Conexión con la familia, es decir, el establecimiento de una alianza con la familia.

Fase 2 Taller de habilidades de sobrevivencia.

Sesión familiar educativa de todo un día, que intenta proveer a las familias con información acerca de la enfermedad y su manejo, y capacitar a los miembros de la familia para sentirse menos aislados y estigmatizados, utilizando un formato multifamiliar con 4 o 5 familias. Esta fase comprende, a su vez, las siguientes etapas:

2.1 Información acerca de la enfermedad.

2.2 Información acerca del manejo de la enfermedad por la familia.

2.3 Reducción de expectativas acerca del paciente.

2.4 Imposición de límites.

2.5 Desarrollo de sistemas de apoyo.

Fase 3 Reingreso y aplicación de los temas del taller.

Fase 4 Tratamiento continuado o desvinculación del programa.

BIBLIOGRAFÍA:

- ANDOLFI M. (1977), *Terapia Familiar*, Buenos Aires, Paidós, 1984, 1ª ed.
- BATESON G., JACKSON D., HALEY J., WEAKLAND J. (1962), “Nota sobre el Doble vínculo”, en Jackson D. (comp.), *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.
- BION, W.R. (1972), *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé, 1967.
- BOWEN M. (1978), *Family Therapy in Clinical Practice*, Nueva York, Jason Aronson.
- BROWN G., MUNCK E., CARSTAIRS G. y WING J. (1962), “Influence of family life on the course of schizophrenic illness”, *British Journal of Psychiatry*, 16: 55-68.
- BROWN G., BIRLEY J. Y WING J. (1972), “Influence of family life on the course of schizophrenic disorders”, *British Journal of Psychiatry*, 121: 24 1-258.
- CAMPUZANO M. M. (1989), “Tratamiento Grupal y ambulatorio de psicóticos”, México, *Revista de Análisis Grupal*, VI (4) 61-87.
- DELL P. (1980), “Researching the family theories of schizophrenia: an exercise in epistemological confusion”, *Family Process*, 19: 321-335.
- FROMM-REICHMAN F. (1952), *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*, Buenos Aires, Hormé, 4ª ed. en español, 1981.
- HALEY J. (1959), “Descripción interaccional de la esquizofrenia” en Jackson D. (comp.) op. cit., El original publicado en *Psychiatry* 22 N° 4, noviembre de 1959, pp. 321-332.
- HALEY J. (1967), “La familia del esquizofrénico: sistema modelo”, en Jackson D. (comp.) op.cit. El original publicado en *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129.
- HOFFMAN I. (1981), *Fundamentos de la Terapia Familiar*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- LAING, R.D. Y ESTERSON A (1964), *Cordura, Locura y Familia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967, 1ª reimpresión, 1970.
- MADANÉS C. y HALEY J. (1977) “Dimensions of family therapy”, en *Journal of Nervous and mental disease*, 165: 88-89.
- MC FARLANE W (1983) (Ed.), *Family Therapy in schizophrenia*, Nueva York, The Guilford Press.
- ROSSI A (1969), *Lenguaje y significado*, México, Siglo XXI, 1969.
- RODRÍGUEZ A.C. (1989), *Comunidad Terapéutica para pacientes psicóticos ambulatorios*, México, (mimeo).
- SELVINNI M., BOSCOLO L., CECCHIN G. y PRATA G. (1975), *Paradoja y Contraparadoja*, Buenos Aires, Paidós, 1977.
- ZUK G.H. (1981), *Psicoterapia familiar: un enfoque triádico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982.

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 16-ex-42