

Tratamiento de la psicosis esquizofrénica adaptado a las necesidades: El papel esencial de las reuniones terapéuticas centradas en la familia*

Need-adapted treatment of schizophrenic psychoses: The essential role of family-centered therapy meetings

V. RÄKKÖLÄINEN¹, K. LEHTINEN², Y.O. ALANEN³

RESUMEN

El tratamiento de la psicosis adaptado a las necesidades se basa en una orientación psicoterapéutica. Su planificación y aplicación se realiza a nivel individual, en cada caso, combinando distintas actividades para hacer frente a las necesidades de cada paciente, así como de las personas que constituyen su red interactiva personal (normalmente la familia). Una parte esencial de este tratamiento radica en una intervención inicial sistémica, consistente en una sesión conjunta del paciente, los miembros de su familia y un equipo de 3 ó 4 miembros del personal. La denominación de reuniones terapéuticas que han recibido estas sesiones pretende reflejar su notable importancia terapéutica. Dichas reuniones se reiniciarán durante las fases últimas del tratamiento, como medio de evaluación continua del curso del mismo y de los planes terapéuticos. En el presente artículo, se discute el equilibrio mutuo entre distintos tipos de psicoterapia en el curso del tratamiento, así como los aspectos organizativos de dicho tratamiento.

SUMMARY

The need-adapted treatment is a psychotherapeutically oriented approach to psychoses that has been planned and is implemented individually in each case, combining different activities so that they meet the needs of each patient as well as the people making up his personal interactional network (usually the family). A systemic initial intervention, carried out as a conjoint session of the patient, the members of his family and a team of 3-4 staff members is an essential part of this approach. The name therapy meeting was given to these sessions because of their notable therapeutic significance. Therapy meetings are often continued during the later phases of treatment to follow up the course of treatment and to re-assess the therapeutic plans. The mutual weighting between different modes of psychotherapy during the course of treatment as well as the organizational arrangements are discussed.

¹Director Médico, Hospital Kupittaa, Turku. Profesor de Psiquiatría. ²Profesor Adjunto de Psiquiatría. ³Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Turku. Finlandia.

*Artículo presentado en The International Family Therapy Conference, «Systems we live in - Family therapy contexts», Krakow, Septiembre 1990. —El original de este artículo se publicará en la revista «Contemporary Family Therapy». La traducción se ha hecho con el permiso expreso de los editores.

—Traducción revisada por A. García-Ordás.

PALABRAS CLAVE

Psicosis esquizofrénica; Intervención familiar; Psicoterapia; Psiquiatría comunitaria, Reuniones terapéuticas.

KEY WORDS:

Schizophrenic psychoses; Family intervention; Psychotherapy; Community psychiatry; Therapy meetings.

(*Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11: 3-8)

El desarrollo de la psicoterapia de pacientes esquizofrénicos se ha visto retrasado por varias razones. Una de ellas es el reducido campo de aplicación de los estudios metodológicos que han influenciado la opinión general de los psiquiatras sobre la efectividad de las aproximaciones psicoterapéuticas. Creemos que la utilidad de la psicoterapia en pacientes psicóticos no puede determinarse con los llamados estudios terapéuticos controlados, ya que no consideran las necesidades terapéuticas altamente variables de los distintos pacientes. De ahí, la necesidad urgente de estudios innovadores que utilicen los principios de la investigación activa.

Trabajamos en un hospital universitario que, al mismo tiempo, forma parte de la organización de la psiquiatría comunitaria de la ciudad de Turku (con una población de 160.000 habitantes). El objetivo de nuestro equipo, ha sido desarrollar un tratamiento global, de orientación psicoterapéutica, adecuado para los pacientes; nuevos y con recaídas, que sufren esquizofrenia y otras psicosis funcionales. Dicho tratamiento pretende satisfacer las necesidades existentes en el campo de la psiquiatría comunitaria. Es importante hacer esta observación, ya que éste es el contexto en el que la mayoría de los pacientes esquizofrénicos son tratados en todo el mundo.

Nuestra aproximación terapéutica se basa en una visión integrada del tratamiento de la esquizofrenia. Se intentan combinar los distintos tipos de tratamiento, de forma flexible

pero planificada a nivel individual, para conseguir que la terapia satisfaga las necesidades del paciente y de su familia u otras personas que formen parte de su entorno interpersonal más inmediato. Esta es la razón por la que este método se ha denominado tratamiento de la esquizofrenia adaptado a las necesidades.

Incluso siendo una aproximación global, que integra distintas actividades, se basa principalmente en puntos de partida sistémicos. Lo consideramos necesario por dos importantes razones. El personal que integra la organización terapéutica constituye un sistema similar al de la familia del paciente. El encuentro mutuo de estos sistemas conduce a la creación de un nuevo sistema que incluye a los dos anteriores. El psicólogo finlandés Jaakko Seikkula (1987) ha denominado a este sistema "sistema fronterizo" (border system). Este autor hace hincapié, como lo hacemos nosotros, en el proceso coevolutivo por el que ambos componentes del nuevo sistema determinan en todo momento tanto el entendimiento como las actividades del otro. El éxito del tratamiento propuesto aquí depende en gran medida de este proceso y, por ello, es esencial llevar a cabo un continuo examen de su naturaleza y desarrollo como parte de nuestro trabajo. Puede que sea ingenuo pensar que este sistema fronterizo es fácilmente controlable, pero más grave sería el error de actuar como si no existiera.

La segunda razón que justifica la importancia de una perspectiva sistémica es que nos ofrece el mejor punto de partida para el diagnóstico de las necesidades terapéuticas específicas de cada caso. Es por ello que se mantienen reuniones conjuntas con los pacientes y los miembros de su familia y/o personas próximas a él desde el principio del tratamiento. El análisis de este método de trabajo constituye el núcleo del presente artículo.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO ADAPTADO A LAS NECESIDADES

Los principios generales del tratamiento adaptado a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos nuevos y con recaídas incluyen:

1. *Las actividades terapéuticas deben ser planificadas y llevadas a cabo de manera flexible e individual, en cada caso, de forma que puedan atender las necesidades reales y variables de cada paciente, así como de las personas que constituyen su red interactiva personal.*

Es necesario determinar el estado psicológico y clínico del paciente y la situación psicológica de su familia o de otros componentes de su red interactiva. El tratamiento de un paciente esquizofrénico depende, en gran medida y mucho más que en los casos de neurosis, de la calidad de las relaciones interpersonales existentes en su entorno más cercano. No sólo hay que considerar la dependencia secundaria del paciente atribuible a su trastorno, o la necesidad de apoyo de la familia, que es importante, sino principalmente el significado psicodinámico de los procesos de interacción mutua existentes

en el círculo familiar, incluidos los lazos simbióticos y los procesos de introspección-proyección que han sido descritos tanto por investigadores de la familia (por ejemplo, Lidz et al., 1965; Alanen, 1985) como por psicoanalistas (por ejemplo, Searles, 1965; Volkan, 1990).

Este principio implica asimismo que debería evitarse todo tratamiento innecesario.

2. *El examen y tratamiento del paciente deben estar dominados por una actitud psicoterapéutica.*

La actitud psicoterapéutica la definimos como un esfuerzo para entender las circunstancias pasadas y actuales del paciente y de los miembros de su familia o de su entorno humano. Esta actitud incluye la observación de las propias actitudes y reacciones emocionales.

Este principio debe respetarse a la hora de aplicar cualquier tipo de tratamiento.

3. *Las distintas actividades terapéuticas deben complementarse entre sí y no interferir unas con otras.*

La integración del tratamiento depende en la misma medida de la combinación de diferentes tipos de psicoterapia como del equilibrio entre psicoterapia y farmacoterapia. Dependiendo de las circunstancias, el tratamiento con fármacos deberá ser parte integral de las actividades terapéuticas. Al contrario que en muchos otros centros, solemos ser reticentes a la administración inmediata de fármacos a pacientes nuevos, porque dificulta nuestros esfuerzos por entender lo que le ocurre. En numerosos casos, una buena norma consiste en determinar la dosis mínima de neurolepticos necesaria para conseguir que la capacidad de contacto y comunicación del paciente alcance un nivel óptimo en relación a su estado clínico.

Especialmente importante es la cooperación entre los miembros de distintas categorías de personal y de las plantillas de distintas unidades.

4. *La calidad del proceso terapéutico debe percibirse con claridad.*

Esto significa que el tratamiento debe concebirse como un proceso en desarrollo, un proceso continuo que no debería degenerar en una serie de actividades rutinarias. Para ello, suele ser útil una evaluación continua del curso y resultados del tratamiento, lo que incluye la posibilidad de modificar los planes terapéuticos. Asimismo, consideramos el proceso coevolutivo del sistema fronterizo mencionado anteriormente.

Estos cuatro principios están estrechamente relacionados entre sí. Son todos ellos parte de un mismo todo. Si una de estas partes no recibe la debida consideración, el tratamiento adaptado a las necesidades no podrá ser plenamente aplicado.

REUNIONES TERAPEUTICAS

Desde principios del decenio de 1980, cada paciente (no sólo esquizofrénico) remitido a nuestro hospital para su tra-

tamiento, es examinado por un equipo de 3 ó 4 personas, junto con los miembros de su familia u otras personas próximas a él. Esto ha sido posible en el 80% de los ingresos correspondientes a pacientes nuevos. Como consecuencia de ello, alrededor de un tercio de los pacientes no fueron ingresados en el hospital, ya fuera porque su tratamiento se continuó en régimen extrahospitalario, incluidas visitas a domicilio, ya fuera por considerarse innecesario tras varias sesiones conjuntas.

Este tipo de entrevistas conjuntas se continúan en el pabellón en el que el paciente recibe el tratamiento y las hemos denominado reuniones terapéuticas porque, además de su importancia para el diagnóstico del paciente, adquieren una notable importancia terapéutica.

Las primeras reuniones terapéuticas pretenden conseguir el entendimiento de lo que ocurre en el paciente y en su familia en el momento de la aparición de la enfermedad y en el momento de su ingreso; es decir, cómo y por qué el paciente fue remitido a tratamiento. Otro objetivo de esta sesión inicial es ayudar a los participantes a concebir la situación como una dificultad a la que se tienen que enfrentar el paciente y las personas próximas a él más que como una enfermedad misteriosa que ha desarrollado el paciente como individuo. Esta es una diferencia importante comparada con los métodos psico-educacionales de la terapia familiar (Leff et al., 1982; Falloon et al., 1984) que suelen considerar la esquizofrenia como una enfermedad determinada orgánicamente y así se lo hacen concebir al paciente y a su familia.

Una sesión conjunta de este tipo suele servir para mitigar la regresión del paciente. El ser calificado de enfermo no llama tanto la atención. Tanto el paciente como los miembros de la familia son invitados a examinar la situación y a planificar el tratamiento, mientras que al mismo tiempo, se les ofrece apoyo terapéutico desde el principio, lo que alivia su propia

confusión y ansiedad. Las sesiones suelen ayudar también a todos los presentes a superar las experiencias traumáticas asociadas a la hospitalización psiquiátrica.

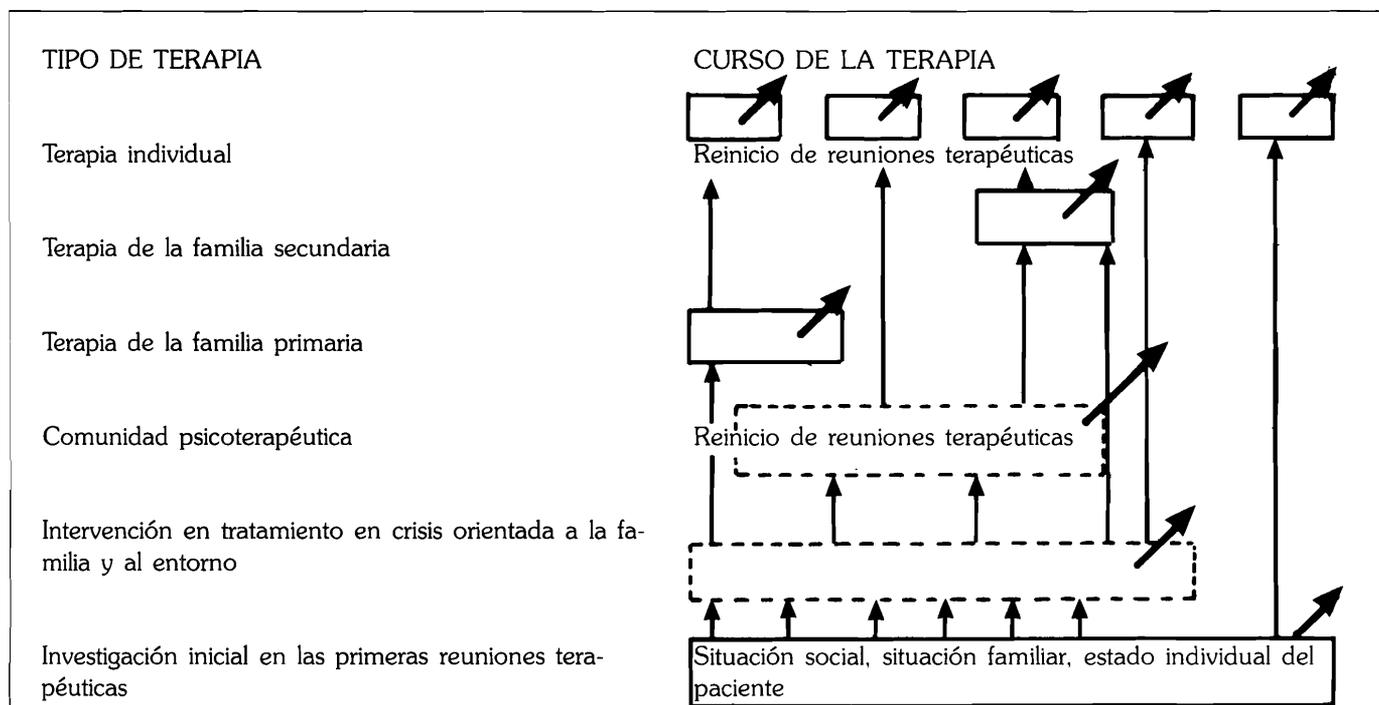
Un importante objetivo de la sesión conjunta es establecer un diagnóstico sobre la necesidad y calidad del tratamiento. Para ello, es crucial tener la posibilidad de observar *in vivo* la situación interaccional de la familia. De esta forma, los miembros del equipo pueden establecer un diagnóstico sistémico que contribuya a decidir si el tratamiento debe centrarse en la terapia individual o familiar.

A menudo continuamos las reuniones terapéuticas en la última fase del tratamiento. Especialmente durante el tratamiento intrahospitalario, el reinicio de las reuniones terapéuticas es una práctica habitual. Dichas reuniones son atendidas por el paciente, ya sea sólo o acompañado por las personas próximas a él, así como por los miembros del equipo terapéutico.

En nuestra opinión, las reuniones terapéuticas constituyen la mejor forma de evaluar con carácter continuo el curso del tratamiento y los planes terapéuticos. Estas reuniones son de especial importancia en caso de modificaciones de la terapia, cuando, por ejemplo, se cambia el terapeuta, el tipo de tratamiento o la unidad terapéutica.

EQUILIBRIO MUTUO ENTRE DISTINTOS TIPOS DE PSICOTERAPIA

El diagrama adjunto muestra la secuencia mutua más habitual de los tipos básicos de psicoterapia en el curso del tratamiento adaptado a las necesidades. Las flechas oscuras del diagrama indican un cambio del tipo de tratamiento, mientras que las flechas claras indican una interrupción del tratamiento, que, como puede verse, es posible en cualquier momento.



Diagrama

El diagrama muestra asimismo el *tipo de tratamiento básico* en cada momento. Por ejemplo, la terapia familiar puede asociarse a una relación diádica simultánea (mientras el paciente permanece en el hospital, el que esta relación la establezca con la enfermera, es la regla) pero el componente principal radica en uno de estos tipos de tratamiento.

Es evidente que cada caso individual puede exigir excepciones a la secuencia presentada en el diagrama. También pueden tomarse precauciones contra los riesgos de un plan terapéutico elaborado apresuradamente y calificado de "específico de cada caso". La consecución de un entendimiento mutuo es un proceso que puede requerir mucho tiempo.

En la parte inferior del diagrama, aparece la fase de la reunión terapéutica inicial descrita anteriormente. Esta reunión clarificadora está asociada inseparablemente a una intervención orientada al entorno y a la familia en el tratamiento de las crisis que pueden sufrir los pacientes bajo terapia ambulatoria (incluida la posibilidad de visitas a domicilio) o en una comunidad psicoterapéutica establecida en el hospital o en un centro de día del hospital.

Al mismo tiempo y en caso apropiado, se puede determinar mediante un contacto diádico el estado clínico y psicológico de cada paciente, su situación social y sus necesidades de cara a la rehabilitación. De acuerdo con un estudio multicéntrico finlandés (Salokangas et al., 1988), más del 60% de los pacientes esquizofrénicos nuevos presentan necesidades de este tipo (asesoramiento profesional, ayuda a la hora de obtener un puesto de trabajo o alojamiento, etc.) una vez iniciado el tratamiento.

El tratamiento de la crisis suele ser una ayuda suficiente si la causa principal de la misma radica en una situación reactiva aguda y si las personas afectadas se dan cuenta que podrán volver a solicitar asistencia psiquiátrica siempre que lo necesiten. En los casos típicos de esquizofrenia, en los que el desarrollo psicótico es el resultado de una desintegración gradualmente creciente, y profundamente enraizado, de la personalidad, puede ser aconsejable un proceso terapéutico de varios años de duración. A este respecto, los recursos de la organización son todavía escasos.

La terapia familiar de orientación sistémica constituye una parte importante de nuestro programa, pero no excluye otros tipos de terapia, especialmente la psicoterapia individual siguiendo una orientación psicodinámica. Cuando se necesitan varios tipos de tratamiento, suele ser conveniente proceder de las terapias menos específicas, orientadas a la familia y al entorno, a las más específicas, orientadas al paciente.

El estado de las interrelaciones psicológicas mutuas entre el paciente y los miembros de su familia constituye el diagnóstico más importante para decidir entre una terapia familiar o individual. La psicoterapia individual en las primeras fases del tratamiento es apropiada para pacientes más diferenciados que muestran, al mismo tiempo, cierto entendimiento inicial de la relación entre sus síntomas y su situación biográfica. Tanto el insight como la motivación del paciente ante la terapia suele aumentar en la fase de terapia familiar, e incluso muchos de los pacientes pueden llegar a plantear por sí mismos la necesidad de una terapia individual, lo que permite una motivación muy superior que en el caso de una terapia por "prescripción".

La terapia de familia, de la familia primaria, estará más indicada en el caso de pacientes cuyo desarrollo individual presenta un retraso evidente. Estos pacientes suelen mantener estrechos lazos con la familia más cercana, pero contactos extrafamiliares muy débiles. Uno de los objetivos principales de la terapia familiar es promover la mutua diferenciación entre los pacientes y sus padres. Esta también, promoverá la posibilidad de la psicoterapia individual de estos pacientes que, idealmente, debería ser la continuación de la fase de terapia familiar.

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos casados o que mantienen una relación estable de pareja, suelen beneficiarse más de la terapia de pareja o de la terapia de familia —de la familia secundaria—, que de la terapia individual. La psicoterapia individual puede estar incluso contraindicada debido a las consecuencias que puede tener para la homeostasis familiar, al colocar a uno de los miembros de la familia en el papel permanente de enfermo. Por otro lado, la terapia individual puede ser necesaria en el tratamiento prolongado de pacientes divorciados o en el caso de pacientes cuya patología es, en última instancia, la causa nuclear más importante.

Sólo algunos de nuestros pacientes reciben psicoterapia de grupo con carácter regular, pero en el programa terapéutico, cada vez son más relevantes una serie de actividades de grupo dentro de las comunidades psicoterapéuticas que consiguen una atmósfera de solidaridad. En el área de Turku, se han creado asimismo residencias y casas de rehabilitación para los pacientes cuya situación familiar o social no es la adecuada para el desarrollo progresivo del paciente.

COMENTARIOS A MODO DE CONCLUSION

Finalizaremos el presente artículo con una serie de breves comentarios sobre aspectos organizativos, basados en las experiencias finlandesas.

Consideramos que las intervenciones y terapias familiares deberían ser parte integral del trabajo desarrollado en el terreno de la salud mental, en lugar de llevarse a cabo como un sector independiente de las actividades terapéuticas. Esto es necesario para la integración de los tratamientos. Otro beneficio es la difusión de los conocimientos y actitudes del personal de la organización en relación a la familia. Las actividades de la terapia familiar suelen desarrollarse como un trabajo en equipo y a intervalos relativamente distanciados entre las sesiones, lo que las hace también adecuadas para las unidades de psiquiatría comunitaria. Esto contrasta con la terapia individual más intensa que, en la mayoría de los casos, recae en médicos privados, aunque sea mediante la adquisición de sus servicios, una nueva tendencia que no ha sido posible en la esfera de la psiquiatría comunitaria de Finlandia hasta 1984.

Los recursos cualitativos son de una importancia crucial para el desarrollo de nuestro trabajo. En Finlandia, fue decisiva la organización, hace ahora unos diez años, de unos cursos formativos multiprofesionales en materia de terapia familiar, de tres años de duración. En la actualidad, existen más de 200 profesionales de la salud mental repartidos por

todo el país que han recibido dicho curso. La mayoría de ellos trabajan en el campo de la psiquiatría pública o de la atención psiquiátrica infantil.

El tratamiento adaptado a las necesidades, desarrollado por nosotros, se está llevando a la práctica en muchas otras áreas de Finlandia, tras un programa de "tratamiento de la esquizofrenia" de ámbito nacional realizado durante el decenio de 1980 (Consejo Médico de Finlandia, 1990; Alanen et al., 1990). La gestión y, en parte también, la orientación de estas actividades, puede variar en cierto grado, pero la "patente" común a todas ellas es la creación de equipos terapéuticos de familia. Los resultados, tanto en Turku (Alanen et al., 1988) como en otras áreas del país, han sido bastante prometedores. El pronóstico clínico y social de los pacientes incluidos en el grupo de la esquizofrenia, han mejorado considerablemente y ha disminuido la necesidad de

hospitalización, en comparación con estudios anteriores.

El programa nacional recomendaba la creación de Equipos de Psicosis Aguda dentro de las organizaciones de salud mental a nivel de distrito (de acuerdo con el "modelo de tratamiento" establecido por el grupo del proyecto, ver Alanen et al., 1990). Estos equipos debían incluir cuatro personas, entre ellas un psiquiatra y un trabajador social. Su ubicación sería preferentemente en centros de salud mental, pero teniendo las diferentes unidades de la organización del distrito, bajo su esfera operacional. Deberán, asimismo, ser capaces de llevar a cabo análisis de situación orientados a la familia y al entorno (reuniones terapéuticas) de los pacientes psicóticos admitidos a tratamiento, ser responsables de la integración de los tratamientos y el seguimiento de los pacientes, así como de la supervisión de todas las actividades centradas en la familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Alanen YO.: In search of the interactional origin of schizophrenia. In *Research in the schizophrenic disorders*; Stanley R. Dean award lectures, Vol. I, edited by R. Cancro & S.R. Dean. *Spectrum, Jamaica N.Y.* 1985.
2. Alanen YO, Lehtinen K, Rökköläinen V, Aaltonen J.: Need-specific treatment of schizophrenic patients. Experiences of the Turku project. IX International Symposium on the Psychotherapy of Schizophrenia, Turin. To be published. 1988.
3. Alanen YO, Anttinen EE, Kokkola A, Lehtinen K, Ojanen M, Pylkkänen K, Rökköläinen V.: Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses: The Finnish treatment model. *Nord J Psychiat Suppl* 1990; Suppl 22: Vol 44.
4. Falloon I, Boyd J, McGill C.: Family care of schizphrenia. *Guilford, New York* 1984.
5. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D.: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Brit J Psychiat* 1982; 141: 121-134.
6. Lidz T, Fleck S, Cornelison AR.: Schizophrenia and the family. *Internat Univ Press, New York* 1965.
7. National Board of Health in Finland. The Finnish schizophrenia programme: The summary report. *To be published in the research report series of the National Board of Health, Helsinki* 1990.
8. Searles HF.: Collected papers on schizophrenia and related subjects. *Internat Univ Press, New York* 1965.
9. Seikkula J.: The border system —a treatable unit between the ward and the family (in Finnish). *Perheterapia* 1987; 3: 11-13.
10. Volkan VD.: The psychoanalytic psychotherapy in schizophrenia. In *Master clinicians on treating the regressed patient*, edited by L.B. Boyer & P. Giovacchini. *Jason Aronson, Northvale N.J.* 1990.