



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 **Facultad de
Psicología**
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

**Psicoterapia Familiar Sistémica de Milán
para el tratamiento de la Esquizofrenia:
alcances y limitaciones.**

Laura Matilde Cerruti Machado

Montevideo, mayo de 2018

Tutora: Denisse Dogmanas

*A las usuarias y usuarios del programa semanal Ombú para adultos mayores,
a las usuarias y usuarios del programa Club Social Jacarandá de los viernes
y a los familiares del Grupo Terapéutico de los miércoles
que tuve el honor, el desafío y el placer de conocer durante el año 2016
en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Dr. Pedro Martínez Visca.*

CONTENIDO

Resumen

Introducción

Capítulo 1. El tratamiento de la Esquizofrenia basado en la evidencia

1.1. Esquizofrenia

- 1.1. 1. Presentación. 1.1. 2. Síntomas y criterios diagnósticos.
- 1.1.3. Etiología. 1.1.4. Porcentajes de recuperación

1.2. La cuestión de la Evidencia

- 1. 2.1. Grados de Recomendación y Guías Clínicas de Tratamiento 1. 2.2. Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Utilidad 1.2.3. Análisis de costo-utilidad y costo-beneficio

1.3. Estándares actuales para el tratamiento de la esquizofrenia

- 1.3.1. El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia 1.3.2. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia 1.3.3. Las psicoterapias con mayor apoyo experimental

1.4. Eficacia y Efectividad de la Terapia Familiar para el tratamiento la Esquizofrenia

- 1.4.1. Metaanálisis y magnitud del efecto 1.4.2. Eficacia de las psicoterapias en general 1.4.3. Eficacia de las psicoterapias familiares en general 1.4.4. Efectividad de las psicoterapias familiares para la psicosis 1.4.5. Limitaciones de las psicoterapias familiares

1.5. Efectividad y Eficiencia de la Terapia Familiar Sistémica para el tratamiento la Esquizofrenia

- 1.5.1. Inexistencia de diferencias de efectividad entre los diferentes enfoques de terapia familiar. 1.5.2. Flexibilidad y Eficiencia de las psicoterapias familiares sistémicas 1. 5.3. Efectividad de la psicoterapia familiar sistémica para la Esquizofrenia 1.5.4. Una investigación comparando Terapia Sistémica de Satir vs Psicoeducación

Capítulo 2. Psicoterapia de Milán para el tratamiento de la Esquizofrenia

2.1. Fundamentos sistémicos

2.1.1. Nacimiento y expansión de la Terapia Familiar. Los aportes teóricos de las diferentes corrientes y escuelas y sus influencias en la Escuela de Milán.

2.1.2. La caída en la valoración de las terapias familiares para la Esquizofrenia.

2.2. La Escuela de Milán. Definición. Particularidades teóricas y prácticas.

2.2.1 La conducción de la sesión. 2.2.2. Las técnicas psicoterapéuticas. 2.2.3. El estilo interaccional en las familias de transacción esquizofrénica. 2.2.4. Características de la terapia de Milán actual. 2.2.5. Aplicabilidad de la psicoterapia de Milán familiar, de pareja e individual.

2.3. Efectividad de la psicoterapia familiar de Milán

2.3.1. Efectividad para distintos trastornos. 2.3.2. Efectividad de las herramientas sistémicas. 2.3.3. Efectividad de la psicoterapia de Milán para la Esquizofrenia. 2.3.4. Efectividad con el protocolo original (años 70 y 80). 2.3.5. Efectividad con el protocolo intermedio (años 90). 2.3.6. Efectividad con el protocolo actual (años 2000).

Capítulo 3. Discusión y conclusiones

Agradecimientos

Referencias

Resumen

Se trata aquí la importancia del tratamiento óptimo de la Esquizofrenia (Instituto Nacional de la Salud Mental [NIMH] (2015). Al respecto, se discute la efectividad, eficacia, eficiencia y utilidad de la psicoterapia familiar de la Escuela de Milán (Carr 1991) cuyo modelo sistémico purista fue llamado “terapia milagro” de la esquizofrenia (Espina, 1991 p 16) por el inmediato cese de los síntomas en pocas sesiones (Simon, 1987). Se describen sus fundamentos teóricos (Hoffman, 1994). Se explican sus técnicas psicoterapéuticas basadas en los conceptos de paradojas (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 2010) y de *juegos psicóticos* familiares (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1990). Se relatan casos de aplicación. Se describen las adaptaciones posteriores: terapia sistémica individual (Boscolo y Bertrando, 1996), el Milán Approach (Schinco, 2012) y el abordaje actual de Selvini (2013). Se plantea la caída de valoración de la Escuela de Milán original (Bertrando y Toffanetti, 2004) en el contexto de la primacía de las psicoterapias cognitivo-conductuales en las Guías de Práctica Clínica (Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, Dixon, 2010). Se argumenta la vigencia de la psicoterapia de Milán en base a la evidencia (Carr, 1991). Se reflexiona sobre la diferencia de objetivos entre diferentes modalidades psicoterapéuticas: recuperación total versus alivio parcial de los síntomas, o versus apoyo del tratamiento farmacológico (Pereira, 1992). Se concluye que la Psicoterapia de Milán sería efectiva y eficiente para el tratamiento familiar integrado de la Esquizofrenia (Bressi, Manenti, Frongia, Porcellana, Invernizzi (2008) y superior en utilidad para personas con esquizofrenia que conviven con sus familias de origen.

Introducción

La esquizofrenia es la forma más frecuente de trastorno mental severo (Sociedad Española de Psiquiatría [SEP], 2009). Alrededor de siete u ocho personas de cada 1.000 lo desarrollarán en su vida; los síntomas empiezan entre los 16 y los 30 años y, en raros casos, los niños también pueden presentarla. La esquizofrenia es en muchos casos crónica e incapacitante, así como estigmatizante y penosa para las personas que la sufren y sus familiares (NIMH, 2015). Además de representar una gran carga para los pacientes y sus familias, también lo es para los sistemas de salud y las sociedades (Charrier, Chevreur, Durand-Zaleski, 2013): las pérdidas de productividad constituyen la mayor carga económica de la esquizofrenia. Charrier et al. (2013) hacen notar que la carga atribuible a la pérdida de calidad de vida no se estimó en los estudios revisados; sin embargo, la esquizofrenia deteriora en extremo la calidad de vida de muchos pacientes (Patel, Cherian, Gohil, Atkinson, 2014). Muchos no terminan su educación, no

pueden conseguir o mantener un trabajo ni consolidar relaciones de pareja. Cultivan pocas relaciones sociales y necesitan cuidado diario para manejar recaídas y síntomas persistentes. Viven en promedio 10 a 25 años menos que las personas sanas, entre otras razones por efectos adversos del tratamiento farmacológico, abuso de sustancias y suicidio. El manual de psiquiatría DSM-IV señala que hasta un 40 % de las personas con esquizofrenia realizan al menos un intento de suicidio y cerca del 10 % se suicidan (Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2002).

La medicación antipsicótica es la base del tratamiento psiquiátrico estándar; tiene alta eficacia en el alivio de síntomas positivos y negativos y previene recaídas psicóticas y hospitalizaciones (Morken, Widen, Grawe, 2008). Sin embargo, entre el 10% y el 30% de los pacientes medicados muestran poca mejoría sintomática (Patel et al., 2014) y hasta el 50% continúa experimentando delirios y alucinaciones (Naeem, Asmer, Khoury, Kingdon, Farooq, 2015). Entre el 37 y el 74% incumplen el tratamiento (Patel et al., 2014), siendo una de las principales razones los efectos adversos intolerables (Löffler, Kilian, Toumi y Angermeyer, 2003).

Las recomendaciones actuales basadas en la evidencia (Lemos, Vallina, Fernández, Fonseca, Paino, 2010) incluyen, además de tratamiento con antipsicóticos, terapias psicosociales para aliviar los síntomas, mejorar el cumplimiento farmacológico, el funcionamiento social y la calidad de vida, y promover en el paciente una vida independiente. Sobre el tratamiento psicológico de la esquizofrenia, estos autores resumen que se aconsejan psicoterapias basadas en la evidencia.

Frente a la necesidad de identificar y demostrar el tratamiento psicológico óptimo de la esquizofrenia, este trabajo explora los alcances y limitaciones del abordaje de la psicoterapia familiar sistémica de Milán. Las terapias sistémicas están basadas en la Teoría General de los Sistemas, en la Teoría de la Comunicación y en la Teoría de los Juegos (Pereira, 1994). Así, consideran a la familia un sistema con reglas propias, donde el individuo está siempre en interacción circular, siendo afectado por los juegos relacionales de los demás miembros de la familia y, a su vez, retroalimentando a los demás con su conducta (Hoffman, 1994). El terapeuta sistémico purista no interviene sobre lo intrapsíquico sino sobre las comunicaciones recíprocas de los miembros del sistema familiar (Pereira, 1994). El síntoma (por ejemplo, la esquizofrenia) es considerado a la vez una reacción a juegos familiares negativos y una forma de comunicación encubierta (Hoffman, 1994). La Escuela de Milán se distingue por sus técnicas psicoterapéuticas basadas en los conceptos de paradojas (Selvini Palazzoli et

al., 2010) y en la hipótesis de que determinados juegos psicóticos de la familia pueden desencadenar la esquizofrenia en uno de sus miembros (Selvini Palazzoli et al., 1990).

Se entiende relevante profundizar en las posibilidades de la terapia de Milán para tratar la esquizofrenia por varias razones: - En primer lugar porque se trata de un abordaje familiar sistémico y parece existir suficiente evidencia sobre la efectividad de los abordajes familiares y del abordaje sistémico, en particular, para el tratamiento de la esquizofrenia (Stratton, 2010) - En segundo lugar, porque entre las modalidades de terapia familiar sistémica, la Escuela de Milán, junto con la Escuela Estratégica (Madanes, 2001), han sido las dos que profundizaron más en el abordaje de las *familias de transacción esquizofrénica* (Espina, 1991). - En tercer lugar, por su aparente mayor utilidad: es decir su capacidad de producir remisiones que permanecen en el tiempo, lo que implica una diferencia sustancial con respecto a las terapias que alivian síntomas o disminuyen recaídas, como los modelos psicoeducativos (García Cabeza, 2008). En contraste, la Escuela de Milán original “fascinó como la terapia milagro de la esquizofrenia por la descripción de casos de curaciones espectaculares” (Espina, 1991, p 16) y estudios retrospectivos de los años 2000 parecen ratificarlo (Selvini 2002, Selvini y Pasin 2005). - En cuarto lugar, por el “purismo” sistémico de la Escuela de Milán original (Pereira, 1994). La pureza técnica es un factor que, según Hirsch (1998), potencia la capacidad del terapeuta y permite identificar, en la investigación, cuáles son los factores determinantes de sus éxitos o fracasos psicoterapéuticos. En resumen, mediante el relevamiento y el análisis crítico de la literatura disponible, este trabajo busca determinar la efectividad y utilidad de la psicoterapia familiar sistémica de Milán para el tratamiento de la esquizofrenia, sus alcances y limitaciones. Así, el Capítulo 1 se enfoca en las recomendaciones actuales para el tratamiento de la esquizofrenia, basadas en la evidencia científica, y se detiene en el análisis de la eficacia, efectividad y eficiencia de las terapias familiares sistémicas. El Capítulo 2 profundiza en la aplicabilidad, efectividad y utilidad de la Psicoterapia de Milán para el abordaje familiar de la esquizofrenia. Un capítulo final de Discusión y Conclusiones completa el análisis.

Capítulo 1

El tratamiento de la Esquizofrenia basado en la evidencia

1.1. Esquizofrenia

1.1.1. Presentación. La esquizofrenia puede comenzar a cualquier edad, pero lo típico es entre la pubertad y los 30 años (Instituto de Neurología Cognitiva [INECO], (2018). Los familiares empiezan a notar cambios difíciles de diferenciar de los cambios típicos

de la adolescencia o de un estado depresivo. Los jóvenes se vuelven retraídos, irritables, pueden mostrar interés por temas extraños y permanecer encerrados en su habitación por horas o días. Algunos experimentan *brotes psicóticos*, episodios agudos donde sufren un brusco cambio de conducta, se los ve ansiosos o excitados y manifiestan los típicos síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios y desorganización del pensamiento. INECO aclara que *psicosis* se refiere a la pérdida de contacto con la realidad.

1.1.2. Síntomas y criterios diagnósticos. Según NIMH (2015) los síntomas de la esquizofrenia se dividen en tres categorías: *positivos*, *negativos* y *cognitivos*. Los positivos son los comportamientos psicóticos: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento (formas de pensar inusuales o disfuncionales) y trastornos del movimiento (movimientos corporales agitados). Los negativos incluyen: *afecto aplanado* (reducción de la expresión de emociones a través de la expresión facial o el tono de voz), disminución de los sentimientos de placer en la vida cotidiana, dificultad para comenzar y sostener actividades, reducción del habla. Los síntomas cognitivos son sutiles en algunos pacientes; para otros, son más graves. Incluyen: pobre *funcionamiento ejecutivo* (capacidad de comprender la información y usarla para tomar decisiones), problemas para concentrarse o prestar atención, problemas con la *memoria de trabajo* (capacidad de utilizar información inmediatamente después de aprenderla).

La heterogeneidad de síntomas de esquizofrenia ha llevado a falta de consenso en los criterios de diagnóstico, etiología y fisiopatología, y ha complicado el diseño de tratamientos efectivos (Patel et al 2014). El Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM V (APA, 2014), por ejemplo, no discrimina síntomas cognitivos pero incluye deterioro en el funcionamiento cotidiano (estudio, trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal). Resumidamente, sus criterios relacionados con los síntomas, hoy requieren: A) presencia de dos o más de los siguientes síntomas: 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (disgregación o incoherencia). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia). De estos 5 síntomas posibles, al menos uno debe ser (1), (2) o (3) y estar presente recurrentemente al menos durante un mes (menos si se trató con éxito). B) Desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales se mantiene muy por debajo del nivel anterior. C) Los signos continuos del trastorno persisten durante al menos seis meses.

1.1.3. Etiología. A pesar de más de un siglo de investigaciones sobre el riesgo hereditario de padecer esquizofrenia (riesgo más alto si un familiar tiene la enfermedad), no se ha podido identificar un gen o grupo de genes que predigan quién la desarrollará

(Henriksen, Nordgaard, Jansson, 2017) ni se ha localizado ninguna causa precisa. Sin embargo, está ampliamente aceptado que influyen múltiples factores, incluyendo susceptibilidad genética e influencias ambientales (Patel et al 2014) o incluso drogas como el cannabis (Hadlich, Kirov, Lampinen, 2010). Parece necesaria cierta interacción de genes y ambiente individual para desarrollar esquizofrenia (NIMH, 2015).

Factores ambientales familiares. La hipótesis de que las relaciones familiares disfuncionales puedan ser causa de esquizofrenia fue defendida primero por el psicoanálisis y luego por los sistémicos (Espina, 1991). En 1956 el grupo de Bateson afirmó que la esquizofrenia se debía al aprendizaje de estilos comunicacionales disfuncionales donde se observan mensajes de *doble vínculo*: mensajes incongruentes sin posibilidad de huida ni clarificación, de manera que el futuro miembro con esquizofrenia no aprende a discriminar correctamente sus percepciones.

En los años 80 la investigación de Doane, Goldstein y Rodnick (1981) y varias investigaciones longitudinales confirmaron la hipótesis causal (Merino y Pereira, 1990). Doane et al (1981) midieron el *Estilo Afectivo* (EA) de las discusiones en 52 familias con un adolescente perturbado aunque no psicótico. Cuando combinaron los resultados con la medida de *Comunicación Desviada* (CD) descubrieron que, 5 años después, las familias altas CD y EA negativo, tenían un hijo con esquizofrenia u otra psicosis (Espina, 1991). Más adelante, varios estudios longitudinales confirmaron que la Comunicación Desviada precede al comienzo de los trastornos esquizofrénicos (Merino y Pereira, 1990). Por ejemplo, el proyecto UCLA (Goldstein, 1985) estudió a 64 familias con un adolescente perturbado; ninguno de ellos psicótico o borderline. Durante el seguimiento de 15 años, la incidencia de trastornos del spectrum esquizofrénico fue mayor en familias altas en Comunicación Desviada (Wynne et al., 1977), y aún mayor si se combinaba con EA negativo. En familias con CD baja no hubo ningún caso.

Estilo Afectivo es una medida transaccional que evalúa el nivel de criticismo, intrusividad e inducción de culpa en interacciones cara a cara, de los padres con el hijo perturbado, durante una discusión emocionalmente cargada (Scrimali, 2008). Algunas categorías se solapan con las del constructo *Emoción Expresada* (EE). Este constructo fue desarrollado a partir de la observación de que el nivel de crítica familiar sobre un paciente con esquizofrenia recientemente hospitalizado, expresada en ausencia del paciente, era predictor de recaídas a los nueve meses de retornar al hogar (Vaughn y Leff, 1976). La alta EE es una medida de actitudes hostiles y críticas, y de involucramiento emocional excesivo, y es un fuerte predictor de recaída en la esquizofrenia (Woo, Goldstein y Nuechterlein, 2004). El constructo Comunicación

Desviada (CD), articulado por Singer y Wynne (1963) describe un tipo de comunicación confusa, distorsionada e inconsistente en las familias de pacientes esquizofrénicos, con incapacidad de transmitir un mensaje con significado compartido (Chapman, 2007/ Bernardo, (s/f.). Algunos ejemplos de Comunicación Desviada son: saltos no relacionados de una idea a otra; fusión de dos ideas que deberían separarse; contradicciones, secuencias arbitrarias; observaciones que contradicen la información anterior; lógica peculiar o razonamiento *non-sequitur*; ideas abandonadas abruptamente; uso de jerga técnica o palabras que no están en el vocabulario del destinatario; frases comunes usadas de forma rara; preguntas u observaciones extrañas; frases con un peculiar orden de palabras; usar las mismas palabras y frases una y otra vez muy próximas unas de otras; cambios abruptos en la velocidad de expresión de una frase; instrucciones tan vagas o cortas que el emisor podría estar hablando de cualquier cosa; bromas, risas o juegos de palabras que distraen o desvían al oyente de la tarea asignada. (Bernardo, s/f).

Un meta-análisis de estudios realizados entre 1960 y 2012 sobre Comunicación Desviada y esquizofrenia concluyó que un alto nivel de CD parental se asocia con la aparición de trastornos del espectro de la esquizofrenia en la descendencia (Roisko, Wahlberg, Miettunen y Tienari, 2014). La magnitud del efecto general fue grande (0.79). Con lo que quedaría demostrado que una comunicación familiar disfuncional juega un rol etiológico importante en el desarrollo de esquizofrenia.

También dice Espina (1991) que Zubin y Spring (1977) introdujeron la noción de vulnerabilidad a la esquizofrenia como rasgo individual. Su *Modelo de Vulnerabilidad al Estrés* plantea que el riesgo de esquizofrenia aumenta por 4 factores: vulnerabilidad; menor competencia para desempeñar roles sociales; menor habilidad de enfrentamiento para sobrellevar situaciones vitales; mayor esfuerzo de enfrentamiento. Posteriormente Ciompi (1983, 1984, 1985) propuso un modelo multicausal: 1) una vulnerabilidad premórbida con baja tolerancia al estrés, hipersensibilidad y poca capacidad para enfrentarse a estímulos emocionales y cognitivos complejos; 2) un estrés inespecífico que provoca la descompensación psicótica aguda; 3) evolución positiva o negativa según las influencias psicosociales y la capacidad del paciente. Según Espina (1991) el psicoanálisis y el modelo sistémico desconfían de las teorías que postulan causas individuales pues dificultan focalizar la intervención en las relaciones familiares.

Factores socio-ambientales. NIMH (2015) explica que se ha asociado esquizofrenia a un desbalance químico a nivel de neurotransmisores (sustancias que las células cerebrales usan para comunicarse). Problemas médicos durante el desarrollo

intrauterino (exposición a virus, malnutrición) o durante el parto serían factores de riesgo de generar estos desbalances. Durante la infancia, cuando el cerebro se está desarrollando, padecer adversidad social o económica, o sufrir abuso, también parece aumentar el riesgo de esquizofrenia al generar conexiones cerebrales defectuosas. “Las adversidades, sugiere la evidencia, pueden alterar la neurotransmisión de la dopamina en un proceso denominado sensibilización; y puede conducir a sesgos cognitivos” (Hadlich et al., 2010, p. 9). La aparición de síntomas psicóticos en la adolescencia sería explicable por ser una etapa evolutiva en la cual el cerebro sufre cambios mayores (NIMH, 2015). También el hecho de vivir en áreas urbanas aumentaría el riesgo.

1.1.4. Recuperación. La revisión sistemática de meta-análisis realizada por Jääskeläinen et al. (2013) sobre recuperación en la esquizofrenia y psicosis relacionadas concluyó que, en 39 estudios donde solo se consideró la recuperación clínica y una duración de al menos 2 años, la mediana de recuperación fue 13.0%. En tres estudios donde solo se consideró la recuperación social/funcional y al menos por 2 años, la recuperación fue 19.0%. En 8 estudios donde se consideraron ambas dimensiones clínica y social/funcional por al menos 2 años, la recuperación fue 13.1%. Los autores mencionan revisiones sistemáticas que hallaron valores mucho más altos: Hegarty (1994) halló un 40%, y Menezes (2006) un 42%, pero no consideraron una persistencia en el tiempo ni definieron “buen resultado”. Los porcentajes son más bajos en Warner (2004), que definió recuperación clínica y recuperación social pero no utilizó ningún criterio para persistencia de la recuperación, encontrando entre 11% y 33% de recuperación completa (pérdida de síntomas psicóticos y retorno al nivel de funcionamiento previo) y entre 22% y 53% de recuperación social (independencia económica y residencial y baja disrupción social). Pero cuando se aplican criterios estrictos, la proporción media de individuos con esquizofrenia y psicosis relacionadas con recuperación total clínica y social, mantenida durante al menos dos años, es del 13.5% (Jääskeläinen et al., 2013).

1.2. La cuestión de la Evidencia

En los años 90 los sistemas prestadores de salud comenzaron a buscar fundamentos científicos para decidir qué tipo de prestación financiar y por cuánto tiempo (Agrest y Wikinski, 2001). Un concepto comenzó a imponerse: la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y actuales pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente individual. La MBE no elimina el juicio clínico del terapeuta ni las preferencias del paciente, pero es necesaria para evitar perjuicios al paciente. Explican Aguilera et al. (2014) que en las decisiones clínicas

inciden la calidad (nivel) de la evidencia y la fuerza (grado) de recomendación. Las escalas pueden utilizar letras (A, B, C, etc.), números (I, II, III) o una combinación. Los grados mejores se otorgan cuando las pruebas provienen de meta-análisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados. El mínimo, cuando las pruebas provienen de opiniones de comités de expertos, o de experiencias clínicas de autoridades de prestigio, o de estudios de series de casos. Un Grado A significa que los beneficios del tratamiento superan sustancialmente los riesgos potenciales. El Grado inferior significa que la proporción de riesgo en comparación con el beneficio no se puede evaluar. Sin embargo, cada institución comenzó a desarrollar sus propias escalas, por lo que se intentó estandarizarlas mediante el sistema GRADE que hoy utilizan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Colaboración Cochrane, entre muchas otras.

1.2.1. Grados de Recomendación y Guías Clínicas de Tratamiento. García (2001) dice que en 1993 comenzaron a circular las primeras Guías de Tratamiento calificando con distintos Grados de Recomendación a los distintos tratamientos. Y que aún de mayor impacto fue la difusión de los criterios TES (Tratamiento Empíricamente Sustentado): la psicoterapia debe probarse con dos estudios de diseño experimental conducidos por diferentes investigadores y demostrar su eficacia superior a una píldora, a un placebo o a otro tratamiento; o que es equivalente a otro tratamiento suficientemente establecido. Además, sólo las psicoterapias protocolizadas en manuales pueden ser clasificadas como TES (Hirsch y Lardani, 2001).

1.2.2. Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Utilidad. Según la organización Taiss (2016), los resultados de una intervención pueden ser expresados de tres formas: 1) *eficacia*: resultado en la salud sobre la variable de interés en condiciones experimentales, ideales o de laboratorio; 2) *efectividad*: efecto producido en condiciones reales; y 3) *utilidad*: cantidad y calidad de vida que un determinado procedimiento aporta a un determinado individuo. Respecto a *la efectividad*, para Hirsch (1998) esta se mide, generalmente, con cuatro parámetros: disminución en la intensidad de los síntomas, disminución de las recaídas, mejora de la calidad de vida y disminución del gasto médico. Es decir, Hirsch (1988) no discriminaba utilidad como variable separada sino que parece incluirla en efectividad. Hirsch (1988) subraya otro criterio, además de eficacia y efectividad: el de *eficiencia*. Eficiencia como relación entre recursos y resultados: la terapia A puede ser un poco más eficaz que la terapia B, pero si la terapia B alcanza ese resultado inferior con la mitad de los recursos, puede resultar más eficiente.

Respecto al análisis costo-utilidad, este mide el impacto del tratamiento estandarizado en términos de *años de vida ajustados por calidad (AVAC)* (Castelnuovo, Cattivelli,

Giada, Manzoni y Molinari, 2016). Los autores recomiendan destacar la cantidad de años de vida en que un paciente puede estar libre de síntomas o discapacidad, para mejor persuadir a los decisores del sistema de salud de que asignar recursos a las intervenciones psicológicas con buena relación costo-utilidad, conduce a beneficios tanto clínicos como económicos.

1.3. Estándares actuales para el tratamiento de la esquizofrenia

1.3.1. El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y la industria farmacéutica.

Ya se mencionó que los antipsicóticos son la base del tratamiento de la esquizofrenia. Sin embargo, en los últimos años han surgido cuestionamientos sobre su eficacia. Pardo (2007) plantea que se debate si los antipsicóticos cambiaron el curso de la esquizofrenia. Dice que no se ha demostrado que las intervenciones tempranas mejoren el pronóstico y que Lieberman (1993) afirmó que hasta el 60% de los pacientes pueden devenir resistentes, desarrollando formas más graves de la enfermedad.

Asimismo han surgido graves cuestionamientos, también basados en la evidencia, referidos al rol que los intereses económicos de la industria farmacéutica juegan en esta recomendación (De la Mata y Ortiz, 2003). Los autores, ambos psiquiatras, afirman que las ventas de las compañías farmacéuticas norteamericanas en todo el mundo crecieron de los 22.000 millones de dólares en 1980 a los 181.800 millones en el año 2001, y que los psicofármacos se sitúan entre los más rentables. Resaltan que, en el año 2000, las principales industrias destinaron un 12% del coste a investigación y desarrollo, frente a un 30% destinado al marketing. Dicen que parece demostrado que la investigación en manos de la industria tiene un sesgo sistemático que la favorece. Dan el ejemplo de un meta-análisis sobre la eficacia de los antidepresivos (Freemantle et al., 2000) que concluyó que el predictor más consistente de la eficacia del antidepresivo en un ensayo era si estaba patrocinado por la empresa fabricante. Otro ejemplo (Cerruti, 2015) sobre sesgos en la investigación podría ser el estudio de la OMS difundido por Jablensky y Sartorius (2008). En 1992 encontraron que, en diez países, un 44.6% de los pacientes presentaron remisiones completas durante el 46 a 100 % del período de seguimiento. Lo destacable fue que los pacientes de los países subdesarrollados tenían tasas de remisión completa del 37%, contra 15,5% en los países desarrollados. En Cerruti (2015) se resaltó que los autores omitieron relacionar esos resultados con las diferencias en consumo de antipsicóticos, aunque fuera para descartar una asociación: “los pacientes de los países en desarrollo (...) solo 16% de ellos estaban bajo medicación antipsicótica continuada (comparado con el 61% en los países desarrollados)” (Jablensky y Sartorius, 2008, párr 4). En lugar de relacionar más remisiones = menos medicación (únicas

dos variables que diferenciaban significativamente a ambas poblaciones) concluyeron que los resultados más favorables en los países en desarrollo “dependen de influencias genéticas, evolutivas y ambientales cuya naturaleza exacta, interacción e importancia relativa aún no se han identificado” (Jablensky y Sartorius, 1992, párr 5).

Según De la Mata y Ortiz (2003), otra estrategia de la industria farmacéutica es la presión sobre la comunidad médica. Dicen, por ejemplo, que los laboratorios tienen diversos métodos para conocer cuál es la prescripción de un médico determinado y adaptar individualmente los incentivos (Silva, 2000); y que el contacto regular con los visitantes médicos incrementa de la prescripción de sus productos (Peay, 1998). Un ejemplo anecdótico que mencionan es que la revista *Psiquiatría Pública* española desapareció por falta de financiación tras la retirada masiva de publicidad de las compañías farmacéuticas a raíz de un editorial que no gustó a la industria. Respecto a las Guías Clínicas de consenso, De la Mata y Ortiz (2003) mencionan que un estudio publicado en *JAMA* (Couhdry, Stelfox, Detsky, 2002) concluyó que la mayoría de los autores de las guías clínicas recibían dinero de la industria farmacéutica o trabajaban como asesores para ella. Afirman que “la guía de tratamiento de la esquizofrenia editada por la APA está patrocinada por los principales laboratorios que han puesto a la venta los últimos antipsicóticos del mercado” (p 57).

Respecto a la lucha contra la competencia, no sólo los otros laboratorios constituyen una amenaza. Otra amenaza, según De la Mata y Ortiz (2003), son los abordajes de la enfermedad mental alternativos como psicoterapia, rehabilitación psicosocial y psicoeducación. Dicen que aunque no son incompatibles con la farmacoterapia es importante para la industria farmacéutica mantener un modelo biomédico de la enfermedad mental para que sus productos sean lo imprescindible de los tratamientos. Por ejemplo, relatan que, en España, las sociedades científicas que se aproximan más al modelo biomédico reciben importantes fondos de la industria para congresos, cursos y publicaciones. En cambio, las asociaciones que integran rehabilitación psicosocial o que ofrecen psicoterapias o psicoeducación, no reciben apoyo de la industria farmacéutica y como reciben escaso apoyo estatal, esto repercute sobre la cantidad y calidad de la investigación que pueden realizar. De la Mata y Ortiz (2003) citan un análisis de dos mil ensayos clínicos controlados sobre intervenciones en la esquizofrenia, publicados a lo largo de cincuenta años, donde Thornley y Adams (1998), encontraron que el 86% de los estudios evaluaban la eficacia de diferentes fármacos, frente a solo un 8% que evaluaba intervenciones psicoterapéuticas y a un 9% de otros programas de cuidado. De la Mata y Ortiz (2003) afirman también, que entre las estrategias de marketing de la industria farmacéutica está la presión sobre la opinión

pública, por ejemplo, apoyando a muchos grupos de pacientes, ya que “resultan mucho más convincentes para presentar un fármaco que el propio fabricante” (p 12).

Desde otra óptica, una amenaza mayor para la industria farmacéutica podría ser el rechazo de la medicación o la muerte prematura de los propios clientes. Ya se visto que:

1. Las personas con esquizofrenia viven en promedio 10 a 25 años menos que las personas sanas, entre otras razones por efectos adversos de los antipsicóticos (Patel et al, 2014).
2. Los efectos adversos intolerables del tratamiento farmacológico son una de las principales razones de abandono del tratamiento (Löffler et al, 2003). Sin embargo, los mismos Löffler et al (2003) concluyen: “Los resultados enfatizan la importancia de la psicoeducación para mejorar el cumplimiento del paciente” (p 1).

Esta no es una respuesta aislada. Como muestran decenas de artículos en PubMed sobre *Cumplimiento y Adherencia*, hasta ahora, la respuesta de la comunidad médica al rechazo de los pacientes ha sido buscar mecanismos para aumentar la adherencia al tratamiento. Sin embargo, han surgido otras posiciones. Por ejemplo, en 2017 el ministerio de Salud de **Noruega** habilitó el tratamiento de pacientes psiquiátricos sin medicamentos en el Hospital Psiquiátrico de Åsgård: “La presión de los enfermos psiquiátricos noruegos y sus familias de poder decidir si medicarse o no (...) ha abierto un debate global: la medicación voluntaria” (Daily-News.eu s/f s/p). Al respecto, el Dr. Hald, jefe de los servicios psiquiátricos dice: “Tenemos que considerar que la perspectiva del paciente es tan valiosa como la del médico” (AZprensa, 2017 s/p). Esta noticia alude al concepto de utilidad. El análisis de utilidad calcula las preferencias de las personas respecto de vivir con determinados estados de salud, teniendo en cuenta opciones como intercambiar más años de vida con un estado de salud bajo, por morir antes pero con un fuerte estado de salud (Awad y Voruganti, 1999). Respecto al tratamiento con antipsicóticos, los autores dicen que la evaluación costo-utilidad ha venido ganando popularidad entre creadores de políticas, médicos, pacientes y familias.

1.3.2 El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. A pesar de las limitaciones del tratamiento farmacológico, el uso de psicoterapias para trastornos psicóticos es escaso (García Cabeza, 2008). Para este autor, las razones se relacionan con un concepto médico de la enfermedad que prioriza la inversión en tratamientos no psicológicos, la participación de la industria farmacéutica con sus propios intereses y las dificultades de la investigación sobre psicoterapias con estudios prospectivos controlados.

Abordajes individuales. Un ejemplo de abordaje individual es el tratamiento de delirios y alucinaciones con Terapia Cognitivo Conductual, que ha demostrado que puede modificar los síntomas psicóticos positivos residuales (Birchwood y TARRIER 1995). Este

abordaje ha desarrollado técnicas específicas como la “contradicción hipotética” para desestructurar creencias delirantes durante episodios de psicosis aguda. Muñoz y Ruiz (2007) dicen que la idea delirante se concibe como el extremo del continuo del grado de convicción de determinada creencia y afirman que la convicción puede ser disminuida.

Abordajes familiares. La esquizofrenia ha sido una de las indicaciones frecuentes de terapia familiar por los vínculos de dependencia que estos pacientes crean con sus familias, y por las necesidades de apoyo de las propias familias ante la tensión que genera un miembro con esquizofrenia (García Cabeza, 2008). Se destacan dos tipos de intervención familiar: la sistémica y la psicoeducativa, existiendo cierta rivalidad entre ambas (Pérez y Fernández, 2001). Los abordajes psicoeducativos están más extendidos y mejor evaluados que los sistémicos, quizás por su compatibilidad con el modelo biomédico predominante (García Cabeza, 2008). En general, todos los modelos psicoeducativos tienen principios similares e intentan la prevención de recaídas disminuyendo el estrés familiar. Esto se relaciona con el constructo Emoción Expresada (EE) ya mencionado.

Abordajes integrados. Hoy no se discute la necesidad de un abordaje multimodal de la esquizofrenia, como lo es la Rehabilitación Psicosocial (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial [WAPR], 1997). Este abordaje se aplica con buenos resultados en muchos países y también en Uruguay (Cerruti 2015, 2016). Cuando se analizan las estrategias de la Rehabilitación Psicosocial se observa que coinciden, en líneas generales, con las del Proyecto OTP (Proyecto de Tratamiento Optimo), que ha demostrado alcanzar más del doble de beneficios que las actuales mejores prácticas. Una investigación concluyó que luego de 24 meses, en 603 casos, el abordaje OPT alcanzó mejorías significativas: 41% en el índice de deterioro y 39% en discapacidad; frente a 12% en deterioro y 13% en discapacidad en los casos bajo tratamientos de rutina. Con OTP, 35% de los casos satisfacían el criterio de recuperación total a los 24 meses versus 10% en los casos de rutina (Falloon et al., 2004). Los programas terapéuticos integrados escandinavos para psicosis también se habrían extendido ampliamente según García Cabeza (2008), estando más enfocados a los casos agudos que al deterioro y la discapacidad que conlleva la cronicidad. Por ejemplo, el Tratamiento Adaptado a las Necesidades (NAT) utiliza distintos enfoques psicoterapéuticos conducidos por un *equipo de psicosis*. Incluyen intervención en crisis, terapia individual o familiar y/o comunidad terapéutica según cada paciente (García Cabeza, 2008).

1.3.3. Las psicoterapias con mayor apoyo experimental. Los tratamientos psicológicos individuales que gozan de apoyo experimental más fuerte son la

psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento cognitivo y la terapia asertiva comunitaria (Lemos, Vallina, Fernández, Fonseca, Paino (2010). Estos autores afirman que la eficacia de dichas intervenciones ha permitido su incorporación en las principales guías de práctica clínica internacionales para el tratamiento de la esquizofrenia. Por ejemplo, la American Psychiatric Association (2004); Canadian Psychiatric Association (2005); Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005); National Institute for Health and Clinical Excellence (2008); Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), relevadas por Cerruti, Ibáñez, Moreira, Rivas y Roggerone (2016).

Así, la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, analiza la evidencia disponible en relación a 5 tipos de psicoterapia: 1. Terapia cognitivo-conductual. 2. Psicoterapia de apoyo. 3. Psicoterapia psicodinámica. 4. Psicoeducación. 5. Intervención familiar (Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, Dixon (2010). Esta Guía recomienda con Grado A la Terapia Cognitivo-Conductual para: 1) Evitar la progresión a psicosis en intervención precoz. 2) Prevenir la prescripción de fármacos y reducir la sintomatología en la psicosis incipiente. 3) Acelerar la recuperación y el alta hospitalaria en fase aguda, junto con los cuidados estándar. 4) Tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia. 5) Tratar los síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado. 6) Ayudar en el desarrollo del *insight* e incrementar la adherencia al tratamiento.

Esta Guía recomienda, también con Grado A, las intervenciones familiares de tipo psicoeducativo, prolongadas en el tiempo (más de seis meses), basadas en el manejo de la Emoción Expresada, para evitar recaídas, mejorar el pronóstico de la enfermedad y el funcionamiento social del paciente, reducción de la carga familiar y disminución del costo económico. Los programas deberían incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias, como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas. Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible. Se recomienda aplicar en pacientes moderada a gravemente discapacitados y, sobre todo, en los de larga evolución.

La Guía PORT de 1998 descalificó los abordajes psicoanalíticos y algunas terapias familiares, y sucesivas ediciones no se retractaron (Lehman y Steinwachs, 1998; Lehman et al., 2004) / Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, Dixon, 2010). Por ejemplo, la Recomendación 22 de 1988 dice que a las psicoterapias individuales y grupales psicodinámicas (definidas como terapias que usan la interpretación del material

inconsciente y se enfocan en la transferencia y la regresión) no deberían ser usadas en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Y en la Recomendación 26 dice: *“Las terapias familiares basadas en la premisa de que la disfunción familiar es la causa del trastorno esquizofrénico del paciente no deben ser utilizadas”* (Lehman y Steinwachs, 1998, p 8). Advertencia que podría aplicarse a la psicoterapia de Milán pero que puede refutarse con argumentos basados en la evidencia posterior sobre su efectividad y con consideraciones sobre el contexto histórico, contexto que será descrito más adelante.

1.4. Eficacia y efectividad de la Terapia Familiar para el tratamiento la Esquizofrenia

1.4.1. Meta-análisis y magnitud del efecto. Dice Carr (1991) que la evaluación general de la eficacia se realiza mediante un meta-análisis, método que combina estadísticamente los resultados de todos los estudios para obtener la “magnitud del efecto” (M.E.). Cohen (1988) clasificó los valores “d” (medida de M.E.) menores de 0.2 como pequeños; valores entre 0.2 y 0.8 como moderados; y mayores que 0.8 como grandes (Frías, 2009).

1.4.2. Eficacia de las psicoterapias en general. Según Carr (1991), en la mayoría de los meta-análisis, las psicoterapias (individuales o familiares) producen valores de aproximadamente 0.7, que significa que el 70% del grupo tratado mejora más que el promedio del grupo no tratado. Por su parte, Munger (2008), basado en Wampold (2001) refiere que, sin importar el modelo de psicoterapia, el tamaño del efecto de las psicoterapias es alrededor de 0.8.

1.4.3. Eficacia de las terapias familiares. Según García (2001) la mayor Magnitud del Efecto, hallada por Markus et al (1990) fue 0.70; Hazeirigg et al (1987) hallaron una M.E. de 0.45 y Shadish et al (1993) una M.E. de 0.51 persistiendo los beneficios al follow-up. En promedio, entonces, las familias que recibieron tratamientos basados en la familia mejoraron como mínimo un 67% más que las familias que recibieron otro o ningún tratamiento. Stratton (2010) relata que Shadish y Baldwin (2003) realizaron un meta-análisis de 20 meta-análisis de la terapia familiar y de pareja, o sea, un meta-meta-análisis y encontraron un tamaño del efecto promedio de 0.65 al finalizar la terapia familiar y de 0.52 en el seguimiento de seis a doce meses. Concluyeron que: 1) las terapias de familia y pareja son claramente efectivas en comparación con ningún tratamiento. 2) Son al menos tan efectivas como otras modalidades como la terapia individual, y pueden ser más efectivas en algunos casos. 3) Hay poca evidencia de efectividad diferencial entre las diversas modalidades de terapias familiares y de pareja.

1.4.4. Efectividad de las terapias familiares para la psicosis. En su revisión, Stratton (2010) concluyó que la evidencia respalda la terapia familiar para adultos con trastornos psicóticos y enfermedad mental severa (Asen 2002 / Sprenkle (2002).

1.4.5. Limitaciones de las psicoterapias familiares. Dice Stratton (2010) que Shadish et al. (1993) encontraron algún indicio de que las terapias familiares podrían no funcionar tan bien con niños y adolescentes como las terapias individuales. Además, agrega Stratton (2010), la Terapia Familiar puede no ser suficiente en sí misma para tratar la esquizofrenia y por lo tanto, requerir otras medidas terapéuticas y farmacológicas.

1.5. Efectividad y Eficiencia de la Terapia Familiar Sistémica para el tratamiento la Esquizofrenia

1.5.1. Inexistencia de diferencias de efectividad entre los diferentes enfoques de terapia familiar (conductuales, de apoyo y sistémicas). Afirma Stratton (2010) que Pinosof et al (1995, 1996) concluyeron que la Terapia Familiar funciona y que para algunos problemas es más efectiva que las intervenciones individuales (por ejemplo, estrés conyugal y anorexia en adolescentes), pero que todavía no hay datos que respalden la eficacia diferencial de diferentes modelos de terapia familiar. También cita a Weissman y Sanderson (2002) quienes afirman que: "La efectividad de las diversas intervenciones familiares (conductuales, de apoyo y sistémicas) parece ser equivalente" (Stratton 2010, p. 12). Resume Stratton (2010) que la única comparación directa de dos intervenciones familiares encontró que la terapia familiar de apoyo y la terapia familiar conductual no fueron significativamente diferentes.

1.5.2. Flexibilidad y Eficiencia. Stratton (2010) menciona que Carr (2009a, 2009b) destaca la flexibilidad de las intervenciones sistémicas que pueden ser ofrecidas por distintos profesionales, en forma ambulatoria o interna, y son adaptables a casos individuales. Subrayan que rara vez implican más de veinte sesiones y por ello resultan eficientes. Stratton (2010) menciona también a Leff et al. (2000), que consistentemente encontraron menores costos que los tratamientos alternativos, y a Crane et al (2005), que establecieron que la terapia familiar es un tratamiento efectivo para el desorden de conducta adolescente, y que la terapia familiar en la clínica requirió un 32% menos de costos que los casos vistos individualmente. Finalmente, Stratton (2010) cita a Moore et al (en prensa) quienes concluyeron que las terapias familiares sistémicas tenían las tasas de abandono y recidivas más bajas y eran más rentables que el costo sumado de psicólogos, médicos y enfermeros, resultando menos costosa que otras terapias.

1.5.3. Efectividad de la terapia familiar sistémica para la Esquizofrenia. Diamond, Serrano, Dickey y Sonis (1996) afirman que las psicoterapias familiares demostraron ser

efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia y que los meta-análisis indican que son tan efectivas como otros modelos de psicoterapias. Según Stratton (2010), se ha demostrado efectividad de la terapia familiar para adultos con enfermedad mental severa, trastornos psicóticos y esquizofrenia (Sprenkle, 2002 /Asen, 2002 / Stanbridge et al, 2003 / Carr, 2009b / Sydow et al, 2010). Estos últimos, en su análisis de meta-contenido de 38 ensayos controlados aleatorios (ECAs) de terapias explícitamente sistémicas aplicadas a pacientes adultos con trastornos mentales, encontraron sólida evidencia, en *follow ups* de hasta 5 años, de que los resultados eran estables.

1.5.4. Una investigación sobre efectividad de la Terapia Sistémica de Satir vs Psicoeducación para la Esquizofrenia. La investigación de Piyavhathul, Arunpongpaisal, Patjanasontorn y Pimpanit (2017) comparó la terapia sistémica de Satir con el tratamiento estándar de Psicoeducación, en 24 familias con un miembro esquizofrénico, todas las cuales recibieron 6 sesiones de tratamiento. La efectividad fue evaluada un mes después de la 4a sesión, un mes después de la última sesión, y un año después de la última sesión. El resultado fue que con ambas intervenciones decreció la severidad de los síntomas y mejoró el funcionamiento social del miembro con esquizofrenia, y mejoró la autoestima, el funcionamiento y los síntomas depresivos de la familia. Sin embargo, afirman los autores, el grupo con terapia familiar sistémica tuvo resultados más significativos, sobre todo en autoestima.

Capítulo 2.

Psicoterapia de Milán para el tratamiento de la Esquizofrenia

2.1. Fundamentos sistémicos

2.1.1. Nacimiento y expansión de la Terapia Familiar. Los aportes teóricos de las diferentes corrientes y escuelas y su influencia en la Escuela de Milán.

Con base en la revisión histórica de la Terapia Familiar realizada por Pereira (1994) y en la profundización de sus fundamentos teóricos realizada por Hoffman (1994), se enfoca acá la evolución de las psicoterapias familiares sistémicas para el tratamiento de la esquizofrenia y su relación con los futuros postulados de la Escuela de Milán.

Relata Pereira (1994) que la Terapia Familiar comenzó a desarrollarse en Estados Unidos en los años 50, cuando con el desarrollo de nuevas disciplinas - antropología, sociología- la Psiquiatría comenzó a prestar más atención a los factores interpersonales y sociales y no solo a los intrapsíquicos. En este contexto, el desarrollo de la Ecología, la Cibernética, la Teoría General de Sistemas y las Teorías de la Comunicación sentaron las bases de un nuevo paradigma: el Sistémico. El paradigma sistémico será en algunos

casos incorporado a la corriente privilegiada en la época: el psicoanálisis. Como resalta Pereira (1994), por citar solo a los líderes de las escuelas, Ackerman, Whitaker, Jackson, Watzlawick, Sluzki, Wynne, Lidz, Bowen, Boszormenyi-Nagy, Selvini Palazzoli y todo su grupo, Andolfi, Cancrini, Skinner, Kaufmann, Masson, Stierlin, tuvieron entrenamiento psicoanalítico.

La Escuela de Milán aparecerá más tarde, en 1967, y será pionera, junto con las escuelas de Palo Alto y la Estratégica, en la aplicación de una teoría y praxis familiares sistémicas puras (Pereira, 1994). Este purismo será una reacción de su fundadora, Mara Selvini Palazzoli, a su desilusión respecto a la capacidad del psicoanálisis para tratar patologías como la anorexia severa y la psicosis.

En un principio no existió este purismo: los pioneros de la Terapia Familiar tendieron a combinar su formación psicoanalítica con los aportes sistémicos. Como afirma Pereira (1994), la Terapia Familiar nace fuertemente unida al tratamiento de la Esquizofrenia, ante el sentimiento de fracaso de la terapia psicoanalítica individual aplicada a personas con psicosis experimentado por los profesionales a cargo. Dice Hoffman (1994) que una de las primeras conclusiones de los primeros investigadores de familias con un miembro con esquizofrenia fue que acaso no era una enfermedad orgánica, sino más bien una manifestación que tenía sentido para la familia. Observaron que entre todos componían una danza recurrente (“rizos causales circulares”) donde el comportamiento del paciente era tan solo una parte (Hoffman 1994, p 18). Por ende, se enfocaron en estudiar las propiedades de la familia como sistema. Introdujeron el concepto central de circularidad, diferenciándose del modelo lineal que explicaba la enfermedad mental con interpretaciones causales del síntoma.

Retomando el contexto histórico, Pereira (1994) divide a los pioneros de la Terapia Familiar en dos grupos: el Grupo Psicoanalítico y el Grupo de Palo Alto.

El Grupo Psicoanalítico acuña los conceptos de *madre esquizofrenógena* (Fromm-Reichmann, 1948), y de *madre perversa* (Rosen, 1951), pasando más tarde a la tríada padre-madre-hijo, y por último a la familia (Pereira, 1994). Se destaca la presencia del NIMH. Allí Lidz y su equipo inician en 1951 un estudio de 16 jóvenes esquizofrénicos y sus familias donde concluyeron que el trastorno de los hijos se debía a una relación conyugal gravemente desestructurada. Allí también Wynne desarrolló el concepto de *pseudo-mutualidad*, tipo de relación familiar frecuente en jóvenes con cuadros psicóticos agudos. Y Murray Bowen comenzó en 1954 un estudio donde a lo largo de cinco años internó a siete familias completas por períodos de uno a tres años para ser observadas continuamente por un equipo de 20 personas, concluyendo en su trabajo de 1960,

“Esquizofrenia y Familia”, que la esquizofrenia requiere tres o más generaciones para desarrollarse y que la psicosis es un problema familiar pero básicamente se trata de una enfermedad del individuo (Pereira, 1994).

El Grupo de Palo Alto fue creado en California por el antropólogo Gregory Bateson, conocido por su influyente libro “Pasos hacia una ecología de la mente” (Bateson, 1972). Este grupo incluye a Haley, Weakland, Fry y Jackson, a los que luego se unió Virginia Satir (Pereira, 1994). En 1951 Bateson obtuvo una subvención para el estudio de la comunicación en esquizofrénicos y así, junto a sus colaboradores, publicaron en 1956 “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, en el que postulaban una teoría etiológica basada en el trastorno comunicacional ya comentado, llamado *doble vínculo* (Pereira, 1994).

Homeostasis. Agrega Hoffman (1994) que el grupo de Bateson también observó que si el paciente mejoraba otro miembro empeoraba, y que estas familias mostraban una gama de comportamientos muy limitada, un equilibrio rígido. En esta línea, Don Jackson acuñó el término *homeostasis* familiar. Contra la extrema inmovilidad de las familias con miembros con esquizofrenia crónica, a veces Jackson intervenía con una *prescripción del síntoma*, o sea aumentando el grado de desviación del paciente, desequilibrando a la familia para promover un nuevo equilibrio más sano. Se observa que la Escuela de Milán tomará esta técnica de prescripción del síntoma.

Otros pioneros. Entre los nombrados por Pereira (1994), tienen relevancia para este trabajo: 1. Harold Searles, por ser uno de los primeros en estudiar las familias de los esquizofrénicos y quien describió las " seis vías para volver a alguien loco" (Searles, 1959). 2. John Bowlby, por sus aportes sobre la tensión familiar (Bowlby, 1949). 3. Milton Erickson, hipnoterapeuta de gran éxito, por su impactante utilización de técnicas paradójicas, luego aplicadas por la Escuela de Milán. Se señala que la tensión familiar que investigó Bowlby sería hoy investigable como Emoción Expresada que, como se ha visto, hoy se sabe es factor de riesgo de recaídas en miembros esquizofrénicos. Debe destacarse que Bowlby también fue el creador de la Teoría del Apego que recientemente ha sido incorporada por la actual Escuela de Milán.

La década fundacional termina cuando los pioneros comienzan a agruparse. El mojón aceptado es la fundación en 1962 de la revista Family Process (Pereira, 1994). Su primer director fue Jay Haley quien reúne en su Consejo Editorial a prácticamente todos los autores señalados. En los años 60 se produce la expansión de la Terapia Familiar.

Expansión del Grupo Psicoanalítico. Entre varios otros mencionados por Pereira (1994) tienen relevancia acá tres personalidades: 1) Carl Whitaker, que desarrolló la *Terapia del Absurdo*, la técnica de la provocación y la *co-terapia*, es decir la presencia

conjunta de dos terapeutas delante de la familia (Barker, 1992). La provocación y la co-terapia serán también característica de la Escuela de Milán, apreciable en sus técnicas paradójicas. 2) Natham Ackerman, fundador del Family Institute, hasta hoy uno de los principales focos de expansión de la Terapia Familiar. 3) Ivan Boszormenyi-Nagy, líder del Grupo de Filadelfia, que en su libro de 1973 "Lealtades Invisibles" desarrolla una teoría familiar transgeneracional. Se observa que su análisis de las lealtades ocultas parece haber inspirado a la Escuela de Milán, como se aprecia en la teoría de la existencia de *juegos psicóticos* familiares desarrollada por Mara Selvini Palazzoli. Otro de los aportes psicoanalíticos posteriores que influirán en la Escuela de Milán es la Terapia de los sistemas familiares de Bowen, basada en seis conceptos básicos de los cuales tienen relación para este trabajo: a) el funcionamiento en triángulos (las coaliciones psicóticas luego serán estudiadas en profundidad por la Escuela de Milán); y b) el proceso de transmisión transgeneracional respecto a que hacen falta al menos tres generaciones para que aparezca un esquizofrénico en la familia. La Escuela de Milán compartirá la hipótesis de la trasmisión generacional en la etapa paradójica pero luego, en la etapa de la Prescripción Invariable, deducirá que un solo particular *juego psicótico* alcanza para producir esquizofrenia.

Expansión del Grupo de Palo Alto. En 1962 se integró al MRI (Mental Research Institute) el reconocido Paul Watzlawick y posteriormente Fisch, Bodin, Ferreira, Fry y Sluzki. Posteriormente, entre las orientaciones Sistémicas Puras se destacan tres escuelas: 1) Escuela de Palo Alto, heredera del Grupo de Palo Alto, organizados en torno al MRI. En 1967 nace el Brief Therapy Center (BTC) dirigido por Richard Fisch con el fin de investigar los resultados de la terapia familiar breve. La brevedad de sus sesiones (máximo de 10) y sus técnicas directivas serán también características de la Escuela de Milán. 2) Escuela Estratégica. Tiene sus raíces en el Grupo de Palo Alto, en el MRI y en Milton Erickson. Los fundadores son Jay Haley y Cloe Madanes. La asociación entre Haley, Minuchin y Montalvo dará lugar al modelo estratégico estructural. Según Pereira (1994) hasta esa década el MRI continuaba siendo un foco señero de la Terapia Familiar. 3) Escuela de Milán. Se funda cuando en 1967 la psicoanalista Mara Selvini Palazzoli tomó la decisión de terminar con la psicoterapia individual y fundar el Centro para el Estudio de la Familia (Selvini, 1990). Van uniéndose al Centro varios psicoanalistas pero finalmente rompen con el modelo psicoanalítico.

En cuanto a la psicoterapia de la esquizofrenia, la escuela Estratégica y la Escuela de Milán de Selvini Palazzoli son las dos escuelas de terapia familiar sistémica que se ocuparon particularmente de ella (Espina, 1991).

Orientaciones Mixtas. Pereira (1994) nombra tres: 1) La Escuela Estructural considera al individuo como un subsistema con su propia estructura psicológica y, a la familia, estructurada sobre tres dimensiones: Límites, Alianzas y Jerarquía. La Escuela de Milán se ocupa de alianzas pero sobre todo de *coaliciones* (alianzas de dos miembros de la familia contra un tercero). Se observa que su técnica de la *Prescripción Invariable*, al prescribir que el subsistema parental se ausente del hogar sin explicarlo a los hijos, trabaja con el concepto de límites entre subsistemas y de devolución de la jerarquía familiar a los padres. 2) La Escuela de Roma se identifica con Maurizio Andolfi, muy influenciado por Haley y Minuchin, aunque también tiene rastros de Whitaker en el uso de técnicas de provocación y desafío. 3) La Escuela Suiza postula el *eclecticismo*, que consiste en utilizar recursos de diferentes escuelas.

La unificación. Posteriormente, según Pereira (1994), la práctica de la terapia familiar concluye que algunas de sus técnicas son más útiles en determinadas patologías y que, en otras, es necesario utilizar conjuntamente técnicas de diversas escuelas. Pereira (1992) dice que Salem y Seywert, (1983) recomiendan usar este abordaje flexible con familias difíciles como las familias de transacción psicótica. Se observa que la Escuela de Milán actual ha incorporado varios aportes de diversas escuelas.

2.1.2. La caída en la valoración de las terapias familiares para la esquizofrenia.

A mediados de los años 80, Carol Anderson, líder del movimiento de psicoeducación y psiquiatra defensora de la psiquiatría biológica (que únicamente aceptaba causas orgánicas para la esquizofrenia), comienza a realizar duras críticas a las escuelas Sistémica y Estratégica, acusándolas de infundir falsas esperanzas de curación en las personas con esquizofrenia y sus familias (Bertrando y Toffanetti, 2004). El contexto, según lo analiza Simon (1987), es el de un clima político contra la terapia familiar. Clima generado por grupos como la Alianza Nacional por los Enfermos Mentales, fundada por padres de esquizofrénicos, que han venido sensibilizando a los terapeutas en contra de las teorías que parecen culpar a las familias de la enfermedad de sus hijos. Refiriéndose a la presentación del libro “Los Juegos Psicóticos de la Familia” (Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino (1990), Simon (1987) expresa: “En este ambiente, uno difícilmente podría imaginar una etiqueta más inflamatoria que el concepto de juegos sucios de Selvini Palazzoli” (s/p.). La nueva hipótesis de la Escuela de Milán (que los juegos psicóticos familiares desencadenan psicosis) fue inmediatamente criticada, ácidamente, por Carol Anderson, y los cuestionamientos fueron tomados por otros investigadores (Bertrando y Toffanetti, 2004). A partir de ahí, la influencia mundial de Mara Selvini Palazzoli decae; se retira en 1998 y muere en 1999. Ese mismo año, Anderson asume la dirección de Family Process, algo que en las décadas de surgimiento y expansión de

la terapia familiar hubiera sido impensable. El nombramiento de Anderson coincide con la implantación del *managed care* (cuidado administrado) en la Salud Pública de Estados Unidos (comités que deciden qué tipo de tratamiento médico o terapéutico recibirá cada paciente) y con los problemas económicos del país; contexto en el cual la terapia familiar pasa a ser considerada costosa, difícil y no apta para las nuevas circunstancias.

2.2. La Escuela de Milán. Definición. Particularidades teóricas y prácticas

Las tres escuelas sistémicas puras originales mencionadas (Palo Alto, Estratégica y de Milán) tienen en común la elección de la unidad familiar como objeto de estudio e intervención, quedando relegado el individuo a la condición de miembro del sistema familiar; lo intrapsíquico se deja de lado, únicamente interesan las comunicaciones que mantiene cada miembro con su entorno (Pereira, 1994). Dice Pereira (1994) que su base teórica es la Teoría General de Sistemas, formulada por el biólogo austriaco Ludwig Von Bertalanffy, quien afirmó que los seres vivos tienen una organización basada en los sistemas abiertos: sistemas con características de *isomorfismo* y *equifinalidad* (Bertalanffy, 1976-79). La cibernética aporta los conceptos de *retroalimentación*, *homeostasis*, *escaladas*, *entropía* (tomado de la termodinámica), *círculos viciosos*. La Teoría de los Juegos de Von Neumann y Morgenstern (1944) suministra los conceptos de *juego relacional*. La Teoría de la Comunicación, los conceptos de *intercambio de información*, *metacomunicación*, *redundancias*, *paradojas*, etc. (Shannon y Weaver, 1948). Como indica Pereira (1994), todas estas aportaciones fueron sintetizadas en "Teoría de la Comunicación Humana" (Watzlawick et al., 1967).

Respecto a las características específicas de la terapia sistémica utilizada por Mara Selvini Palazzoli y su equipo en el período 1971-1989 para el abordaje de familias de transacción esquizofrénica, Selvini y Pasin (2005) mencionan siete puntos. Estos pueden resumirse de la siguiente manera: 1) El síntoma es considerado la expresión de un problema familiar, conectado a procesos disfuncionales en la familia (*impasse*, *embrollo*, *instigación*) y, en particular, a un involucramiento del paciente en los problemas no resueltos de sus padres. 2) A través de un proceso de reflexión e hipótesis [hipótesis sistémicas], la terapia se enfoca en el *juego* de las relaciones familiares y su impacto en los síntomas del paciente. 3) El cambio puede ser inducido con prescripciones o rituales que permiten experiencias relacionales correctivas. 4) Desde la primera sesión, toda la familia nuclear está involucrada. Más adelante pueden ser convocados solo los padres. 5) La terapia es corta, en principio limitada a diez sesiones [sin superar prácticamente nunca las veinte]. 6) Las sesiones se convocan con un mes

de intervalo o más. 7) La relación terapéutica se basa en directividad del terapeuta e intervenciones provocativas (paradojas, *preguntas terribles*). 8) Se trabaja en equipo con supervisión directa gracias al espejo unidireccional. No se prevé la terapeutas anteriores, ni con un psiquiatra que administre psicofármacos. Selvini y Pasin (2005) agregan que en este período se destacan dos variantes técnicas: - En la variante paradójal el paciente es desafiado a continuar en su comportamiento problemático y sintomático como un sacrificio útil en favor de otros miembros de la familia. - En la variante de la prescripción invariable el paciente (con algún hermano) se invita sólo a las dos primeras sesiones. La terapia continúa solo con los padres, que reciben las sucesivas instrucciones de la prescripción invariable, creando una fuerte alianza entre sí y con los terapeutas, alianza que pretende empujarlos a una mayor autonomía y desvinculación tanto de los hijos como de las respectivas familias extendidas.

2.2.1. La conducción de la sesión. Hipotetización, circularidad, neutralidad. En 1980 la Escuela de Milán difunde tres aspectos que sus terapeutas deben dominar: la capacidad de realizar una hipótesis sistémica útil, la técnica de preguntas circulares, y la neutralidad pragmática (Selvini Palazolli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980).

La **hipotetización** es la formulación de una hipótesis o suposición inicial, basada en la información que se tiene de la familia. La hipótesis establece un punto de partida; si resulta falsa, el terapeuta debe formular otra. Se verifica, descarta o modifica con el feedback inmediato de la familia (verbal y no verbal) y posteriormente, según las reacciones a las prescripciones y rituales dados por el terapeuta. La hipótesis no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil, para proveer nueva información y para que el terapeuta pueda rastrear los patrones relacionales. Debe ser sistémica, incluir a todos los miembros de la familia y brindar un supuesto sobre la función relacional total.

Caso Regina. Selvini Palazolli et al (1980) lo ejemplifican así. La paciente designada, Regina, de 14 años, ciega de nacimiento, muestra conducta psicótica desde los 4 años y fue internada desde los 6 años en una Institución. La familia se presenta preocupada porque Regina ha empeorado, preguntándose si no sería mejor regresarla al hogar. Los terapeutas consideraron la hipótesis de que frente a la emancipación de dos hijos (peligroso para la homeostasis familiar), la familia hubiera sorpresivamente descubierto el deber moral de traer a Regina para retener a los hermanos. Francesca, de 17 años, podría abandonar sus planes de trabajo para cuidar a Regina, y Paolino, de 20, podría contribuir a la manutención de la familia, sacrificando vacaciones y salidas. La hipótesis fue confirmada al entrevistar a los hermanos. Esta hipótesis coincidía con otras investigaciones de Selvini Palazolli et al (1980): a menudo la crisis esquizofrénica de un

miembro coincide con la amenaza de otro de los miembros, por lo general un adolescente, de abandonar la familia.

La **circularidad** se traduce en invitar a cada miembro de la familia a contar cómo ve él la relación existente entre otros dos miembros. Así se puede investigar una relación diádica vista por una tercera persona. Para la Escuela de Milán claramente es más fructífero, en términos de bajar la resistencia, preguntarle a un hijo: "dinos cómo ves tú la relación entre tu hermana y tu madre" (Selvini Palazzoli et al, 1980, p 17) que preguntarle directamente a la madre acerca de su relación con su hija. Menos obvio, opinan, es la extrema eficiencia para iluminar en forma patente las variadas relaciones triádicas. Para realizar esto se utilizan las *preguntas circulares*.

La **neutralidad**, es la conducta del terapeuta que lo mantiene alejado de alianzas permanentes con cualquier miembro de la familia. Cuando el terapeuta invita a un miembro a comentar la relación de otros dos, aparece como aliado de esa persona, pero esta alianza se corta cuando pregunta lo mismo a cada uno de los demás. El terapeuta también evita cualquier juicio, aprobatorio o desaprobatorio, pues inevitablemente esto lo aliaría con alguna de las personas o grupos dentro de la familia. Al mismo tiempo, trata de neutralizar, tan pronto como sea posible, cualquier intento hacia la coalición, seducción o relaciones privilegiadas con el terapeuta (Selvini Palazzoli et al, 1980).

2.2.2. Las técnicas psicoterapéuticas

Según Bertrando y Toffanetti (2004) las familias que presentan conductas diagnosticadas como "patológicas" en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de reglas peculiares de ese tipo de patología. Puesto que las conductas sintomáticas son parte de las relaciones peculiares de ese sistema, no queda otra alternativa, para poder modificar los síntomas, que intentar cambiar las reglas. Los autores afirman que, cuando se logra descubrir y cambiar una regla fundamental, se puede obtener rápidamente la desaparición del comportamiento patológico.

Preguntas circulares. Es la técnica que permite indagar sobre el juego relacional, juego que es circular y no lineal (Selvini Palazzoli et al., 1980). El modelo es triádico - un miembro de la familia es invitado a discutir de qué manera otro miembro reacciona al síntoma y cómo otro miembro reacciona a esa reacción. Se comienza con la indagación sobre los subgrupos y luego se pasa a la familia entera y solamente por último a la familia de origen, ensanchando gradualmente el campo de observación. Los siguientes ejemplos (resumido de Selvini Palazzoli et al., 1980) muestran cómo indagar diferentes cosas:

1. Indagación de conducta interactiva específica en circunstancias específicas:
Terapeuta: Cuando Lorenzo empieza a perder el control y empuja a tu madre, ¿qué hace tu padre?
2. Diferencias de conducta. Hijo: Nosotros vivimos juntos con mis abuelos, y ellos son realmente entrometidos. Terapeuta: ¿Quién se molesta más cuando tu abuelo interfiere, tu padre o tu madre? Hijo: ¡Oh! mamá por supuesto, ella quiere que papá lo haga callar.
3. Cambio en la relación, antes y después de un evento preciso. Terapeuta (a la hermana): Tu madre dice que Marco siempre ha sido un niño difícil. Pero en tu opinión, ¿tu madre y tu hermano se peleaban más antes o después que tu padre enfermó?
4. Diferencias hipotéticas. Terapeuta: Si uno de los hijos tuviera que permanecer en casa, sin casarse, ¿quién piensas tú que sería el mejor para tu padre?
5. Clasificación de una conducta o interacción específica. Terapeuta: Parece que tu madre llora mucho en casa, es muy infeliz. Emily, dime... ¿A quién puede agradaarle más cuando ella está triste, a tu abuela, padre, hermano o a ti? Haz una escala-. (La invitación debiera ser ofrecida a más de un miembro de la familia).

Contraparadoja terapéutica. Los terapeutas milaneses de la primera época conciben los síntomas del paciente designado como estrechamente relacionados con el juego relacional de la familia (Selvini Palazzoli et al., 2010). Así, la aparición de los síntomas forma parte de un complicado sistema de ataques y contraataques crípticos y paradójicos con el fin de definir las relaciones (Mauri, 2004). La contraparadoja terapéutica es vista como el único instrumento capaz de disolver esta maraña, pues: (a) el paciente identificado está convencido de que ha adquirido, gracias al síntoma, un enorme poder sobre toda la familia; (b) el paciente identificado está furioso con algún miembro en particular, por el cual se siente traicionado, engañado o derrotado, y vive la conducta sintomática como una venganza; (c) la intervención paradójica provoca al paciente identificado, invirtiendo radicalmente sus convicciones lineales: su visión subjetiva de poder, es re-encuadrada como subordinación de las propias necesidades a las necesidades del *traidor* y de toda la familia.

Connotación positiva. Mauri (2004) acota que la connotación positiva es más bien un principio terapéutico que crea las condiciones favorables para el funcionamiento de las técnicas. Dice que es uno de los inventos más originales pero también más incomprendidos del grupo milanés, ya que consiste en definir como positivos y deseables todos los comportamientos implementados por el sistema familiar. Explica Mauri (2004) que el uso de la connotación positiva se inspiró en la necesidad de poder prescribir, sin contradicciones, la intervención terapéutica paradójica, es decir, la

prescripción del síntoma (pues el terapeuta no debería recomendar algo que no sea bueno). La paradoja terapéutica se basa en aceptar la premisa homeostática de que el sistema no debe cambiar. Por lo tanto el terapeuta declara que los comportamientos implementados por toda la familia - y no solo por el paciente sintomático -, están animados por buenas intenciones, por ejemplo, el deseo de mantener unida a la familia. Al mismo tiempo, el terapeuta se vuelve más aceptable para la familia precisamente porque la acepta tal como es. Bertrando y Toffanetti (2004) observan cómo la connotación positiva también puede tener el resultado de inducir dudas en los miembros de la familia, quienes pueden comenzar a preguntarse por qué la cohesión del grupo, descrita por el terapeuta como tan buena y deseable, conduce al desarrollo de síntomas y al sufrimiento. Por lo tanto, la connotación positiva, como paradoja, representa una de las provocaciones que podría desencadenar el cambio.

Prescripción del síntoma. Agrega Mauri (2004) que el ejemplo típico de una contraparadoja terapéutica es la prescripción del síntoma: se enfatiza a la familia la función positiva del síntoma y por lo tanto, el peligro que podría derivar para uno o más miembros de la familia si el paciente designado sanara. La prescripción se da de manera ritualizada, escrita en una hoja y firmada por los terapeutas. Además de ser un instrumento de provocación, la contra-reacción produce una serie de retroalimentaciones a ser evaluadas por los terapeutas. Una reacción inmediata típica es la desorientación, luego se ven reacciones drásticas en todos los miembros.

Prescripción de rituales familiares. Los rituales son prescripciones que apuntan a cambiar las reglas de una familia sin proporcionar explicaciones verbales (Mauri, 2004). Cuando la familia realiza un ritual adquiere una nueva experiencia, diferente a la que tenía antes, porque el ritual propone reglas que difieren de las anteriores, o más bien, las contradicen. El ritual, para ser eficaz, debe involucrar a toda la familia, ser meticulosamente especificado por los terapeutas, a menudo por escrito, y contener el horario, los ritmos de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, en qué secuencia, etc.

El caso Casanti. Un ejemplo de cómo quebrar una regla familiar fundamental mediante un ritual se encuentra en el caso de la familia Casanti (Selvini Palazzol et al, 2010), donde una joven que padece anorexia no puede criticar a nadie del extenso clan familiar porque el tabú familiar lo prohíbe. Entonces se prescribe la paradoja de un ritual cotidiano donde cada uno de los cuatro miembros de la familia nuclear debe hablar del clan durante quince minutos (criticando a alguno de sus miembros si lo desea), con prohibición absoluta de ser interrumpido por los demás.

Prescripción invariable. Como escriben Selvini Palazzoli et al. (1990), el método paradójico había producido éxitos inesperados con muchas familias, pero, con el paso del tiempo constataron una tremenda dificultad para entender qué los había causado, aumentar la probabilidad de repetir los éxitos, dónde se ocultaba el error en los fracasos. Relatan que se les ofreció una señal para un nuevo método de terapia, más fácil de investigar, durante el tratamiento de una niña anoréxica.

El caso María. En 1979 las dos investigadoras (Selvini Palazzoli y Prata) estaban tratando a María, de veintiún años de edad, la mayor de tres hermanas, a los dieciséis años anoréxica severa y que más tarde desarrolló conducta psicótica y suicida. Ni la terapeuta ni la supervisora lograban construir una hipótesis de juego familiar. Todo era confuso, excepto por un punto: las tres chicas se inmiscuían con violencia absurda en los problemas de sus padres. El equipo decidió contrarrestarlo con una prescripción. La terapeuta llamó a los padres solos y les prescribió, sin ninguna explicación, volver a casa y declarar a las hijas y a la familia extendida que el médico les había impuesto observar estricto secreto sobre lo que ocurría en las sesiones. Más tarde, como los padres cumplieron fielmente, fueron designados co-terapeutas y se les pidió que realizaran una serie de desapariciones del hogar de duración creciente, dejando a las hijas a cargo de la casa. Esta receta, aseguran Selvini Palazzoli et al. (1990), dio resultados excepcionales; en poco tiempo María dejó el síntoma, se graduó y encontró un trabajo. Después de varios experimentos positivos con otras familias, Palazzoli y Prata decidieron aplicar esta misma prescripción seriada a todas las familias de sus pacientes anoréxicas y más tarde a las familias con un miembro esquizofrénico. Llamaron a esta herramienta, la *prescripción invariable* (Selvini Palazzoli et al., 1990).

Otro caso de éxito. En “Los juegos psicóticos de la familia” (Selvini Palazzoli et al, 1990), se relata el caso de un joven de 31 años, hijo de padres de edad avanzada, que había tenido una primera crisis diagnosticada como esquizofrenia delirante a los veinte años mientras hacía el servicio militar, y que llegó a la terapia en condiciones crónicas, tratado por un psiquiatra con una fuerte administración de psicofármacos. El joven hombre vivía ocioso en su casa, encerrado en su cuarto donde daba enardecidos discursos a invisibles adversarios políticos. Sus padres cumplieron todos los pasos de la Prescripción Invariable y hubo cierta mejoría, encontrando el joven un modesto trabajo. Pero el cambio radical sucedió cuando los padres desaparecieron durante un mes. Al regreso, el hijo había encontrado un trabajo mejor y salía con una chica con la que mantenía una tormentosa relación. Durante la décima y última sesión, los padres

relataron que luego de cortar con la novia el muchacho había intentado revivir la conducta psicótica pero le salió tan mal que los padres lo tomaron a risa.

2.2.3. El estilo interaccional en las familias de transacción esquizofrénica. Embrollo, instigación, impasse de la pareja. Bertrando y Toffanetti (2004) destacan que lo novedoso de la Escuela de Milán en “Los juegos psicóticos de la familia” (Selvini Palazzoli et al, 1990), es la descripción de patrones rígidos y repetitivos de interacción familiar definidos como *juegos*: por ejemplo, coaliciones secretas entre los miembros de la familia y las familias de origen, comportamientos de uno de los hijos que tienen el efecto de mantener a un hermano dentro de la familia, o intentos de los hijos de reformar el matrimonio de los padres.

Impasse de la pareja. Este es el primer estadio del proceso que llevará a un hijo a la psicosis (Selvini Palazzoli et al, 1990). *Impasse* se refiere a un conflicto oculto de la pareja, basado en miedos recíprocos entre los cónyuges (por ejemplo, que el otro le sea infiel o lo abandone). El miedo específico no se explicita, se usa otro como pantalla para los conflictos manifiestos. Es un juego de provocaciones disimuladas constantes, donde el provocado responde con rabia también disimulada, retroalimentando con su aparente debilidad y silencio al provocador. Esto genera en el hijo con futura psicosis la defensa del miembro débil: con conductas provocadoras (aun no psicóticas pero preocupantes) le muestra al progenitor atacado *injustamente*, cómo debe imponerse sobre el otro.

Embrolio. El primer juego familiar detectado por el grupo milanés, luego de unos años en que hizo un uso sistemático de la Prescripción Invariable fue el *embrollo* (Mauri, 2004). El fenómeno observado fue que durante la sesión, el paciente designado, descrito a menudo por la familia como el preferido de uno de los padres, les mostraba indiferencia y hasta menosprecio o, aunque más raramente, una reacción apasionada en extremo. Después de comparar varios casos, los terapeutas plantearon la hipótesis de que dicho cambio podría ser el efecto de una traición que el paciente designado había sufrido del padre con el que había disfrutado de una relación privilegiada. Sin embargo, este aparente privilegio más adelante se revelaría como una simple estrategia dirigida contra el cónyuge, que es el verdadero objeto de preferencia. Dice Mauri (2004) que no debe subestimarse el sentimiento de connivencia: una unión transgeneracional, por ejemplo, entre padre e hija en detrimento de la madre, está inevitablemente impregnada de una sensación de ilegalidad. Esta ilicitud y complicidad, sumada a la desconfianza en la lealtad del antiguo aliado, condena al silencio a los traicionados, llevándolos a implementar un reclamo encubierto, que es el síntoma.

El caso Felipe. Un caso ejemplificador de embrollo (Selvini Palazzoli et al, 1990), es el que aparentemente termina llevando a Felipe, a los 17 años, a una huelga de hambre radical que lo llevó a la agonía y a la hospitalización, y a los 23 años a un diagnóstico de esquizofrenia crónica, controlado con psicofármacos, con una historia de varias internaciones por crisis disociativas. ¿Cómo se generó el embrollo en este caso? La madre hizo de Felipe, desde muy pequeño, una especie de paje mimado que cantaba con ella y la acompañaba en las largas ausencias del marido, pero también tímido y enfermizo. La hermana dos años mayor, Hilaria, era una chica tumultuosa, que a los 17 años se sumó a las revueltas estudiantiles acompañada de los muchachos del pueblo, con quienes fumaba hachís y pasaba abiertamente por toda clase de experiencias sexuales. El padre la esperaba levantado y la recibía a bofetadas y con escenas pasionales. Según los terapeutas, era evidente que el padre sufría pero la madre defendía calurosamente a Hilaria por su rebeldía feminista. Dos años más tarde, Felipe, tal vez deseando generar en el padre la misma apasionada atención y confiando en el apoyo de la madre, en cuyo afecto privilegiado creía ingenuamente, se sumó a la revuelta de los muchachos del pueblo: “a ellos se entregó con desesperación pero sin gusto alguno” (Selvini Palazzoli et al, 1990, p 93). Por un buen tiempo, la madre no se pronunció contra las conductas de Felipe. Pero una noche en que, por estar con los muchachos, Felipe olvidó pasar a buscar a Marta (la hermana mayor ahora muy unida a la madre) a la salida de su reunión parroquial, la madre reaccionó con violencia desproporcionada, perdió el control y se burló de Felipe cruelmente. A la mañana siguiente el hijo no salió de su habitación, lo encontraron inmóvil bajo la sábana y había iniciado su huelga de hambre.

Instigación. Es un proceso similar al del embrollo pero donde, además, uno de los miembros de la familia provoca a otro para que a su vez enfrente o dañe a otro de los miembros. Implica un nivel triádico: “alguien instiga a otra persona *contra* un tercero” (Selvini Palazzoli et al., 1990, p 109). Según Selvini Palazzoli et al. (1990) implica una fase de “seducción”; “la maniobra de gratificar a uno con el fin de instigarlo contra otro” (p 138). Pero luego, al igual que en la situación de embrollo, el hijo descubre que fue utilizado y se desencadena la psicosis: “Ahí donde ha fallado con su conducta inusitada, ahora ya no podrá fallar, doblegará al vencedor y le mostrará a ese sometido perdedor lo que él, el hijo, es capaz de hacer” (Selvini Palazzoli et al., 1990 p 182).

El caso Rodolfo. Simon (1987) relata y comenta una sesión completa (3ª sesión con la familia), conducida por Mara Selvini Palazzoli, de entonces setenta años. La sesión duró tres horas, incluyendo dos prolongadas consultas con los miembros del equipo detrás del espejo unidireccional, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino. El autor describe los

antecedentes y la situación actual de la familia Santini. Marido y mujer, aunque permanecen casados desde hace 30 años, viven en casas separadas y en la sesión no se miran uno al otro. La madre, temprano en el matrimonio, dejó la crianza de los niños en manos del esposo. Los hijos han tenido el tipo de conductas provocantes que suelen presentarse en respuesta a la *impasse* de la pareja (Selvini Palazzoli et al., 1990): de los cinco hijos, dos fueron adictos a la heroína y un tercero, Rodolfo, de 19 años, ha tenido alucinaciones auditivas durante el año pasado e insiste en que su hermana mayor le habla a través del televisor. En la primera sesión, el Sr. Santini, de 60 años, acusó a su hijo Paolo, un apuesto estudiante universitario de 20 años, de acostarse con la criada. Pronto se reveló que, en realidad, era el Sr. Santini quien estaba durmiendo con ella y la Sra. Santini amenaza ahora con divorciarse. Después de la segunda sesión, Paolo llamó al Centro para informar que Rodolfo se le había acercado para decirle: "Quiero tener a tu bebé".

En esta sesión se observan varias características del modelo de Milán. Por ejemplo, la técnica de *preguntas terribles*. Selvini Palazzoli le pregunta a la señora Santini por qué su marido la engañó en su propia casa, a Rodolfo, por qué su padre duerme con empleadas domésticas, y a Paolo si cree que la proposición homosexual de Rodolfo era un mensaje para su madre o su padre. Se observa también la concepción de locura como jugada en un juego relacional. Como cuando la terapeuta pregunta al paciente: "¿Por qué tuviste que volverte loco para estar con tu mamá?" O cuando provoca al padre: "Y mientras usted perdió el juego, Sr. Santini, Rodolfo ya lo ganó. Él tiene a su madre, pero el precio pagado es muy alto: tiene que ser psicótico". O cuando advierte a la madre: "No se olvide del proyecto de Rodolfo: ponerla de rodillas. Para transformarla en la mamá más cálida, él necesita volverse loco. Es una victoria pírrica". O sea, intervenciones basadas en la hipótesis sistémica de que el hijo sintomático se ha involucrado en los problemas no resueltos de sus padres (*impasse* de la pareja), y que la psicosis del hijo es una conducta instrumental y no una enfermedad:

Palazzoli pregunta: "Si tu madre se divorcia, ¿con quién quieres vivir?" "Con mamá", responde Rodolfo, que vive en casa de su madre desde que comenzó a mostrar síntomas psicóticos (...). "¿Por qué tuviste que volverte loco para estar con tu mamá? ¿No podías hacer lo mismo que una persona cuerda? ¿No se hubiera conmovido si no te hubieras vuelto loco?" pregunta Palazzoli. "No", responde Rodolfo (Simon, 1987, s/p).

La sesión termina cuando Selvini Palazzoli dice haber entendido a Rodolfo, se despide de él y convoca a los padres solos para la 4ª sesión, presumiblemente para continuar con el proceso estándar, que es dar la “prescripción invariable” a los padres solos.

2.2.4. Características de la terapia de Milán actual. El cuarteto más conocido: Selvini Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin, consolidado en 1971, se escinde en 1978 en dos parejas: Selvini Palazzoli-Prata, y Boscolo-Cecchin (dúo denominado Milán Approach por Lynn Hoffman, según Schinco 2012). En 1981 Mara Selvini Palazzoli se reagrupa junto con Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino; en 1998 se retira y en 1999 muere. En 1996 Boscolo se asocia a Bertando: ellos adaptan el modelo de la Escuela de Milán a la psicoterapia individual (Boscolo y Bertando, 1996). Boscolo, Bertando y Galvez (2011) describen así a su versión de la Terapia de Milán:

La terapia sistémica de Milán, conocida en los países anglosajones como Milan Approach (Hoffman, 1981) es un modelo terapéutico fundado sobre las teorías de Gregory Bateson (1972). Originalmente aplicado solamente a la terapia familiar, el modelo de Milán es hoy utilizado además en el trabajo individual, de pareja, con grupos y con organizaciones (p1).

La actual “Scuola Mara Selvini” dirigida por Matteo Selvini, integra igualmente la dimensión individual agregando la teoría del apego y la consideración de los rasgos de personalidad del paciente para la configuración del síntoma (Selvini, 2005). Describe su terapia individual-familiar para el tratamiento de la esquizofrenia y otros casos graves, como un modelo que integra la concepción del síntoma como defensa del sufrimiento individual, y síntoma como reacción a una posición difícil del paciente en el sistema. La psicoterapia se integra al tratamiento farmacológico, intervención comunitaria y programas de rehabilitación. Se mantiene el trabajo en equipo con espejo unidireccional pero limitado a 4-5 reuniones familiares. El resto son sesiones con subgrupos (padres, hermanos) y sesiones individuales (con el paciente, con un padre). Ahí el equipo se reduce a terapeuta y co-terapeuta, con funciones alternas flexibles (por ejemplo un terapeuta para el paciente y otro para los padres), e incluso sesiones individuales sin el co-terapeuta. Descartan las técnicas basadas en la provocación y la paradoja, en favor de “la transparencia, el consenso y la colaboración” (Selvini, 2005, s/p). En 2013 relata que siguen usando más o menos el mismo modelo (Selvini, 2013).

2.2.5. Aplicabilidad de la psicoterapia de Milán familiar, de pareja e individual. Para Boscolo y Bertando (1996) no existen tipologías de familias o de clientes para los cuales la terapia sistémica de Milán sea no-aconsejable a priori. Existen, sí, diferencias respecto a la indicación de que sea familiar o individual. La terapia familiar es aún

indicada primordialmente para todos los casos donde los pacientes no dan señales de independencia de la familia de origen, como son los casos de psicosis (Boscolo y Betrando, 1996). En cambio se indica terapia sistémica de pareja en los casos que no involucran significativamente a otros miembros de la familia, y se indica terapia sistémica individual para adolescentes y adultos de todas las edades, con sintomatología variada y en una fase más o menos avanzada de desvinculación del sistema familiar.

2.3. Efectividad de la psicoterapia de Milán

2.3.1. Efectividad para distintos trastornos. Carr (1991) realizó una revisión de todas las investigaciones sobre la terapia sistémica de Milán difundidas entre 1975 y 1990, encontrando diez investigaciones empíricas que satisfacían los requisitos metodológicos mínimos. Concluye que la Terapia de Milán es efectiva con numerosos casos difíciles o estancados (en *impasse* terapéutico). Entre los diez estudios, resultan relevantes, para este trabajo, dos de ellos.

El estudio de Green y Herget (1989a), que demuestra cómo una consulta de 2 horas con un terapeuta del Milán Approach, convocado como consultante externo, logra destrabar los casos más difíciles de 11 terapeutas de diferentes enfoques, logrando una mejoría inmediata. Esta mejoría resultó mayor a la de los casos control, y se mantenía al follow up 3 años después (Green y Herget, 1989b). El modelo de consulta utilizado estaba basado en las ideas y prácticas del equipo original de Milán. El establecimiento de metas terapéuticas apuntaba a lo sostenido por Boscolo y Cecchin. Resultados. En la escala GAS (Global Assesment Scale), de las familias que recibieron MFT (Milán Family Therapy), el 54% había hecho un progreso moderado o bueno hacia las Metas número 1, 2 y 3 después de un mes y el 88% había hecho un progreso moderado o bueno a los 3 años. En cambio para las familias ST (Standard Therapy) las cifras fueron del 36% al mes y 63% a los 3 años. Se observa que los casos de psicosis y esquizofrenia son considerados por la práctica clínica como casos graves y difíciles: lo que Mara Selvini Palazzoli llama la “desalentadora gravedad de la casuística” (Selvini Palazzoli et al., 1990, p.52).

El estudio de Allman, Sharpe y Bloch (1989) demostró que en menos de 5 sesiones, 2/3 de los casos de hijos adultos con dificultades de emancipación tuvieron una mejoría sintomática. MFT duró, en promedio, 4-5 sesiones. Aunque rara vez el equipo usó paradojas o prescripciones rituales ni tampoco la oferta directa de una visión alternativa del problema (en forma de un hipótesis sistémica completa), 2/3 de los casos mostraron mejoría sintomática y un 50% de las familias mostró un cambio sistémico positivo. Dicen los autores que la separación de la familia de origen fue el problema sistémico más

común. Se observa que en casos de esquizofrenia es habitual que los pacientes tengan dificultades para independizarse de la familia de origen (Boscolo y Betrando, 1996).

2.3.2. Efectividad de las herramientas: paradojas, prescripción del síntoma. Arbeláez, González, Madrid, Ramírez y Viveros (2016) mencionan que Debord (1999) enfatizó los sorprendentes cambios evidenciados luego de haberse dado una intervención paradójica y que ante estudios comparativos entre tratamientos paradójicos y no paradójicos, se demostró mayor eficacia de los tratamientos con técnicas paradójicas. La intervención paradójica sería además una técnica poco perjudicial, ya que un 92% indicó que no surgieron efectos adversos. Arbeláez et al (2016) afirman que la intervención paradójica, la prescripción del síntoma y la reformulación son estrategias terapéuticas eficaces para una variedad de preocupaciones del cliente. En otro estudio, Bergman (1982), analiza el uso de intervenciones paradójicas en pacientes con esquizofrenia y psicóticos con una impresionante historia de tratamientos fallidos. Se presentan seis casos de estudio que ilustran diferentes intervenciones: prescripción del síntoma, restricción del cambio y contra-rituales. Su conclusión fue que la intervención paradójica resultaba exitosa cuando se implementaba con la cooperación de la persona a intervenir. Respecto a la prescripción del síntoma, Bergman (1983) presenta dos estudios de caso donde se prescribió la crítica de los padres a los niños en dos familias fusionadas. En ambos casos, prescribir la crítica resultó en el bloqueo de la crítica de los padres, lo que obligó a los miembros de la familia a interactuar de maneras nuevas y diferentes y a evolucionar a las siguientes etapas del ciclo de vida familiar.

2.3.3. Efectividad de la psicoterapia de Milán para la Esquizofrenia

2.3.4. Efectividad con el protocolo original (años 70 y 80).

a) Respecto a los casos tratados con técnicas paradójicas (Selvini Palazzoli et al., 2010), Selvini (2002) los describe retrospectivamente con estas palabras: “algunas terapias entre las más creativas y brillantes (...) habían concluido con progresos óptimos del paciente y grandes esperanzas” (s/p). Sin embargo, en el estudio retrospectivo, Selvini (2002) se lamenta opinando que a largo plazo (veinte años después) los resultados son decepcionantes: “No puedo ciertamente negar la primera reacción de tristeza y desánimo (...) frente a resultados tan desalentadores. (...) A lo largo de los años habían sufrido fuertes recaídas y sucesivas trágicas cronificaciones de las cuales nunca se había sabido nada” (s/p). El *follow up* consistió en contactar, veinte años después, a 25 familias tratadas con las técnicas paradójicas originales, 23 de las cuales resultaron clasificables como familias con miembros esquizofrénicos y con psicóticos no esquizofrénicos. Selvini (2002) constata que 10 pacientes mantenían la mejoría, 11

estaban en estado de psicosis crónica y 2 se habían suicidado. De los 10 pacientes de ambos grupos que mantenían el resultado positivo, 4 estaban completamente recuperados y 6 mantenían una recuperación social. Se observa que, en porcentajes, el 17.3% mostraban una recuperación total y el 26% una recuperación social. De los 15 pacientes puramente esquizofrénicos tratados con intervenciones paradójicas, en 6 casos se constató “eficacia positiva” y “no se ha obtenido eficacia en 9 casos” (Selvini, 2002). O sea, un 40% de los esquizofrénicos mantenía la mejoría a los veinte años.

En relación al intervalo de veinte años, debe señalarse que no es el recomendado para seguimientos de largo plazo. Como explica Schainblatt (1977, p 40) “seleccionar un intervalo correcto es clave. Si el intervalo post tratamiento es demasiado largo (...) la condición del paciente podría haber sido afectada por eventos externos no relacionados con los efectos de la terapia”. Cita a Ellsworth quien afirma que *follow-ups* realizados a los seis meses ya reflejan una combinación del efecto del tratamiento y de eventos subsiguientes de la vida del paciente. Schainblatt (1977) sugiere que “se realice un follow up de los clientes un año después del inicio del tratamiento” (p 41).

b) Respecto a los casos tratados con técnicas de la *prescripción invariable*, Simon (1987) informa que, de 19 familias tratadas antes de 1985 (tres con pacientes delirantes recientes, seis con hijos con psicosis infantil crónica, y diez con esquizofrénicos crónicos), en los diez casos (53%) en que las familias aceptaron y siguieron diligentemente la prescripción, hubo un alivio completo de los síntomas al finalizar la terapia. En las 10 familias que aceptaron seguir la prescripción, la totalidad obtuvo remisiones completas.

c) Respecto a la suma de todos los casos tratados con ambas técnicas, veinte años después, Selvini y Pasin (2005) publican los resultados de un nuevo *follow-up*. Suman todos los casos tratados en los años 70 con las paradojas, a los casos tratados en los años 80 con la *prescripción invariable*. Relatan que, de 73 terapias realizadas a pacientes con esquizofrenia y otras psicosis, 27 habían finalizado positivamente al término de la psicoterapia con mejorías para el paciente y en la satisfacción familiar (es decir, un 37%). Veinte años después logran contactar a 58 familias. En 7 casos de estos 58 casos hubo un rechazo parcial al seguimiento y en algunos casos solo lograron averiguar si el paciente estaba vivo o muerto. Selvini y Pasin (2005) dicen que los pacientes que no presentan síntomas psicopatológicos son 9 de 55 casos donde los datos están disponibles: o sea 16.3% de remisiones totales. La franja de la recuperación social completa incluye 17 pacientes de 55: o sea al 30.9 %. Selvini y Pasin (2005) aclaran que los psicóticos no esquizofrénicos tuvieron mejores resultados que los

esquizofrénicos. Específicamente, los esquizofrénicos de la variante hebefrénica que llegaron a terapia con un nivel de funcionamiento muy bajo, veinte años después no mostraban mejoría significativa. En cambio, las psicosis no esquizofrénicas mostraban mejoría amplia en 14 de 24 casos, o sea el 58.3% de los casos. De todos modos, la franja de ambas poblaciones que Selvini y Pasin (2005) consideran de mejoría positiva al seguimiento son 23 casos, o sea 41.8% considerando 55 casos. Debe destacarse que este porcentaje de 41.8% de recuperación a veinte años, resulta mayor que el porcentaje de 37% de ambas poblaciones al finalizar la terapia. Es decir: los resultados positivos se incrementaron con el tiempo.

2.3.5. Efectividad con el protocolo intermedio (años 90). Más adelante, Selvini et al. (2001) publican los resultados de las psicoterapias realizadas por el equipo de Selvini Palazzoli en los años 90. Selvini y Pasin (2005) destacan que en una población de 62 pacientes psicóticos tratados hubo un resultado positivo de la psicoterapia de Milán para el 41% de los esquizofrénicos y para el 66% de los psicóticos no esquizofrénicos. La investigación también mostró que el progreso significativo durante el curso de la terapia familiar tendió a mantenerse en el tiempo y a incrementarse. Dicen Selvini y Pasin (2005) que, en comparación con los años 70 y 80, hay varios puntos porcentuales más para ambas categorías no obstante haberse utilizado un protocolo de terapia aún intermedio entre el sistema sistémico clásico utilizado en los años setenta y ochenta y el familiar-individual que están utilizando actualmente.

2.3.6. Efectividad con el protocolo actual (años 2000). Bertrando, Cecchin, Clerici, Beltz, Milesi y Cazzullo (2006) realizan un estudio con familias con un miembro esquizofrénico, utilizando una versión estandarizada de intervención familiar sistémica basada en el Abordaje de Milán (*Entrevista Circular*). Las familias tratadas con el Abordaje de Milán mostraron una reducción en las críticas (Emoción Expresada), recayendo solo el 30% de los pacientes. En cambio las familias que no recibieron este tratamiento mantuvieron los niveles de EE y recayó el 62.5% de sus miembros esquizofrénicos. Bertrando et al. (2006) concluyen que la diferencia en las tasas de recaída no es estadísticamente significativa pero es alentadora y justifica más estudios.

Más adelante, Bressi et al (2008) publican un estudio longitudinal. La muestra consistió en 20 pacientes esquizofrénicos bajo terapia familiar sistémica de Milán asociada a tratamiento psiquiátrico de rutina y 20 pacientes solo bajo tratamiento psiquiátrico de rutina. Para el estudio de seguimiento participaron 40 familiares *claves* seleccionados por su mayor Emoción Expresada (EE). Ambos grupos fueron reevaluados al final de la terapia y 12 meses después. Al final del período de seguimiento se observó un mejor

curso clínico de la enfermedad y un mejor cumplimiento farmacológico en el grupo de pacientes que habían asistido a la terapia familiar sistémica. 3 pacientes (15%) habían recaído contra 13 pacientes (65%) de la muestra control; el cumplimiento farmacológico fue bueno en el 100% de los casos, mientras que fue bueno en el 65% de los casos control. Los resultados se valoraron según el número de recidivas sintomáticas, recuperaciones, ingresos de urgencia a un hospital psiquiátrico, cumplimiento farmacológico. Además se valoraron los cambios en la inclusión social y laboral. Concluyen que “los resultados clínicos son significativos y fomentan el uso de este tipo de terapia en el tratamiento integrado de pacientes esquizofrénicos” (p 1).

Bressi et al. (2008) aclaran que la terapia fue característica de la Escuela de Milán, describiéndola como uso de preguntas circulares y foco del terapeuta en los patrones comunicacionales, comportamientos disfuncionales, sistema de reglas y mitos familiares. Destacan que la mayoría de las intervenciones sistémicas son de reencuadre (reframing) y que entre sus estrategias se incluyen los señalamientos verbales, la connotación positiva, las intervenciones paradójicas y la prescripción del síntoma. Se observa que el protocolo fue muy similar al de los años 70 y 80.

Capítulo 3. Discusión y conclusión

Como se ha visto, no se ha confirmado ninguna causa médica específica para el desarrollo de esquizofrenia, aunque parece haberse comprobado que cierta susceptibilidad genética e influencias ambientales o familiares negativas son factores de riesgo (NIMH, 2015). La Escuela de Milán original postuló que ciertos tipos de relacionamientos familiares llamados *juegos psicóticos* pueden desencadenar esquizofrenia (Selvini Palazzoli et al., 1990). Aunque esta hipótesis no fue demostrada, un meta-análisis reciente parece haber confirmado que la presencia de un *estilo afectivo* familiar disfuncional (crítico, intrusivo e inductor de culpa) y de *comunicación desviada* (confusa, distorsionada e inconsistente) en familias con un adolescente perturbado pero no psicótico, predice que ese adolescente desarrollará esquizofrenia en pocos años (Roisko et al, 2014). Ambas características disfuncionales parecen coincidir con el clima afectivo y tipo de comunicación de las familias descritas entre los años 70 y 90 por la Escuela de Milán original (Selvini Palazzoli et al. 1990/ 2010). Como fuere, si una terapia diseña sus técnicas en base a una hipótesis causal de la enfermedad y el resultado es que los pacientes mejoran, sería un fuerte indicio de que la técnica actuó sobre la causa y la causa estuvo correctamente valorada. Los meta-análisis indican que las psicoterapias familiares son tan efectivas como otras psicoterapias para el tratamiento de la esquizofrenia

(Diamond et al., 1996). Además, la efectividad de las distintas modalidades -conductuales, de apoyo y sistémicas, sería equivalente (Stratton, 2010). Pero se plantea la duda si han diferenciado en qué resulta efectiva cada una de ellas: ¿En motivar al paciente a tomar sus medicamentos? ¿En aliviar los síntomas? ¿En eliminarlos?

La terapia de Milán en su variante psicotécnica de la *prescripción invariable*, habría logrado remisiones completas en casos de psicosis y esquizofrenia (eliminación de los síntomas clínicos y de disfunción social) al finalizar la terapia de entre 10 y 20 sesiones. De acuerdo con los datos de Simon (1987), la evaluación de los casos tratados antes de 1985 mostró un 53% de remisiones completas considerando 19 familias participantes, y remisiones completas en todas las familias (10 familias) que aceptaron seguir la prescripción.

No hay otras cifras de recuperaciones completas al finalizar la terapia, pero sí hay cifras de recuperaciones completas mantenidas veinte años después. De los pacientes esquizofrénicos tratados con las intervenciones paradójicas de los años 70, al *follow up* el 17.3% mostraban una recuperación total (Selvini, 2002). Un segundo *follow up*, esta vez sumando los pacientes tratados con paradojas y prescripciones invariables (Selvini y Pasin, 2005), mostró un 16.3% de recuperaciones totales veinte años después. Estos resultados resultaron desalentadores para la Escuela de Milán y parecen haberla empujado a modificar sus técnicas. Sin embargo: 1. Los porcentajes de recuperación completa (con o sin terapia) manejados por el último meta-análisis disponible (Jääskeläinen et al, 2013), establecen que la recuperación completa esperable para casos de esquizofrenia y psicosis relacionadas, es del 13.5% a dos años. 2. Los resultados de la Escuela de Milán superan este porcentaje esperable a veinte años. 3. Si el seguimiento se hubiera hecho a los dos años en lugar de a los veinte años, quizás las cifras no hubieran estado tan alejadas del 53% de recuperaciones al terminar la terapia que mencionaba Simon (1987). Debe objetarse, eso sí, que la fuente de dichos resultados habría sido la propia directora y terapeuta de la Escuela, Mara Selvini Palazzoli. Por lo cual, el nivel de la evidencia y el grado de recomendación serían mínimos, ya que las pruebas provienen de las experiencias clínicas de una autoridad de prestigio y la proporción de riesgo en comparación con el beneficio no se puede evaluar. Por lo tanto, para que la aparente capacidad de lograr recuperaciones totales de la Escuela de Milán tuviera mayor grado de evidencia científica, debería volver a investigarse con los parámetros de calidad y objetividad científica actualmente requeridos. Algunas investigaciones ya hicieron algunos avances al respecto, investigando por separado, la efectividad de las técnicas utilizadas por la Escuela de Milán. Arbeláez et al (2016) afirman que

Debord (1999) demostró la eficacia de los tratamientos con técnicas paradójicas y que en un 92% no surgieron efectos adversos. Bergman (1982), concluyó que la intervención paradójica resultaba exitosa cuando se implementaba con la cooperación de la persona a intervenir- mismo resultado que relató Simon (1987) al respecto de las prescripciones invariables cuando fueron seguidas obedientemente por las familias. Bergman (1983) también relata dos casos donde la prescripción del síntoma resultó exitosa.

No quedarían dudas en cuanto a la capacidad de la terapia de Milán para producir mejorías en casos de esquizofrenia. Selvini y Pasin (2005) destacan que en una población de 62 pacientes tratados en los años 90 hubo un resultado positivo para el 41% de los pacientes con esquizofrenia y para el 66% de los pacientes con psicosis no esquizofrénica, al finalizar la terapia. El protocolo fue uno intermedio entre el de la Escuela de Milán original y el modelo familiar-individual actual. Bertrando et al. (2006), utilizando una versión estandarizada de intervención familiar sistémica (*entrevista circular*) lograron una reducción en las críticas (Emoción Expresada), recayendo solo el 30% de los pacientes. En cambio, las familias que no recibieron tratamiento basado en el Abordaje de Milán mantuvieron los niveles de EE y recayó el 62.5% de sus miembros con esquizofrenia. Bressi et al. (2008) observaron mejor curso clínico y mejor cumplimiento farmacológico a los 12 meses, en el grupo de pacientes que asistieron a terapia familiar sistémica, donde aparentemente se trabajó en la disminución de la Emoción Expresada familiar. Solo 15% de estos pacientes recayó, contra el 65% de la muestra control. Los autores relatan que el protocolo fue muy similar al protocolo de la Escuela de Milán de los años 70 y 80. Se destaca que en los dos últimos casos se midió la efectividad de la terapia sistémica con las variables relevantes para las Guías Clínicas de abordaje psiquiátrico (cumplimiento farmacológico) y para la concepción cognitivo-conductual de la esquizofrenia (Emoción Expresada negativa que provoca recaídas). Se observa también que el sitio de publicación (PubMed) de los últimos dos estudios goza de prestigio en la comunidad médica y científica.

La psicoterapia familiar sistémica de Milán ha demostrado ser efectiva, eficaz y eficiente para el tratamiento de la esquizofrenia. Pero es cuando introducimos consideraciones sobre la utilidad para los pacientes, que parece desequilibrarse la balanza a favor de la Terapia de Milán original, en comparación con, por ejemplo, intervenciones familiares de tipo psicoeducativo cuyo objetivo es el cumplimiento farmacológico, el alivio de los síntomas, la prevención de reinternaciones, el alivio de la carga familiar. Pues, de acuerdo con la definición de utilidad, es más útil, para un individuo determinado, una psicoterapia breve, como la terapia de Milán original que se limitaba a 10 sesiones, que

una terapia extensa, como puede ser una psicoterapia psicoanalítica de varios años, porque la terapia extensa, mientras dura la terapia, quita potenciales años de calidad de vida aunque finalmente resulte exitosa. Y, obviamente, es infinitamente más útil una psicoterapia que recupera definitivamente al paciente con esquizofrenia, que una psicoterapia que solo alivia sus síntomas; sobre todo si se trata de una enfermedad mental como la esquizofrenia, que, de no obtener la recuperación total, puede durarle toda la vida, ser severamente incapacitante y acortarle la vida en 15 a 20 años.

Claro que, si pensamos en políticas públicas, inevitablemente surgen cuestionamientos económicos, éticos, ideológicos y políticos: ¿es mejor una psicoterapia que logre la remisión completa de los síntomas en un, digamos, 20% de los pacientes con esquizofrenia, o es mejor una psicoterapia que alivie parcialmente los síntomas del 60% de los pacientes? ¿Deben primar las consideraciones de eficiencia sobre las de efectividad: es decir, aliviar los síntomas de la mayor cantidad de personas al menor costo, aunque una minoría podría ser beneficiada con la remisión completa de la enfermedad si se les aplicara una psicoterapia cuyo objetivo fuera la remisión y no el alivio parcial – aunque fuera más costosa? Como vimos, el reproche fundamental que se hace al modelo cognitivo-conductual es que renuncia a buscar la “curación” de la esquizofrenia (Pereira, 1992), lo que resulta frustrante para los más optimistas. Pensamos que la discusión no debería plantearse entre optimistas y pesimistas. Si hablamos de “curación” (recuperación completa clínica y social) el objetivo debe ser, simplemente, realista: las psicoterapias que se planteen la remisión total de los síntomas de la esquizofrenia (como las familiares sistémicas desde sus orígenes) deben fijarse, para no frustrarse, objetivos realistas: aumentar el porcentaje de recuperaciones (hoy 13.5%), aumentar las chances de remisión en pacientes con prognosis favorable, adelantarlas en el tiempo, mantener los resultados exitosos en el largo plazo. Es decir, siguiendo los criterios de utilidad y efectividad, aumentar al máximo posible, la cantidad de años de vida vividos con calidad, sin discapacidad, mediante una psicoterapia probadamente efectiva.

Como dicen Jääskeläinen et al. (2013), la proporción de individuos con esquizofrenia y psicosis relacionadas que se recuperan (13.5%) parece no haber aumentado a lo largo de la historia a pesar de los aparentes avances farmacológicos. Por lo tanto, puede decirse que la recomendación de tratamiento con antipsicóticos se basa en la eficacia demostrada en condiciones de laboratorio, pero para muchos pacientes falla en efectividad, aceptabilidad y utilidad: hasta el 50% continúa experimentando delirios y alucinaciones (Naeem et al., 2015); las tasas de incumplimiento alcanzan hasta un 74%

(Patel et al., 2014) y la calidad de vida se ve afectada por los efectos adversos que muchas veces son percibidos como intolerables (Löffler et al., 2003).

La intención de lograr recuperaciones completas de la Terapia de Milán original fue abandonada, aparentemente, por una conjunción de fuerzas. Entre las fuerzas contrarias a todas las terapias familiares para la psicosis: un paradigma médico dominante que concebía a la esquizofrenia como una enfermedad de exclusiva causa orgánica; los intereses económicos de la industria farmacéutica promotoras del tratamiento farmacológico como primera y casi única opción, y la falta de fondos de las escuelas de terapia familiar para realizar estudios prospectivos controlados (García Cabeza, 2008). Otra de las fuerzas contrarias fueron las asociaciones de padres de personas con esquizofrenia, que se vieron culpabilizadas por las terapias sistémicas y estratégicas que postulaban la disfunción familiar como origen de la esquizofrenia en uno de sus miembros (Simon, 1987). Y en lo particular, la fuerte oposición de Carol Anderson, psiquiatra líder del movimiento de psicoeducación, que llegó a enfrentarse en forma personal con Mara Selvini Palazzoli (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Hoy en día el panorama parece más favorable. Se difunden índices de recuperación completa en la esquizofrenia (Jääskeläinen et al. 2013), se confirmaron causas familiares que desencadenan esquizofrenia (Roisko et al, 2014), no se han confirmado causas genéticas (Henriksen et al, 2017), aumentan los cuestionamientos a la efectividad de los psicofármacos (Pardo, 2007) y a los métodos de la industria farmacéutica para vender sus productos (De la Mata y Ortiz, 2003); y han surgido iniciativas de salud pública como la noruega, de tratamiento sin medicación a pedido de los pacientes. Quizás pacientes y familiares estén mejor predispuestos hoy a aceptar una psicoterapia familiar que ofrezca la chance de recuperación completa - aunque sea pequeña, no para todos los casos y políticamente incorrecta e incómoda para la sensibilidad de las familias. La sensibilidad de las familias debe ser respetada. Por ejemplo, a través de un Consentimiento Informado que diga algo como: “esta terapia puede herir la sensibilidad de algunas familias” y que las familias decidan si quieren correr el riesgo de exponerse a un mal rato transitorio, por el bien del más vulnerable de sus miembros. La Terapia de Milán puede también hacer énfasis en el papel de co-terapeutas que tienen los padres y apoyarse en la connotación positiva del síntoma para aliarse con las familias.

Las psicoterapias con el mismo objetivo debieran unirse. La escuela sistémica, la escuela estratégica, y la cognitivo conductual con sus desarrollos para el tratamiento cognitivo de alucinaciones y delirios, podrían aprender unas de otras y buscar fondos

conjuntamente para pulir sus técnicas y demostrar su efectividad y utilidad. Su principal aliada sería una Salud Pública convencida de la utilidad de unas psicoterapias que, al recuperar pacientes, a largo plazo bajen a casi cero el costo de atender la enfermedad. De todos modos, la identidad de cada psicoterapia no debe perderse, ya que el purismo técnico no solo aumenta la efectividad del terapeuta (Hirsch, 1998), sino que permitiría construir una identidad diferencial evaluable y valiosa, por su especificidad, para la opinión pública, familias y pacientes. Para la Terapia de Milán, podría plantearse la siguiente identidad a desarrollar, que a la vez sirve como conclusión de este trabajo:

Conclusión. La psicoterapia de Milán es una terapia familiar sistémica especializada en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos graves, que actualmente habría demostrado su efectividad para el alivio de los síntomas esquizofrénicos y de la carga familiar, así como para aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y prevenir recaídas (Bertrando et al, 2006 / Bressi et al, 2008). Estos resultados serían consistentes con las investigaciones sobre la efectividad de las terapias familiares para la psicosis (Diamond et al., 1996) / Stratton, 2010). Además, la psicoterapia de Milán original habría logrado, en un cierto porcentaje de casos de esquizofrenia y otras psicosis, la recuperación completa y permanente del paciente (Simon, 1987 / Selvini y Pasin, 2005). El grado de verosimilitud y de recomendación para esta segunda aplicación serían bajos, ya que provienen de las experiencias clínicas de una autoridad en el tema (Mara Selvini Palazzoli): serían necesarios estudios experimentales controlados que demostraran su efectividad con mayor grado de evidencia, para la recuperación completa de la esquizofrenia. La terapia de Milán se indica, principalmente, en todos aquellos casos en los cuales los pacientes con psicosis no dan señales de independencia de la familia de origen (Boscolo y Betrando, 1996). La casuística muestra una terapia enfocada al tratamiento de niños, adolescentes y adultos jóvenes con psicosis y esquizofrenia (Selvini Palazzoli et al, 1990 / 2010). Siendo una de las pocas psicoterapias que habría logrado recuperaciones totales en casos de esquizofrenia, su utilidad para mejorar la calidad de vida del paciente y la de su familia a largo plazo, sería superior a la de otras terapias, por lo que una exploración mayor en este sentido sería deseable. La terapia de Milán generalmente insume entre 10 y 20 sesiones por lo que, además de resultar efectiva y útil para el tratamiento familiar de la esquizofrenia, resulta altamente eficiente en su relación costo-beneficio.

Agradecimientos

Asocio la locura a la pena y a lo bello. A la mesa familiar de mi infancia se sentaban, algunos domingos, artistas talentosos y extravagantes que mis padres admiraban y miraban. Y que a mis hermanos y a mí nos sumían en el más profundo asombro y en charlas sin pies ni cabeza. En voz baja mis padres nos hicieron saber que uno de ellos tenía esquizofrenia y que había estado encerrado en un manicomio muchos años. A su casa fui varias veces y me regaló algunas obras maravillosas, llenas de color y dramatismo, que decían: A Laurita, con cariño. Más adelante, ya estudiante de Comunicación, hice un pequeño documental sobre su vida. En mi casa, obviamente, había muchos cuadros. Pero mi preferido era el retrato de un barbudo de ojos celestes y grandes orejas desparejas que me miraba comer desde la pared de enfrente. Cuando pregunté por el autor, resultó que era un reconocido pintor uruguayo, loco, con una triste vida.

Cuando crecí, la mesa familiar se transformó en un lugar donde, además de risas, intercambiamos conocimientos de forma apasionada. Los recién llegados, novios y novias, algunos amigos, se sorprenden al escuchar a este puñado de *nerds* discutiendo sobre la vida, la medicina, la física, la sociedad, la justicia, la ecología, lo que venga. Alrededor de esa mesa crecemos, sufrimos, celebramos, se generan y resuelven conflictos, aprendemos. Mi familia ampliada es mi refugio, mis hijos resumen el significado del amor y el compromiso recíprocos, mi nieta la felicidad y la belleza de la vida que se renueva.

Las dificultades de la vida y la curiosidad por entenderlas y poderme ayudar a mí misma y a otros, me llevaron a estudiar psicología, ya mayor. Recuerdo el impacto de entrar a los salones repletos de la Facultad, del frío del invierno entrando por algún vidrio roto, recuerdo el contraste con las etapas vitales de mis jovencísimos compañeros de ruta y la complicidad con mis aplicados compañeros veteranos, sentándonos en primera fila para escuchar y ver mejor. Me llevo el olor a papel viejo de la biblioteca, la alegría por el patio nuevo de selvática belleza, el disfrute de un café en la cantina caldeada. Me llevo el entusiasmo de muchos profesores y su eco en el mío, ciertos trabajos inolvidables con inolvidables compañeros, la incondicionalidad de los delegados estudiantiles cuando los precisé, y tantas cosas más. Me llevo encarnada a esta Facultad de mi madurez.

Es difícil resumir el agradecimiento. Estoy agradecida a mi familia y a la vida por traerme hasta acá, con este equipaje. A la Facultad, por todo lo brindado. A mi tutora, por su claridad y generosidad. Espero poder devolverlo.

Montevideo, mayo de 2018

Referencias

- Agrest M. y Wikinski S. (Coord.), (2001). *Investigación en Psicoterapia*. Revista Argentina de Psiquiatría, vol. XII. Buenos Aires: Vertex
- Aguilera R., Zafra E., Rojas C., Aguayo G., Sánchez D., Aguilera T. (2014). Niveles de evidencia y grados de recomendación: hacia la perspectiva GRADE. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21 (2): 92-96. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
- Arbeláez, G., González, M., Madrid, D., Ramírez, M. y Viveros, E. (2016). Acercamiento a la noción de la paradoja planteada por Mara Selvini. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3 (2), 149-164. Recuperado de www.funlam.edu.co
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], (2002). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. 2, 49. doi/10.1176/appi.books.9780890425657.x02-es
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial [WAPR] (1997) *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / OMS*. Boletín de la AMRP nº 6. Recuperado de www.wapr.org
- Awad A. y Voruganti L. (1999). Análisis de costo-utilidad en la esquizofrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 3:22-6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Bergman ,J. (1982). Intervenciones paradójicas con personas que insisten en actuar de forma alocada. *American Journal of Psychotherapy*. (2):214-22. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Bergman, J. (1983). Prescribir la crítica familiar como una intervención paradójica. *Family Process*. (4):517-22. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Bernardo, R. (s/f). *Categorías para evaluar la desviación comunicacional*. Psykia Uned. Recuperado Abril 2018 de: <https://core.psykia.com>
- Bertrando, P., Cecchin G., Clerici M., Beltz J., Milesi A., Cazzullo C. (2006). Emoción expresada e intervención sistémica de Milán: un estudio piloto sobre personas con un diagnóstico de esquizofrenia. *Revista de Terapia Familiar*, 28 (1), 81-102. Recuperado de <https://boa.unimib.it>
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las*

ideas. Barcelona: Paidós

Birchwood, M. y Tarrrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*.

Barcelona: Ariel Psicología

Boscolo L. y Betrando, P. (1996). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires:

Amorrortu

Boscolo L., Betrando, P., Galvez, F. (2011). La terapia sistémica de Milán: historiografía, actualizaciones y traducciones. Recuperado de <https://www.academia.edu>

Bressi, C., Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. (2008). La terapia familiar sistémica en la esquizofrenia: un ensayo clínico aleatorizado de eficacia.

Psychotherapy and Psychosomatics, 77 (1):43-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Brothers, B. (2014). *Couples and change*. [Parejas y cambio]. London: Taylor &

Francis. <https://books.google.com.uy/books?isbn=1317600339>

Carr, A. (1991). Milan Systemic Family Therapy: A review of 10 empirical

investigations [Terapia familiar sistémica de Milán: una revisión de 10 investigaciones empíricas]. *Journal of Family Therapy*, 13, 237-264.

Recuperado de <https://es.scribd.com>

Castelnuovo G, Cattivelli R., Giada G, Pietrabissa G, Manzoni, Molinari E. (2016).

No solo la eficacia clínica en los tratamientos psicológicos: la psicología clínica debe promover el análisis de costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad.

(traducción propia). *Frontiers in Psychology* 7: 563. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov

Cerruti, L., (2015). *Psicoterapias para personas con esquizofrenia: su eficacia dentro*

del proceso de rehabilitación psicosocial integral. Psicoterapias como alternativa al tratamiento farmacológico. Facultad de Psicología, Universidad de la República, trabajo inédito.

Cerruti, L. (2016). *¿Psicosis o Demencia? Reflexiones sobre las dificultades para un*

diagnóstico diferencial y sus implicancias en el marco de la práctica pre-profesional en un centro de rehabilitación psicosocial para personas con psicosis. Facultad de Psicología, Universidad de la República, trabajo inédito.

Cerruti, L., Ibáñez, D., Moreira, A., Rivas, L. Roggerone, N. (2016). *Psicoterapias para*

el tratamiento de la Esquizofrenia. Comparación entre los estándares recomendados y las intervenciones psicoterapéuticas ofrecidas por los Centros

de *Rehabilitación Psicosocial de Montevideo*. Facultad de Psicología, Universidad de la República, trabajo inédito.

- Chapman, B. (2007). Singer and Wynne's Communication Deviance Scoring System. [Sistema de puntuación de la Comunicación Desviada de Singer y Wynne]. En Rae, Sh. (Ed), *A Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques*, 26. Recuperado de <https://www.taylorfrancis.com>
- Charrier, N., Chevreul, K., Durand-Zaleski, I. (2013). El costo de la esquizofrenia: una revisión de la literatura. *Encephale*, 39, 1:49-56.
doi:10.1016/j.encep.2012.11.004.
- Daily-News.eu (s/f) Noruega: primer psiquiátrico libre de medicamentos. Recuperado: mayo 2018 de: <http://www.daily-news.eu/es/salud/noruega/>
- De la Mata, I. y Ortiz, A. (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86 Madrid. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
- Diamond, G., Serrano A., Dickey M., Sonis W. (1999). *Estado actual de las investigaciones de resultados y de procesos de las terapias basadas en la familia*. Revista Sistemas Familiares. Buenos Aires: ASIBA.
- Doane, J., Goldstein, M. y Rodnick, E. (1981). Patrones parentales del estilo afectivo y el desarrollo de trastornos del espectro de la esquizofrenia. *Family Process*, 20, 3, 337- 349. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1981.00337.x>
- Espina, A. (1991). *Terapia Familiar en la Esquizofrenia*. Revista de Psicoterapia II (8), 13-33. Recuperado de www.centrodepsicoterapia.es
- Falloon I, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, Grawe R, Harangozo J,....., Grupo colaborativo de OTP (2004). Implementación del tratamiento basado en la evidencia para trastornos esquizofrénicos: resultado de dos años de una prueba de campo internacional de tratamiento óptimo. *Psiquiatría mundial*, 3 (2): 104-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Frías, D. (2009). *Validez de la investigación: validez de conclusión estadística*. Recuperado de <http://ocw.uv.es>
- García, H. (2001). *Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica*. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XII. Buenos Aires: Vertex
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII, 101, pp. 9-25. Recuperado de <http://www.revistaaen.es>

- Grupo de trabajo de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/index.html>
- Hadlich, S., Kirov, A., Lampinen, T. (2010). *What Causes Schizophrenia?* [¿Qué causa la Esquizofrenia?]. Recuperado de <http://simoncolumbus.com>
- Henriksen, M., Nordgaard, J., Jansson L. (2017). Genética de la esquizofrenia: descripción de métodos, hallazgos y limitaciones. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11: 322. doi: 10.3389 / fnhum.2017.00322
- Hirsch, H. (1998). *Efectividad en Psicoterapia*. Revista Sistemas Familiares, 14. Buenos Aires: ASIBA.
- Hoffman, L. (1994). *Fundamentos de la Terapia Familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto de Neurología Cognitiva [INECO] (2018). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.ineco.org.ar>
- Instituto Nacional de la Salud Mental [NIMH], (2015). La Esquizofrenia. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov>
- Jääskeläinen, E., Juola P., Hirvonen, N., McGrath, J., Saha S., Isohanni, M., Veijola, J., Miettunen, J. (2013). Una revisión sistemática y metaanálisis de la recuperación en la esquizofrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39,6,1,1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Jablensky, A. y Sartorius N., (2008). ¿Qué encontraron realmente los estudios de la OMS? *Schizophrenia Bulletin*, 34(2): 253–255. <http://doi: 10.1093/schbul/sbm151>
- Jablensky A., Sartorius N., Ernberg, G. Anker M., Korten A., Cooper, J. , Day R., Bertlesen A. (1992). Esquizofrenia: manifestaciones, incidencia y curso en diferentes culturas. Un estudio de diez países de la Organización Mundial de la Salud. *Psychological Medicine Monograph Supplement*. <https://doi.org/10.1017/S0264180100000904>
- Kreyenbuhl. J., Buchanan. R. , Dickerson. F., Dixon. L. (2010). Equipo de investigación de resultados de pacientes de esquizofrenia (PORT): recomendaciones de tratamiento actualizadas 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (1): 94-103. [http// doi: 10.1093 / schbul / sbp130](http://doi: 10.1093 / schbul / sbp130)
- Lehman, A. y Steinwachs D (1998). Traduciendo la investigación a la práctica: las recomendaciones de tratamiento del Equipo de Investigación de Resultados del

- Paciente con Esquizofrenia (PORT). *Schizophrenia Bulletin*, 24(1):1-10.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Lehman A, Kreyenbuhl, J., Buchanan, R., Dickerson, F., Dixon, L., Galdberg, R. (2004).
Equipo de investigación de resultados de pacientes con esquizofrenia (PORT):
recomendaciones de tratamiento actualizadas 2009. *Schizophrenia
Bulletin*; 30:193-217. doi: 10.1093 / schbul / sbp130. Epub 2009 Dic 2.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E., Paino, M. (2010). Bases Clínicas
para un nuevo modelo de atención a las Psicosis. *Clínica y Salud*, 21, 3,
299-318. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
- Löffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer M. (2003). Razones subjetivas de los
pacientes esquizofrénicos para el cumplimiento y el incumplimiento del
tratamiento neuroléptico. *Pharmacopsychiatry*, 36 (3):105-12. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Madanes, C. (2001). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mauri, L. (2004). *Il posto di Mara Selvini Palazzoli nel movimento di Terapia Familiare*.
[El puesto de Mara Selvini Palazzoli en el movimiento de Terapia Familiar].
Rivista FIR, 1; 9. Recuperado de <http://www.centrodellafamiglia.it>
- Merino, H. y Pereira, M. (1990). *Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de
vista de la interacción familiar*. Anales de psicología, Universidad de
Santiago. Recuperado de <https://digitum.um.es>
- Morken G., Widen J., Grawe R. (2008). No adherencia a la medicación antipsicótica,
recaída y rehospitalización en la esquizofrenia de inicio reciente.
BMC Psychiatry, 8: 32. doi: 10.1186/1471-244X-8-32
- Munger, B. (2016). ¿Cuál es la tasa de éxito de una sesión de terapia psicológica?
Recuperado de <https://www.quora.com>
- Muñoz, F., Ruiz, S. (2007). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*. Revista
Colombiana de Psiquiatría, XXXVI (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Naeem F., Asmer M., Khoury B., Kingdon D., Farooq S. (2015). *Acceptance and
Commitment Therapy for schizophrenia and related disorders: protocol
intervention*. [Terapia de Aceptación y Compromiso para la esquizofrenia y
trastornos relacionados: protocolo de intervención] (traducción propia).
www.cochranelibrary.com DOI: 10.1002/14651858.CD011734
- Pardo, V. (2007). Esquizofrenia: impacto del no tratamiento en la evolución y su
vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. Revista de

- Psiquiatría. Recuperado de <http://www.spu.org.uy>
- Patel K., Cherian J., Gohil K., Atkinson D., (2014). Esquizofrenia: visión general y opciones de tratamiento. *Pharmacy and Therapeutics*, 39 (9): 638–645.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Pereira, R. (1992). *La Terapia Familiar en la Esquizofrenia*. Información Psicológica, 48: 17-21. Recuperado de <https://es.scribd.com>
- Pereira, R. (s.f.). *Revisión histórica de la Terapia Familiar*. Recuperado de http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf
- Pérez Álvarez M. y Fernández Hermida J. (2001). *El grano y la criba de los tratamientos psicológicos*. *Psicothema*, 13, 3, 523-529. Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- Piyavhathul N., Arunpongpaisal N., Patjanasoonorn; N, Pimpanit, W. (2017). *Effectiveness of family therapy based on the Satir model in family of patients with schizophrenia*. [Eficacia de la terapia familiar basada en el modelo Satir en las familias de pacientes con esquizofrenia]. Recuperado de <https://www.researchgate.net>
- Plata L. y Ortiz E. (2011). *Análisis de la utilidad de los años de vida ajustados a calidad en la toma de decisiones costo-efectivas*. *Revista CES* 2, 2, 218-226.
Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co>
- Rus M. y Lemos S. (2014). *Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5*. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 111.
Recuperado de <http://www.p3-info.es>
- Schainblatt, A. (1977). *Monitoring the outcomes of state mental health treatment programs: some initial suggestions*. [Monitoreando los resultados del tratamiento de la salud mental de los programas estatales: algunas sugerencias iniciales]. Washington: The Urban Institute. Recuperado de <https://link.springer.com>
- Schinco, M. (2012). *The “Milan Approach” to systemic therapy*. [El abordaje de Milán a la Terapia Sistémica] Recuperado abril 18, 2018 de: www.massimoschinco.it
- Selvini, M. (2002). El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82. Recuperado de www.scielo.isciii.es
- Selvini, M. (2013). *L’integrazioni della diagnosi della personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistémico*. [Integraciones del diagnóstico de la

- personalidad y el funcionamiento postraumático en el pensamiento sistémico]. Recuperado de <http://www.scuolamaraselvini.it>
- Selvini, M., Benzi, S., Capelli, S., Ferraris, S., Gazziero, A., Morosini, P., ...Pepoli, A. (2001). *Gli psicotici trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalla sua équipe negli anni 90*. [Los psicóticos tratados por Mara Selvini Palazzoli y su equipo en los años 90.] Recuperado de <https://www.in-formazione-psicologia.com>
- Selvini, M. y Pasin E. (2005). *Il follow-up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalle sue équipe* [El follow up de los pacientes graves tratados por Mara Selvini Palazzoli y su equipo]. Recuperado de <https://www.in-formazione-psicologia.com>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980) Hipotetización Circularidad-Neutralidad: tres guías para el conductor de la sesión. *Family Process*, 19: 3-12. Recuperado de <https://es.scribd.com>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (2010). *Paradoja y Contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción Esquizofrénica*. Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1975).
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1988).
- Roisko, R., Wahlberg, K., Miettunen, J., Tienari, P. (2014). Asociación de la Comunicación Desviada parental con los trastornos psiquiátricos y del pensamiento de la descendencia. Una revisión sistemática y metaanálisis. *European Psychiatry*, 29 (1):20-31. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.05.002.
- SEP [Sociedad Española de Psiquiatría] (2009). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.sepsiq.org>
- Simon, R. (1987). *Good-Bye Paradox, Hello Invariant Prescription: Palazzoli and the Family Game*. Recuperado de <https://www.psychotherapynetworker.org>
- Scrimali, T. (2008). *Entropy of mind and negative entropy: a cognitive and complex approach to Schizophrenia and its therapy*. [Entropía de la mente y entropía negativa: un abordaje cognitivo y complejo hacia la Esquizofrenia y su terapia] Londres: Karnak. Recuperado de <https://books.google.com.uy/books?isbn=1780494386>
- Smith M., Glass G., Miller T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. [Los beneficios de la psicoterapia] Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stratton, P. (2010). *The Evidence Base of Systemic Family and Couples Therapy*. [La

base de evidencia de la terapia sistémica familiar y de pareja]. Asociación de Terapia Familiar, Reino Unido. Recuperado de <https://www.aft.org.uk>

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud [TAISS] (2016). *Calidad Asistencial*. Recuperado de www.taiss.com/sercaliasis.htm

Vaughn C , Leff J. (1976). La medida de la emoción expresada en las familias de pacientes psiquiátricos. *British Journal of Clinical Psychology* 15 (2): 157-65. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Woo, S., Goldstein, M., Nuechterlein, K. (2004). El estilo afectivo de los familiares y la expresión de psicopatología subclínica en pacientes con esquizofrenia. *Family Process*, 43, 2, 233-247. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.04302008.x>