



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

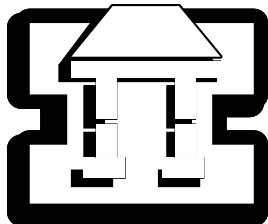
**LA FAMILIA Y EL ESQUIZOFRÉNICO**

**TESIS TEÓRICA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
ITZEL EVERTINA CORTÉS MORELOS**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:**

**MTRA. MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA  
DRA. MARIA ANTONIETA DORANTES GÓMEZ  
LIC. JORGE GUERRA GARCÍA**



**TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

*Escribir mis agradecimientos no es tarea fácil, tratar de englobar las vivencias y aprendizajes compartidos en un texto, es por demás insuficiente, más sin embargo me consuela la idea de saber que tendré lo que me reste de vida para expresar lo que aquí me hizo falta compartir. Además, muchas de las personas a quienes agradezco, saben leer entre líneas e interpretar aquello más que no está escrito aquí. No pienso en un orden para realizar esto. Así que solo diré:*

*Tienen mi eterno agradecimiento todas aquellas personas que directa o indirectamente sean las responsables de que el día de hoy esté por concluir una más de las etapas significativas de en mi vida.*

*Agradezco infinitamente a todos los profesores que durante mi trayecto escolar me ayudaron a formarme como la profesional que ahora soy, ya siendo con sus clases, consejos, experiencias de vida compartida, son su asesoría y apoyo como personas sumamente humanas.*

*A todos mis amigos, con los cuales he compartido no solo la enseñanza que nos dejó la escuela, sino también la vida, es imposible escribir esta parte sin sentir emociones tan complejas y vivas, también con ustedes aprendí cosas que son fundamentales, sin duda ayudaron a mi formación no sólo como profesional, pues como persona llevo pedacitos de ustedes incrustados.*

*Mil gracias a todos “los del cubo” por brindarme un espacio en donde pude compartir parte de sus vidas y en donde me sentí en un momento de mi vida escolar abrigada.*

*Me siento no solo a gradeada, sino bendecida por mis compañeros de generación, en especial por Jano, Sofi, Dar, Dulcito, Selene, Vanesa, Balanquita, etc. Creo que si alguien me conoce en realidad son ellos.*

*Claro, la mejor parte la dejé para el final. Honestamente no puedo decir solo gracias ó cualquier otra palabra, no creo incluso que exista alguna para expresar o plasmar lo que siento por mi familia, Gracias a mis padres por los sacrificios, angustias, alegrías en las que me han acompañado. Gracias a cada uno de mis hermanos por sus consejos, su escucha y cariño. Solo puedo decir que los amo con la mayor intensidad que he experimentado a lo largo de toda mi vida.*

*En fin mil gracias a TODOS!*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA	14
<b>Antecedentes</b>	14
<b>Evolución del Concepto de Esquizofrenia</b>	16
<b>Diagnóstico de la Esquizofrenia</b>	26
<b>Subtipos de Esquizofrenia</b>	30
<b>Modelos de la Esquizofrenia</b>	32
CAPÍTULO 2. FAMILIA	37
<b>2.1 Concepto de Familia y su Función Social</b>	37
<b>2.2 Ciclo Vital de la Familia y Enfermedad</b>	42
<b>2.2.1 Ciclo Vital de la Familia, la Enfermedad Física y Mental Crónica</b>	48
<b>2.3 Tipos de Familia</b>	54
<b>2.4 ¿Por Qué es Importante la Psicoterapia Familiar?</b>	58
CAPÍTULO 3. FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA.	64
<b>3.1 Primeros Estudios</b>	64
<b>3.2 Patrones de Comunicación entre el Sujeto Esquizofrénico y su Familia</b>	74
<b>3.3 Actitudes de la Familia Hacia el Paciente Esquizofrénico</b>	75
<b>3.4 Actitud y Estigmatización Hacia el Paciente Esquizofrénico</b>	79
CAPÍTULO 4. ENFOQUES DE TERAPIA FAMILIAR	83
<b>4.1 Antecedentes</b>	83
<b>4.2 Terapia Sistémica</b>	85
<b>4.3 Terapia Estructural</b>	92
<b>4.4 Terapia Estratégica</b>	95

<b>CAPÍTULO 5. UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR CON UN MIEMBRO ESQUIZOFRÉNICO</b>	100
<b>5.1 Tratamientos Actuales para el Paciente Esquizofrénico</b>	100
<b>5.2 Tratamientos Actuales para la Familia del Esquizofrénico</b>	107
<b>5.3 Consideraciones Generales en la Propuesta de Intervención para la Familia y el Esquizofrénico</b>	109
<b>5.4 Fases de la Entrevista</b>	112
<b>5.5 Técnicas de Intervención</b>	116
<i>5.5.1 Técnicas de Intervención Enfocadas a la Comunicación</i>	118
<i>5.5.2 Técnicas de Intervención Enfocadas al Establecimiento de Roles Familiares, Reglas Internas, Clima Afectivo, Coaliciones y Triangulaciones</i>	122
<i>5.5.3 Técnicas de Intervención Enfocadas al Manejo de Emociones</i>	131
<b>CONCLUSIONES</b>	136
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	145
<b>ANEXOS</b>	148

## RESUMEN

Este trabajo se basa en las principales investigaciones y aportes teóricos que diversos autores centrados en el estudio de la familia han realizado. A pesar de las diversas orientaciones que existen dentro de la terapia familiar, en este trabajo nos enfocaremos básicamente a la matriz, siendo esta el enfoque sistémico, estructural y estratégico. Ya que en ellos encontramos las principales aportaciones que se han realizado en cuanto al análisis de la interacción familiar y la relación con diferentes trastornos mentales.

Sin embargo, nuestro objetivo será ver cómo se da la interacción familiar cuando un miembro de la familia sufre de esquizofrenia. Con base en este análisis, se ha realizado un programa de intervención, para el manejo de esta problemática desarrollada en el seno de la familia.

Podemos encontrar como principales características dentro de la interacción en este tipo de familias lo siguiente:

- Una comunicación de doble vínculo.
- Un paciente identificado, el cual es el vocero de un síntoma dado dentro de un sistema familiar.
- Dicho sistema familiar mantiene una rigidez en las reglas internas y se relaciona con alto nivel de emoción expresada.
- Estas familias se encuentran emocionalmente enojadas, frustradas, confundidas, temerosas y con gran sentimiento de culpa.
- Se dan en la interacción del grupo familiar, diversas coaliciones o triangulaciones que son orientadas a mantener el sistema.

El programa de intervención realizado, está enfocado a romper o desestabilizar estas pautas de conducta haciendo que la familia encuentre un nuevo sistema que le permita relacionarse sin la necesidad de mantener un síntoma.

## INTRODUCCIÓN

El movimiento familiar, empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar. Paralela a su empleo en el creciente campo de su etiología animal, la observación en vivo empezó a utilizarse con familias humanas en investigaciones durante el decenio de 1950. En las primeras investigaciones realizadas en el estudio de la familia se puso de relieve el fenómeno de la esquizofrenia, varios autores realizaban importantes aportaciones a la teoría de las interacciones familiares, por lo tanto, del comportamiento humano.

Para comprender este gran ciclo de crecimiento se tienen que citar diversos temas, y conceptos, entorno de los cuales ha evolucionado el movimiento familiar, así como sus principales autores. Además de contemplar la evolución teórica de la esquizofrenia.

### **El Proyecto de Bateson**

Durante el decenio de los cincuenta, Gregory Bateson encabeza un proyecto de investigación que intentaba clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. Este grupo de investigadores contemplaba las pautas de transacción esquizofrénica (Merino, 1990).

Plantearon las hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría, “aprender a aprender” en un contexto en que esa dificultad fuese, de alguna manera, adaptativa. Si podía comprenderse este contexto de aprendizaje, podrían comprenderse, también los misterios del habla y del comportamiento esquizofrénicos. Como la familia es el contexto básico del aprendizaje para los seres humanos, el grupo de Bateson, razonó que la familia del esquizofrénico acaso hubiera moldeado estas formas peculiares, por vía de los requerimientos de comunicación que se le imponían. Por lo cual, Bateson encontró pruebas de que la familia fomentaba y aún exigía que el paciente mostrara un comportamiento irracional.

A su vez, Jackson acuñó el término “homeostasis familiar”. Describió la interacción familiar como un sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema. A lo que Bateson, afirma que la familia es una entidad destinada a mantener el equilibrio, lo cual constaba de una gama de comportamientos sumamente limitada. La pregunta de suma importancia que se planteó, era ¿la familia actuaba como un sistema?, la respuesta a esta interrogante fue afirmativa; se veía en los experimentos que mostraron una rigidez de las pautas de comunicación.

Este grupo de investigadores vieron lo importante que era crear una desviación al conducir un nuevo marco para el sistema familiar. Jackson a menudo observó lo que él llamaba una “escapada”; esto se refería a cualquier proceso amplificador de retroalimentación que se intensificara rápidamente, conduciendo a una descomposición, a una amplificación o a algún resultado violento. Podía suponerse que semejantes intervenciones amenazarían la homeostasis de la familia, haciendo así que sus miembros captaran más fácilmente las sugerencias del terapeuta, con la esperanza de establecer un nuevo equilibrio (Hoffman, 1998).

Dentro de estas nuevas investigaciones de la interacción familiar, se dio paso a otra teoría que describe las formas de comunicación dadas en la interacción familiar, denominada como la comunicación de “doble vínculo” ó la “doble atadura”.

### **La Doble Atadura**

Actualmente hemos llegado al acuerdo de algunos rasgos generales de una teoría comunicacional del origen y naturaleza de la esquizofrenia. Nuestro enfoque se basa en la parte de la teoría de las comunicaciones que Rusell ha denominado teoría de los tipos lógicos, la tesis central es que existe una discontinuidad entre la clase y sus miembros.

Existen ejemplos de cómo los seres humanos manejan comunicaciones que incluyen múltiples tipos lógicos:



- 1) *El uso de diversos modos comunicacionales en la comunicación humana.*
- 2) *El humor.*
- 3) *La falsificación de las señales identificatorias de los modos.*
- 4) *El aprendizaje.*
- 5) *Los niveles múltiples de aprendizaje y la asignación de tipos lógicos a las señales.*

Los autores de esta teoría afirman que la esquizofrenia de su hipótesis es esencialmente el resultado de la interacción familiar, por lo cual, debería ser posible formular a priori una descripción formal de las secuencias de experiencia capaces de inducir tal síntoma.

En base a lo cual, ellos concluyen que los ingredientes necesarios para una situación de doble vínculo son:

1. *Dos o más personas.*
2. *Experiencia repetida*
3. *Un mandato negativo primario.*
4. *Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que como el primero, está reforzado por castigo o señales que se perciben como una amenaza para la supervivencia.*
5. *Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo.*
6. *El conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo según patrones de doble vínculo.*

Las características generales de una situación de doble vínculo son las siguientes:

- 3 El individuo participa en una relación intensa, es decir, en una relación en la que siente que es de vital importancia para él distinguir con exactitud que tipo de mensaje se le está comunicando, para poder responder de manera adecuada.
- 4 Además, el individuo está atrapado en una situación en el que el otro miembro de la relación está expresando dos tipos de mensajes, uno de los cuales niega al otro.

- 5 Además, el individuo es incapaz de comentar los mensajes que están siendo expresados para corregir su discriminación de la clase de mensaje a la que debe responder (Berger, 1978).

Esta aquí se ha revisado algunas de las principales teorías que surgieron a partir del estudio de la familia en su hábitat y sus principales creencias en torno al trastorno de la esquizofrenia, sin embargo es necesario a su vez realizar una revisión teórica de la evolución del estudio de éste trastorno.

### **Antecedentes Teóricos de la Esquizofrenia**

Emil Kraepelin (1856-1926) describió los dos diagnósticos de las llamadas Psicosis endógenas, la “Locura Maniaco Depresiva”, y la “Demencia Praecox”. Logró, diferenciar al trastorno esquizofrénico de las psicosis afectivas e intuyó que una alteración neuroendocrina o un defecto en las estructuras cerebrales ocasionaban la aparición de los síntomas psicóticos.

Kraepelin en las sucesivas ediciones de su “Tratado de Enfermedades Mentales” (1890-1907) incluyó bajo el nombre de “Demencia Precoz” los aportes clínicos de Morel, Hecker y Kahlbaum. Distinguió tres formas clínicas, la *hebefrenica*, la *catatónica* y la *paranoide*, que compartían una característica común; la pérdida de conexiones de la vida psíquica. Progresivamente, añadió otras, como la “forma depresiva simple” y la “forma delirante de tipo melancólico”. Se puede afirmar que Kraepelin otorgó, en su concepción de la sintomatología esquizofrénica, especial importancia a los síntomas que en la actualidad denominamos negativos y reconoció la importancia de la sintomatología depresiva en la enfermedad (Jorge Téllez Vargas., Andrea López Mato, 2001).

En 1911, Eugenio Bleuler (1857-1930) psiquiatra suizo, introdujo el término “esquizofrenia” en vez de “demencia precoz”. Señaló que el aspecto demencial no era más que aparente, que se trataba de una desarmonía afectiva que repercutía en el intelecto, tan intensa que daba la impresión de ser un verdadero deterioro de la eficiencia psíquica.

Describió en este trabajo, los síntomas fundamentales o “núcleo” de la enfermedad y los accesorios. Los síntomas principales se caracterizan por la disociación de ideas, de sentimientos y de movimientos y por “la tendencia a insertar en lo real una parte imaginativa y a separarse de la realidad”, tendencia que será denominada “autismo”, viven en un mundo privado que reduce al mínimo los contactos con el mundo exterior. La disociación y el autismo constituyen, por tanto, las dos perturbaciones básicas de la esquizofrenia.

Bleuler señala la dificultad que presentan estos pacientes para ejercer un comportamiento coherente, pues las acciones suelen no tener ningún tipo de relación, o muy insuficiente con la idea matriz que originó dicho comportamiento, las cuales, deberían ser excluidas del proceso de pensamiento.

En el área afectiva Bleuler describe que los pacientes se muestran de manera ambivalente, manifestando al mismo tiempo sentimientos diametralmente opuestos: amor/odio, temor/deseo, orgullo/desprecio de sí mismos. El resultado es que se quedan en un punto fijo, inhibido, incapaz de toda decisión.

Bleuler hizo notar que esta discordancia perturba las funciones psíquicas a nivel de las posibilidades de síntesis; en tanto que las funciones elementales (orientación, memoria, etcétera) se mantenían paradójicamente intactas. También describe los trastornos accesorios, cita en primer lugar los sensoriales: ilusiones y sobretodo alucinaciones. Se sitúan especialmente a nivel de esfera auditiva y en la parte más afectada e íntima del cuerpo. En los síntomas secundarios, incluye los signos catatónicos; estupor, mutismo, estereotipias, catalepsia (Broustra, 1979).

Por su parte, Adolfo Meyer (1866-1950), comprendió que quizá se deberían de considerar de nuevo los factores psicológicos, pues no le satisfizo el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia precoz.

Meyer, proclamó que debería de estudiarse al paciente en el sentido “longitudinal”; desde el comienzo de su vida deberían de ser investigados y examinados todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental. Es así, como Meyer, supone que el individuo es incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y que tiene que encararse con fracaso tras fracaso y puede tender hacia lo que Meyer llamó “reacciones sustitutivas”. Comprendió la demencia precoz como “el usual e inevitable” resultado de:

- Conflictos de instintos, o conflictos de complejos de experiencia
- Incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo.

Así, concluimos que su mayor mérito consiste en haber reafirmado la importancia de los factores “mentales” o psicológicos en la etiología de la esquizofrenia.

Así mismo, Sigmundo Freud, afirma que la esquizofrenia era el resultado de fijaciones en el desarrollo, que ocurrían antes de las que producían el desarrollo de las neurosis. También postuló que estaba presente un yo defectuoso, los cual contribuía a la sintomatología de la enfermedad.

La desintegración del yo supone un retorno al tiempo en que éste todavía no está establecido, o empezaba a hacerlo. De este modo, el conflicto intrapsíquico resultante de estas fijaciones tempranas, y de un yo defectuoso, que puede ser la consecuencia de unas relaciones objetales tempranas muy pobres, son la base de la sintomatología psicótica.

Otro elemento central en esta teoría de Freud, es la *decatexia* de objetos y la *regresión* en respuesta a la frustración y al conflicto con los demás (Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock, Jack A. Grebb, 1997).

En 1874, describe en sus primeros trabajos psicoanalíticos como las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias, el ego rechaza la idea insufrible, pero el intento de rechazarla no tiene éxito, la idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo.

Por primera vez en la historia de la Psiquiatría se empleaba la palabra “proyección”, Freud encontró también que la represión constituía el núcleo del mecanismo psíquico. En este caso la represión de auto acusación se proyecta sobre otros, que se convierten en persegutores.

En los pacientes con paranoia y demencia precoz, Freud, afirmaba que existía en ellos una huída de la libido del mundo exterior, las cosas se vuelven indiferentes o irrelevantes y pueden parecer desvastadas o disipadas. Se interpreta la formación de la ilusión como un intento de recuperación, un proceso de reconstrucción como un método utilizado para recuperar una relación, aunque falseada con el mundo. La libido apartada del mundo exterior se dirige hacia el yo, lo que trae como consecuencia la pérdida de la función normal de poder apreciar la realidad.

El concepto de regresión ha remplazado al de deteriorización en la esquizofrenia. El paciente regresa a niveles infantiles o arcaicos de integración, porque es incapaz de mantenerse en un nivel más elevado.

Quizá la más importante de todas las aportaciones del fundador del psicoanálisis en relación con la esquizofrenia sea el concepto de simbolización. Según este concepto, los síntomas ya no se aceptan en un nivel fenomenológico, sino como sustitutos de algo que simbolizan. Las fuerzas represivas del yo transforman los síntomas de tal manera, que el paciente ya no los puede reconocer como intentos de cumplir deseos censurables.

Es importante de igual forma citar a Carlos G. Jung (1875-1961) quién realizó contribuciones sobresalientes en el estudio de pacientes con esquizofrenia. Afirmó que la disociación de ideas era determinada dinámicamente. Los tests de asociación de palabras lo convencieron de que las ideas disociadas tiene gran carga emocional y que los mecanismos de defensa que las aislaban eran los mismos que los descritos por Freud en pacientes histéricos.

Por lo tanto, Jung comprendió que las ilusiones, alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos, eran debidos a la actividad del complejo que no podían estar bajo el dominio o corrección de la conciencia. Creía que el trastorno emocional en la demencia precoz posiblemente engendra un metabolismo anormal o toxina que daña al cerebro de manera más o menos irreparable, de forma que quedan paralizadas las más elevadas funciones psíquicas.

Este autor se caracteriza por ser el primero en concebir la posibilidad de un mecanismo psicosomático en la esquizofrenia. Según él, no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico: al contrario, el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro. Jung manifestó que la base esencial de nuestra personalidad es la afectividad, el pensar y actuar son solo síntomas de la afectividad, que es la fuerza dinámica del complejo que puede ocupar todo el campo mental y trastornar muchos de los procesos ideativos.

En 1913, Jung diferenció sus tipos psicológicos. Su primera idea para la clasificación psicológica radica en el esfuerzo de comparar la histeria con la demencia precoz. Comprendió que si en la histeria se encuentra siempre una “personalidad extrovertida”, con emotividad exagerada y energía psíquica dirigida en sentido centrífugo, es decir, hacia el ambiente, en la demencia precoz sucede lo contrario. En el último caso la energía es centrípeta, es decir, del ambiente hacia el ser; la emotividad está disminuida, el total de la personalidad es lo que él llama “introvertida”.

En el caso de Harry Stack Sullivan (1892-1949), identifica principalmente a las apetencias sexuales, y señala el desajuste sexual como factor precipitante de neurosis y psicosis. Sin embargo, más adelante reconoce la importancia de la relación padre-hijo en su totalidad, según Sullivan, las actitudes de los padres determinan las respuestas de los hijos. La personalidad o el yo (self) del niño se forma de las “valoraciones reflejas”, es decir, evaluaciones procedentes de los padres.

La ansiedad de la madre, su enfado o desaprobación, causa también en el niño malestar y ansiedad. Puede sentirse muy dañado en el desarrollo de la propia estimación; puede disociar de la conciencia lo que es muy desagradable y recurrir durante toda su vida a “distorsiones paractáticas”. Con esta denominación, Sullivan quiere expresar “interpretación falseada” de una situación interpersonal.

La distorsión es debida a que el paciente identifica a la otra persona comprometida en relación con cualquier otra o con una persona que existe solo en su fantasía. Sino corrige el pensamiento paratáctico, el paciente tendrá cada vez menos “validación consensual”, ésta falta de reconocimiento aumentará las dificultades de las relaciones interpersonales.

En su primer trabajo sobre la esquizofrenia, hace constar que los fundamentos y conceptos son pluralísticos, pero que ha aceptado tres conceptos en la interpretación de sus datos. El primero es el postulado del inconsciente como fue postulado por Freud. El segundo es la hipótesis teológica vitalista. El tercero es la “hipótesis genética de la estructura mental y funciones que explican una secuencia vital de la experiencia”.

Confirma las concepciones de funciones primitivas del pensamiento, e incluso en su primer trabajo menciona el hecho de que existe una profunda alteración de los sentimientos de la propia estimación. Llega a la importante conclusión de que el trastorno primario en esta enfermedad es el de la estructura mental. Dice que esta estructura esta disociada de tal manera, que las “porciones desintegradas retroceden a funciones de un nivel más primitivo de la ontología mental”.

Piensa que las interpretaciones existentes acerca de este trastorno se prestan a equívocos. Tanto las investigaciones habituales como las genéticas, orgánicas y psicoanalíticas, han sido inadecuadas. Hay que estudiar al esquizofrénico en su personalidad total. Los factores prenatales y ambientales de la infancia son muy importantes.

Podemos decir que, Sullivan considera la esquizofrenia como una situación caracterizada por:

- a) “Preponderancia regresiva” en la vida fantástica implícita.
- b) “Preponderancia regresiva” de la actividad irracional patente, como la conducta mágica o ritual.
- c) Preponderancia extraordinaria de motivaciones que, por lo general, solo en ocasiones reciben expresión (Arieti, 1965).

Después de hacer una breve revisión de la importancia del estudio de la familia como entidad clínica y de mencionar brevemente la evolución teórica de la esquizofrenia, en donde ineludiblemente se realiza una descripción de la vivencia del esquizofrénico, es necesario especificar que se ha elegido al enfoque sistémico, estructural y estratégico, para analizar la forma en que interacciona la familia y el esquizofrénico.

Pues de esta manera, también veremos de qué forma estos enfoques nos dan una descripción de cómo entienden a la familia, cómo describen su interacción, además de brindarnos nuevos conceptos teóricos utilizados para este campo de estudio. Sin embargo el principal interés consiste en que dichas teorías se han aplicado al estudio de familias cuyos integrantes sufren algún trastorno mental. Sólo de esta manera se podrá brindar una propuesta de intervención con este grupo familiar de forma más integral.

A sí mismo, podremos dar una explicación de factores que intervienen en el origen, desarrollo y mantenimiento de este trastorno mental. Sin embargo no podemos decir que esta investigación afirme que tales factores son los únicos que dan origen, desarrollan o mantienen el padecimiento del esquizofrénico. Solo planteamos una explicación más a las ya existentes.

Como sabemos la esquizofrenia es un trastorno mental que es en su mayoría sumamente discapacitante, dicho trastorno conduce a la pérdida de libertad del individuo y también de la familia, siendo de vital importancia el manejar con las técnicas adecuadas los sentimientos de culpa, ira, miedo, desesperanza, que puedan entorpecer el proceso de



rehabilitación familiar. Es por eso que en esta investigación, describiremos tres enfoques ya mencionados que nos permitan ver una solución a este problema. Ya que para un trastorno mental tan complicado, como lo es la esquizofrenia, es necesario apoyarnos de teorías que integren factores que no se habían estudiado tan a fondo como es el caso de la familia y su interacción.

En el caso del paciente esquizofrénico enfocarnos a estos puntos es algo vital, ya que el primer contacto que tiene una persona con el mundo es la familia, la cual es un puente o filtro con una influencia incuestionable para definir de qué forma el individuo se ha de relacionar, entender, coincidir con el contexto.

Pues a lo largo de las investigaciones se ha visto que la mayoría de los estudios de pacientes esquizofrénicos se les ha considerado como una entidad individual, sin hacer una integración en donde se ubique al paciente dentro de un sistema familiar. Lo cual arrojaría nuevos conocimientos que nos permitan comprender de forma más completa este trastorno mental.

La terapia familiar en el enfoque sistémico, estratégico y estructural, no solo representan una nueva técnica terapéutica; pues además se basan en una nueva suposición acerca del comportamiento humano y de la interacción humana, que tienen implicaciones de gran envergadura.

Por lo tanto el objetivo que persigue esta tesis será analizar las formas de interacción en las familias con un miembro esquizofrénico. Para poder proporcionar una forma de tratamiento que ayude a la sana interacción entre la familia y el paciente esquizofrénico, por medio de la terapia familiar sistémica, estratégica y estructural.

Para cubrir dichos objetivos, este trabajo se enfocará en cinco capítulos, en el primer capítulo haremos una pequeña recopilación histórica para ver cómo era entendida la esquizofrenia, así mismo, apreciamos cómo iba cambiando el concepto de dicho trastorno como consecuencia de diversos cambios sociales, económicos, científicos, religiosos,

etcétera. Después de esta breve revisión, aterrizamos este trastorno mental puntualizando cuáles son los criterios diagnósticos para determinar que una persona padece esta enfermedad, así como la delimitación de los criterios diagnósticos de sus subtipos. Por último, nos enfocamos a diferentes modelos que estudian esta compleja enfermedad.

En el capítulo dos, se abordará el tema de la familia, veremos qué es lo que se entiende por familia, así como sus funciones dentro de la sociedad. Revisaremos el ciclo vital de la familia y cómo afecta a tal ciclo la enfermedad crónica. Veremos los diferentes tipos de familias o las diferentes clasificaciones que puede haber de ésta de acuerdo con su estructura y su interacción. Por último, es necesario hablar de la importancia de la psicoterapia familiar como herramienta para afrontar la enfermedad crónica, siendo en este caso la esquizofrenia, dentro del núcleo familiar.

En el capítulo tres, hablaremos de los primeros estudios que se realizaron acerca de la familia y el esquizofrénico, mencionaremos básicamente los estudios de corte transversal y longitudinal. También se describirá en dichos estudios cómo se dan los patrones de comunicación en estas familias, además analizaremos como son las formas de interacción que existen dentro de las familias que tienen un integrante con esquizofrenia. Finalizando con las actitudes y estigmas que pueden surgir alrededor no sólo del paciente, sino también de la familia.

En el capítulo cuatro, realizaremos un breve análisis de la importancia que estos enfoques tienen dentro de la intervención con familias cuyo miembro sea esquizofrénico. Este análisis se cumplirá por medio de la exploración del modelo sistémico, estructural y estratégico, lo cual nos permitirá tener un panorama claro, acerca de las posibilidades de intervención de dichos modelos en las familias con esta problemática. Pues vemos cuáles son sus principales postulados y técnicas terapéuticas.

Por último en el capítulo cinco se realiza una propuesta de intervención dirigido a la familia y el paciente esquizofrénico. Primeramente se revisa los tratamientos existentes para el paciente esquizofrénico y también para la familia, siendo así el siguiente paso consiste en

dar algunos lineamientos generales que deben de ser tomados en cuenta para realizar el programa de intervención para la familia y el esquizofrénico, los cuales son de suma importancia para asegurar el éxito del programa. Por último se citan diversas técnicas terapéuticas basadas en el enfoque sistémico, estructural y estratégico.

# CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA

Las definiciones de Esquizofrenia propuesta por varios autores y la A.P.A., a partir del DSM IV, es sólo un elemento que permite identificar y entender al sujeto esquizofrénico al nivel de su diagnóstico, sin embargo se requieren otros puntos de vista teóricos que articulen y grafiquen la relación entre este tipo de pacientes con el contexto social y familiar, a fin de poder observar y describir de mejor manera a este sujeto social que depende de esta relación dinámica que además determina el curso y el pronóstico de su enfermedad.

Sin embargo en este primer capítulo, nos enfocaremos a dar una descripción únicamente de la naturaleza de esta enfermedad, desde sus antecedentes hasta los modelos teóricos que lo abordan, dejando para los siguientes capítulos la descripción del contexto social y familiar en donde se desarrolla esta patología.

## **1.1 Antecedentes**

Desde siempre ha definido el grado de la humanidad de una sociedad su modo de tratar a los grupos marginales: los enfermos físicos o psíquicos, los discapacitados, los ancianos o también las personas de otras culturas. En este sentido, los métodos de tratamiento y la actitud frente a los enfermos esquizofrénicos a lo largo del tiempo nos indican algo sobre las maneras del ser humano de relacionarse consigo mismo y con su prójimo.

Durante siglos, el ser humano se regía por ideas religiosas, mágicas, demoníacas o supersticiosas. Ya en 1100 a. C. encontramos referencias a enfermedades anímicas en textos hindúes. En aquella época dentro de la religión judía predominaba la concepción de que la enfermedad era producida por el diablo.

En los siglos I y II d.C. aparecieron por primera vez relatos sobre convicciones fantasiosas, por ejemplo, de pacientes que se negaban a orinar porque tenían miedo de provocar un diluvio.

En la Edad Media, a los enfermos mentales se les negó a menudo alojamiento, junto con criminales fueron encerrados en barcos y enviados a alta mar hasta que murieron o, después de errar de puerto en puerto, alguien acabó por compadecerse de la carga mentalmente enferma de estas “naves de los locos”. Alrededor de 1500, el aislamiento de los enfermos se consideró una medida saludable, muchos conventos abandonados se convirtieron en esa época en instituciones psiquiátricas.

En la era de la Ilustración (siglo XVII y XVIII) se produjo un cambio decisivo que significó el abandono de dogmas y mitos indemostrables y la preferencia por la razón como instancia humana superior. En lugar de demonios se comenzó a investigar las verdaderas razones de las perturbaciones anímicas ( Posininsky y Schaumburg, 1998).

La idea de cuidar a la gente con enfermedades mentales en lugar de confinarlos surge hasta el siglo XVIII.

El argumento terapéutico de los primeros médicos se había hallado restringido durante siglos a algunos procedimientos estándares tales como las sangrías, las purgas y la administración de emáticos. Ocasionalmente se utilizaban las convulsiones producidas por el alcanfor y la anestesia por éter. Los tratamientos de shock en los siglos XVIII y XIX, consistían en hacer dar vueltas a un paciente sobre un banco hasta que perdía la conciencia.

El magnetismo animal o mesmerismo, que estuvo de moda durante un breve periodo de tiempo a finales del siglo XVIII y a primeros del XIX, no se utilizó probablemente con mucha frecuencia en el tratamiento de psicóticos.

Con el advenimiento de los hospitales mentales del siglo XX en los cuales se hizo imposible el enfoque personal, el tratamiento moral y sus éxitos terapéuticos se perdieron.

Así durante medio siglo se produjo un vacío terapéutico hasta la aparición, a mediados del 1930, del tratamiento de comas hipoglucémicos de Sakel.

Los neurolépticos en 1950 aportaron importantes beneficios particularmente para el control sostenido de las manifestaciones esquizofrénicas.

A pesar de las creencias de Freud de que la psicoterapia no era efectiva para los pacientes esquizofrénicos, se ha comprobado no solo que se puede llevar a cabo, sino que es muy importante para toda la psicopatología del paciente. A lo largo de los siglos han existido muchas teorías sobre las causas de las alteraciones psicóticas.

Entre las primeras teorías se encontraban las creencias de que la locura provenía de la posesión del demonio o de los espíritus malignos, lo cual implicaba un castigo de los dioses. En el siglo XVIII, Geor Stahe introdujo la idea de la fuerza vital en la teoría de la enfermedad.

En el siglo XIX Heinrich Neumann sugirió que la locura era debida a una pérdida del sentido comunitario. Durante este siglo se desarrollo una violenta controversia entre aquellos psiquiatras que proclamaban enfáticamente que todas las enfermedades mentales eran debidas a una enfermedad física del cerebro y aquellos que pensaban que estas enfermedades eran debidas a una lucha dinámica psicológica entre la libertad y los obstáculos, el pecado y la culpa y otras fuerzas psicológicas (Rendueles, 1990).

## **1.2 Evolución del Concepto de Esquizofrenia**

Esquizofrenia significó originalmente “diafragma hendido” pues los filósofos clásicos consideraban que la mente estaba ubicada en el diafragma. Concepción errónea y popular es la de que la esquizofrenia es una especie de personalidad dividida; “esquizein” significa escindir, dividir, “frenos” significa “mente” y esquizofrenia significaría entonces “mente dividida”. En realidad, la personalidad dividida o múltiple es una forma de disociación que se encuentra en ciertos tipos de neurosis (Sarason, 1978).

La historia de la esquizofrenia ha sido desde siempre la historia de la “locura” y ésta ha sido influenciada o abarcada no sólo desde lo médico ó médico-psiquiátrico, sino también desde lo religioso, lo social, lo asistencial y lo psicológico.

Antiguamente se le consideró inflingida por los dioses como castigo; posesión por espíritus demoníacos. Los exorcismos, los encantamientos, las sangrías, los ejercicios físicos, los vómitos y los purgantes, eran prácticas comunes.

Hipócrates, al describir las enfermedades mentales frecuentes, luchó contra esas prácticas médico-religiosas. Otras épocas trajeron nuevas visiones sobre el tema de la locura, con los demonios, las supersticiones, la brujería, la licantrópía, etcétera; como sucedió en la Edad Media. En el Renacimiento se huye de los prejuicios precedentes y se observa más a los enfermos.

Quizá fue Willis (1622-1675) el primer gran psiquiatra descriptivo. Recibió diferentes aproximaciones desde terrenos filosóficos, psicológicos, metafísicos, literarios y psiquiátricos. Hubo un primer periodo importante, desde Willis a Morel.

Morel, en 1850, en sus estudios clínicos definió también el cuadro de inicio hasta la fase final del deterioro y lo llamó demencia precoz en su “Tratado de enfermedades mentales”. En 1868, Kahlbaum acuñó el término parafrenia. En 1871, Hecker, discípulo de Kahlbaum, acuñó el término hebefrenia, que quería decir o significar debilitamiento intelectual pospuberal, que acababa en demencia. En 1874, Kahlbaum describe la catatonía, cuadro con signos psíquicos y motores (catalepsia, flexibilidad cética, estereotipias motoras, sugestionabilidad, oposicionismo, etcétera). En 1884, describió la heboidiocia o heboidofrenia, con perturbaciones de la afectividad y de las relaciones sociales. En 1920, Serieux describe la forma simple de la demencia precoz, que se traduce a un debilitamiento intelectual progresivo e irreversible, sin delirio (Cinchilla, 1996).

Fue Emil Kraepelin (1856-1926) quien describió los dos diagnósticos de las llamadas Psicosis endógenas, “la Locura Maniaco Depresiva” y la “Demencia Precoz”. Para él, las

enfermedades depresivas tenían siempre un pronóstico favorable, en tanto que la Demencia Precoz sigue un curso desfavorable y destructivo con síntomas residuales. Logró entonces, diferenciar al trastorno esquizofrénico de las psicosis afectivas e intuyó que una alteración neuroendocrina o un defecto en las estructuras cerebrales ocasionaban la aparición de los síntomas psicóticos.

Kraepelin en las sucesivas ediciones de su “Tratado de Enfermedades Mentales” incluyó bajo el nombre de Demencia Precoz los aportes clínicos de Morel, Hecker y Kahlbaum e identificó como rasgos característicos de la enfermedad a la progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y a las profundas alteraciones de la afectividad. Distinguió tres formas clínicas, la hebefrénica, la catatónica y la paranoide, que compartían una característica común, la pérdida de conexiones de la vida psíquica.

Este clínico alemán siguiendo el modelo de la investigación de Alzheimer, con quien trabajó durante algunos años, supuso que los síntomas eran originados por una alteración a nivel de los lóbulos frontal y temporal y en las neuronas situadas en la segunda y tercera capas cerebrales, alteraciones que serían responsables del trastorno de atención que en forma casi constante se desarrolla en nuestros enfermos.

Kraepelin señaló que los síntomas de la enfermedad, a la que denominó demencia precoz, poseen gran variabilidad de manifestaciones psíquicas que incluyen alteraciones del pensamiento, percepción, psicomotilidad, lenguaje, afectividad, conciencia, etcétera. Otorgaba especial importancia al debilitamiento de la voluntad, lo cual da como consecuencia la pérdida de actuar en forma independiente, destruyendo así la esencia de la personalidad. Al aniquilarse el impulso personal se frustra la posibilidad de desarrollo futuro, porque ésta depende de la voluntad.

A las clásicas formas clínicas, hebefrénica, paranoide y catatónica, progresivamente Kraepelin añadió otras, como la forma depresiva simple y la forma delirante de tipo melancólico.



Se puede afirmar que Kraepelin otorgó, en su concepción de la sintomatología esquizofrénica, especial importancia a los síntomas que en la actualidad denominamos negativos y reconoció la importancia de la sintomatología depresiva en la enfermedad (Jorge Téllez Vargas; Andrea López Mato, 2001).

En 1911, Eugenio Bleuler (1857-1930) psiquiatra suizo, introdujo el término esquizofrenia en vez de demencia precoz, en una obra titulada “Dementia Praecox ou groupe des Schizophrénie”.

El autor escribe al comienzo de este libro: llamo a la demencia precoz esquizofrenia, porque, como espero poder demostrar, la dislocación de las diversas funciones psíquicas es uno de sus caracteres más importantes. Por comodidad, empleo el término en singular, por más que el grupo comprenda probablemente varias enfermedades.

Etimológicamente, el vocablo esquizofrenia deriva del griego en el sentido literal de espíritu desgarrado o escindido.

Señaló que el aspecto demencial no era más que aparente, que se trataba de una desarmonía afectiva que repercutía en el intelecto, tan intensa que daba la impresión de ser un verdadero deterioro de la eficiencia psíquica.

Describió en este trabajo, la extraordinaria riqueza analítica, los síntomas fundamentales o “núcleo” de la enfermedad y los accesorios.

Los síntomas principales se caracterizan por la disociación de ideas, de sentimientos y de movimientos y por la tendencia a insertar en lo real una parte imaginativa y a separarse de la realidad tendencia que será denominada “autismo”, definido como la vivencia en un mundo privado que reduce al mínimo los contactos con el mundo exterior. La disociación y el autismo constituyen, por tanto, las dos perturbaciones básicas de la esquizofrenia.

Bleuler describía a estos pacientes; puede una acción ejercer representaciones que no tiene ningún tipo de relación, o muy insuficiente con la idea matriz y que deberían ser excluidas del proceso de pensamiento.

Con mucha frecuencia se muestran de manera ambivalente, manifestando al mismo tiempo sentimientos diametralmente opuestos: amor/odio, temor/deseo, orgullo/desprecio de sí mismos. El resultado es que se quedan en un punto fijo, inhibido, incapaz de toda decisión.

Bleuler hizo notar que esta discordancia perturba las funciones psíquicas a nivel de las posibilidades de síntesis, en tanto que las funciones elementales (orientación, memoria, etcétera) se mantenían paradójicamente intactas.

Describe los trastornos accesorios, cita en primer lugar los sensoriales: ilusiones y sobretodo alucinaciones. Se sitúan especialmente a nivel de esfera auditiva y en la parte más afectada e íntima del cuerpo. En los síntomas secundarios, incluye los signos catatónicos (estupor, mutismo, estereotipias, catalepsia).

El genio de Bleuler consiste en haber clarificado una realidad compleja sin pretender explicitarla completamente al precio de una representación clasificadora reductiva (Broustra, 1979).

En cuanto a Adolfo Meyer, podemos decir que no le satisfizo el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia precoz, comprendió que quizá se deberían considerar de nuevo los factores psicológicos.

Meyer proclamó que debería de estudiarse al paciente en el sentido “longitudinal”; desde el comienzo de su vida deberían de ser investigados y examinados todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental. Es así, como Meyer, supone que el individuo es incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y que tiene que encararse con fracaso tras fracaso y puede tender hacia lo que Meyer llamó “reacciones sustitutivas”. Al principio, estas nuevas costumbres parecen como “subterfugios triviales”,

como son las fantasías diurnas, la meditación, el decremento de interés, etc.; pero más tarde se vuelven perniciosas, ingobernables y tienden a asumir mecanismos definidos, como alucinaciones, ilusiones, bloqueo, etcétera (Fowler, 1996).

Comprendió la demencia precoz como “el usual e inevitable” resultado de:

- 1) conflictos de instintos, o conflictos de complejos de experiencia.
- 2) incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo.

Su mayor mérito consiste en haber reafirmado la importancia de los factores “mentales” o psicológicos en la etiología de la esquizofrenia. Ninguna otra escuela anterior, excepto la psicoanalítica, había destacado adecuadamente el aspecto longitudinal del proceso de ajuste antes de llegar a proporciones psicóticas.

Sigmundo Freud (1855-1939), afirma que la esquizofrenia era el resultado de fijaciones en el desarrollo las cuales se producían antes de una neurosis. También postuló que estaba presente un yo defectuoso que contribuía a la sintomatología de la enfermedad. La desintegración del yo supone un retorno al tiempo en que éste todavía no estaba establecido o empezaba a hacerlo.

De este modo, el conflicto intrapsíquico resultante de estas fijaciones tempranas y de un yo defectuoso, que puede ser la consecuencia de unas relaciones objetales tempranas muy pobres, son la base de la sintomatología psicótica.

Un elemento central en la teoría de Freud es la decaencia de objetos y la regresión en respuesta a la frustración y al conflicto con otros (Harold; Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

En uno de sus primeros trabajos psicoanalíticos en 1874, describe como las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias, el ego rechaza la idea insufrible, pero el intento de rechazarla no tiene éxito, la idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo.

Por primera vez en la historia de la Psiquiatría se empleaba la palabra “proyección”, Freud encontró también que la represión constituía el núcleo del mecanismo psíquico. En este caso la represión de auto acusación se proyecta sobre otros, que se convierten en persecutores.

En la paranoia y en la demencia precoz, Freud ve la huída de la libido del mundo exterior, las cosas se vuelven indiferentes o irrelevantes y pueden parecer desvastadas o disipadas. Se interpreta la formación de la ilusión como un intento de recuperación, un proceso de reconstrucción como un método utilizado para recuperar una relación, aunque falseada con el mundo. La líbido apartada del mundo exterior se dirige hacia el yo, lo que trae como consecuencia la pérdida de la función normal de poder apreciar la realidad.

El concepto de regresión ha remplazado al de deteriorización en la esquizofrenia. El paciente regresa a niveles infantiles o arcaicos de integración, porque es incapaz de mantenerse en un nivel más elevado.

Quizá la más importante de todas las aportaciones del fundador del psicoanálisis en relación con la esquizofrenia sea el concepto de simbolización. Según este concepto, los síntomas ya no se aceptan en un nivel fenomenológico, sino como sustitutos de algo que simbolizan. Las fuerzas represivas del yo transforman los síntomas de tal manera, que el paciente ya no los puede reconocer como intentos de cumplir deseos censurables.

Freud fue el primer autor que realmente consiguió explicar el contenido de esta psicosis en términos psicológicos. También fue el primero en revelar de manera convincente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de esta situación. Igualmente explicó con éxito, al menos en parte, los aspectos formales de diversos síntomas, las proyecciones y su concepto de regresión seguirán siendo fundamentales en el campo de la esquizofrenia.

Por otra parte, Carlos G. Jung (1875-1961) fue el primero que aportó contribuciones sobresalientes a la esquizofrenia, afirma que la disociación de ideas era determinada dinámicamente. Los tests de asociación de palabras, lo convencieron de que las ideas disociadas tiene gran carga emocional, y que los mecanismos de defensa que las aislaban eran los mismos que los descritos por Freud en pacientes histéricos.

También comprendió que las ilusiones, alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos, eran debidos a la actividad del complejo que no podían estar bajo el dominio o corrección de la conciencia. Creía que el trastorno emocional en la demencia precoz posiblemente engendra un metabolismo anormal o toxina que daña al cerebro de manera más o menos irreparable, de forma que quedan paralizadas las más elevadas funciones psíquicas.

Así es que Jung es el primer autor que concibe la posibilidad de un mecanismo psicosomático en la esquizofrenia. Según él, no es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico: al contrario, el desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro. Este hecho es particularmente interesante, ya que por primera vez se considera el sistema nervioso como víctima de un trastorno psicosomático.

Jung manifestó que la base esencial de nuestra personalidad es la afectividad, el pensar y actuar son solo síntomas de la afectividad, que es la fuerza dinámica del complejo que puede ocupar todo el campo mental y trastornar muchos de los procesos ideativos.

En 1913, Jung diferenció sus tipos psicológicos. Su primera idea para la clasificación psicológica radica en el esfuerzo de comparar la histeria con la demencia precoz. Comprendió que si en la histeria se encuentra siempre una “personalidad extrovertida”, con emotividad exagerada y energía psíquica dirigida en sentido centrífugo, es decir, hacia el ambiente, en la demencia precoz sucede lo contrario. En el último caso la energía es centrípeta, es decir, del ambiente hacia el ser; la emotividad está disminuida, el total de la personalidad es lo que él llama “introvertida”.

Otro concepto de Jung, importante en su interpretación de la esquizofrenia, fue su hipótesis del inconsciente colectivo. Quedó muy impresionado por la similitud de los mitos del mundo entero, a pesar de diferencias geográficas, históricas y raciales.

Explica esta semejanza como la manifestación del inconsciente general o colectivo que almacena las imágenes primordiales o arquetipos que han sido depositados en él, como resultado de numerosas recurrencias de situaciones idénticas. De modo que nuestra psique personal se basa sobre una profunda psique impersonal.

Podemos llamar a estos factores funciones de nuestro sistema nervioso o, si se quiere, de nuestro inconsciente colectivo. El contenido de aquellas emociones y pensamientos y la motivación de los mismos se originan en el ambiente del individuo, es decir, en su cultura y familia.

Se dice que fue Harry Stack Sullivan (1892-1949) quién aportó las contribuciones más valiosas a la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia. En sus primeros escritos, bajo la influencia de Freud, presta gran atención a las apetencias sexuales y señala el desajuste sexual como factor precipitante de neurosis y psicosis. Sin embargo, más adelante reconoce la importancia de la relación padre-hijo en su totalidad, según Sullivan, las actitudes de los padres determinan las respuestas de los hijos. La personalidad o el yo (self) del niño se forma de las “valoraciones reflejas”, es decir, evaluaciones procedentes de los padres.

La ansiedad de la madre, su enfado o desaprobación, causa también en el niño malestar y ansiedad. Puede sentirse muy dañado en el desarrollo de la propia estimación; puede disociar de la conciencia lo que es muy desagradable y recurrir durante toda su vida a “distorsiones paractáticas”. Con esta denominación, Sullivan quiere expresar “interpretación falseada” de una situación interpersonal.

La distorsión es debida a que el paciente identifica a la otra persona comprometida en relación con cualquier otra o con una persona que existe solo en su fantasía. Sino corrige el

pensamiento paratáctico, el paciente tendrá cada vez menos “validación consensual”, esta falta de reconocimiento aumentará las dificultades de las relaciones interpersonales.

En su primer trabajo sobre la esquizofrenia, hace constar que los fundamentos y conceptos son pluralísticos, pero que ha aceptado tres conceptos en la interpretación de sus datos. El primero es el postulado del inconsciente como fue postulado por Freud. El segundo es la hipótesis teológica vitalista. El tercero es la “hipótesis genética de la estructura mental y funciones que explican una secuencia vital de la experiencia”.

Confirma las concepciones de funciones primitivas del pensamiento, e incluso en su primer trabajo menciona el hecho de que existe una profunda alteración de los sentimientos de la propia estimación. Llega a la importante conclusión de que el trastorno primario en esta enfermedad es el de la estructura mental. Dice que esta estructura está disociada de tal manera, que las “porciones desintegradas retroceden a funciones de un nivel más primitivo de la ontología mental”.

Sullivan es el primer psiquiatra que habla de estructura mental en sentido formal, no orgánico, su interés predominante por la dinámica de la esquizofrenia le evita concebir que algunos de los fenómenos, incluso desde el punto de vista formal, estén determinados por factores que trascienden fuera de la historia del paciente.

Piensa que las interpretaciones existentes acerca de este trastorno se prestan a equívocos. Tanto las investigaciones habituales como las genéticas, orgánicas y psicoanalíticas, han sido inadecuadas. Hay que estudiar al esquizofrénico en su personalidad total. Los factores prenatales y ambientales de la infancia son muy importantes.

Sullivan considera la esquizofrenia como una situación caracterizada por:

- a) “Preponderancia regresiva” en la vida fantástica implícita.
- b) “Preponderancia regresiva” de la actividad irracional patente, como la conducta mágica o ritual.

- c) Preponderancia extraordinaria de motivaciones que, por lo general, solo en ocasiones reciben expresión.

Dice que lo fundamental es el problema de la motivación. En la historia de cada uno de los casos que estudió, encontró siempre un punto en donde había ocurrido “una catástrofe en la propia estimación”. Este acontecimiento había sido experimentado por el paciente con frecuencia como un estado de pánico (Arieti, 1965).

### **1.3 Diagnóstico de la Esquizofrenia**

Para dar una descripción de cuáles son los criterios diagnósticos de la esquizofrenia nos basaremos en el DSM-IV.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes y con algunos signos del trastorno que han persistido al menos 6 meses (Criterios A y C), (Ver anexo I).

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o una enfermedad médica (Criterio D y E), (ver anexo I). En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes (Criterio F). (Ver anexo I).

Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, (Criterios A1-A4), (ver anexo I), incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la



organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la “dimensión psicótica” incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la “dimensión de desorganización” incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5), (ver anexo I), comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y de la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Las ideas delirantes (Criterio A1) (ver anexo I), son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o de las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, solo se necesita este único síntoma para satisfacer el Criterio A para la esquizofrenia.

Las alucinaciones (Criterio A2) (ver anexo I). Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles). El contenido puede ser bastante variable, aunque son bastante frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales.

El pensamiento desorganizado ha sido considerado por algunos autores como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del “trastorno del pensamiento” y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado (Criterio A3). El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización (descarrilamiento o pérdida de las asociaciones), las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener

relación alguna con las preguntas (tangencialidad); y en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras). Durante los periodos prodrómicos y residuales de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o del lenguaje menos grave (Criterio C).

El comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin. El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido, o en general, sin un propósito y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes.

Los comportamientos motores catatónicos (Criterio A4) incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

Los síntomas negativos de la esquizofrenia (Criterio A5) constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Tres síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia y abulia) están incluidos en la definición de la esquizofrenia; otros síntomas negativos (p. ej., la anhedonía) están incluidos en el siguiente apartado referido a los “síntomas y trastornos asociados”. A pesar de la ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, etcétera).

Quizá la mejor prueba para establecer la presencia de los síntomas negativos es su persistencia durante un periodo de tiempo considerable. Se ha sugerido que los síntomas negativos persistentes deben denominarse síntomas deficitarios.

El Criterio A para la esquizofrenia requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante un periodo mínimo de 1 mes. Sin embargo, si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones implican “voces que comentan” o “voces que conversan”, entonces sólo se requiere un único ítem. La presencia de esta agrupación relativamente grave de signos y síntomas se denomina “fase activa”. En aquellas ocasiones en que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, aún puede considerarse que se ha cumplido el Criterio A si el clínico juzga que los síntomas habrían persistido durante 1 mes en ausencia del tratamiento eficaz. En los niños, la evaluación de los síntomas característicos debe tener en cuenta la presencia de otro trastorno o de dificultades del desarrollo.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (p. ej., las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudio o el cuidado de un mismo) (Criterio B). Típicamente, el funcionamiento es claramente inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas. La disfunción persiste durante una parte sustancial del curso del trastorno y no parece ser resultado directo de un síntoma en particular. Algunos signos de la alteración deben persistir durante un periodo continuo de por lo menos 6 meses (Criterio C). A lo largo de este periodo de tiempo, debe haber por lo menos 1 mes (o menos de 1 mes si los síntomas han sido tratados con éxito) de síntomas que cumplan el Criterio A de esquizofrenia (DSM-IV, 1998).

#### **1.4 Subtipos de Esquizofrenia**

Los expertos hablan del grupo de esquizofrenias, para expresar que no hay “una sola esquizofrenia”, sino muchas manifestaciones diversas. Hasta el momento no se ha encontrado un procedimiento de examen o test para probar inequívocamente la existencia de una “esquizofrenia”. Por lo tanto, cuando se hace la primera entrevista con el enfermo, el médico fija su atención sobretodo en los síntomas positivos y negativos que se puedan mostrar. A continuación intenta subordinar los síntomas a uno de los diversos subgrupos de la esquizofrenia, una vez que ha podido excluir en gran medida la posibilidad de que se trate de otro tipo de enfermedad, ya que con frecuencia se presentan “cuadros mixtos” que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo y que unas veces puede aparecer mas bien como “catatónica” y otras como “paranoico-alucinatorio”.

- *La forma paranoico-alucinatoria.* (o delirante-alucinatoria) es la más frecuente. Generalmente aparece entre la tercera y la cuarta década de la vida. Debido a la edad relativamente avanzada en que se manifiesta la enfermedad y el avanzado desarrollo de la personalidad, el carácter del afectado suele conservarse perfectamente.

Los delirios y las alucinaciones están en el primer plano del cuadro de la enfermedad. El enfermo tiene el sentimiento de que está en el centro de la atención, que todas las actividades en su entorno se refieren a él y que se le observa y persigue. A menudo, los delirios y las alucinaciones constituyen una unidad. Los enfermos se preguntan como llegan a “entrar las voces en su cabeza” e interpretan esta percepción como algo provocado desde afuera. Tienen la sensación de que sus pensamientos son guiados y dirigidos desde fuera, lo cual refuerza su creencia de que se está tramando algo contra ellos.

Las ideas de referencia y las vivencias alucinatorias pueden desembocar a largo plazo en formas de delirio organizadas y crónicas, que se pueden entender como intentos del afectado de ordenar y explicar estos sucesos inquietantes, de lo cual resulta finalmente una construcción delirante consolidada. En el caso que el enfermo logre controlar el contenido de sus delirios, estos no influyen demasiado en sus vivencias y su comportamiento en otros

aspectos de su vida cotidiana, cuando existe este resto de “delirio socialmente compatible” (delirio residual), generalmente no hay obstáculos para que se obtenga una buena recuperación (Posininsky y Schaumburg, 1998).

- *Tipo desorganizado.* (Antes llamado hebefrénico) se caracteriza por una notable regresión a conductas primitivas, desinhibidas y desorganizadas, y por la ausencia de síntomas que reúnan criterios para el tipo catatónico. El inicio suele ser temprano, antes de los 25 años, los pacientes suelen estar activos, aunque de una forma no constructiva (sin objetivos). Su alteración del pensamiento es notable y su contacto con la realidad pobre. Su apariencia personal y su conducta social son desastrosas. Sus respuestas emocionales son inapropiadas y a menudo, comienza a reír sin una causa aparente. Las muecas y las sonrisas incongruentes son frecuentes en este tipo de pacientes, cuya conducta se describe como boba o fatua.
- *Tipo indiferenciado.* Con frecuencia, algunos pacientes claramente esquizofrénicos no encajan con facilidad en ninguno de los otros tipos. El DSM-IV clasifica a estos pacientes en el grupo indiferenciado, el cual cumple con el

Criterio A de esquizofrenia, pero no cumple los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

- *Tipo residual.* Se caracteriza por la presencia de evidencias continuas de alteraciones de tipo esquizofrénico, en ausencia de un conjunto de síntomas activos suficientes para cumplir los criterios de cualquier otro tipo de esquizofrenia.

El embotamiento afectivo, el aislamiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y una leve pérdida de asociaciones son síntomas comunes del tipo residual. Si están

presentes alucinaciones o ideas delirantes, no son muy prominentes y no perturban demasiado la vida del sujeto (Kaplan; Sadock y Greep, 1996).

- *Tipo catatónico.* La perturbación de la actividad motora es el síntoma principal de la esquizofrenia catatónica. El paciente puede quedar inmóvil, con los músculos rígidos e inflexibles o puede mostrarse exageradamente agitado. El catatónico pasmado alcanza a veces un estado de inmovilidad, mutismo y negativismo virtualmente absolutos. El individuo negativista responde a las órdenes o a los deseos de los demás, no haciendo nada o bien realizando lo contrario. Otros catatónicos responden de manera extraña y automática. La flexibilidad cética es una forma extrema de obediencia en el que el brazo o la pierna del catatónico permanecen pasivamente en la posición en que se le coloque. El catatónico agitado muestra excitación psicomotora extrema, habla y grita casi continuamente, como en el caso de excitación maniaca hay peligro de lesiones personales o de colapso debido al agotamiento (Sarason, 1978).

### **1.5 Modelos de la Esquizofrenia**

Una lista completa de modelos incluiría el modelo médico, el psicológico, el familiar, el social, el existencial, el moral y el de aprendizaje, además de sus variantes. En 1972, Joseph Zubin publicó un trabajo en el que se examinaba una amplia gama de los modelos de esquizofrenia más relevantes. Los seis modelos concretos son:

1. El ecológico.
2. El evolutivo.
3. El de la teoría del aprendizaje.
4. El genético.
5. El ambiente interno.
6. El neurofisiológico.

Estos modelos se situaron desde el polo biológico molecular (representado por el modelo genético) al polo de la teoría de campo (representado por el modelo ecológico). Entre estos

dos polos, los modelos de la teoría del aprendizaje y el evolutivo se inclinarían hacia el polo ecológico, mientras que los modelos del ambiente interno y el neurofisiológico lo harían hacia el polo genético.

1. *El modelo ecológico.* Establece que las causas de la esquizofrenia hay que buscarlas en las características del “nicho” ambiental que ocupa una persona. Según este modelo, las fuerzas ecológicas que afectan al nicho determinan el punto particular ocupado por el individuo y, en consecuencia, su conducta. Los factores que se consideran asociados con la esquizofrenia son: el estatus socioeconómico, las características físicas y sociales del medio, las redes sociales y el estatus minoritario en la comunidad.
2. *El modelo evolutivo.* Considera que el origen de la esquizofrenia debe buscarse en las distintas fases que atraviesa un individuo en su desarrollo, desde el momento de la fertilización del óvulo hasta la senectud. Aunque casi todos los geneticistas tienen en cuenta el modelo evolutivo para reconocer que los genes no trabajan en el vacío, ni ellos ni los defensores de este modelo han podido especificar las circunstancias necesarias para que se incite la propensión a la esquizofrenia genéticamente codificada.
3. *El modelo del ambiente interno.* Postula que las causas de la esquizofrenia deben buscarse en las características metabólicas y bioquímicas de los organismos. Kety (1978) señala que “si es cierto que los factores genéticos son importantes en la etiología de la esquizofrenia, entonces los factores bioquímicos deben ser importantes, ya que los genes solo pueden expresarse a través de los procesos bioquímicos (Ruiz, 1978).
4. *El modelo genético.* Los estudios en familias aportaron los primeros indicios de la existencia de un componente hereditario en la esquizofrenia. Estos estudios también

han puesto en evidencia que los familiares de primer grado de enfermos esquizofrénicos tienen un riesgo mayor para desarrollar un trastorno esquizoafectivo o un trastorno de personalidad esquizotípico. Los estudios en gemelos muestran de forma repetida que la tasa de concordancia para la esquizofrenia es más alta en los gemelos monocigotos que en los dicigotos, lo que constituye una prueba a favor de la importancia del componente genético en este trastorno, teniendo en cuenta que el ambiente es similar en ambos casos. La concordancia en hermanos es menor que la encontrada en gemelos dicigotos, lo que se contribuye a factores ambientales ya que estos son más parecidos entre los gemelos que en el resto de los hermanos.

Investigaciones recientes han incluido la valoración del riesgo de esquizofrenia en los hijos de gemelos idénticos discordantes, en donde se ha observado que los descendientes de ambos gemelos, tanto del enfermo como del sano, tenían un riesgo similar de desarrollar la enfermedad. En caso de gemelos dicigotos, mientras que los hijos del gemelo enfermo tenían un riesgo del 17,4%, en los descendientes del gemelo sano riesgo era de 21,1%. Este hallazgo es de gran interés, ya que sugiere que el genotipo para la esquizofrenia puede permanecer oculto y transmitirse a generaciones futuras.

Los estudios en adoptados, constituyen una de las herramientas más poderosas para demostrar, la mayor influencia genética que la ambiental en el desarrollo de un trastorno. En la esquizofrenia todos los estudios de este tipo han confirmado sin excepción este aspecto, a pesar de los diversos métodos lógicos usados.

Se hace referencia a los resultados obtenidos por el grupo de psiquiatras, Kety, Rosenthal y Wender como investigadores más destacados. Se estudio la prevalencia en sujetos adoptados entre sus familiares biológicos y en los adoptivos, observando que era mayor entre los primeros.

Otro tipo de estudio es el que incluye el seguimiento de los hijos dados en adopción, distinguiendo dos grupos: uno con un progenitor esquizofrénico y el grupo control con



padres biológicos sanos. El grupo de Rosenthal en Dinamarca se encontró un riesgo mayor de esquizofrenia en los adoptados con un progenitor esquizofrénico comparado con el grupo control (Saíz, 1999).

5. *El modelo neurofisiológico.* En los estudios genético-fisicoquímicos se centra en la localización de uno de los genes determinados, que controlan una enzima, que como sabemos a su vez controlan reacciones químicas, las cuales a su vez controlan una conducta. En el caso de la psicopatología se busca entonces la alteración en un gen, que sea responsable del trastorno de conducta. Este modelo deja fuera los factores psicológicos o los deja un muy pequeño marco de acción. Estos estudios hasta ahora han resultado del todo infructuosos en la esquizofrenia. Por lo cual surgen los estudios sociobiológicos.

Según este modelo todas nuestras conductas están determinadas poligenéticamente incluso aquellas que creemos más libres. La evidencia que aportan para demostrar que la esquizofrenia es una conducta más a seguir este modelo es la distribución de la familia esquizofrénica (investigaciones realizadas a través del método genealógico), la probabilidad que tiene un determinado miembro de una familia de ser esquizofrénico cuando tiene antecedentes familiares (Rendueles, 1990).

6. *El modelo de la teoría del aprendizaje.* Son varias las explicaciones conductistas de la esquizofrenia que aseguran que se aprenden por igual las motivaciones internas y las maneras peculiares de pensar, así como las técnicas para resolver problemas. Característico de las interpretaciones del aprendizaje es el supuesto de que los cambios de conducta ocurren gradualmente y como respuestas a acontecimientos ambientales. Hay cada vez mayores testimonios que sugieren que los esquizofrénicos y en especial los esquizofrénicos crónicos, tienen fallas en sus capacidades para el aprendizaje emocional. Si bien las respuestas incondicionadas de los esquizofrénicos son comparables a la de los normales, sus respuestas condicionadas son mucho menores. Y esto es cierto según se ha visto en varios experimentos de condicionamiento clásico que han comprendido estímulos

incondicionales aversivos o provocadores de emoción, los cuales se utilizaron para establecer respuestas condicionadas.

Varios investigadores han alegado que el reducido condicionamiento autónomo de los esquizofrénicos crónicos constituye una indicación de menoscabo de los sistemas cerebrales que intervienen en el aprendizaje emocional y en el establecimiento de motivos sociales (Sarason, 1978).

## CAPÍTULO 2. FAMILIA

La familia es la célula básica de la sociedad, ya que la sociedad está constituida por ella, y de cómo vaya la familia con la sociedad. La familia tiene un rol social insustituible. Ella y la persona humana, caminan indisolublemente unidas. Antes de ser un lugar de íntima convivencia, antes de ser un organismo nuclear de la sociedad, antes de formar una célula tributaria de un modelo socioeconómico, es la revelación al hombre de la identidad de éste.

### **2.1 Concepto de Familia y su Función Social**

Antropólogos y sociólogos, han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero se dispersaban en las estaciones en que escaseaban los alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar.

Para algunos autores, el origen etimológico de la palabra familia es muy incierto, algunos sostienen que proviene de la voz latina *fames* que significa “hambre”; otros afirman que proviene de las voces latinas *famiulus-famel* que significa sirviente-esclavo romano.

Sociólogos y antropólogos definen a la familia como, un grupo compuesto de adultos de ambos sexos, dos de los cuales (los cónyuges) viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexual socialmente aceptada. Las familias también incluyen a los hijos procreados o adoptados por dichos cónyuges (Lévi-Strauss, 1976).

En un primer enfoque, la familia aparece como un grupo natural de individuos unidos por una doble relación biológica, por dos funciones:

- 1) *Procreación* - que genera nuevos miembros del grupo
- 2) *Asistencia* - que pretende proteger a los miembros de las condiciones de ambiente, que marcan el desarrollo de los jóvenes y que mantienen al grupo unido

Como institución social, los individuos de este grupo se mantienen unidos gracias a funciones que se refuerzan mutuamente; estas son:

- a) Proporcionar una experiencia heterosexual genital a los cónyuges.
- b) Contribuir a la continuidad de la raza produciendo y criando hijos.
- c) Cooperar económicamente dividiendo las labores entre los adultos, de acuerdo con el sexo, las conveniencias y los precedentes, y dividiendo también las labores entre adultos, de acuerdo con la edad y sexo del hijo.
- d) Mantener un lindero (por medio del tabú del incesto) entre las generaciones, de manera que se puedan mantener en forma fluida relaciones estables y funcionales ante las tareas.
- e) Transmitir la cultura a los hijos por medio de las enseñanzas parentales.
  - Enseñar papeles o formas sociales aceptadas de actuar con otros, en diferentes situaciones sociales.
  - Enseñar al niño como manejar el ambiente inanimado.
  - Enseñar al niño cómo comunicarse; cómo usar palabras y ademanes, para que mantengan un significado que la generalidad de las personas entienda y acepte.
  - Enseñar cuándo y cómo expresar emociones, guiando en general la reactividad general del niño.

- f) Reconocer cuando uno de sus miembros ya no es un niño, sino que se ha convertido en un adulto, capaz de llevar a cabo papeles y funciones adultas.
- g) Preparar el terreno, para que en una etapa final los hijos cuiden a los padres (Satir, 1982).

La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad. Se ha hecho cargo y ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura. En este sentido, las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos:

- 1) Es interno (la protección psico-social de sus miembros).
- 2) El otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos; un sentimiento de identidad, y un sentido de separación. El laboratorio en que estos ingredientes se mezclan y se proveen, es la familia, la matriz de la identidad.

En los procesos precoces de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida.

Por lo tanto, la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica. A sí mismo, el sentido de separación y de individuación, se logra a través de la participación de diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual de la participación en grupos extrafamiliares (Minuchi, 1984).

### ***La Familia Occidental Moderna y su Función***

Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido pocos cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas.

Sin embargo, la familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres.

Prácticamente, la única función que ha sobrevivido a todos los cambios es la de ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros, especialmente para los hijos. Otras funciones que antes desempeñaba la familia rural, desde el trabajo, educación, formación religiosa, actividades de recreo y socialización de los hijos, son hoy realizadas, en gran parte, por instituciones especializadas. El trabajo se realiza normalmente fuera del grupo familiar y sus miembros suelen trabajar en ocupaciones diferentes lejos del hogar. La educación, por lo general, la proporcionan el Estado o grupos privados. Finalmente, la familia todavía es la responsable de la socialización de los hijos, aunque en esta actividad los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante.

La composición familiar ha cambiado de forma drástica a partir de la industrialización de la sociedad. Algunos de estos cambios están relacionados con la modificación actual del rol de la mujer. En las sociedades más desarrolladas, la mujer ya puede ingresar (o reingresar después de haber tenido hijos) en el mercado laboral, en cualquier etapa de la vida familiar, por lo que se enfrenta a unas expectativas mayores de satisfacción personal a través del matrimonio y de la familia. En los últimos tiempos se ha desarrollado un considerable aumento de la tasa de divorcios, que en parte se ha producido por las facilidades legales y la creciente incorporación de la mujer al trabajo que le ha dotado de mayor autonomía y de recursos económicos. Aunque también la misma aceptación cotidiana del divorcio ha contribuido al incremento, y más aún, los problemas complejos no resueltos dentro del matrimonio.

Durante el siglo XX, ha disminuido en Occidente el número de familias numerosas. Este cambio está particularmente asociado a una mayor movilidad residencial y a una menor responsabilidad económica de los hijos para con los padres mayores al irse consolidando los subsidios de trabajo y otros beneficios por parte del Estado que permiten mejorar el nivel de vida de los jubilados.

En la década de 1970 el prototipo familiar evolucionó en parte hacia unas estructuras modificadas que englobaban a las familias monoparentales, familias del padre o madre casados en segundas nupcias y familias sin hijos. Las familias monoparentales en el pasado eran a menudo consecuencia del fallecimiento de uno de los padres. Actualmente la mayor parte de las familias monoparentales son consecuencia de un divorcio, aunque muchas están formadas por mujeres solteras con hijos. En 1991 uno de cada cuatro hijos vivía sólo con uno de los padres, por lo general, la madre. Sin embargo, muchas de las familias monoparentales se convierten en familias con padre y madre a través de un nuevo matrimonio o de la constitución de una pareja de hecho.

La familia de padres casados en segundas nupcias es la que se crea a raíz de un nuevo matrimonio de uno de los padres. Este tipo de familia puede estar formada por un padre con hijos y una madre sin hijos, un padre con hijos y una madre con hijos pero que viven en otro lugar o dos familias monoparentales que se unen. En estos tipos de familia los problemas de relación entre padres no biológicos e hijos suelen ser un foco de tensiones, especialmente las familias monoparentales que se unen.

Por otro lado, las familias sin hijos, son cada vez más el resultado de una libre elección de los padres, elección más fácil gracias al control de natalidad (anticoncepción). Durante muchos años, el número de parejas sin hijos se había ido reduciendo de forma constante gracias a la gradual desaparición de enfermedades que, como las venéreas, causaban infertilidad. Sin embargo, en la década de los 70's los cambios en la situación de la mujer modificaron esta tendencia. Hoy las parejas, especialmente en los países más desarrollados, a menudo eligen no tener hijos o posponer su nacimiento hasta gozar de una óptima situación económica.

Así a partir de la década de los 60's se han producido diversos cambios en la unidad familiar. Un mayor número de parejas viven juntas antes de, o sin, contraer matrimonio. También, algunas parejas, encuentran que es más práctico desde el punto de vista económico cohabitar sin contraer matrimonio. Las parejas de homosexuales también viven juntas formando familias sin hijos ó con los hijos de una de las partes. Estas unidades familiares aparecieron en Occidente en las décadas de 1960 y 1970 (Lucas, 2003).

## **2.2 Ciclo Vital de la Familia y Enfermedad**

La familia, como todo organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y llega a morir. En cada uno de estos pasos se enfrenta con diferentes tareas: la unión de dos seres distintos con una misma meta; la posible llegada de los hijos, la ecuación en todas sus funciones y soltarlos para que estos formen nuevas familias.

A partir de esto, la familia puede ser estudiada como un ciclo de seis etapas. En cada una de ellas hay dos objetivos principales:

- Resolver las tareas o crisis propias de cada etapa de desarrollo.
- Aportar todo lo necesario a sus miembros para que estos puedan tener una satisfacción.

Las seis etapas son:

### *a) Desprendimiento*

Podría considerarse que la familia tiene su inicio en la constitución de la pareja, la cual se da en el noviazgo. En esta fase se desarrolla, como su nombre lo indica, el desprendimiento de ambos miembros de la pareja respecto de la familia de origen. Este proceso será fácil o difícil de acuerdo al apego familiar que se hayan desarrollado durante su juventud.



Para poder lograr un pleno encuentro dentro de la relación de pareja es necesario un desprendimiento previo y paulatino de los hijos hacia los padres; quienes tratarán de detener a sus hijos para que permanezcan con ellos, evitando así el doloroso abandono de los hijos, en cambio, éstos se esforzarán por lograr su independencia y autonomía.

Se necesita del desprendimiento para que el ciclo vital de la futura familia vaya por buen camino. Este proceso no es nada sencillo para ninguno de los integrantes de la pareja, primero por el dolor y la nostalgia que provoca toda despedida, y segundo, por la incertidumbre que nos depara lo desconocido, y la falta de confianza en que la decisión respecto a la elección de una pareja haya sido la correcta.

Es por ello importante considerar al noviazgo como una etapa clave en la constitución de la pareja, ya que las vivencias que se tengan en el mismo, al dar el paso al matrimonio, serán la base para comenzar a construir la nueva familia (Nájera, 1997).

#### *b) Encuentro*

Después del proceso de independización o desprendimiento del sostén emocional y socioeconómico de la familia de origen, los adultos jóvenes se encuentran en posición de formalizar una relación de noviazgo para contraer una unión formal de pareja.

El matrimonio, es una unión íntima de vida, un vínculo indisoluble, libremente contraído y públicamente afirmado, en el cual un hombre y una mujer se complementan y están abiertos a la transmisión de la vida.

Es esta la etapa del surgimiento de una nueva familia: cuando un hombre y una mujer “se encuentran” para consolidar un vínculo sólido para la ayuda mutua y la procreación, dictada en primer lugar por la naturaleza, y sucesivamente por la experiencia, la sociedad y el Estado de diferentes culturas a través de la historia, estableciéndolos en los órganos legislativos; por ejemplo en los códigos civiles, como el del Estado de México: “El matrimonio es una institución de carácter público e interés social, por medio de la cual un

hombre y una mujer voluntariamente deciden compartir un estado de vida para la búsqueda de su realización personal y la fundación de una familia”.

La elección de una pareja para formar un matrimonio y una familia debe estar movida por un auténtico y profundo amor y no sólo por “enamoramiento”. Es natural que se dé el enamoramiento al principio de una relación de pareja, pero, así como el enamoramiento llega y se va fácilmente, el amor requiere tiempo y dedicación tanto para nacer como para perdurar, por lo cual es necesario también haber alcanzado cierto grado de madurez personal.

Cuando el amor entre un hombre y una mujer es tal que ambos tienen la certeza de que es lo suficientemente fuerte para poder generar y acoger la vida, tanto la de cada uno de ellos como la de nuevas personas, están listos para formar una comunidad de vida y una familia, es decir, una comunidad de vida y amor.

Una vez que formalmente la pareja ha decidido compartir su vida, se da necesariamente un proceso de adaptación: se trata de dos personas con ideas, sentimientos, historias y educación diferentes que han de aprender a convivir e integrar una sola dinámica familiar y una nueva historia en común.

### *c) La llegada de los hijos*

Es un hecho que la más imprescindible y elemental de todas las relaciones es aquella entre hombre, mujer y niño. Un hijo influye tanto en lo personal como en lo familiar.

La llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional. La pareja debe adquirir un nuevo anclaje de relación emocional con el hijo, y entre ellos, la capacidad de ayudar al compañero para que lo haga.

Tener un hijo favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de diversas facetas de la personalidad de cada uno.

Uno factor importante en esta fase es poder identificar adecuadamente el área económica afectada para poder definir cuáles son las labores tanto del trabajo como del hogar, y ayudarle a cada quien a cumplir con lo suyo, y no confundir la problemática real con falta de cariño, desinterés o con la pérdida del deseo y el propósito de formar una familia.

La ideología sobre la paternidad, y la decisión de procrear ha cambiado significativamente en los últimos años; la decisión de tener hijos ya no va de la mano con la decisión de casarse, ni la decisión de tener sexo va de la mano con la idea de que debe ser dentro del matrimonio.

En ésta etapa, el área de la sexualidad establece la importancia de la realización de la pareja a través de la reproducción. Aquí la planificación familiar juega un papel fundamental, cada pareja debe ser responsable y saber cuantos hijos realmente podrían entrar en su núcleo familiar.

#### *d) Familia con hijos adolescentes*

La adolescencia es una época de crisis y de cambios, de experimentación y de definición, tanto para los hijos adolescentes como para los padres; período que en la sociedad occidental e industrializada se ha ido poco a poco alargando, y que hace algún tiempo podíamos considerarlo comprendido entre los 12 y los 17 ó 18 años.

En ésta fase se combina varios factores:

- Mayor frecuencia en problemas emocionales.
- Los padres a pesar que se encuentran en la madurez, se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia.
- Los abuelos se acercan al no poder mantenerse por sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan.

El adolescente normal presenta crisis de identidad, pero no difusión de identidad. Las crisis obedecen a que el sentimiento interno de identidad, de pronto y con los cambios físicos del adolescente, no corresponde a la confirmación del medio ambiente, que ya lo empieza a tratar como joven adulto. En cambio, la difusión de identidad habla de síndromes psicopatológicos severos.

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es la etapa en la que se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios. Para que un padre pueda dar el apoyo adecuado a su hijo es necesario que él haya resuelto lo mejor posible su adolescencia, para que no reviva su propia adolescencia y no trate de sobreproteger a su hijo.

En el área de la intimidad, el padre puede sentir rivalidad al ver que su hijo crece más fuerte que él, o el hijo puede sentirse menos validado, al darse cuenta que no cumple con las expectativas de sus padres.

Ambos padres tratan de pasar pruebas fuertes como la de ver que su status social no es igual que el de los padres de los amigos de sus hijos, e incluso se llegan a encontrar con las sorpresas de que hay otras personas que ofrecen mayor atractivo y estímulo para sus hijos que ellos mismos.

Los hijos se van, se separan de la familia y es necesario renovar el contrato matrimonial. A algunos padres les cuesta soltar a sus hijos adolescentes, sin embargo deben saber soltarlos a tiempo para que vaya en búsqueda de una persona extraña con la cual seguir el ciclo vital de la familia. Cuando los hijos se van la pareja adquiere otra dimensión en el área social y tiene que aprender a adaptarse a ella.

*e) El reencuentro con la pareja*

Conocida como la “etapa del nido vacío”, es una de las etapas más demandantes para el sistema familiar, en la cuál la pareja enfrenta los problemas de una biología que decrece pues se pasa de la edad madura a la vejez, la aceptación de los nietos y del papel de

abuelos, la muerte de algunos familiares de generaciones anteriores, la jubilación, las diferencias con las nuevas generaciones (brecha generacional), etc.

Esto se debe a que para estas fechas casi siempre los hijos ya se han ido a formar sus propias familias, lo cual propone algunos cambios. Los padres se encuentran cercanos aproximadamente a los 50 años o más. Si las cosas han marchado bien en las etapas precedentes, les será más fácil aceptar los cambios de una biología que tiende a declinar; igualmente como pareja podrán enfrentar los cambios familiares y sociales que se presentan.

Los padres deben desligarse emocionalmente de los hijos y de los nietos para volver a formar una pareja. Se reencuentran con ellos mismos y con el compañero. En estos momentos se vuelve muy necesario el apoyo mutuo entre los esposos. Este apoyo mutuo, servirá para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio.

En ocasiones, aparecen sentimientos de culpa como fantasmas del pasado por los errores cometidos con los demás, especialmente con los hijos, y por los deseos de la propia muerte.

#### *f) La vejez*

Es una de las etapas menos conocidas. En ésta, las personas ancianas deben adaptarse a la pérdida y retos que la edad presenta: la búsqueda de una nueva identidad, de una compañía que produzca placer, así como de una experiencia significativa y genuina.

Esta etapa, como todas, presenta obstáculos como los siguientes: la tristeza que genera el sentir el rechazo de los demás, la mujer siente invasión del espacio que antes controlaba con la llegada del esposo que se ha jubilado (aquí es necesario definir límites de los espacios donde cada uno pueda actuar independientemente; de lo contrario, existe el peligro de que se lleguen a perder la estima y el respeto, y aparezcan la ansiedad, la tensión y los estados depresivos). Otra problemática, es que frecuentemente se establece una

sobreprotección de hijos a padres, en donde no se les permite vivir en libertad (Estrada, 2003).

Habiendo mencionado las seis etapas del ciclo vital por las naturalmente transita la familia, es necesario plantearnos ahora, cómo afecta la enfermedad física y mental crónica a este ciclo natural, el cual se ve afectado severamente con esta problemática, pues como veremos en el siguiente tópico, la vivencia de cada etapa tendrá un sentido diferentes para cada integrante del grupo familiar.

### ***2.2.1 Ciclo Vital de la Familia, la Enfermedad Física y Mental Crónica***

Cuando una enfermedad es prolongada o crónica, la dimensión temporal se convierte en un punto de referencia central. La familia y cada uno de sus miembros, se enfrentan al formidable desafío de enfocar simultáneamente el presente y el futuro, al hacerse cargo de las tareas prácticas y emocionales de la situación inmediata mientras planifican el modelo de habérselas con las complejidades e incertidumbres de su problema en un futuro desconocido.

Debido a que la enfermedad forma parte de de la vida de una persona afectará, de modo diferente, el desarrollo de esa persona y el de diversos miembros de la familia. El efecto particular que tendrá en cada persona dependerá de una serie de factores, entre ellos la edad al comienzo de la enfermedad, los compromisos fundamentales en la vida de la persona en ese momento y la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre. En el contexto de una enfermedad grave, la etapa del ciclo de vida determinará de manera significativa el desarrollo de cada miembro de la familia y será a su vez determinada por éste.

### ***Conceptos Básicos***

Un concepto central para el desarrollo, tanto de la familia como del individuo es el de ciclo de vida. La idea de ciclo indica un orden subyacente del curso vital en que la singularidad del individuo, la familia o la enfermedad ocurre dentro del contexto de una secuencia o

desenvolvimiento básico. Los comienzos y los finales, como el nacimiento, la enfermedad y la muerte, son parte de la secuencia natural.

Un segundo concepto clave, es el de la estructura de la vida humana. Por estructura de la vida se entiende la pauta, diseño o trama subyacente de la vida de una persona o familia en cualquier momento dado del ciclo de vida.

Sus principales componentes incluyen: la ocupación, las relaciones amorosas, el matrimonio y la familia, los roles en diversos contextos sociales y la relación consigo mismo, con inclusión del uso de la soledad. La estructura de la vida crea un límite entre el individuo o la familia y el entorno, rige las transacciones entre ellos y les hace de mediadora. El desarrollo de la enfermedad, del individuo y de la familia tiene en común el concepto de periodos o fases caracterizadas por diferentes tareas de desarrollo.

- **Periodos Centrípetos Versus Periodos Centrífugos en el Ciclo de Vida Familiar**

Lee Combrinck-Graham, propone un modelo de la vida familiar en espiral, en el que todo el sistema familiar de tres generaciones oscila, a través del tiempo, entre periodos de alta cohesión familiar (centrípetos) y periodos de cohesión familiar relativamente menor (centrífugos). Durante un periodo centrípeto, tanto la estructura de la vida del miembro individual como de la unidad familiar destacan la vida interna familiar.

En la transición hacia un periodo centrífugo, la estructura de la vida familiar cambia para adecuarse a objetivos que destacan la interacción de cada uno de los miembros de la familia con el contexto extrafamiliar

- **Periodos de Cohesión Alta y Baja**

El concepto de niveles de cohesión es útil para vincular el curso de vida de la enfermedad con los ciclos de vida individual y familiar. En general, la enfermedad y la discapacidad

ejercen una atracción centrípeta, creando presiones para una mayor cohesión tanto en la unidad familiar como en sus miembros individuales. Esta tendencia varía muchísimo de acuerdo con el tipo específico o fase de una enfermedad, la cual es comparable con la situación que se da con la incorporación de un nuevo miembro (infante), y pone en marcha un proceso de socialización en la enfermedad que requiere una alta cohesión.

Los síntomas, la pérdida de funcionalidad, las demandas de cambio en los roles prácticos y afectivos existentes o de creación de nuevos roles y el temor a la pérdida por muerte son todos ellos elementos que sirven para volcar a una familia hacia dentro.

- **Periodos de Cohesión Baja**

Si el comienzo de una enfermedad coincide con un periodo centrífugo de la familia, puede desbaratarla. Las demandas de cohesión inherentemente mayores de la nueva enfermedad entran en conflicto con las demandas naturalmente menores de una fase centrífuga en el ciclo de vida familiar. La autonomía e individuación extrafamiliar de cada miembro de la familia están en peligro.

La dinámica de la familia y la gravedad de la enfermedad de que se trate influyen para determinar si la revisión de la familia a una estructura de vida con más cohesión es un rodeo temporal en su movimiento centrífugo general o es una involución permanente. Una familia moderadamente fusionada o apegada frecuentemente se enfrenta con la transición a un periodo de mayor autonomía con ansiedad. Su estilo familiar básico está más de acuerdo con el periodo que requería un nivel más alto de cohesión.

Para una familia como ésta, una enfermedad crónica brinda una razón socialmente aceptada para volver a la supuesta seguridad del periodo anterior, centrípeta y de mayor cohesión.

Cuanto más grave sea la enfermedad, mayor dificultad tendrá la familia para retomar su mayor curso de desarrollo.



- **Periodos de Mayor Cohesión**

El comienzo de una enfermedad que coincide con un periodo en el ciclo de vida de la familia, requiere una cohesión considerable, puede tener como consecuencia favorecer la prolongación de ese periodo, en el peor de los casos, la familia puede quedar atrapada en esa etapa de manera permanente.

En las familias que funcionan marginalmente antes de que comience una enfermedad, este tipo de refuerzo mutuo puede disipar un proceso descontrolado que conduzca a una clara disfunción familiar.

En otras familias, esta pauta permanece estable durante toda la niñez, para hacer eclosión dramáticamente en la adolescencia, cuando el deseo de autonomía típico de esta etapa de desarrollo entra en fuerte conflicto con un viejo sistema manifiestamente cohesivo y rígido. Finalmente, el sistema alcanza un punto de ruptura en el que la necesidad de un cambio cocha abiertamente con un sistema anticuado que se quedó estancado en su desarrollo años atrás.

- **Tipología Psicosocial**

Si observamos a la enfermedad de manera más refinada, a través de la lente de la tipología de la enfermedad y las fases temporales, es evidente que el grado de atracción centrípeta varía enormemente, lo que tiene importantes efectos en el ciclo de vida familiar; independientemente de la dinámica familiar anterior a la enfermedad.

La tendencia de que una enfermedad empuje a una familia hacia adentro, se incrementa de manera proporcional al nivel de riesgo de incapacitación o de muerte. Las enfermedades que progresan con el tiempo inherentemente requieren más cohesión de la familia que las que tiene un curso constante y estable. El aporte continuo de demandas a medida de que la enfermedad progresa mantiene la energía de la familia enfocada hacia dentro. En contraste después de que se ha establecido un modus operandi, una enfermedad de curso constante le

permite a la familia ingresar en una fase relativamente autónoma y menos cohesiva del ciclo de vida.

Las enfermedades recurrentes, alternan periodos que hacen que la familia se pliegue sobre sí misma, y periodos libres de las demandas inmediatas de la enfermedad. Sin embargo, el estado de alerta que requieren muchas de estas enfermedades, mantienen a parte de la familia en un modo centrípeta a pesar de los tiempos asintomáticos. Nuevamente, esto puede impedir el desenvolvimiento natural de las fases del ciclo de vida familiar.

- **Fases Temporales**

La estructura de vida con la enfermedad que desarrolla una familia para adecuarse a cada fase del ciclo de vida de la enfermedad se ve influida por la atracción centrípeta de cada fase temporal. Debido a sus grandes demandas psicosociales (aquí como periodo de socialización con la enfermedad), la fase de crisis favorece una tendencia hacia una mayor cohesión. La fase crónica, que tiene como tarea principal el desplazamiento hacia la autonomía dentro de los límites que impone la enfermedad, tiene un fuerte parecido con la fase de la adolescencia y la edad adulta, menos cohesiva. La fase terminal, en la que las demandas psicosociales crecientes acompañan al declive físico, es como la edad avanzada: ambas provocan una atracción centrípeta en la familia debido a que se incrementa la necesidad de brindar cuidados.

La reflexión desde el punto de vista de las tendencias naturales hacia una cohesión mayor o menor, pone a las fases de la enfermedad más o menos en armonía con la etapa de desarrollo de la familia.

- **Periodos de Transición**

Los profesionales deben de tener en cuenta en qué momento comienza una enfermedad crónica, en función de las transiciones individuales y familiares y de los periodos de desarrollo que implican la construcción y el mantenimiento de la estructura de la vida. Toda transición inherentemente entraña los procesos básicos de comenzar y terminar.

La enfermedad y la discapacidad suelen precipitar la pérdida de la identidad familiar anterior a la enfermedad. Fuerzan a la familia a una transición en la que una de sus principales tareas es adaptarse a la posibilidad de una pérdida aun mayor de una muerte prematura. Cuando el comienzo de una enfermedad coincide con una transición en el ciclo de vida del individuo o de la familia, es previsible que se magnifiquen las cuestiones relativas a pérdidas anteriores, presentes o anticipadas. Los de transición son a menudo periodos convulsionados, que se caracterizan por la reconsideración de los compromisos anteriores y de la apertura al cambio. Durante un periodo de transición los compromisos son reevaluados. Este proceso aumenta la probabilidad de que prevalezcan las reglas familiares relativas a la demostración de lealtad a través del sacrificio y el prodigar cuidados. Brindar una atención excesiva a los problemas físicos de un miembro de la familia puede aliviar los sentimientos de indecisión acerca del propio futuro, lo que puede constituirse en una importante fuente de disfunción familiar.

- **Periodo de Mantenimiento de la Estructura de la Vida**

El comienzo de una enfermedad suele causar una desorganización de diferente tipo si coincide, en el desarrollo del individuo o de la familia, con un periodo de construcción o mantenimiento de la estructura de la vida. Las afecciones con un nivel de gravedad psicosocial leve, suelen requerir alguna revisión de la estructura individual o familiar, pero no una reestructuración radical que haría necesario un cambio hacia una fase de desarrollo transicional. Algunas enfermedades pueden ser tan demandantes que fuerzan a la familia a abandonar toda una estructura de vida estable y reasumir una forma de vida transicional.

La adaptabilidad de la familia es un factor fundamental para hacer frente con éxito a este tipo de crisis. En este contexto, se interpreta la adaptabilidad de la familia en su sentido más amplio: una familia debe transformar su estructura de vida básica en un prolongado estado transicional.

Para algunos miembros de la familia, abandonar la construcción ya en curso de una nueva estructura familiar puede ser más destructivo que los cambios en un periodo más transicional, cuando los planes para el futuro suelen estar en una etapa más preliminar y menos firmemente estructurados o claramente determinados (Rolland, 2000).

### **2.3 Tipos de Familia**

La familia es aun, en nuestros días la estructura fundamental de nuestra sociedad, es una organización que se rige por reglas, las cuales se establecen dependiendo del tipo de familia. En cuanto a su estructura podemos clasificarlas de la siguiente manera:

#### ***Familia Nuclear***

También llamada "conyugal", está compuesta por padre, madre e hijos. Los lazos familiares están dados por sangre y por adopción. Habitualmente ambos padres trabajan fuera del hogar. Tanto el hombre como la mujer buscan realizarse como personas integrales. Los ancianos por falta de lugar en la vivienda y tiempo de sus hijos, se derivan a hogares dedicados a su cuidado. El rol educador de la familia se traspasa en parte o totalmente a la escuela o colegio de los niños y la función de entregar valores, actitudes y hábitos no siempre es asumida por los padres por falta de tiempo, por escasez de recursos económicos, por ignorancia y por apatía; siendo los niños y jóvenes en muchos casos, influenciados valóricamente por los amigos, los medios de comunicación y la escuela.

#### ***Familia Extendida***

Está basada en los vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás. En la residencia donde todos habitan, el hombre más viejo es la autoridad y toma las decisiones importantes de la familia, dando además su apellido y herencia a sus descendientes. La mujer por lo general no realiza labores fuera de la casa o que descuiden la crianza de sus hijos. Al interior del grupo familiar, se cumple con todas las necesidades básicas de sus integrantes, como también la función de educación de los hijos. Los ancianos traspasan su experiencia y

sabiduría a los hijos y nietos. Se practica la monogamia, es decir, el hombre tiene sólo una esposa, particularmente en la cultura cristiana occidental.

### ***Familias Ensambladas***

Son aquellas familias compuestas por adultos divorciados, separados o viudos en los cuales tienen cabida los hijos menores o adolescentes de cada uno de ellos; los cuales vuelven a armar una pareja con otra persona también separada en su misma situación con hijos y hasta nietos.

Estas nuevas familias incluyen relaciones mucho más complejas que las tradicionales, puesto que lógicamente se presentará allí la interacción de más personas, cada una de ellas con vidas pasadas diferentes. Por lo general, estos grupos familiares, nacen de la pérdida.

Los puntos de partida de estas familias son dos: la muerte de uno de los cónyuges, o el divorcio previo de uno o los dos cónyuges. En ambos casos constituyen pérdidas para el resto de los miembros de las familias, de manera que la primera tarea de la familia reconstituida será la de aprender a manejarse con las pérdidas y los cambios.

Actualmente se consideran otras modalidades de familia:

- Familias compuestas por un solo progenitor: En la mayoría de los casos son mujeres separadas, divorciadas o viudas que quedan a cargo de sus casas y crianza de los hijos cuando éstos aún son chicos y/o adolescentes.

Excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple con esta función.

- Familias compuestas por personas del mismo sexo:
  - Dos personas solteras con la necesidad de criar a un hijo.
  - Un miembro separado con hijos que se une a otra soltera.
- Familias compuestas por un solo progenitor con hijos: que se une con una persona soltera sin hijos.

- Familias provenientes de diferentes culturas, tanto desde lo étnico como lo religioso:

A modo de ejemplo: Un integrante Judío con un integrante Católico, o proveniente de una cultura Occidental con una cultura Oriental, etcétera (Cohen, 1984).

En cuanto a su interacción se pueden clasificar en:

- Familia rígida: hay una dificultad grande para asumir, por parte de los padres, los cambios que experimentan sus hijos, aunque pase el tiempo y dejen de ser niños, los padres de esta familia los seguirán tratando como cuando eran pequeños, es una forma de no admitir el crecimiento, por eso se muestran rígidos y autoritarios con ellos.
- Familia sobreprotectora: como su nombre indica tienen una fuerte preocupación por proteger a sus hijos, pero lo hacen de forma descomunal, pasan de una protección a una sobreprotección. Los padres retardan la madurez de sus hijos, no les permiten desarrollarse, ni por supuesto permiten una independencia. Crean una idea pesimista con la evolución normal, es decir, dan por hecho que sus hijos no saben ganarse la vida, que no saben defenderse por si solo. El resultado de esta sobreprotección da como consecuencia un nefasto desarrollo para los hijos que presentan un infantilismo en su personalidad.
- Familia permisiva: se diferencia de las demás por la pérdida de roles, es decir, los padres no quieren caer en autoritarismo y como son incapaces de disciplinar a los hijos, se encubren con la excusa de querer razonarlo todo.

Como consecuencia lo anterior desemboca en que los hijos terminen por hacer lo que quieran, sin control alguno. En definitiva los roles de padres e hijos se pierden hasta tal punto que incluso parece que los hijos mandan más que los padres.

- Hay otro tipo de familia que se caracteriza porque los progenitores siempre meten a los hijos por medio, los hijos son la pieza clave de la familia ya que ésta solo se centran en ellos, y ni siquiera hablan de la pareja. Esto es debido a que lo utilizan como un método de defensa, es decir, como no saben enfrentarse a sus propios

conflictos utilizan a sus hijos, como si ese fuera su único tema de conversación. En este tipo de familia centrada en los hijos lo que se busca es la compañía de los hijos, de esto depende su satisfacción personal. Viven exclusivamente para sus hijos.

- Familia inestable: se puede ver que no llega a ser una familia unida, los padres no tienen metas comunes y eso les lleva al problema de no saber escoger los principios que quieren inculcar a sus hijos, como tampoco saben definir en qué tipo de mundo desean que aprendan. Se presenta un ambiente de inestabilidad en el cual crecen los hijos con una personalidad marcada por la inseguridad y la desconfianza, además de tener una imposibilidad afectiva cuya repercusión será formar adultos incapaces de comunicar sus necesidades, haciéndolos sentir frustrados y con grandes sentimientos de culpa por no ser capaces de exteriorizar sus sentimientos.
- Familia estable: En ella hay un claro reparto de roles, las enseñanzas y valores que se quieren dar a los hijos son claras, llenas de perspectivas y de futuro. Hay ilusión y se encuentran todos los miembros unidos y queridos, dando como resultado seguridad, estabilidad y confianza. Cuando los niños crecen, como han tenido metas y no solo las han conseguido sino que han sido apoyados y llenos de afecto, se convierten en adultos independientes y sin ningún problema a la hora de expresar sus necesidades o de mostrar afecto (Trisciuzzi, 1993).

Se ha mencionado hasta aquí las diferentes etapas por las que va evolucionando la familia, desde su formación hasta la disolución de la familia nuclear, los ciclos vitales de ésta y la importancia del papel de la enfermedad crónica en cada etapa del ciclo.

Así como también las posibles clasificaciones de la familia en cuanto a su interacción y estructura. Todo esto con la finalidad de comprender la importancia de brindar un apoyo psicoterapéutico, este punto es de suma importancia para comprender no sólo como es afectada la interacción familiar cuando uno de sus miembros padece de esquizofrenia, pues también es necesario saber qué podemos hacer como psicólogos y cómo familia para confrontar esta problemática de la forma más satisfactoria para la familia y el paciente.

## **2.4 ¿Por qué es importante la Psicoterapia Familiar?**

En los años 60 Virginia Satir escribía un libro titulado Terapia familiar conjunta, es decir, entendiendo una terapia en presencia y con la participación activa de todo el grupo familiar. En esos tiempos tal idea parecía revolucionaria y estaba basada sobre observaciones de las interacciones verbales y no verbales, entre los miembros de la familia. En la idea de la terapia familiar conjunta también estaba implícita la posibilidad de convocar a la sesión a las familias de origen, para poder utilizar de esta forma los recursos y las energías de todo el grupo familiar; tal idea, tomada por otros autores pioneros de la terapia familiar (Framo, Boszormenyi-Nagy, Whitacker, etc.) estaba fundada sobre el objetivo de estudiar en la sesión el desarrollo de las relaciones intergeneracionales, creando un contexto en donde los sentimientos y los afectos muchas veces ocultos o bloqueados por los varios componentes pudieran ser expresados en presencia de los otros miembros de la familia. Siendo esto útil también, podemos observar otras acciones de suma importancia por parte de los psicoterapeutas familiares, entre las cuales podemos mencionar su papel terapéutico al ocuparse del dolor de la familia en las siguientes situaciones:

- a) Cuando una persona dentro de una familia (el paciente) sufre de algo que se manifiesta en síntomas, todos los miembros de la familia sienten ese dolor de alguna manera.
- b) Muchos psicoterapeutas han encontrado útil llamar al miembro que tiene el síntoma “paciente identificado”, o “PI”, en lugar de llamarlo como lo hace la familia “el enfermo”, “el raro”, o “el culpable”.
- c) El psicoterapeuta hace esto, porque considera que los síntomas del paciente identificado cumplen una función familiar y también una función individual.

Dentro de las relaciones familiares podemos ver mediante la terapia diferentes formas de comportamiento de la familia, varios estudios han visto el fenómeno en donde la familia se comporta como una unidad. En 1954 Jackson introdujo el término “homeostasis familiar” para designar esta conducta.



- a) Según el concepto de homeostasis familiar, la familia actúa como si deseara tener un equilibrio en las relaciones.
- b) Los miembros ayudan a obtener ese equilibrio en forma abierta y en forma encubierta.
- c) Las pautas de comunicación de la familia, repetitiva, circular y predecible, revelan este equilibrio.
- d) Cuando la homeostasis familiar es precaria, los miembros hacen un gran esfuerzo para mantenerla.

La relación conyugal influye en el carácter de la homeostasis familiar.

- a) La relación conyugal es el eje en torno en el cual se forman todas las otras relaciones familiares. Los esposos son los arquitectos de la familia.
- b) Una relación conyugal penosa tiende a producir acciones parentales disfuncionales.

El paciente identificado, es el miembro de la familia a quien más obviamente afecta la relación conyugal penosa, y quién está más sujeto a las acciones parentales disfuncionales.

- a) Los síntomas del PI son un “S.O.S.” para que alguien ayude a aliviar el dolor de sus padres y resuelva el desequilibrio familiar resultante.
- b) Los síntomas son, un mensaje que revela que el PI está distorsionando su propio crecimiento, como resultado de sus intentos de aliviar y adsorber el dolor de sus padres.

La “psicoterapia familiar”; se trata de un enfoque que se orienta principalmente hacia los miembros de la familia como individuos, y no hacia toda la familia como unidad. Sin embargo, las observaciones clínicas llegan a la conclusión de que la psicoterapia familiar tiene que orientarse hacia la familia como un todo. Esta convicción inicialmente se apoyó en observaciones que mostraban cómo los miembros de la familia responden al tratamiento individual de una de los suyos etiquetado como “esquizofrénico”. Los observadores coinciden en que:

- a) Otros miembros de la familia interferían en el tratamiento individual del miembro “enfermo”, trataban de volverse parte de dicho tratamiento o lo saboteaban, como si la familia tuviera un interés en mantener la enfermedad de esa persona.
- b) El paciente hospitalizado o encarcelado empeoraba o mostraba regresión después de que lo visitaban miembros de su familia, como si la interacción familiar tuviera una influencia directa sobre sus síntomas.
- c) Otros miembros de la familia empeoraban conforme el paciente mejoraba, como si la enfermedad en uno de los miembros fuera esencial para la manera de funcionar de la familia.

Estas observaciones, hicieron que muchos psiquiatras e investigadores con orientación individual, reevaluaran y cuestionaran ciertos postulados.

- a) Notaron que cuando no se veía al paciente como la víctima de su familia, era fácil sobreidentificarse con él y sobreprotegerlo, ignorando el hecho de que:
  - Los pacientes son igualmente adictos a victimar a su vez a otros miembros de la familia.
  - Los pacientes ayudan a perpetuar su papel de, “el enfermo”, “el diferente”, o el “culpable”.
- b) Notaba que se le daba gran peso a la transferencia como medio de lograr el cambio.
- c) Notaron que el terapeuta tendía a interesarse más en las fantasías del paciente, que en su vida real.
- d) Notaron que al tratar de cambiar la forma de funcionar de un miembro de la familia, en realidad estaban tratando de cambiar la forma de funcionar de toda la familia.
  - Esto hacía que toda la carga de convertirse en un agente de cambio familiar, cayera sobre el paciente exclusivamente, y no sobre todos los miembros de la familia.
  - El paciente ya era el miembro de la familia que estaba tratando de cambiar la forma de actuar de todos; de modo que cuando se le instaba urgentemente a que aumentara sus esfuerzos, sólo se lograba que el paciente recibiera

críticas más intensas de toda la familia, y esto hacía que el enfermo se sintiera más agobiado y menos capaz.

Cuando los terapeutas comenzaron a ver a toda la familia junta, se revelaron otros aspectos de la vida familiar que producían síntomas. Según Warren Brodey, los esposos actuaban en forma diferente con el hijo normal, que con el hijo que padece algún síntoma; afirmaba que los padres en presencia del hijo “normal” pueden relacionarse con una libertad, flexibilidad, y amplitud de percepción, comparado con las limitaciones que existen en la relación entre los mismos padres cuando están con el hijo problema. Las formas patológicas de relación, parecen concentrarse en el contacto con el miembro afectado.

El movimiento de Orientación Infantil, fue un adelanto que ayudó a romper la tradición de señalar exclusivamente a un miembro de la familia como acreedor a tratamiento.

- a) Los terapeutas del Movimiento de Orientación Infantil incluían tanto a la madre como al niño en el tratamiento, a pesar de que eran tratados en sesiones separadas.
- b) Reconocían cada vez más la importancia de incluir al padre en la psicoterapia.
  - El padre sentía que dar cuidados parentales, era más trabajo de su esposa, que el suyo; si el niño actuaba en forma perturbada era a la madre a quién se le debía de ver.
  - Los terapeutas de esta orientación, enfocados como la estaban hacia la madre y el niño, tendían a estar de acuerdo con el razonamiento del padre, de manera que no les era fácil convencerlo de que su papel en la familia era importante en la salud del niño.
  - Se enfocó la atención en el esposo y la esposa, como padres del niño y no como compañeros, no obstante, se ha notado repetidas veces que la relación conyugal afecta los cuidados parentales de una manera crítica. Se ha visto que cuando los padres estaban cercanos emocionalmente, más atentos uno al otro de lo que cualquiera de los dos estaba en el paciente, éste mejoraba.

Cuando cualquiera de los dos padres se ocupaba emocionalmente más del paciente que del cónyuge, el paciente inmediata y automáticamente mostraba regresión.

Los terapeutas familiares han encontrado que es más fácil interesar al esposo en la psicoterapia familiar que en la individual. Eso se debe a que el terapeuta familiar mismo está convencido que los dos arquitectos de la familia deben estar presentes.

Desde el primer contacto, los terapeutas familiares, actúan basándose en ciertas suposiciones de por qué un miembro de la familia ha buscado ayuda terapéutica.

- a) Habitualmente el primer contacto se hace porque alguien fuera de la familia ha calificado a un miembro de ésta como anormal.
- b) El PI quizá ya exhibía perturbaciones de comportamiento mucho antes de que alguien lo calificara de anormal.
- c) Hasta que la persona ajena a la familia calificó al PI como perturbado, los miembros de la familia actuaron como si no notaran la conducta calificada por ellos como apropiada por cumplir una función dentro de la familia.
- d) Habitualmente ocurre algún evento que precipita los síntomas del PI y éstos hacen que para los extraños se vuelva obvio el hecho de que el niño está perturbado. Los incidentes que pueden precipitar los síntomas son:
  - Cambios fuera de la familia nuclear: guerra, depresión económica, etcétera.
  - Cambios en las familias de los dos padres: enfermedad de la abuela, problemas económicos del abuelo, etc.
  - Alguien entra y sale de la familia nuclear: la abuela viene a vivir con ella, la familia toma un huésped, aumentan los miembros porque nace otro niño.
  - Cambios biológicos: un niño llega a la adolescencia, la madre llega a la menopausia, el padre se hospitaliza.
  - Cambios sociales importantes: un niño sale de la casa para asistir a la escuela, la familia se cambia a un barrio nuevo.

Estos eventos pueden precipitar síntomas porque requieren que los esposos integren los cambios y esto pone una tensión extra sobre la relación marital; se necesita redefinir las relaciones familiares y por lo tanto se afecta el equilibrio familiar.

La homeostasis familiar puede funcionar bien para los miembros en algunos periodos de la vida familiar y no en otros, pero si un evento afecta a un miembro, todos se ven afectados en cierto grado (Satir, 1982).

## CAPÍTULO 3. FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

Estos últimos 30 años se han caracterizado por un continuado interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo. Desde esta perspectiva, las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales, y debido a ello las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de estudio.

Puesto que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos.

### **3.1 Primeros Estudios**

La década de los años 50 es la época de la formulación de las teorías familiares más importantes: las de los grupos de Bateson, Lidz y Wynne. A pesar de las marcadas diferencias entre estas tres escuelas, las tres comparten la siguiente hipótesis general: "... condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia" (Liem, 1980; pág. 429).

Los años siguientes a la formulación de estas teorías estarán caracterizados por el gran número de investigaciones que intentan confirmar las hipótesis propuestas por las escuelas mencionadas, utilizando en dichos estudios no sólo familias esquizofrénicas sino también familias clínicas no esquizofrénicas y familias no clínicas.

Las primeras investigaciones realizadas en la década de los 50 utilizaron fundamentalmente procedimientos de autoinforme, y en su conjunto merecieron posteriormente el calificativo de "metodológicamente débiles" (Jacob, 1975). Es en los años 60 cuando se llevan a cabo estudios de observación directa, siendo éste un período de intensa actividad investigadora,

con cientos de estudios dirigidos a poner a prueba las teorías propuestas en la década anterior. Es el "período optimista" de la investigación familiar en psicopatología.

No obstante, todos esos estudios utilizaban diseños transversales, examinando las variables familiares después de la aparición de la esquizofrenia en el hijo. De ese modo, era imposible establecer el impacto de las variables familiares antes del comienzo de la enfermedad y, lógicamente, aparecieron dos interpretaciones posibles: la etiológica y la responsiva. Para la primera, los patrones de interacción familiar observados en las familias de esquizofrénicos podían haber precedido y posiblemente causado la esquizofrenia, mientras que la segunda, mantenía que esos patrones característicos de las familias esquizofrénicas podían haber seguido y sí causados por la esquizofrenia en el hijo.

La década de los 70 marca el fin de ese ímpetu general, y el optimismo de los años anteriores es reemplazado por una actitud más pesimista y crítica. Aparecen en esta época toda una serie de revisiones y artículos analíticos que señalan la presencia, en esos estudios, de problemas metodológicos y conceptuales que impedían el progreso del trabajo empírico (Haley, 1972; Riskin y Faunce, 1972; Jacob, 1975; Goldstein y Rodnick, 1975; Doane, 1978; Liem, 1980).

Después de los años 70 ha habido dos importantes áreas de desarrollo en la investigación sobre la familia y la esquizofrenia. Ambas se han desarrollado en el contexto de un modelo de vulnerabilidad-stress de la esquizofrenia (Lukoff, Snyder, Ventura y Nuechterlein, (1984), siendo éste el más ampliamente aceptado en la actualidad, antes que cualquier ingenuo modelo genético o familiar predominantes en los primeros estudios.

La primera área de investigación surgió a partir de las observaciones de que las fenotiazinas no eran la panacea que parecían ser: la sintomatología psicótica permanecía inalterable a pesar de la medicación en un 7 % de los pacientes, y el 35 % de los pacientes sufría de recaídas en los dos años siguientes a la aparición del trastorno, a pesar de seguir medicación de mantenimiento (Leff y Wing, 1971). Esta línea de investigación, iniciada en el *Institute of Social Psychiatry* de Londres, se ha dirigido hacia el estudio de recaídas en los pacientes

esquizofrénicos (Leff y Waughn, 1985). El resultado de estos estudios ha sido la obtención de un potente predictor de las recaídas del paciente esquizofrénico: la expresión de las emociones, una característica estable e independiente que refleja el tipo de relación existente entre familia y paciente, y mide las actitudes de los miembros familiares hacia el paciente, expresadas dentro del contexto de una entrevista con un profesional de la salud mental.

La segunda área de desarrollo de la investigación ha sido la de estudios con diseños longitudinales más complejos que exploran el curso evolutivo de la esquizofrenia.

Dos son los objetivos del presente capítulo:

- 1) En primer lugar, aclarar si actualmente existe alguna evidencia de que los patrones de comunicación y estructura familiar de las familias de esquizofrénicos son diferentes a los otros tipos de familias, y para ello haremos un repaso de las revisiones realizadas sobre los estudios de corte transversal.
- 2) En segundo lugar, clarificar si existen datos indicadores de que la perturbación de las relaciones familiares es anterior al comienzo de la esquizofrenia, para lo cual describiremos el estado actual de los estudios longitudinales diseñados con tal fin.

### ***Estudios de Corte Transversal***

Estas investigaciones se caracterizaron por la observación, registro y codificación sistemática de las pautas de interacción entre los padres y uno o más hijos pertenecientes a familias con un miembro perturbado (esquizofrénicos y no esquizofrénicos) y grupos familiares no clínicos, siendo el estudio con dos modalidades:

- 1) Interacción libre.
- 2) Ejecución de tareas.



Dos fueron las áreas de estudio de los investigadores:

- 1) Relaciones de rol (afecto, dominancia y conflicto).
- 2) Comunicación.

La revisión más importante de estas investigaciones fue realizada por Jacob en 1975. En esta revisión, él propuso una serie de criterios para evaluar su adecuación metodológica: homogeneización de los grupos control y experimental en las variables demográficas de relevancia, evaluación de los patrones de interacción por parte de jueces desconocedores del status diagnóstico de la familia, existencia de consenso entre jueces independientes con respecto a la presencia y frecuencia de la conducta que se registra, análisis por separado de las pautas de interacción familiar en función del sexo del hijo, evaluación de los grupos de control y experimental en contextos experimentales idénticos, e historias de tratamiento de uno de los grupos control comparables a las del grupo experimental.

Con objeto de presentar sistemáticamente los estudios de observación directa, Jacob los agrupó en función de la dimensión estudiada: conflicto, dominancia, afecto y claridad de la comunicación, analizando por separado los estudios que contenían grupos familiares esquizofrénicos y grupos familiares perturbados no esquizofrénicos, asumiendo de esta forma que las diferentes patologías conllevan pautas de interacción familiar también diferentes.

A pesar del gran número de estudios revisados, el resultado final no fue muy alentador, y Jacob consideró que sólo en dos dimensiones se podía hablar de resultados significativos:

- En primer lugar, los estudios que compararon grupos perturbados no esquizofrénicos con grupos normales, hallaron diferencias significativas entre ellos en cuanto a expresión de afecto, expresando las familias no clínicas mayor cantidad de afecto positivo que las perturbadas, y viceversa, más afecto negativo en las perturbadas que en las no clínicas.

- En segundo lugar los hallazgos significativos comprendieron la dimensión de claridad y precisión de la comunicación; los resultados obtenidos indicaron consistentemente una menor claridad y exactitud en las comunicaciones de las familias esquizofrénicas que en las de familias normales. A pesar de esto, Jacob puntualizó que se trataba de un área de estudio todavía lejos del establecimiento de conclusiones sólidas acerca de la determinación de pautas específicas de interacción en familias perturbadas diferentes de aquéllas pertenecientes a familias no clínicas; en sus palabras: "En resumen, parece que los estudios de interacción familiar, aunque basados en una estrategia en potencia metodológicamente sólida, todavía no han aislado patrones familiares que diferencien fiablemente grupos perturbados de normales" (Jacob, 1975; pág. 58).

En 1978 Doane publica una nueva revisión de los estudios de interacción familiar, llegando a conclusiones muy diferentes de las de Jacob: "Parece que, de hecho, hay varias dimensiones a lo largo de las cuales pueden diferenciarse fiablemente familias perturbadas y normales. A pesar de las dificultades inherentes a la investigación familiar, las tendencias son evidentes" (Doane, 1978; pág. 374).

Doane había tomado una dirección diferente a la de otras revisiones, rehusando aceptar los nombres de los constructos que utilizaban los investigadores; ella agrupó los constructos de acuerdo a su propia opinión acerca de su significado. A partir de este reagrupamiento, extrajo conclusiones diferentes a las de otras revisiones. Doane no sólo concluyó que las familias de esquizofrénicos mostraban mayor desviación de comunicación, sino también que era más probable que evidenciasen alianzas parentales más débiles y frecuentes coaliciones padre (madre)-hijo, inestabilidad en la estructura de roles, y menos flexibilidad en la ejecución de tareas, sin embargo, como Jacob y Grounds (1978) señalaron que esas conclusiones estuvieron basadas en una muy selectiva revisión de los hallazgos.

A partir de los últimos años de la década de los 60 los estudios sobre interacción familiar comienzan a decaer, y ya en la década de los 70, la disminución de este tipo de estudios es más significativa.

Las investigaciones sobre familia y esquizofrenia siguieron centrándose en dos grandes áreas:

- a) Relaciones de rol
- b) Desorden de la comunicación.

En general, los resultados de estos estudios siguieron la misma línea que los anteriores, la inconsistencia en cuanto a los hallazgos sobre las relaciones familiares de rol, y progresiva acumulación de datos significativos y consistentes acerca de los desórdenes de la comunicación en el medio familiar. Sin embargo, y con respecto a la metodología, Liem (1980) en su revisión de estos estudios apuntó una considerable mejora metodológica en ambas áreas.

- a) Los estudios realizados durante el período 1975-80, y que incluyeron análisis acerca de las relaciones familiares de rol, se centraron en tres aspectos diferentes:
  - 1) Relaciones de poder y coaliciones.
  - 2) Relaciones simbióticas.
  - 3) Relaciones erotizadas padre (madre)-hijo (hija).

A pesar de la dificultad que entrañó el extraer conclusiones sólidas del reducido número de estudios existentes sobre esos aspectos, donde la claridad de los constructos no era todo lo deseable que debería, y donde a veces sus diseños adolecían de ciertas debilidades metodológicas, Liem señaló que, en general, existía una base para pensar que ciertos aspectos de la estructura familiar de roles eran característicos de las familias esquizofrénicas, y las diferenciaban de otro tipo de familias perturbadas o normales: la alta permeabilidad de sus límites de rol, y una pobre articulación en la estructura de roles.

- b) La segunda área importante de estudio de los investigadores familiares, inspirada fundamentalmente en los trabajos de Wynne y Singer, fue la de desviación de la comunicación, siendo ésta el área más beneficiada, tanto por las mejoras metodológicas como por el número de estudios sobre dicho tema, produciendo

patrones de hallazgos bastante más consistentes que los obtenidos en el campo de las relaciones de rol. Así, esta área de estudio produjo un claro y consistente resultado: los padres esquizofrénicos muestran un déficit en su capacidad para compartir un foco de atención, adoptar la perspectiva de otro, y comunicar el significado clara y precisamente.

Sin embargo, este patrón de resultados podía recibir varias explicaciones.

- En primer lugar, que la desviación de la comunicación fuese anterior a la aparición de la esquizofrenia en el hijo y jugase un rol etiológico en el desarrollo de este trastorno.
- En segundo lugar, que los problemas de comunicación fuesen posteriores al surgimiento de la esquizofrenia, representando la reacción familiar al impacto que en ella ocasiona la aparición de este trastorno en uno de sus miembros.
- La tercera explicación alternativa es la genética; para los autores que mantienen esta hipótesis, la esquizofrenia es el resultado de la transmisión genética, por lo tanto, la desviación de la comunicación se considera epifenoménica, no etiológica.

Los estudios de corte transversal hasta aquí examinados no fueron útiles para aclarar esta cuestión. Debido a esto, fue necesario cambiar las estrategias de investigación, y así se realizaron estudios de familias artificiales, estudios de adopción y estudios longitudinales.

### *Estudios Longitudinales*

Los estudios transversales sugirieron que la desviación de la comunicación aparecía más comúnmente en familias de esquizofrénicos. Sin embargo, como se ha señalado, tales estudios fueron incapaces de discriminar entre conductas familiares que preceden al comienzo de la esquizofrenia y las distintas adaptaciones que siguen al comienzo del trastorno.

La estrategia de "alto riesgo" fue diseñada para separar los procesos que anteceden al comienzo del trastorno de aquellos posteriores a él. Tres son los estudios más importantes:

- 1) El proyecto familiar UCLA.
- 2) El estudio de alto riesgo israelí (Goldstein, 1985).
- 3) El estudio de adopción finlandés (Tienari *et al.*, 1987).

Las tres investigaciones siguen el modelo de vulnerabilidad-stress investigan las relaciones familiares antes del comienzo del trastorno. Dos de los estudios (Marcus *et al.* y Tienari *et al.*) utilizan el diseño clásico de alto riesgo estudiando hijos de esquizofrénicos, mientras que el tercero utiliza un grupo de adolescentes de leve a moderadamente perturbados, que se definen como grupo de riesgo en virtud de su fracaso para dominar las tareas evolutivas de la adolescencia.

El proyecto familiar UCLA utilizó un grupo de 64 familias intactas con un adolescente perturbado seleccionado de un centro ambulatorio al que habían acudido por dificultades académicas, interpersonales, o bien conflictos con la autoridad; ninguno de ellos era psicótico o borderline. En el momento de inicio del estudio los adolescentes se subdividieron en cuatro grupos en función de sus dificultades conductuales (Goldstein *et al.*, 1968), y se hipotetizó que dos de esos grupos corrían un riesgo mayor de esquizofrenia. Además de esto, se realizó también un estudio intensivo de los procesos intrafamiliares, a partir del cual se sugirió que dos tipos de variables serían particularmente estresantes: desviación de la comunicación (Wynne *et al.*, 1977) y clima afectivo negativo, denominado alta expresión emocional (Vaughn y Leff, 1976) o bien estilo afectivo negativo (Doane *et al.*, 1981). La muestra de hijos y, posteriormente, aquellos hermanos que desarrollaron trastornos mentales graves, fue seguida durante 15 años.

Este estudio tuvo dos objetivos primordiales:

- 1) Determinar si los patrones de perturbación familiar eran predictivos de la probabilidad de desarrollar un trastorno del *spectrum* esquizofrénico.

- 2) Investigar si la desviación de la comunicación o el clima afectivo negativo, solos o en combinación, podían identificar a familias con riesgo de esquizofrenia.

El tipo de problema de conducta del adolescente tuvo poco o ningún valor predictivo (Goldstein, 1985). Sin embargo, con respecto a las medidas familiares, los resultados fueron positivos. La incidencia de trastornos del *spectrum* esquizofrénico fue mayor en familias clasificadas como altas en desviación de la comunicación; de hecho, en familias con desviación de la comunicación baja no hubo casos del *spectrum*. La combinación de alta desviación de la comunicación y la medición del clima afectivo negativo aumentó la probabilidad de identificar a las familias que manifestaban trastornos del *spectrum* esquizofrénico en el período de seguimiento.

Este estudio longitudinal proporcionó la respuesta definitiva: la perturbación de las relaciones familiares, indicada por la desviación de la comunicación, precede al comienzo de los trastornos del *spectrum* esquizofrénico. Esta investigación salvó las dificultades de los estudios de corte transversal, excluyendo definitivamente la hipótesis de que la perturbación de la comunicación familiar fuese el resultado de la reacción familiar a la conducta psicótica de uno de sus miembros.

Un segundo estudio de relevancia es el llevado a cabo en Israel (Marcus *et al.*, 1987; Kugelmass *et al.*, 1985; Marcus *et al.*, 1985a; Nagler *et al.*, 1985). El grupo de alto riesgo en este estudio fueron 50 hijos de esquizofrénicos (la mayoría madres esquizofrénicas) y el grupo control 50 hijos de padres sin enfermedad mental. En cada grupo, la mitad de los hijos vivían en un kibbutz, y la otra mitad en un contexto familiar tradicional urbano.

El objetivo principal de este estudio fue averiguar si las medidas de funcionamiento neuropsicológico podían revelar en los hijos algún signo temprano de vulnerabilidad al trastorno. Sin embargo, también se evaluó el medio familiar calificando a los padres en medidas de sobreimplicación, inconsistencia y hostilidad.

La investigación se inició en 1967, y después de 13 años de seguimiento, 26 sujetos habían recibido diagnósticos del DSM-III: 22 del grupo de alto riesgo y 4 del grupo control, con un mayor porcentaje de los criados en el kibbutz que en la ciudad. De los casos diagnosticados, cinco lo fueron de esquizofrenia y cuatro de trastornos del *spectrum*. Los casos del *spectrum* provenían sólo de padres esquizofrénicos, y el total de los nueve pertenecían a ambientes familiares que habían puntuado alto en las medidas de sobreimplicación, inconsistencia y hostilidad. Por lo tanto, no se observó ningún caso de esquizofrenia o *spectrum* proveniente de medios familiares adecuados.

El tercer estudio ha sido el dirigido por Tienari en Finlandia y al igual que el israelí, todavía no ha finalizado. Aquí el grupo de riesgo se obtuvo de una muestra de mujeres esquizofrénicas, todas las cuales habían dado sus hijos para adopción. Este estudio intenta investigar los factores genéticos y ambientales en el desarrollo de la esquizofrenia, así como valorar la incidencia de la esquizofrenia en un hijo como función de la calidad del medio familiar. Las mediciones de los patrones de interacción familiar se obtuvieron a través de entrevistas y pruebas psicodiagnósticas como el Rorschach, Método de Percepción Interpersonal (Laing *et al.*, 1966) y subescalas del WAIS (Wechsler, 1981).

Aunque los datos obtenidos hasta la fecha (Tienari *et al.*, 1987) indican claramente la importancia de los factores genéticos en la esquizofrenia, también apoyan el modelo de vulnerabilidad-stress: en las familias calificadas como "sanas" el 93% de los hijos fue calificado como "sano", y sólo el 7% restante como "enfermo" (Trastornos de personalidad, estados *bordeline* y psicosis); en contraste, en los otros dos tipos de familias perturbadas moderada y gravemente perturbadas, los porcentajes de hijos enfermos y sanos fueron de 48% y 52% respectivamente.

Los datos obtenidos en estos tres estudios permiten afirmar que el análisis de las perturbaciones del medio familiar contribuye a predecir la futura aparición de trastornos del *spectrum* esquizofrénico.

### **3.2 Patrones de Comunicación entre el Sujeto Esquizofrénico y su Familia**

Diversos autores han investigado sobre desviaciones o trastornos en la comunicación de los padres y familiares de esquizofrénicos. El concepto *comunicación desviada* (C.D.) fue desarrollado por Wynne y Singer desde los primeros años de la década de los 60, a partir de la observación de que en las familias de esquizofrénicos se dan unos patrones de comunicación fragmentados y notablemente alterados. Formularon la hipótesis de que tales estilos desviados de comunicación inducen el desarrollo de un pensamiento y una capacidad de comunicación alterados en los hijos susceptibles.

Efectivamente, numerosos estudios descriptivos han demostrado que la C.D. de los padres se asocia de forma significativa con la esquizofrenia en alguno de sus hijos, lo cual, obviamente, no implica una relación causal. La C.D. podría ser simplemente el resultado de vivir con un miembro familiar seriamente afectado o psicótico. Los resultados de dichos estudios parece que muestran una correlación entre la C.D. alta de los padres y el bajo nivel de funcionamiento del hijo. Por otra parte, también se dice que la C.D. estaría presente antes de la aparición de los síntomas de la esquizofrenia.

En definitiva, la C.D. parece medir diferentes aspectos de las relaciones familiares y se asocian con el desarrollo de un trastorno del espectro esquizofrénico. Y está referida a las conductas de comunicaciones vagas, tangenciales, confusas y carentes de significación, que han sido identificadas en las familias con un miembro diagnosticado de esquizofrenia. Ahora bien, es dudoso que la C.D. sea un factor precipitante del episodio esquizofrénico, ya que puede aparecer en la familia a posteriori como respuesta a la interacción diaria con el miembro esquizofrénico.

Otro constructo familiar de vigencia actual que se relaciona con los trastornos familiares y el curso de la esquizofrenia es la llamada *emoción expresada* (E.E.).



El índice de E.E. resulta de la medición combinada del número de comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional que presenta la familia hacia el miembro esquizofrénico. La E.E. parece ser una importante variable medidora del curso de la esquizofrenia y un importante predictor del número de recaídas de los pacientes, incluso cuando dicha variable se evalúa en fases posteriores al episodio agudo esquizofrénico.

Vaughn (1981) ha definido el concepto de E.E., sustentándolo en cuatro características:

- 1) Intromisión.
- 2) Enfado, tensión y ansiedad.
- 3) Culpabilización del paciente.
- 4) Intolerancia a los síntomas y al deterioro; desengaño y resentimiento porque el paciente no responde a las expectativas; y presión sobre él para que modifique su comportamiento.

Brown y cols. (1958, 1962) advirtieron que el medio al que retornaba el enfermo esquizofrénico tras el alta hospitalaria influía en las tasas de recaídas subsiguientes (entendiendo por tal la rehospitalización, o el incremento en la psicopatología, fundamentalmente).

Estudios posteriores de Brown y cols. (1972) demostraban que las recaídas eran más frecuentes en pacientes que regresaban al seno de familias con una puntuación de alta E.E., frente a los de baja E.E., de tal forma que este efecto negativo era apreciable particularmente cuando el contacto cara a cara con el familiar de alta E.E. era superior a 35 horas semanales.

### **3.3 Actitudes de la Familia Hacia el Paciente Esquizofrénico**

Berenstein (1987) menciona que por lo general, cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familiar se define como *sanos* opuestos al integrante definido como *enfermo*. Con esto sostiene que la familia de un enfermo mental, como sistema sano o normal, sigue los lineamientos de las normas sociales, las cuales son adaptadas al criterio vigente, desde donde las conductas normales son aquellas que la

sociedad considera como tales con arreglo a una norma. Se ha sugerido (Berenstein) que como la categoría enfermo se dirige hacia un integrante de la familia, con frecuencia se quejan de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar.

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que la esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia. Además afirman que la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo; mencionando que no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, entre los hermanos, además depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia. Se afirma que las familias tienden a las respuestas emocionales siguientes (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986):

- **Angustia, miedo:** Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados aun antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo. Presenciar cómo un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.
- **Culpa:** Muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer. Los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones, con sus mensajes que destacan la conexión entre la buena crianza y el éxito del hijo. Parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.
- **Estigma y vergüenza:** Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, la incomprensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o

criminales. Cuando actúan de esta manera extraña, es comprensible que causen dolor y vergüenza a sus familiares.

- **Frustración:** Cuando un miembro de una familia padece una enfermedad mental, lo habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles. Los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos mecanismos de resolución comunes hacen que la mayoría de los familiares se sientan naturalmente cada vez más frustrados.
- **Ira:** Es una respuesta normal a la frustración crónica. Aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes. La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador.
- **Tristeza, duelo:** La mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes. Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aún si el paciente es su único hijo. También lo es para la pareja, cuando debe llorar la pérdida de su par, quién ya no le corresponde genuinamente, teniendo que aprender a enfrentar el ensimismamiento del ser querido o al menoscabo de sus capacidades.

Es con lo anterior que Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que existen diferentes respuestas conductuales comunes como:

- Adaptarse y normalizar la situación, adoptando una rutina con el fin de incorporar las pautas de conducta del enfermo.
- Recurrir a los ruegos, halagos y a la persuasión razonada.
- Buscar sentido a comunicaciones desatinadas del esquizofrénico.

- Hacer caso omiso de la conducta del paciente, tratando de negar importancia a los síntomas y centrar la atención en otros aspectos de su propia vida.
- Asumir responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección; vigilar constantemente al enfermo.
- Reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo.
- Hacer caso omiso de las necesidades de los otros miembros de la familia, con el tiempo esto puede llevar al deterioro de otras relaciones familiares, o hacer que otros miembros de la familia se sientan desentendidos o abandonados porque no hay tiempo ni energías suficientes para ocuparse de ellos.

Berenstein (1987) afirma que, una familia puede cuidar con solicitud a su enfermo mental y, sin embargo, maltratarlo o reprocharle por su maltrato a los integrantes. Otra familia puede contraer grandes deudas para pagar el tratamiento del enfermo y, al mismo tiempo, el resto de los integrantes sentirse envidiosos y en competencia con el paciente por la cantidad de gastos que insume.

Berenstein (1987) explica que una organización dualista es lo que determina que los individuos se definan en relación con los otros por su pertenencia o no-pertenencia a la misma mitad, cada una de las cuales adopta una denominación distinta. Además menciona que a nivel familiar, una de las mitades está formada por el *enfermo* y adopta tal denominación y la otra mitad, formada por *sanos*, que en efecto adopta esta denominación. Ambas mitades forman una oposición y enmarcan un sistema indisoluble ya que no puede entenderse uno de los términos sin el otro. Este sistema dualista aparece como una forma de regular el principio general de la reciprocidad.

Con lo anterior, Berenstein (1987) sostiene que no se puede entender el significado de los síntomas de un integrante familiar si no se le incluye dentro de un contexto sociofamiliar, en función del cual se entienden las normas y, en tanto, la anormalidad o desviación de las normas. Con esto (Berenstein) menciona que, uno puede encontrarse con otros familiares

padeciendo serias perturbaciones mas no contienen el significado de anormalidad en la medida en que son concordantes con las normas familiares.

Berenstein (1987) menciona que cuando un grupo familiar se organiza por medio del eje salud/enfermedad, contiene otras participaciones correspondientes a su organización social, económica, religiosa y psicológica, que las familias que no se encuentran en este eje, las cuales serían la mayoría que comprende la sociedad.

### **3.4 Actitud y Estigmatización Hacia el Paciente Esquizofrénico**

De acuerdo a Rodríguez (1987) las actitudes son o pueden ser elementos valiosos para predecir conductas, además desempeñan funciones psicológicas específicas para cada persona y son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto.

Por su parte, Sabini plantea que las actitudes tendrían tres principales funciones:

- 1) Son elementos centrales en la definición y mantención de los grupos.
- 2) Ayudan a establecer la propia identidad o la concepción de sí mismo.
- 3) Guían el pensamiento y la conducta (Sabini, 1992).

De una forma más concisa, Baron y Byrne (1994) plantean que las actitudes han sido un tema central en la psicología social por una buena razón: “Ellas moldean tanto nuestras percepciones sociales como nuestra conducta social”.

Desde la psicología social, actitud se entiende como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”.

Rodríguez (1997) afirma: “Es importante señalar que las actitudes se forman o se modelan a través del siguiente proceso, la información cognitiva es lo que la persona conoce acerca del objeto actitudinal, los hechos y creencias que tiene sobre él (por ejemplo, el fumar hace daño). La información afectiva consiste en cómo la persona se siente hacia el objeto, los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal (ejemplo, malestar frente al humo del cigarrillo). Y la información conductual comprende el conocimiento acerca de las interacciones pasadas, presentes o futuras de la persona con el objeto actitudinal (ejemplo, que la persona no fume)”.

Para poder dar cuenta de las actitudes que llamaremos discriminativas al interior de la familia de un paciente esquizofrénico, resulta relevante revisar elementos teóricos que determinarían el carácter discriminativo de dichas actitudes asociadas al impacto que causa la presencia de esta enfermedad al interior de una familia.

El estigma es una forma particular de actitud, un término de la Psicología que se refiere a la suma de lo que pienso, lo que siento y de como reaccionaría frente hechos, personas o cosas, generalmente sin un análisis objetivo que pueda justificarlo.

El término estigma ya se utilizó en la antigua Grecia cuando se marcaba a los seres inferiores y de menor nivel que el resto de los ciudadanos comunes con alguna señal física visible. Las enfermedades mentales son actualmente una de esas *marcas* estigmatizantes, siendo la esquizofrenia una de las más afectadas (Pedro Gargoloff, Diego Rodríguez, Martín Telleriarte, 2002).

Actualmente, si bien el término estigma no es tan poderoso, la marca lamentablemente persiste, expresándose en actitudes negativas y conductas de rechazo de la sociedad para con las personas que sufren enfermedades psiquiátricas. Hay razones para creer que una sociedad que considera a ciertos individuos *enfermos mentales*, los denomina *enfermos mentales* y los trata como *enfermos mentales*, lo cual agrava mediante actos esa condición a la que se califica de *enfermedad mental*.

Es importante reiterar algunos elementos del párrafo anterior, tales como condición y calificación de enfermedad mental, que actualmente dan cuenta del proceso de etiquetar conductas que no encajan o que escapan a las reglas y conductas del normal funcionamiento de los individuos en la sociedad, los hombres de la sociedad occidental han forjado normas para definir cuales son los aspectos que deben considerarse reales o irreales, internos o externos. Si un hombre considera real lo que según ellos debería considerar irreal, o viceversa, o como interno lo que debería considerar externo, o viceversa, y se defiende la validez de su criterio con un estilo de argumentación que ellos tienen por anómalos, o no lo razona de manera alguna, lo más probable es que le tachen de *enfermo mental*. La sociedad occidental designa a los psiquiatras como expertos para examinar a aquellos que quebrantan las reglas y establecer si rompen aquellas normas por las que se puede calificarles de *enfermos mentales*.

Erich Fromm, (1976) en *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea* desarrolló el concepto de *Patología de la modernidad*, y se remite al tema a través de lo que define como la actitud del *humanismo normativo* para señalar que la salud de la sociedad occidental no está necesariamente garantizada y que en muchos aspectos fundamentales de la vida se desenvuelve entre soluciones acertadas o erróneas, satisfactorias o insatisfactorias. Se logra salud mental si el hombre llega a la plena madurez de acuerdo con las características y las leyes de la naturaleza humana. El desequilibrio o la enfermedad mental consisten en no haber tenido ese desenvolvimiento. Partiendo de esta premisa el criterio para juzgar a la salud mental no es el de la adaptación del individuo a un orden social dado, sino a un criterio universal, valido para todos los hombres: el de dar solución suficientemente satisfactoria al problema de la existencia humana.

Lo que Fromm (1976) propone con la idea de criterio universal es acercarse a la forma de validación consensual de las ideas, que da pie para entender lo engañoso que puede resultar en función de la salud mental, esta tendencia a regular normativamente las distintas formas de comportamiento y desenvolvimiento normal y patológico. Es decir, que la categoría de sano o enfermo no necesariamente responde a un criterio médico si no más bien podría estar en función de criterios consensuales de orden económico o político, a los cuales el

enfermo esquizofrénico no responde, por lo que resulta normal que se le margine, se le recluya y que pierda también en este proceso su calidad de ser humano (en el sentido de sus derechos, dado que no cumple deberes y no produce) y pasa a ser nombrado como esquizofrénico, generalizando y personificándose como un ser social enfermo (que puede llegar a ser percibido por los otros como riesgoso o peligroso) y no como un hombre que sufre o que está afectado por una enfermedad.

Respecto al proceso de marginación, de prejuicios, de estigma social y discriminación Franco Basaglia (1988) señala que nuestro sistema social, no puede dar cuenta de las contradicciones del hombre, lo toma según es: un hombre está fuera o dentro de las normas, y esto se da tanto para el encarcelado, el delincuente, como el enfermo mental. Por el contrario la ruptura de la norma no puede ser aceptada por nuestro sistema social, la ruptura de la norma debe ser inmediatamente reprimida, por que las condiciones de nuestra sociedad no son como para poder permitir que una persona sea diferente. Porque el problema esencial es que lo que no podemos permitirnos es lo diferente, es decir ser diferentes. Para nosotros ser diferentes significa desigualdad. *El loco* es diferente por eso se le considera desigual.

Estigma es una actitud que parte de un juicio negativo y desvalorizante. Discriminación es entonces, el resultado o la consecuencia negativa del estigma con las consecuentes conductas y actitudes discriminativas, de injusto rechazo, atentando así contra la dignidad de las personas diferentes o que tienen una enfermedad, privándolas de sus derechos.



## CAPÍTULO 4. ENFOQUES DE LA TERAPIA FAMILIAR

El entrenamiento del psicólogo como terapeuta familiar tiene como objetivo curar, el terapeuta es un humano que se interesa terapéuticamente por la familia en los ámbitos y problemas que los aquejan, además guarda un respeto por los valores, intereses y emociones de cada integrante de la familia. En la terapia se busca entrar en coparticipación con la familia, vivir la realidad de los miembros de la familia, ver como interaccionan y cómo esto conforma a la familia. El psicólogo debería ser un agente de cambio mediante la coparticipación, manteniendo las reglas del sistema familiar e interviniendo dentro de los límites que la familia destine para producir cambios.

### **4.1 Antecedentes**

El movimiento familiar inició entre principios y mediados de la década de 1950 y se desarrolló por la tentativa de buscar métodos de trabajos más eficaces en los casos de graves trastornos emocionales.

Prospereó como una extensión del psicoanálisis, éste había proporcionado métodos y técnicas útiles para las necesidades masivas de la Segunda Guerra Mundial. La teoría psicoanalítica explicaba toda la gama de problemas emocionales, pero las técnicas de tratamiento psicoanalítico no eran efectivas en los casos de graves trastornos emocionales. Psiquiatras empezaron a experimentar muchas variantes con el método terapéutico. El estudio de la familia constituyó una de las nuevas áreas de interés.

Se planteó un dilema conceptual cuando la persona más significativa en la vida de un paciente fue considerada causante de su enfermedad y patógena para él. Los psiquiatras eran conscientes de que el modelo individual no era adecuado. El concepto de inconsciente, por ejemplo, admitía, como postulado que el padre, inconscientemente podría perjudicar al hijo, incluso cuando trataba de ayudarlo. Era muy distinto decir que el daño había sido

intencionado o que era atribuible a un acto irresponsable de omisión, pero siguió marcando al padre como “patógeno”.

Uno de los progresos más importantes que caracterizan el movimiento familiar con respecto al trabajo con la “familia” realizado con anterioridad consiste en el cambio del proceso terapéutico de base. Desde los comienzos del psicoanálisis, se ha considerado que el análisis y la resolución de la transferencia eran la fuerza terapéutica primaria en los casos de trastorno emocional. Entre los promotores del actual movimiento familiar, había psiquiatras, que aparte de concentrarse en el dilema del paciente, empezaron a mostrar mayor atención al cariz familiar del problema.

El actual movimiento familiar fue iniciado por diversos investigadores que, partiendo de un concepto teórico o clínico, comenzaron a afirmar que la familia era importante. Desde el momento en que la atención se desplazó del individuo hacia la familia, todos ellos tuvieron que afrontar el dilema de describir y conceptualizar el sistema relacional de la familia. La teoría individual carecía de un modelo conceptual en cuanto al sistema de relación. Cada investigador conceptualiza, por su cuenta, sus observaciones.

### ***Estado Actual y Perspectivas del Movimiento***

El movimiento familiar se encuentra en un “saludable y no estructurado estado de caos”. Considero esto saludable porque cuando el terapeuta entrevista a varios integrantes de la familia, debe enfrentarse con nuevos fenómenos clínicos no explicados por la teoría individual; descubre que muchos conceptos anteriores se han vuelto superfluos y se ve obligado a buscar nuevas formulaciones teóricas.

Un alto porcentaje de terapeutas usa el término de terapia de “familia” para caracterizar métodos terapéuticos en la que dos o más generaciones asisten juntos a las sesiones; utilizan el término terapia de “pareja” cuando se entrevistan a los dos cónyuges juntos y se habla de terapia “individual” cuando el terapeuta entrevista a un único componente de la familia. El concepto de terapia familiar más compartido por profesionales, es que toda la

familia se reúnan con el terapeuta. Los integrantes de la familia aprenden la capacidad de verbalizar y comunicarse pensamientos y sentimientos, mientras el terapeuta permanece con ellos con el objeto de facilitar el proceso y hacer observaciones e interpretaciones. A esta práctica se le denominó “terapia de grupo de familia”.

Pese a que el movimiento familiar puede seguir centrándose por muchos años más en la terapia, creo que la mayor contribución a la familia vendrá de la conceptualización. El estudio de la familia ofrece un ordenamiento totalmente nuevo de modelos de teorización sobre el hombre y su relación con la naturaleza y el universo. La familia puede dar respuesta al dilema del modelo médico psiquiátrico: las teorizaciones sobre la familia podrán llegar a ser, con el tiempo, los fundamentos de una nueva teoría de los trastornos mentales (Bowen, 1991).

### **Terapia Sistémica**

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar cuenta con más de cuarenta años de historia y con una complejidad conceptual y aplicada imposible de abarcar con detalle en esta investigación. Se ha enfocado este capítulo como una introducción a la concepción sistémica de la familia, centrándonos en las principales innovaciones que representó en el contexto psicológico-psiquiátrico clásico. Las distintas escuelas de terapia familiar sistémica se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes:

- a) La Teoría General de Sistemas.
- b) La Cibernética.
- c) La Teoría de la Comunicación.

Además, los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (p.e., Haley, 1981) y estructurales (p.e., Minuchin, 1974) resultan claves para la concepción sistémica de la familia, por lo que se ha incluido junto a las fuentes anteriores. La resultante de estas

aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar constituye el denominador común de la Terapia Familiar Sistémica (TFS).

### ***Conceptos Básicos de la Terapia Familiar Sistémica***

- a) Conceptos de la Teoría General de Sistemas
- Sistema: es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.
  - Sistema cerrado: es cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno.
  - Sistema abierto: cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica
  - Totalidad o no sumatividad: "El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes".
  - Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.
  - Equifinalidad: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales (von Bertalanffy, 1980).

b) Conceptos de la Cibernética

- Feedback: En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).
- Homeostasis: Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo.
- Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo.

c) Conceptos Comunicacionales

- Es imposible no comunicar: En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico): Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.
- La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes: Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto.
- Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente: Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1983)

### *Conceptos Evolutivos*

- La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío).
- La importancia de las nociones evolutivas en la TFS no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en las crisis que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización (Haley, 1981)

### *Conceptos Estructurales*

- Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.
- En un sistema familiar se dan los siguientes subsistemas:
  - a) Conyugal: entre los miembros de la pareja funciona la complementariedad y acomodación mutua: negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas.
  - b) Parental: tras el nacimiento de los hijos, el subsistema conyugal ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educacionales. Se ha de asumir una nueva función, la parental, sin renunciar a las que se caracterizan al subsistema conyugal.
  - c) Filial: la relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación con figuras de autoridad y entre iguales.
- Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares.
- Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros.
  - Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar.
  - Límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado.

- Límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables.  
Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.
- Los límites difusos caracterizan a las familias aglutinadas; los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas. Las familias aglutinadas no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros.

Las características generales de las familias aglutinadas son:

- Exagerado sentido de pertenencia.
  - Ausencia o pérdida de autonomía personal.
  - Poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía.
  - Frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños.
  - Todos sufren cuando un miembro sufre.
  - El estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia.
- Las familias desligadas se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común.

Las características generales de las familias desligadas son:

- Exagerado sentido de independencia.
  - Ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia.
  - No piden ayuda cuando la necesitan.
  - Toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros.
  - El estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás.
  - Bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.
- Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia.

- El concepto de tríada rígida se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin, se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida.
  - Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro.
  - Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge.
  - La desviación de conflictos, que se produce cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo (Minuchin, 1974).

### ***La Familia Desde la Óptica Sistémica***

Teniendo en cuenta lo antedicho, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad.

El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogénicos.

### ***La Intervención Sistémica***

Es importante centrarnos en dos de los focos de interés que distinguen a la TFS de otras terapias (particularmente de aquellas que incorporan formas de explicación casi exclusivamente



intrapésicas). Los dos proceden de los planteamientos originales de Bateson. El primero de los focos a los que hacíamos referencia es la consideración batesoniana de la mente no como producto de un sistema nervioso contenido en un organismo, sino como conjunto de pautas de organización y autorregulación de cualquier sistema. En este sentido, la mente no es ni mucho menos inherente al individuo, sino un proceso distribuido social y ecológicamente.

La aplicación más directa e innovadora de este principio epistemológico a la terapia familiar consistió en desplazar el interés de las teorías psicológicas tradicionales del individuo al sistema; de lo intrapésico a lo interpersonal. El foco de la intervención sistémica, tanto si en la sesión está presente toda la familia como si sólo se cita a un miembro, ya no es el individuo como supuesta "fuente" de la patología, sino las características de la organización del sistema en el que el motivo de demanda tiene sentido.

Esta visión de la mente como proceso socialmente distribuido, junto con el interés terapéutico por las pautas que conectan las interacciones del sistema familiar, distinguen a la TFS de otras terapias familiares en las que, cuando se analiza la acción del terapeuta, queda claro que la presencia del resto de miembros del sistema familiar sólo sirve como "apoyo" al tratamiento del paciente identificado. Este resulta un aspecto fundamental de la intervención en TFS, puesto que toda acción terapéutica que no se interese por las pautas de interacción, no debería considerarse sistémica dado que se limita a un intento de hacer terapia individual en presencia de otros miembros de la familia.

El segundo foco de interés al que hacíamos referencia es la consideración batesoniana de la interacción como fuente de información, y por tanto como forma de comunicación. Esta noción llevó históricamente a la TFS a desvincularse de aquellas teorías psicológicas que, en los años 50-60, seguían postulando explicaciones energéticas del psiquismo humano. En su aplicación a la práctica clínica, esta concepción comunicativa condujo a la TFS a desinteresarse por las explicaciones causales y centrarse en la pragmática de la interacción familiar, dando como resultado un salto cualitativo del por qué al cómo.

El objetivo es llegar a la formulación de una hipótesis sistémica sobre el problema de la familia; hipótesis que debe conectar la conducta de cada miembro con la de todos los demás. El foco de la intervención sistémica será, consecuentemente, un intento de introducir un cambio significativo en la interacción familiar que haga innecesaria la manifestación sintomática del paciente identificado (Bateson, 1976).

### **4.3 Terapia Estructural**

La terapia estructural de familia, que estudia al hombre en su contexto social, fue desarrollada en la segunda mitad del siglo veinte. Se trata de unas se las múltiples respuestas al concepto del hombre como parte de su medio, que comenzó a difundirse a comienzos de este siglo. El pensamiento psicodinámico individual se elaboró a partir de una concepción diferente, la del hombre como héroe, que sigue siendo el mismo pese a las circunstancias.

La ciencia biológica más reciente estudia el organismo vivo como una unidad compuesta del cuerpo y su medio particular: de modo que el proceso vital no consiste sólo en una adaptación del cuerpo a su medio, sino también a la adaptación del medio a su cuerpo. Como por ejemplo, la mano procura amoldarse al objeto material, a fin de apresarlo bien: pero a la vez, cada objeto material oculta una previa afinidad con una mano determinada.

Se han realizado experimentos en donde se demuestra que el contexto influye directamente sobre el proceso interno de la mente. Por ejemplo, el neurólogo José Delgado, que realizó experimentos implantando electrodos en los cerebros de animales, demostró en forma concluyente que mientras un animal responde al efecto desencadenante de la estimulación eléctrica, la conducta así motivada es organizada por su contexto. Al escribir acerca de sus experimentos con monos, dijo: Se sabe perfectamente que las colonias de monos constituyen sociedades autocráticas en las que un animal se ubica como jefe de grupo, que requiere una gran parte del territorio, se alimenta en primer lugar y es evitado por los otros, quienes expresan su sumisión.

Hemos observado en diversas colonias que la estimulación eléctrica del mono jefe incrementaba su agresión e inducía a ataques bien dirigidos contra otros miembros del grupo, a los que echaba y ocasionalmente mordía. Era evidente que esta hostilidad se orientaba en forma lógica puesto que habitualmente atacaba a otro macho que desafiaba su autoridad y nunca atacaba a la hembra pequeña que era su compañera favorita. En otras palabras, la estimulación interna, eléctrica, de la conducta era modificada, en todos los casos, por el contexto. La estimulación eléctrica podía suscitar agresión, pero la expresión de ésta se relacionaba con el grupo social.

### ***Principales Postulados***

Podemos decir que la terapia estructural de familia es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo.

La teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio.

La terapia orientada desde este punto de vista se basa en tres axiomas:

- 1) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste como consecuencias repetidas de interacción. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas. El individuo puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe de tomar en cuenta al conjunto.
- 2) Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.

- 3) Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros.

Estas tres consideraciones (la que el contexto afecta los procesos internos, la que las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo y que la conducta del terapeuta es significativa en este cambio) siempre han formado parte del sentido común básico de la terapia.

### ***La Familia desde la Óptica Estructural***

El enfoque estructural de las familias se basa en el concepto de que una familia no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros.

Es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia.

La función de la terapia estructural de la familia encara el proceso de feedback entre las circunstancias y las personas implicadas (los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y las formas en que los feedback en relación con estos cambios afectan su acción posterior).

### ***Intervención de la Terapia Estructural***

La terapia estructural de familia es una terapia de acción, la herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente.

Son las pautas transaccionales la que regulan la conducta de los miembros. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural. El terapeuta a la vez que responde a los acontecimientos que se suceden a lo largo de la sesión plantea hipótesis así como señala límites y pautas transaccionales.

El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. El terapeuta se asocia con este sistema y utiliza a la persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas.

Con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base de apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino, más bien, para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de autoperpetuación.

Por lo tanto el proceso, que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta. En pocas palabras, una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros (Minuchin, 1986).

#### **4.4 Terapia Estratégica**

El “pensamiento” estratégico, basado en la elasticidad, en la negación de cualquier forma de verdad absoluta y en el pragmatismo, tiene sus más antiguas raíces en la filosofía griega, desde los socráticos a los sofistas, y en el mundo oriental en el budismo y el zen.

Teniendo en cuenta sus más recientes aplicaciones al mundo de la psicoterapia, el modelo surge de la influencia de Milton Erickson en las teorías sistémicas. Erickson, durante su carrera elaboró miles de estrategias y técnicas de intervención basados en su concepción de la hipnosis como un fenómeno relacional y psicosocial y con un estilo especial de comunicación terapéutico, que influyó notablemente en el estudio sobre la familia y la comunicación del grupo de Palo Alto.

### ***Principales Postulados***

Gregory Bateson, Jay Haley y John Weakland, estudiaron el tipo de comunicación terapéutica y las estrategias de Erickson. Su peculiar modo de hacer terapia, las prescripciones paradójicas, los dobles vínculos terapéuticos, el empleo de la resistencia, etc., fueron para el grupo de Palo Alto, la base principal para su formulación teórico-práctica.

A pesar de que no existe un modelo único de terapia estratégica, existen dos modelos especialmente influyentes:

- 1) El de autores como Jay Haley y Cloé Madanes.
- 2) El modelo del MRI (Mental Research Institute).

En el modelo de Haley los problemas están determinados sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de una familia y por las consecuentes alianzas y juegos de poder. El síntoma se considera una metáfora del problema y la terapia se centra en la gestión del poder y la reorganización de las jerarquías dentro del sistema familiar.

Para este planteamiento es fundamental la superación de las crisis de paso, situadas en los diferentes estadios de la vida familiar. Así todas las categorías diagnósticas tradicionales se pueden redefinir en términos de las dificultades que se encuentran en el paso de una fase a otra del ciclo vital (Madianes, 1984).

Podemos decir entonces que los principales postulados son:

1. El foco de observación es la interacción y la comunicación en el sistema familiar en el presente
2. La tarea del terapeuta es resolver el problema además de entender el lugar que ocupa el problema en el sistema familiar.
3. El centro del análisis sobre la intervención en terapia se desplaza desde el contenido y la historia que generó los conflictos, hacia los mecanismos que los mantienen y cómo los intentos de solución son parte de dichas disfunciones o problemas.

Desde la perspectiva del MRI, representado por autores como Weakland, Watzlawick y Fish, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones que es desencadenando y mantenido por las “soluciones ensayadas” que el paciente hace para hacer frente al trastorno o síntoma.

Así entonces las intervenciones son prescripciones de comportamiento dirigidas a interrumpir el ciclo repetitivo de perpetuación del problema, y las estrategias terapéuticas se orientan hacia objetivos mínimos.

Podemos decir que los principales postulados según el MRI son:

1. Los problemas comienzan por una dificultad de la vida cotidiana, generalmente ligada a un momento de transición, que se maneja de una forma pobre. No es necesaria una situación traumática para explicar la aparición de un síntoma.
2. La conducta se hace reiterativa.
3. El contexto social "mantiene" dicha conducta.
4. El contexto social aplica diferentes soluciones al problema, que lejos de solucionarlo lo perpetúa.

El trabajo terapéutico se centra entonces en "las soluciones intentadas para resolver los problemas", entendiendo que la gente sufre porque intenta resolver los conflictos con recursos que en realidad los perpetúan.

Este modelo entonces apunta a cambiar la interacción o el circuito recursivo que sostiene el problema, constituyéndose así el primer modelo estratégico.

La terapia consistía en crear una pauta diferente a la que se venía utilizando hasta el momento para que no se hiciera "más de lo mismo". Resultó así ser un modelo práctico, económico, breve y altamente eficaz.

### ***Intervención de la Terapia Estratégica***

El terapeuta estratégico se centra en la valoración de lo que sucede en las relaciones interdependientes que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo, es decir la realidad personal del paciente.

La terapia estratégica no busca las causas “profundas” del problema ya que lo que se considera, no es el modo en que el problema se ha formado en el pasado, sino como éste persiste en el presente. Es más un saber cómo que un saber porqué, es decir, se observa como funciona el problema que se presenta dentro del sistema relacional, centrándose en la interacción presente y en las conductas observables que mantienen el problema. En otras palabras, cómo ha intentado el sujeto, hasta el momento, combatir o solucionar el problema y cómo es posible cambiar esa situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Este enfoque rompe con la creencia según la cual los problemas que persisten durante mucho tiempo, necesitan obligatoriamente de un tratamiento igual de largo y tormentoso. La terapia estratégica no es una intervención superficial y sintomática, sino una intervención radical ya que apunta a la reestructuración de las maneras en que cada uno construye la realidad que luego afronta, se trata por lo tanto de construir realidades terapéuticas.

En las escuelas clásicas de psicoterapia se postula que el cambio se obtiene a través del “insight”, es decir del conocimiento de las causas que en el pasado formaron el problema, en el enfoque estratégico por contra, el problema se resuelve en el aquí y ahora, ya que



mediante el “insight” puede darse una explicación del problema pero poco hace para solucionarlo. Por tanto la solución del problema se busca mediante la aplicación de estrategias que rompan el sistema de percepciones y reacciones que lo mantienen en el presente.

Otra notable diferencia con respecto a la concepción clásica de la terapia, es que en esta última, se considera que para cambiar una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar del paciente y sólo después de esto, será posible cambiar su manera de actuar. Desde una óptica estratégica, por el contrario, sólo después de que se ha producido el cambio o el nuevo aprendizaje, el conocimiento puede repetirlo y aplicarlo de nuevo, es decir, antes se cambia la manera de obrar y como consecuencia de esto cambia la manera de pensar o el marco de la realidad del paciente. Así pues el enfoque estratégico es un planteamiento pragmático radicalmente distinto al de la psicoterapia a largo plazo.

En palabras de Erickson una psicoterapia es buscada, en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro se precisa cambiar la situación actual, y una vez establecido tal cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menores y un efecto de bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes (Ackerman, 1988).

## CAPÍTULO 5. UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR CON UN MIEMBRO ESQUIZOFRÉNICO

La esquizofrenia posiblemente no es una condición única, sino la expresión de varios procesos patológicos que resultan en cuadros clínicos similares. Dado esto, y dado que las causas todavía no se conocen, los métodos actuales de tratamiento se basan en la experiencia y en la investigación clínica. El tratamiento se basa en la habilidad de los medicamentos para reducir los síntomas y reducir el riesgo de que estos vuelvan a presentarse una vez que han disminuido o desaparecido, a su vez, es necesaria la combinación de éste tratamiento con otras intervenciones psicosociales, enfocados no sólo al paciente, sino también a la familia (Anderson, 1999).

### **5.1 Tratamientos Actuales para el Paciente Esquizofrénico**

La perspectiva para el futuro de las personas con esquizofrenia ha mejorado en los últimos veinticinco años. Aunque todavía no se ha descubierto una terapia totalmente efectiva, es importante recordar que muchos pacientes mejoran lo suficiente como para mantener una vida independiente y satisfactoria. En la medida que aprendamos más acerca de las causas y de los tratamientos, podremos ayudar a que más pacientes obtengan logros positivos.

#### ***Medicamentos Antipsicóticos***

Los medicamentos antipsicóticos han estado disponibles desde mediados de la década de los años cincuenta. La aparición de éstos mejoró significativamente la calidad de vida de los pacientes, ya que reducen los síntomas psicóticos y generalmente permiten que el paciente funcione mejor. Los medicamentos antipsicóticos son el mejor tratamiento disponible actualmente, pero no curan la esquizofrenia ni garantizan que no se produzcan otros episodios psicóticos en el futuro. Un médico capacitado para tratar enfermedades mentales debe determinar cuál medicamento debe usarse y la dosis apropiada. La dosis del medicamento es individual para cada paciente puesto que la cantidad necesaria para reducir los síntomas sin producir efectos secundarios varía de persona a persona.

La mayoría de las personas con esquizofrenia mejoran de manera significativa cuando son tratadas con medicamentos antipsicóticos. Sin embargo, hay excepciones y los medicamentos no son efectivos para algunos pacientes. Por otro lado, algunos no necesitan ser medicados. Es difícil predecir qué paciente no va a responder a los medicamentos antipsicóticos, afortunadamente la mayoría responden.

A partir del año 1990, se han lanzado una serie de medicamentos antipsicóticos nuevos llamados medicamentos "antipsicóticos atípicos". El primero de ellos, clozapina ha demostrado ser más eficaz que los otros antipsicóticos, aunque tiene la posibilidad de efectos secundarios graves, principalmente una enfermedad llamada agranulocitosis (pérdida de los glóbulos blancos que combaten las infecciones), que requiere análisis de sangre cada una o dos semanas para monitorear los glóbulos del paciente. Los nuevos medicamentos antipsicóticos, tales como amisulpirida, risperidona, olanzapina, ziprasidone y aripiprazole, son más seguros que los medicamentos antiguos o la clozapina y también se toleran más fácil. Sin embargo, parece que no son tan efectivos como la clozapina.

Los medicamentos antipsicóticos generalmente son muy eficaces en el tratamiento de algunos síntomas de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones y los delirios. Sin embargo, estos medicamentos posiblemente no ayuden con otros síntomas, tales como la falta de motivación y de expresividad emocional. Más aún, los antipsicóticos antiguos (llamados "neurolépticos"), como por ejemplo haloperidol o clorpromazina, pueden producir efectos secundarios como una disminución de la motivación y de la expresividad emocional. Por lo general, una reducción de la dosis, o un cambio de medicamento, reducen estos efectos secundarios. Cuando los pacientes con esquizofrenia se deprimen, los otros síntomas, como la psicosis, parecen empeorar. Estos síntomas a veces mejoran con la adición de medicamentos antidepresivos.

Los pacientes y sus familiares pueden temer que los medicamentos antipsicóticos causen problemas. Los motivos de preocupación más comunes son los efectos secundarios y la posibilidad de que estos medicamentos causen adicción. Por lo tanto es necesario enfatizar

que los medicamentos antipsicóticos no producen euforia ni tampoco llevan a que los pacientes se vuelvan adictos a ellos.

Otra creencia errónea acerca de los medicamentos antipsicóticos es que éstos son una manera de "controlar la mente" o una "camisa de fuerza química". Los medicamentos antipsicóticos no hacen que las personas estén "noqueadas" o pierdan su voluntad libre cuando se usan en dosis apropiadas, aunque pueden tener un efecto sedante el cual puede ser útil en el inicio del tratamiento, especialmente si el paciente está muy agitado. Sin embargo, su utilidad principal es la capacidad de disminuir las alucinaciones, la agitación, la confusión y los delirios psicóticos. Es por ello que los medicamentos antipsicóticos en última instancia ayudan a que el paciente se relacione con el mundo de una manera más racional.

Los medicamentos antipsicóticos reducen el riesgo de futuros episodios psicóticos en los pacientes que se han recuperado de un episodio agudo. Sin embargo, aún con tratamiento continuo, pacientes recuperados pueden sufrir recaídas. Los índices de recaída son más altos en el grupo de enfermos que han suspendido los medicamentos. Pero aun así, no es realista esperar que el tratamiento continuo con medicamentos evite las recaídas, pero sí que reduzca la intensidad y frecuencia de las mismas. El tratamiento de síntomas psicóticos graves generalmente requiere dosis más altas que las usadas para el tratamiento de mantenimiento.

Las personas que sufren de esquizofrenia posiblemente no cumplan con el tratamiento por varias razones. El paciente puede creer que no está enfermo, y por lo tanto negarse a tomar medicamentos. Su pensamiento puede estar tan desorganizado que se olvida de tomar sus dosis diarias. Familiares y amigos pueden estar mal informados, y aconsejar incorrectamente que suspenda el tratamiento cuando se siente mejor. El médico puede olvidarse de preguntar con qué frecuencia toma sus medicamentos, y puede negarse a cambiar la dosis o a iniciar un tratamiento nuevo cuando el paciente lo solicita. Algunos pacientes opinan que los efectos secundarios de los medicamentos son peores que la enfermedad. El abuso de sustancias puede interferir con la eficacia del tratamiento y puede

llevar a que el paciente deje de tomar los medicamentos. El cumplimiento se vuelve aún más difícil cuando a estos factores se les añade un régimen de tratamiento complicado.

Hay varias estrategias que los pacientes, los médicos y las familias pueden usar para asegurar un mejor cumplimiento, y así evitar un empeoramiento de la enfermedad. Una meta importante de estudios actuales es desarrollar una mayor variedad de medicamentos antipsicóticos de acción prolongada. Apuntes en un calendario y el uso de cajas para píldoras (cajas con compartimientos para cada día de la semana) sirven para que los medicamentos se tomen correctamente. Otras estrategias son el uso de alarmas que suena para recordar al paciente que debe tomar el medicamento, y el sincronizar la administración de medicamentos con eventos de rutina como las comidas. Estos procedimientos simples sirven para que el paciente cumpla con el horario de tomar los medicamentos. Cuando los familiares colaboran para que observen los horarios de administración de los medicamentos orales, se mejora el cumplimiento (Arévalo, 1990).

### ***Tratamiento Psicosocial***

Los medicamentos antipsicóticos han demostrado ser cruciales para aliviar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia, como las alucinaciones, los delirios y la incoherencia, pero no son tan efectivos cuando se trata de síntomas del comportamiento. Aún cuando el paciente está relativamente libre de síntomas psicóticos, puede tener dificultades de comunicación, de motivación, en las actividades diarias y puede tener también dificultades para establecer y mantener relaciones con otros. Más aún, puesto que los pacientes con esquizofrenia generalmente enferman durante los años críticos de formación profesional (es decir entre los dieciocho y treinta y cinco años de edad), es poco probable que completen la capacitación requerida para trabajos cualificados. Por lo tanto, muchas personas con esquizofrenia, además de tener dificultades de pensamiento y emocionales, carecen de experiencia y de habilidades sociales y de trabajo.

Los tratamientos psicosociales pueden ser de mucha utilidad para estos problemas psicológicos, sociales y ocupacionales. Los métodos psicosociales son de escaso valor para los pacientes en una etapa de psicosis aguda; es decir, aquéllos que no tienen contacto con

la realidad o tienen alucinaciones o delirios prominentes. Sin embargo, son útiles para los pacientes con síntomas menos graves o para pacientes cuyos síntomas psicóticos están controlados.

Existen muchas formas de terapia psicosocial para personas con esquizofrenia, la mayoría se concentran en mejorar el funcionamiento social del paciente, ya sea en el hospital o en la comunidad, en la casa o en el trabajo. Entre ellos podemos citar los siguientes tratamientos:

a) Rehabilitación

La rehabilitación, ampliamente definida, incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia. Los programas de rehabilitación enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en estas áreas. Los programas pueden incluir:

- Asesoramiento vocacional.
- Capacitación para el trabajo.
- Técnicas para solucionar problemas de la vida diaria.
- Administración del dinero.
- Uso del transporte público.
- Aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas.

Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital (Aldaz, A., Vázquez, C., 2000).

b) Psicoterapia individual

La psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de

sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado.

Estudios recientes indican que tanto la psicoterapia individual de apoyo orientada a la realidad, como los métodos cognoscitivos y de comportamiento, pueden ser beneficiosos para los pacientes externos. Los métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación y solución de problemas. A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos antipsicóticos, y resulta más útil una vez que el tratamiento con medicamentos ha aliviado los síntomas psicóticos.

#### c) Psicoterapia grupal

Es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de haber padecido la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar así como una mejor vida social, además de desarrollar roles sociales valiosos, como el trabajo, una ocupación, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios. La psicoterapia grupal tiene como objetivo ayudar al paciente a lograr un buen desempeño psicosocial.

Se va a tratar de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar.

Para cada paciente se realiza un plan individualizado de psicoterapia diferente dependiendo de su enfermedad, estado, deterioro, conductas problemáticas y situación social y laboral.

Dentro de los tratamientos psicosociales se trabajan las siguientes áreas:

- *Habilidades sociales*: trabajar mediante actividades en grupo técnicas gratificantes y educativas del trato social. Su escalonamiento progresivo va desde la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas hasta el entrenamiento en habilidades sociales específicas, como pedir favores, aceptar críticas, habilidades conversacionales, etc.
- *Educación para la salud*: fomentar la salud como un bien que se puede obtener activamente. Se trabaja mediante módulos, los cuales son: sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima y autoimagen, capacidades cognitivas.
- *Orientación y tutoría*: orientar y aconsejar acerca de cualquier duda problema que presente el usuario y no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal, evaluar la consecución de los objetivos previamente marcados para el usuario.
- *Actividades de la vida diaria*: la intervención se refiere a provocar la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana, esto se realiza mediante programas como cuidado personal, actividades domésticas y orientación cultural
- *Desarrollo personal*: desarrollo del paciente en su ambiente comunitario: realizar trámites de la vida diaria, favorecer su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política, enseñar recursos para buscar empleo.
- *Actividades deportivas*: estimular físicamente al usuario mediante técnicas deportivas al mismo tiempo que se trabajan técnicas de coordinación, trabajo en grupo, aseo e higiene.
- *Otras áreas*: prestaciones socioeconómicas y sanitarias, formación laboral, alternativas residenciales, uso del tiempo libre, educación de la persona afectada, ocupación y apoyos (Roder, 1996).



## **5.2 Tratamientos Actuales para la Familia del Esquizofrénico**

Generalmente el objetivo de las intervenciones con la familia del esquizofrénico, tienen como objetivo incrementar la comunicación familiar y la capacidad de los miembros para establecer estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. Siendo el tratamiento psicoeducacional familiar y el entrenamiento en habilidades sociales los que están siendo aplicados con más éxito a pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

### **a) Psicoeducación de la Familia**

El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama "psicoeducación familiar". La psicoeducación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas. Estos conocimientos son útiles para poder relacionarse mejor con el enfermo y así lograr que el paciente se mantenga en el mejor estado posible. Así tenemos que con la psicoeducación:

- Se otorga información significativa para promover la comprensión del trastorno mental (características, factores estresantes, detección de pródromos y factores de riesgo y protección que ayuden a prevenir las recaídas).
- Se da a conocer los diferentes servicios de apoyo comunitario y recursos tanto sanitarios como sociales.
- Fomentamos cambios actitudinales que favorezcan la aceptación del paciente en su medio socio-familiar.
- También es útil que los familiares aprendan maneras de minimizar las recaídas, como son las estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento.
- Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el período posterior a la hospitalización.

Diversos autores (Anderson, 1988; Fallon, 1984; Leff, 1985) plantean la importancia e incidencia que el medio y las relaciones sociofamiliares ejercen sobre las personas que padecen trastornos conductuales o psicopatológicos. Los resultados obtenidos en los

tratamientos que implican de forma activa a la familia, es muy superior a aquellos casos tratados individualmente y sin intervención familiar.

Prestar cuidados enfermeros incluye educar al paciente y/o familia para que aprendan a satisfacer sus necesidades de autocuidado. Con la psicoeducación se pretende que familiares y pacientes sean capaces de vivir, convivir y relacionarse a pesar de la presencia del trastorno psíquico crónico.

La psicoeducación de pacientes y familias, combinada con otros tratamientos, es una alternativa de abordaje terapéutico. Y tiene por objeto lograr mantener al paciente con el mayor nivel de autonomía posible y con la calidad de vida necesaria; así como reducir el número de recaídas y aliviar y/o eliminar el estrés del núcleo familiar. Además:

- Posibilita una relación de apoyo Paciente/Familia.
  - Informa al paciente y familia acerca del trastorno mental y su manejo.
  - Recomienda un ambiente familiar sosegado, que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad
  - Posibilita integrar al paciente en roles familiares, sociales y laborales (Zuñiga, 2004).
- b) Grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda para los familiares que tienen que lidiar con la esquizofrenia son cada vez más comunes. Aunque no son liderados por un terapeuta profesional, estos grupos son terapéuticos a través del mutuo apoyo que se brindan los miembros. El compartir experiencias con personas que están en una situación parecida proporciona consuelo y fortaleza. Los grupos de autoayuda también pueden desempeñar otras funciones importantes, tales como solicitar que se hagan estudios de investigación y exigir que existan tratamientos adecuados en los hospitales y clínicas de su comunidad. Si en vez de actuar individualmente los pacientes se unen para actuar como grupo, ellos hacen presión para que la sociedad elimine el estigma en contra de los enfermos mentales. Los grupos también tienen un papel importante para hacer que el público tome conciencia de los casos de abuso y discriminación.

Los grupos de apoyo y defensoría formados por familiares y personas con circunstancias similares proporcionan información útil para los pacientes y las familias de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales (Morales, 2005).

### **5.3 Consideraciones Generales en la Propuesta de Intervención para la Familia y el Esquizofrénico.**

#### ***El Primer Contacto***

El primer contacto con el terapeuta familiar provendrá directamente de un miembro de la familia o a través de un tercero que la deriva.

Si el primer contacto es telefónico se entenderá como iniciada una relación con la familia que debe ser entendida como relación terapéutica desde ese momento. Va más allá de la mera recogida de datos fríos sobre el paciente identificado. A la familia se le comunica que el modo de trabajar es recibiendo a toda la familia, entendiendo como tal a todos los miembros que viven bajo el mismo techo y unidos por vínculos de sangre.

Una manera cómoda de proceder es declarar simplemente que se desea conocer a la familia del paciente con el fin de comprender mejor el problema. La aceptación o rechazo por parte de la familia empieza a proporcionar datos acerca de la actitud familiar ante el hecho consultado. Se destaca en este contacto telefónico, que queremos ver a toda la familia al menos una vez, dejando así la posibilidad de dividir el sistema total en subsistemas en función de lo que la dinámica de la terapia vaya aconsejando como más conveniente. (Ver anexo II).

#### ***Consideraciones para la Primera Entrevista en el Consultorio***

La primera entrevista en terapia familiar es una situación única. El hecho de que la familia acuda a terapia implica el previo reconocimiento de dificultades o problemas existentes dentro de la familia (seguramente localizados en el paciente esquizofrénico) y cierta capacidad de integrar una actividad que requiera un esfuerzo cooperativo.

Puesto que la sintomatología es el medio por el que se mantiene la "homeostasis familiar", la familia presentará una actitud negativa frente al cambio aunque verbalmente expresen lo contrario. Así, pues, la familia, en este primer encuentro dirige sus esfuerzos hacia la anulación de la actividad del terapeuta como promotor del cambio.

El terapeuta debe aclarar a la familia su responsabilidad de iniciar por sí misma el tratamiento y de esforzarse, con la ayuda del terapeuta, por dilucidar su propia visión de sus problemas y por definir lo que se desea modificar, es decir, debe definir los objetivos del tratamiento. La tarea inicial del terapeuta es instituirse a sí mismo como terapeuta, es decir, tomar a su cargo el proceso terapéutico.

Por tanto es necesario que la primera sesión sea un encuentro terapéutico "funcionante"; es decir, un encuentro real de personas, de tal manera que la familia empiece a sentir que es posible el cambio, sin que por ello tenga que ser destruido totalmente su sistema actual.

### ***Primera Etapa***

Iniciar la primera sesión con la menor cantidad posible de información sobre la familia es una práctica muy útil para el terapeuta. Esto le permite sensibilizarse frente a la singularidad del nuevo sistema del que forma parte. El terapeuta tiene ante sí las interacciones verbales y no verbales de los miembros de la familia, lo cual le revela las zonas familiares de debilidad y fuerza, puede ser necesario, cuando el nivel de angustia de la familia es alto, sumergirse temporalmente en la historia de algún miembro de la familia con el fin de reducir la tensión de la sesión.

La "historia" narrada por cualquier miembro es siempre "para la familia", antes que para el terapeuta; su finalidad es siempre catalizar el presente y no buscar causas en el pasado. Debe usarse con mucho cuidado la exploración histórica para evitar que la familia o el terapeuta huyan del presente.

Las claves para el diagnóstico que el terapeuta necesita obtener, las encuentra más en el proceso no verbal que en el contenido verbal. Debe determinar el grado de homeostasis que opera dentro del sistema familiar. Necesita apreciar los modelos de comunicación, las alianzas internas, las coaliciones, los papeles que desempeñan los miembros de la familia y el modo en que el sistema lo afecta como terapeuta.

El terapeuta debe saber captar las discrepancias entre la comunicación digital y la analógica de los miembros de la familia, recordando que son las imágenes no verbales que una persona da de sí y de su lugar dentro de la familia las que restan menos censuradas e inhibidas.

El terapeuta debe dar a entender que le interesa la familia como totalidad y que él no está simplemente tratando a un individuo "en presencia de su familia", expresará a la familia cualquier cosa que un miembro comparta con él, será considerada propiedad de todo el grupo familiar y, en consecuencia, compartida.

La familia se puede presentar al tratamiento en dos formas:

- a) Forma sintomático: en función de "un miembro" con problemas.
- b) Forma interaccional: en función de las dificultades que existen dentro de una relación, entre el matrimonio, entre padres e hijos, etc.

Generalmente, en el caso de la familia con el miembro esquizofrénico, nos encontramos con la primera alternativa, en la que la familia considera que la fuente de todos sus problemas está localizada en uno de sus miembros. Fácilmente, la familia siente que sus problemas se resolverían si el individuo sintomático desaparece o cambia mágicamente. Sin embargo, el terapeuta familiar considera que la sintomatología individual da la pista de zonas disfuncionales dentro de las relaciones internas de la familia.

Frecuentemente, "el esquizofrénico" experimenta un alivio al percibir que el terapeuta no comparte la opinión que tiene su familia del lugar que ocupa dentro del sistema familiar.

Es, por tanto, importante que el terapeuta sepa transmitir tal mensaje desde la primera sesión.

Al preguntar a los miembros de la familia cómo ven el problema, sorprende comprobar que el "paciente esquizofrénico" presenta, en la mayoría de las ocasiones, una opinión radicalmente diferente de la de los otros miembros. A partir de la nueva visión que ofrece el "paciente identificado", la familia puede empezar a considerar sus problemas.

Cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar a los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema. El síntoma puede constituir una expresión de una disyunción familiar. O puede haberse desarrollado en un miembro individual debido a sus características particulares, y luego, ser apoyado y mantenido por el sistema familiar.

La meta de la intervención del terapeuta es la familia. Aunque no debe ignorar a los individuos, el terapeuta se ocupa sobre todo de realzar el funcionamiento del sistema familiar. Para transformar el sistema familiar, el terapeuta debe intervenir de tal modo que desequilibre el sistema. No obstante, todo terapeuta que no tenga la capacidad de proporcionar a la familia un intenso sentido de respeto para cada uno de ellos como individuos y demostrarles su firme voluntad de cura, perderá a la familia en el proceso de transformación. Por todo ello, es importante que al finalizarla primera entrevista cada miembro sienta que ha participado con el terapeuta en la exploración de los problemas.

#### **5.4 Fases de la Primera y Segunda Entrevista**

Una sesión inicial puede dividirse en cuatro etapas:

##### **A) Primera etapa:**

El terapeuta sigue las reglas culturales de relación social. En esta etapa la preocupación del terapeuta es lograr que la familia se sienta cómoda. Se presenta y ayuda a la familia a presentarse ante él.

Cuando la familia toma asiento, el terapeuta familiar debe prestar atención al modo en que se ubican. Les dirá que se sienten donde quieran, estando las sillas colocadas en forma semicircular. A menudo, su ubicación puede proporcionar algunos datos acerca de los vínculos existentes en la familia.

El terapeuta puede utilizar los primeros minutos para charlar informalmente. Si se utiliza algún equipamiento especial, como grabadores o filmadoras, debe explicar de qué se trata. No permitirá que nadie empiece a comentar el problema hasta tanto no haya obtenido de cada miembro alguna respuesta "social".

#### B) Segunda etapa:

Se obtiene, la visión individualizada del problema. El terapeuta interroga a cada miembro de la familia acerca de cuáles son en su opinión los problemas de la familia. La primera pregunta del terapeuta es planteada, por lo general en términos genéricos, y no es dirigida claramente a ningún miembro de la familia en particular. Puede comenzar de diversas maneras. Por ejemplo, puede decir: "Bueno, veamos qué es lo que los ha traído aquí". O de una manera más personal: ¿En que puedo serles útil?". Otra forma consiste en decirles: "Quise que hoy vinieran todos los miembros de la familia para ver que opina cada uno de ustedes sobre la situación".

El terapeuta presta una atención especial a las semejanzas y diferencias de la forma en que cada miembro presenta los problemas. También, está atento al contenido de la presentación del problema por parte de la familia, pero sobre todo, observa el modo en que se comporta. Si el terapeuta establece contacto con el paciente identificado, puede sentir entonces que el terapeuta se une a la coalición que lo acusa. El contacto previo con otro miembro de la familia puede permitir que se manifieste otro punto de vista acerca del problema, abriendo así una nueva área de los problemas de la familia.

En esta etapa, el terapeuta no hará ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspectiva diferente. Debe aceptar simplemente lo que le dicen, aunque puede preguntar sobre un punto que le parezca confuso.

Nunca debe preguntarle a alguien cómo se siente con respecto a algo, sino que se limitará a recoger hechos y opiniones. Si alguien interrumpe al que está hablando, el terapeuta no intervendrá de inmediato: lo dejará hablar un poco para observar brevemente la índole de la interrupción y luego intervendrá para pedir al que estaba hablando antes que continúe, diciendo, cordialmente, al que interrumpió que ya le llegará su turno.

El terapeuta debe ponerse en contacto con cada uno de los miembros de la familia presentes, incluso los niños más pequeños, el terapeuta puede intercambiar algunas palabras o gestos afectivos con ellos, para hacerles sentir que forma parte de la sesión.

En esta segunda etapa el terapeuta sólo quiere conocer la opinión de cada entrevistado. Por tanto, todos deben tener oportunidad de manifestarse.

#### C) Tercera etapa:

Se explora la estructura familiar favoreciendo la interacción entre los miembros.

Así como en la etapa anterior el terapeuta manejaba directamente la conversación, para pedir a cada miembro su visión del problema, en la tercera etapa el terapeuta debe dejar de ser el centro y conseguir que todos dialoguen sobre el problema. Es decir, deberá procurar que todos los miembros se "trecen" cada vez más en la conversación.

Los integrantes de una familia no pueden describirle al terapeuta sus secuencias y pautas de conducta porque las desconocen. Esta información sólo se obtendrá observando cómo se conducen entre sí; la conversación entre los miembros del grupo servirá para que el terapeuta repare en la clase de secuencia existente en esa familia.

La técnica de organizar a la familia en subsistemas también ayuda a ampliar el foco del problema.

Aunque el terapeuta familiar presta atención a lo que dicen los miembros de la familia, su principal preocupación es intentar comprender el modo en que funciona la familia. Al orientar a determinados miembros para que hablen entre sí pone a prueba sus "hipótesis"



acerca del modo en que la familia funciona. Indaga áreas de discrepancia, observa de qué modo se maneja y cómo resuelve la familia un problema. También recopila información para su estrategia posterior, que puede consistir en incluir a otro miembro en la negociación en curso o en explorar una díada diferente.

Examina el grado de "diferenciación y autonomía individual", trazado de límites y flexibilidad. Pero al mismo tiempo explora las configuraciones disfuncionales.

La familia asiste a la primera entrevista con un paciente identificado. Sus objetivos y los del terapeuta no son los mismos. La familia se ha organizado centrándose en el esquizofrénico y en ciertos casos se empeña en mantener este foco. El terapeuta de familias, por el contrario, considera desde un comienzo que el paciente identificado responde a aspectos disfuncionales de las transacciones familiares, y qué el mejor modo de enfocar los problemas del paciente identificado es el de esclarecer y cambiar estos aspectos disfuncionales.

La familia ha acudido a terapia debido a su fracaso en la resolución del problema con el miembro esquizofrénico. Al ampliar la visión del problema, el terapeuta hace surgir la esperanza de que un modo diferente de abordar el problema permita encontrar una solución.

Se deben explorar los puntos de tensión, pero el terapeuta debe tener conciencia del nivel de tensión que la familia puede tolerar. Cuando los miembros de la familia se sienten demasiado incómodos el terapeuta debe dar un paso atrás, utilizando a menudo operaciones de sostén, hasta el punto en el que la familia se sienta nuevamente cómoda.

Finalmente, todas las operaciones terapéuticas deben efectuarse teniendo una clara conciencia del hecho de que la primera regla de la estrategia terapéutica es la de que la familia parta con el deseo de volver en la sesión siguiente.

D) Cuarta etapa:

La familia junto con el terapeuta elijen los objetivos. Al final de la primera entrevista es importante obtener de la familia una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia.

Una de las razones por la que debe especificarse claramente el problema es que así podremos saber si se ha conseguido el objetivo; si este es confuso, también lo será la evaluación de los resultados.

Si al término de la primera entrevista se tiene una idea lo suficientemente clara del problema, se pueden fijar otros elementos del contrato terapéutico como son la duración, frecuencia y número de sesiones.

Con respecto a la duración de la terapia, más que hablar de un tiempo en meses, es aconsejable fijar un número concreto de sesiones. Así mismo, se les dice que si el problema se resuelve antes de finalizar el número acordado de entrevistas, no será necesario realizar las que faltan. No obstante, si al llegar a la última sesión acordada no se ha conseguido el objetivo propuesto se hará una valoración conjunta con la familia para decidir la conveniencia de continuar con alguna sesión más.

## **5.5 Técnicas de Intervención**

Para que toda técnica de intervención se pueda aplicar con mayor éxito, es necesario que el terapeuta haga un buen manejo de las resistencias naturales que conlleva el sistema familiar, por lo cual, es necesario tomar en cuenta el siguiente apartado.

### ***Manejo de la Resistencia***

Antes de entrar a comentar algunas técnicas de intervención específicas, haremos algunas consideraciones de tipo general, que el terapeuta debe tener presente en sus intervenciones. Estas son:

- a) Debe intervenir respetando a las personas y al sistema familiar en su estilo, ideología y valores. Un desafío frontal a cualquiera de estos puntos lleva al fracaso o a un rechazo que provoca tensión.
- b) No entrar en la familia nada más que hasta donde ellos quieran y puedan dejar entrar en cada momento. Hay que ir entrando conforme ellos van "abriendo las puertas", al ritmo de su confianza y de verse respetados.
- c) Usar un lenguaje acomodado al nivel sociocultural de la familia.
- d) Mantener una actitud neutral ante todos los miembros.

Es importante tener presente que las intervenciones serán más eficaces si el terapeuta sabe calibrar en cada momento el grado de resistencia del sistema.

La resistencia puede definirse como el conjunto de conductas del sistema terapéutico que interactúan para impedir el logro de los objetivos de la familia en relación con la terapia. El "sistema terapéutico" incluye a los miembros de la familia, al terapeuta y al contexto en el cual se desarrolla la terapia.

Los objetivos de las técnicas de intervención que se citarán tienen como propósito intervenir en diferentes aspectos de la interacción familiar del paciente esquizofrénico, además, tendremos que tomar en cuenta algunas consideraciones como por ejemplo:

- Cada programa de intervención tendrá que adaptarse a las condiciones de cada familia, en sus diferentes áreas, como por ejemplo: nivel social, cultural, económico, estructura, etcétera.
- No existe un número reglamentario en cuanto al número de sesiones, ni en el tiempo en que debe desarrollarse cada una de éstas.
- Es preferible que el programa de intervención se lleve a cabo cuando el paciente esquizofrénico se encuentre en un nivel más funcional, es decir, cuando los síntomas propios de la esquizofrenia estén bajo control, lo cual, generalmente es logrado por la intervención de un tratamiento psiquiátrico.

- También es recomendable asistir algunas veces a la casa de la familia, lo cual ayudará a tener un panorama más amplio de cómo es el medio en donde se produce la interacción y vislumbrar si podemos tener a nuestra disposición herramientas dentro de la comunidad que ayuden al tratamiento.
- No existe una forma específica ni generalizada en cuanto a la aplicación o procedimiento de alguna de estas técnicas, sólo se delinear elementos generales sobre los cuales se tienen que basar su aplicación.

La intervención actuará sobre los siguientes aspectos de interacción, los cuales se encuentran presentes en la mayoría de las estructuras familiares, sin embargo, son de gran importancia dentro del grupo familiar cuyo integrante es esquizofrénico, por lo tanto la intervención se centrará en la:

- Homeostasis familiar.
- Comunicación.
- Etapa del ciclo vital en que se encuentre cada uno de los integrantes de la familia, así como su estructura de vida.
- Triangulaciones, coaliciones entre los miembros del grupo familiar.
- Roles familiares, reglas internas, clima afectivo e intensidad en la emoción expresada.
- Emociones presentes, cómo actúan en cada miembro, (ira, culpa, frustración, miedo, tensión, ansiedad, tristeza, duelo, vergüenza, etc.), así como también, se resaltarán las emociones vividas en el núcleo familiar que sean más satisfactorias para la familia.

#### ***5.5.1 Técnicas de Intervención Enfocadas a la Comunicación:***

- a) Clarificar y Recapitular.
- b) Preguntas circulares.

## **a) Clarificar y Recapitular**

Definición de la técnica:

La clarificación es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes.

Procedimiento:

La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que..?" o "¿Lo, que tratan ustedes de decirme es que...?"

El empleo de la técnica de la "clarificación" se aconseja, lógicamente, siempre que no estemos seguros de haber captado el sentido del mensaje del paciente y siempre que deseemos evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas. En la primera entrevista suele emplearse con más frecuencia esta técnica.

La recapitulación consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella. Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos.

Los objetivos que permite alcanzar esta técnica son:

- Combatir la comunicación de doble vínculo.
- Enlazar diversos elementos dispersos a lo largo de la comunicación de algún miembro de la familia.

- Identificar un tema o estructura común a una serie de enunciados
- Interrumpir una divagación excesivamente larga.

Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente.

## **b) Preguntas Circulares**

Definición de la técnica:

Las "preguntas circulares" es una técnica de intervención verbal en donde se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia.

Podemos decir que hay cuatro tipos diferentes de preguntas:

1. Preguntas Estratégicas Lineales.
2. Preguntas Descriptivas Lineales.
3. Preguntas Descriptivas Circulares.
4. Preguntas Reflexivas Circulares.

Las formas de preguntas a las que nos enfocaremos son en algunas ocasiones a las descriptivas circulares, pero básicamente para este tipo de familias es recomendable realizar preguntas de tipo reflexivas circulares.

Procedimiento:

El terapeuta será quién empiece la sesión, dejará la opción libre a algún miembro de la familia que exprese alguna problemática que crea sea de importancia en la forma en que se están relacionando.

Para poder esclarecer la situación considerada problema en la interacción, el terapeuta tendrá que realizar preguntas descriptivas circulares y reflexivas circulares. Estos son algunos ejemplos de preguntas descriptivas circulares:

- Al hermano mayor: ¿Qué hace el padre mientras la madre atiende a... “nombre del paciente identificado” (P.I.)?
- Cuando usted se pone irritable con su esposa, ¿qué hace su hijo?
- Al padre: ¿Qué dice la abuela cuando la madre riñe al niño por tener una rabieta?

Algunos ejemplos de preguntas reflexivas circulares son:

- A la esposa: ¿Si su marido aumentara la disciplina con el hijo, se conseguirían mejores o peores resultados?
- Al marido: ¿Si su esposa le ayudara en el cuidado de la salud del P.I., el hijo tendría mejor comportamiento?
- A la esposa: ¿Si usted dedicara al día una hora más a estar con sus hijos, se sentiría más tensa o más entretenida? (Tal vez la esposa responda: - "Me sentiría más tensa") (El terapeuta continúa:) ¿Y si mientras dedica esa hora a los niños, su esposo se encarga de... se sentiría mejor o peor?

Objetivos de las preguntas descriptivas circulares:

- Explorar un comportamiento dentro de la red de comportamientos de la familia.
- Estas preguntas producen un efecto liberador ya que son de carácter "aceptante".
- Con el buen manejo de esta técnica, el terapeuta se sitúa dentro de la familia con una imagen más conciliadora. Ayuda al no establecimiento de coalición ó triangulación.
- Al enfocarse únicamente a la descripción del comportamiento se deja a lado cualquier emoción expresada, muy común en la interacción del grupo familiar del esquizofrénico.

- Se clarifica un nivel lógico de interacción dentro de la comunicación, en este caso la observación de la conducta, de esta forma se van enfatizando nuevas pautas de comunicación más claras, combatiendo los dobles mensajes.

Objetivos de las preguntas reflexivas circulares:

- Estas preguntas producen una "interacción facilitadora".
- Su efecto es generativo y creativo.
- Siguiendo a Bateson podemos decir que "la información es la diferencia que produce modificaciones, podemos afirmar que mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye en un metanivel (metacomunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la comprensión del carácter circular de las relaciones de la familia.
- Adopta en gran medida la forma de una metacomunicación sobre la conducta de los demás; por consiguiente, se evitan los peligros de la "autorreferencia" en las respuestas. Si, por ejemplo, en otras modalidades terapéuticas, se interroga a un niño sobre su relación con uno de los padres, la respuesta dada en presencia de ellos se convierte en sí misma en un elemento de la relación "padres-niño" y puede consolidar o intensificar un conflicto de lealtades ya existente.
- Mediante preguntas circulares se pueden detectar coaliciones encubiertas entre miembros de la familia de una manera poco problemática.
- La técnica de las preguntas circulares permite lograr un rápido acceso a una rica fuente de información y constituye un instrumento terapéutico eficaz. Además, la transmisión indirecta de información bloquea la formación de una posible "resistencia" de la familia y la constitución de un frente unido contra el terapeuta.

### ***5.5.2 Técnicas de Intervención Enfocadas al Establecimiento de Roles Familiares, Reglas Internas, Coaliciones y Triangulaciones, Clima Afectivo.***

- a) Inducción a la crisis.
- b) Asignación de tareas.
- c) Construcciones cognitivas.



- d) Paradojas.
- e) Desequilibramiento: Ignorar a miembros de la familia.

### **a) Inducción a la Crisis**

#### *Definición de la técnica:*

Esta técnica consiste en desequilibrar la rigidez homeostática de sistemas patológicos antes que se puedan producir transformaciones más adaptativas. Podemos definir a la crisis como: la fuerte tensión experimentada al estar solicitando la resolución de un problema de un modo nuevo.

La crisis es un paso en la transformación del sistema.

#### *Procedimiento:*

El terapeuta puede producir la crisis en la familia por algunos medios como:

- Interrumpir con persistencia determinadas secuencias críticas, hasta que surjan rutinas nuevas para la solución de problemas. Por ejemplo:

Si es la madre quién se ocupa siempre de dar los medicamentos antipsicóticos al paciente esquizofrénico y el padre es el encargado de ir a pagar las cuentas de casa, se pide a los cónyuges invertir las actividades. Lo mismo se les pedirá a los hijos, los cuales deberán intercambiar actividades ó renunciar a las que ya tenían por otras nuevas.

- Reestructurar determinados subsistemas, con la consecuencia de quebrantar una regla crítica mantenedora del problema. Por ejemplo:

Se ha visto que en este tipo de familias que los padres suelen discutir con mayor frecuencia cuando los hijos se encuentran presentes y, éstos participan en la discusión. El terapeuta podría sugerir a los hijos que realicen una lista de las actividades que les gustaría hacer y que pudieran realizar mientras sus padres discuten, la única condición será no estar presentes mientras ellos discuten.

El discutir enfrente de los hijos se vuelve una regla no implícita dentro de la familia.

El terapeuta debe proporcionar el siguiente apoyo al grupo familiar:

- Debe dar mucho apoyo y promover conductas nuevas, en desarrollo, para la solución del problema.
- El terapeuta debe mantenerse alerta para asistir a las reacciones desconcertadas y a veces asustadas de la familia.

*Objetivos de la técnica:*

- Rompe con el sistema del grupo familiar que produce el síntoma en el paciente esquizofrénico.
- Permite desequilibrar la rigidez homeostática de sistemas patológicos para producir transformaciones más adaptativas.

## **b) Asignación de Tareas**

*Definición de la técnica:*

Las tareas son caminos rápidos hacia cuadros diagnósticos más profundos y hacia el desarrollo de nuevas conductas. Las tareas pueden acelerar el proceso terapéutico, haciendo participar a las personas en rutinas nuevas de conducta, promotoras de cambio.

*Procedimiento:*

El terapeuta deberá tomar en cuenta cada uno de los siguientes puntos:

- Evaluación del estado de ánimo de la familia.

Si la tarea será divertida tiene que indicarse en un momento en que la familia esta alegre y esperanzada. Si la tarea será conmocionante (ejem. sacar conflicto latente) el estado de animo tiene que ser serio.

- Encuadramiento de la tarea.

El terapeuta debe presentar un marco y unas razones que resulten aceptables por lo menos a los principales participantes. En general las razones tienen que tener un sentido coherente y guardar relación con el problema-queja y con su colaboración.

- Inclusión de miembros renuentes.

En la asignación de tarea debe incluirse a los miembros que más participan en la perpetuación del problema.

- Fijación de límites en el tiempo:

Toda tarea abierta debe tener límites temporales. El límite del tiempo variará con el grado de complejidad, la cantidad de actores, participantes y la índole de la actividad.

- Evaluación de resultado:

El terapeuta al hacer seguimiento de la tarea descubrirá o, que la familia coopere para realizarla o que entre en colusión para hacerlo fracasar.

Si se omite hacer seguimiento de una tarea asignada, el terapeuta rápidamente sufrirá menoscabo de poder y credibilidad frente a la familia.

#### *Objetivos de la técnica:*

- Permite observar conductas sintomáticas. Casi todos los conflictos de crianza de niños y muchos casos de comunicación psicótica se pueden observar mejor si se imparte a la familia la directiva de mostrar en el seguro ambiente del consultorio, las secuencias interpersonales que de ordinario incluyen un síntoma. Esto brinda excelente información diagnóstica al terapeuta.
- Brinda la oportunidad de observar el conflicto latente. Aunque parece descortés, esto sirve sobre todo en procesos de chivo emisario. La asignación de tarea hace que el conflicto latente aflore, lo cual disminuirá el rígido enfoque del paciente esquizofrénico, y por esta vía, lo destriangulará de la díada parental.
- Logra establecer alianzas nuevas. Este es el objeto más común de asignar tareas. Es un abordaje extraordinariamente directo del problema de las aflicciones débiles. Por ejemplo: construir historias de experiencias comunes. Pueden sugerirse tareas como:

construir cuentos a la hora de dormir, pasar juntos un fin de semana, excursión, proyecto especial.

- Establece una quiebra terapéutica de reglas. El terapeuta puede pedir a la familia que ponga en práctica determinadas acciones desusadas. El terapeuta tiene que asistir a la familia a cuestionar reglas perturbadoras, por la práctica de conductas nuevas.
- Se pueden desarrollar estrategias de control de conducta. El terapeuta hace coparticipación con los padres en el diseño de tareas que puedan permitirles poner en práctica respuestas alternativas al problema-queja, no sólo con el paciente esquizofrénico, sino también con algún otro hijo.
- Habilita subsistemas nuevos en la familia. El terapeuta diseña tareas que dan oportunidad a la colaboración y la afiliación, antes ausentes. La meta de esta maniobra es crear el poder y la integridad del límite de una subunidad normal y por eso suponen más que el establecimiento de alianzas nuevas (ejemplo enviar a los padres a que se pasen un fin de semana juntos o convenir en que los hijos no los interrumpan en determinadas horas de la noche).

### **c) Construcciones Cognitivas**

#### *Definición de la técnica:*

En ésta técnica se parte del supuesto de que las familias se organizan según la realidad que ellos mismos han creado, y es así como la experimentan. Esta estrategia de desafío se basa, por lo tanto, en el principio de que las pautas de interacción de la familia se dan de acuerdo a la realidad tal como es vivenciada y contiene modalidades de experiencia.

#### *Procedimiento:*

Esta técnica permite relajar la rigidez referencial y preferencial de la forma en que la familia percibe las cosas y con esto constituye una "realidad terapéutica", el terapeuta tiene que tener cuidado de no seleccionar la realidad que él percibe (en cuanto a su propia realidad familiar), es importante construirla con arreglo a una meta terapéutica, es decir,

modificar la concepción del mundo y crear una realidad que no haga necesario el síntoma (en este caso la esquizofrenia).

*Procedimiento:*

Para desempeñar esta técnica el terapeuta debe basarse en tres aspectos:

A) **Utilización de símbolos universales.** Básicamente el terapeuta hace sus intervenciones apoyándose en la conceptualización de la familia como institución, es decir, "la familia tiene como función proteger a los miembros de esta" o "los padres que deben dar comida, vestido y sustento a los hijos", etc. También es adecuado recurrir al sentido común, a la tradición o a los dichos y refranes, esto tiene como meta desafiar la disfunción en distintos subsistemas y su fuerza reside en el hecho de que se refieren a cosas que todo el mundo conoce.

B) **Verdades familiares.** En este caso nos referimos a las justificaciones que la familia utiliza para describir su realidad, esto se realiza utilizando las mismas metáforas que usa la familia, por ejemplo, un padre que es descrito y el mismo se define como aficionado al toreo y utiliza metáforas como tener que darle "capotazos" a su esposa, el terapeuta utiliza esta parte cultural para decirle que es un buen momento para "tomar al toro por los cuernos". Esta simbolización de su realidad se utiliza como una construcción nueva y cada vez que la familia las saque o el mismo terapeuta las introduzca, transformándolas en una nueva señalización de la dirección al cambio.

C) **Consejo especializado.** El terapeuta con esta técnica ofrece una percepción diferente de la realidad basándose en su experiencia y conocimiento. En esta técnica, el terapeuta es donde debe ubicarse con la jerarquía superior y mantener el liderazgo del sistema familiar. Son aquellas intervenciones del tipo de "según mi experiencia...", "he revisado las estadísticas y en este caso han demostrado..." o "si ustedes vieran los casos que he tratado y ayudado...", etc.

*Objetivos de la técnica:*

- Ayuda a cambiar la realidad vivida del grupo familiar, con base en una nueva y favorable forma de ver y vivir la interacción familiar.

- La interpretación que el grupo familiar puede tener acerca del papel juega la esquizofrenia en sus vidas, es más favorable, ya que es vivida dentro de una realidad terapéutica, como consecuencia la familia tiene un mejor clima afectivo.
- Esta técnica es una forma de cuestionamiento de diferentes aspectos como el de la organización, de la realidad que la familia trae como su realidad actual y que es la que le está causando el sufrimiento o la disfunción.
- El cuestionamiento va a llevar a una revisión de las reglas que hasta ese entonces están manteniendo la estructura de la familia, reglas que muchas veces no son conscientes para los participantes.

#### **d) Paradojas**

##### *Definición de la técnica:*

La paradoja se puede definir como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes. Es, por tanto, un razonamiento que conduce a dos enunciados mutuamente contradictorios, de tal modo que ninguno de los dos puede ser abandonado.

##### *Procedimiento:*

El uso de la técnica paradójica requiere de cierta especialización por parte del terapeuta ya que es todo un proceso y su aplicación debe estar basada en tres principios:

- 1) La familia es un sistema autorregulado.
- 2) El síntoma es un mecanismo de autorregulación.
- 3) El concepto de resistencia sistemática al cambio.

Son tres las principales técnicas para aplicar una paradoja sistemática:

- A. **Redefinición.** Tiene como propósito cambiar el modo en que la familia ve el problema, esto significa, la utilización de la connotación positiva al cien por ciento; el enojo se definirá como preocupación, el sufrimiento como abnegación, el

distanciamiento como una manera de permitir más intimidad, la esquizofrenia como una forma de unir a los padres para resolver problemas, etc.

- B. **Prescripción.** Esta técnica esta basada en "mas de lo mismo", esto es, pedirle a la familia que siga haciendo lo mismo, ya que es difícil que ellos cambien y si se siguen comportando disfuncionalmente seguirán tan unidos como lo han estado desde que apareció el problema de la esquizofrenia. Para esta maniobra es indispensable que el terapeuta tenga muy claro y entendido el ciclo repetitivo disfuncional que la familia ha creado alrededor de la esquizofrenia.
- C. **Restricción.** Como punto final al proceso de la paradoja terapéutica, la restricción se utiliza cada vez que la familia manifiesta cambios positivos y lo reconocen, el terapeuta debe cuestionarlos en el sentido de dudar de que realmente haya cambios, eso (basados en el principio de resistencia al cambio) proporciona que la familia haga mayores esfuerzos por hacer quedar mal al terapeuta y va reforzando esos cambios para el futuro.

*Objetivos de la técnica:*

- Con esto se puede enfrentar la resistencia y principalmente se evita una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta.
- Es decisivo es saber que pasara con la familia cuando se elimine el síntoma, ya que las paradojas provocan una fuerte crisis a nivel tanto de estructura como de comunicación, la familia entra en confusión y es presionada a conformarse con una nueva manera de interaccionar sin requerir del síntoma.
- El objetivo último de la paradoja es suprimir la interacción oculta que se expresa por el síntoma, en este caso la esquizofrenia.

**f) Desequilibramiento: Ignorar a Miembros de la Familia**

*Definición de la técnica:*

El desequilibramiento es una de las técnicas que puede llevar a: aliarse con miembros de la familia, ignorar a algún miembro o entrar en coalición de unos contra otros.

*Procedimiento:*

La estrategia que el terapeuta tiene, al realizar estas técnicas de desequilibramiento es el cuestionamiento de la estructura familiar, por ejemplo, en este tipo de familias con un miembro esquizofrénico, se suelen ver límites difusos, lo que caracteriza a las “familias aglutinadas”.

Una de las formas de desequilibrar es ignorar a un miembro de la familia. Esta técnica es tal vez una de las más difíciles porque demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles y el terapeuta culturalmente no se reconoce en esta actitud y le puede ser difícil llevarla adelante.

Las personas que son ignoradas se enojan mucho y se revelan, muchas veces pidiendo a sus familiares que se coalicionen con él, esto lleva a "un realineamiento de las jerarquías familiares".

*Objetivos de la técnica:*

- El desequilibramiento tiene como meta cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.
- Uno de los propósitos de la técnica es que el miembro que obtiene el apoyo del terapeuta, actúa de una forma distinta a lo que lo hace habitualmente, ya que el apoyo que este le brinda lo hace pasar por alto "*las señales de la familia*" las cuales lo harían mantener el statu quo. Todo esto lo lleva a experimentar posibilidades nuevas como ya se señaló anteriormente.
- Es importante destacar también que el cambio de perspectiva de uno de los integrantes del sistema llevara a un cambio en todos los demás elementos del mismo.
- Esta técnica de ignorar a alguien, hace que las fronteras entre subsistemas se marquen y haya un reacomodamiento por parte de los miembros de la familia.



### ***5.5.3 Técnicas de Intervención Enfocadas al Manejo de Emociones.***

- a) Externalización del problema y preguntas de influencia relativa.
- b) Anulación de lo temporal.
- c) Manejo de la frustración en las recaídas.

#### **a) Externalización del Problema y Preguntas de Influencia Relativa.**

##### *Definición de la técnica:*

En el proceso de externalizar problemas se utilizarán prácticas culturales de objetivación que se encuentran en otras prácticas culturales semejantes. El problema mismo queda externalizado, de modo que la persona ya no es el problema. El problema es el problema mismo.

##### *Procedimiento:*

El terapeuta tendrá que realizar preguntas que alienten a los miembros de la familia a determinar la influencia que la esquizofrenia tiene en sus vidas y en sus relaciones. Al reflexionar en estas preguntas y al responder a ellas, los miembros de la familia participan activamente en el proceso de externalización. Además de externalizar la esquizofrenia, estas preguntas hacen visible a los miembros de la familia su inadvertida participación en el estilo de vida de “sentirse arrinconado” (Ver anexo IV). La externalización del problema suele ser un proceso que se desarrolla en forma progresiva.

El terapeuta puede al principio hacer preguntas que externalicen la esquizofrenia y luego hacer preguntas que externalicen aspectos del estilo de vida de “sentirse arrinconado” que son promovidos por la esquizofrenia y, por fin, hacer preguntas que externalicen esos hábitos específicos de que depende ese estilo de vida para perdurar. Algunos ejemplos de las preguntas que se pueden plantear son:

- ¿Qué efecto ha estado teniendo la esquizofrenia en sus vidas y relaciones?
- ¿De qué manera se sintió usted empujado a un rincón por la esquizofrenia?

- ¿De qué manera la esquizofrenia provocó ese estilo de vida de “sentirse arrinconado”?
- ¿Qué otros hábitos fomentaron esos hábitos en la vida de otros miembros de la familia?
- ¿Cuál de esos hábitos es el que más le preocupa a usted?

La descripción de la influencia que tiene la esquizofrenia en la vida y relaciones de los miembros de la familia, puede yuxtaponerse con una segunda descripción, que puede ser la influencia que tienen los miembros de la familia en la perduración de la esquizofrenia, quedando así más externalizada la esquizofrenia. Un ejemplo de las preguntas que se pueden realizar son:

- ¿Cómo se las arregló usted para desafiar el estilo de vida de “sentirse arrinconado” y no sólo aceptó la cita de acudir a esta reunión sino que aceptó acudir también a la siguiente?
- ¿Cómo impidió usted que la esquizofrenia lo empujara a un rincón en esta ocasión?
- ¿A qué hábitos debió usted desobedecer en esta ocasión para escapar al estilo de vida de “sentirse arrinconado”?
- ¿Puede usted comprender cómo yo veo que su desafío a esos hábitos que usted reconoció anteriormente, tiene una importancia crítica?
- Si pudiera ver la significación que yo veo en este paso, ¿cómo influiría esto en la manera en que usted se ve?
- ¿En qué medida cree usted que este modo tan diferente de ver las cosas podría influir en su próximo paso?
- ¿Cree usted que esos pasos podrían debilitar la influencia que la esquizofrenia tiene en sus vidas?

*Objetivos de la técnica:*

- Cuando se externaliza el problema es posible desafiar el concepto de esquizofrenia como clasificación de personas, desafía así mismo los aspectos de ese fenómeno producidos socialmente, incluso los que tienen que ver con lo crónico, la incurabilidad y el deterioro. Lo que abre un camino de alivio emocional para la familia.

- Cuando la externalización de la esquizofrenia desafía a prácticas de división une a los miembros de la familia y los faculta para protestar contra las maneras que se han sentido compelidos a cooperar con la esquizofrenia. Desarrollando un mayor sentido de eficacia en el manejo de esta problemática.
- Estas preguntas ayudan a concienciar a los miembros de la familia acerca de la inadvertida participación en la perduración del estilo de vida de “sentirse arrinconado”.
- Ayuda a que la familia establezca definiciones más precisas de las experiencias que ellos consideran problemáticas y que más les preocupan por el momento. De esta forma la familia se encuentra en un mejor momento emocional para enfrentar a esta enfermedad.

## **b) Anulación de lo Temporal**

### *Definición de la técnica:*

Esta técnica establece una distinción entre el grado en que la familia participa en el estilo de vida de “sentirse arrinconado” en un determinado momento y el grado en que lo hacen en otros momentos, se pueden hacer preguntas tendientes a eliminar lo temporal.

### *Procedimiento:*

El procedimiento es el mismo que del punto anterior, aquí también es el terapeuta quién motiva a la familia a la reflexión por medio de interrogantes. También aquí las preguntas estructuradas resultan útiles en este proceso. Un ejemplo de estas preguntas es:

- Si se sintiera compelido a continuar acompañado por la esquizofrenia, ¿qué paso sería necesario que usted diera para que el estilo de vida de sentirse arrinconado fuera más completo?
- Si el estilo de vida de sentirse arrinconado ejerciera mayor influencia, ¿qué hábitos tendría usted que extender para dar apoyo a ese fenómeno?
- El estilo de vida de sentirse arrinconado junto con su sistema de apoyo de hábitos, ¿en qué medida afectan el futuro de la vida y de las relaciones de la familia?
- ¿De qué maneras podrían estos hábitos oprimir el futuro de su vida y de sus relaciones?

*Objetivos de la técnica:*

- Ayuda a contrarrestar a la anterior tendencia del grupo familiar a mantener su interacción del estilo de vida de sentirse arrinconado, dando la oportunidad de romper el esquema familiar.
- Permite a la familia rechazar todas las futuras incitaciones a habituarse a la influencia del problema.

**c) Manejo de la Frustración en las Recaídas**

*Definición de la técnica:*

Esta técnica establece en esencia, un nuevo contexto en el caso de las recaídas, un contexto que no presente la recaída como un fracaso, ni como un fenómeno de retroceso. Dentro de este contexto de progreso, las recaídas pueden considerarse como aspectos previsibles de la jornada que hace la persona hacia una condición nueva y personalmente más adecuada.

*Procedimiento:*

El terapeuta es libre de manejar esta técnica según las características particulares del contexto y la etapa de intervención en que se encuentre, sin embargo es indispensable que se apegue a los siguientes lineamientos:

- El terapeuta tiene que concienciar a la familia que el paciente identificado se ha encontrado mucho tiempo en el estilo de vida de sentirse arrinconado y puesto que los otros miembros de la familia han acompañado a esta persona durante este estilo de vida, no sería sensato hacer esfuerzos desordenados para dar nuevas direcciones a sus vidas.
- Debe hacer énfasis en que lo que cuenta en todo nuevo paso, no es su magnitud, sino la dirección en que se da, el terapeuta incita a los miembros de la familia a que den sólo pasos pequeños y que se atengan a un mínimo en cuanto al número de cambios que se produzcan cada vez. El terapeuta debe advertir a la familia que ningún miembro debe de ser alentador a ir demasiado lejos apoyándose en un solo pie hasta que éste se haya hecho suficientemente fuerte para soportar su peso. Antes el terapeuta tiene que

asegurar cierto sentido de confianza y competencia en la familia, para poder apoyar sus pasos.

- El terapeuta debe advertir a la familia que es probable que experimenten la influencia de ciertos hábitos propios del estilo de vida de sentirse arrinconados, hábitos que perduran aún cuando ellos se dan cuenta de las nuevas posibilidades. El terapeuta será muy sentencioso cuando le indique a la familia la percepción que pueden tener, pues podrían experimentar una sensación de que los viejos hábitos están eclipsando los nuevos logros durante mucho tiempo antes de que se manifieste claramente que lo nuevo está eclipsando a lo viejo, de modo que los progresos pueden experimentarse como dar “tres pasos adelante y dos pasos atrás”.
- A veces es eficaz sugerir que cierto número de recaídas puede ser necesario para que una persona llegue a su meta. Se incita a la persona a identificar signos tempranos de recidiva a fin de que los altibajos puedan ser estructurados antes de que los hechos ejerzan su presión y la fatiga los imponga.
- Estos altibajos toman varias formas y pueden incluir medidas como internación en un hospital. Si la persona tiene una historia de frecuentes internaciones generalmente precipitadas por crisis, puede planificarse una serie de breves internaciones. Esta planificación se apoya en la idea de que si es necesario cierto número de internaciones, luego es buena idea hacerlas lo más pronto posible antes que tarde.

*Objetivos de la técnica:*

- Al establecer intervenciones planeadas, el tiempo de intervención es más breve y fortalecedora que las demás.
- Da la sensación al paciente identificado y a la familia de tener mayor control sobre el manejo de la enfermedad.
- Las recaídas cobran otro significado, ya no se ven como sucesos frustrantes, sino como un camino natural hacia el proceso de recuperación.

## CONCLUSIONES

Para poder determinar las conclusiones del trabajo, es necesario realizar una serie de interrogantes con la finalidad de puntuar los aspectos relevantes a los que se llegó con esta investigación. Podemos empezar por preguntarnos, ¿qué significa la esquizofrenia? Lo cual nos dará un punto de partida que nos permite entender la complejidad de este trastorno mental.

La esquizofrenia significó originalmente “diafragma hendido”, pues los filósofos clásicos consideraban que la mente estaba ubicada en el diafragma. Concepción errónea y popular es la de que la esquizofrenia es una especie de personalidad dividida; “esquizein” significa escindir, dividir, “frenos” significa “mente” y esquizofrenia significaría entonces “mente dividida”. En realidad, la personalidad dividida o múltiple es una forma de disociación que se encuentra en ciertos tipos de neurosis.

Las definiciones de Esquizofrenia propuesta por varios autores y la A.P.A., a partir del DSM IV, es sólo un elemento que permite identificar y entender al sujeto esquizofrénico al nivel de su diagnóstico, sin embargo se requieren otros puntos de vista teóricos que articulen y grafiquen la relación entre este tipo de pacientes con el contexto social y familiar, a fin de poder observar y describir de mejor manera a este sujeto social que depende de esta relación dinámica que además determina el curso y el pronóstico de su enfermedad.

Por lo cual son puntos fundamentales el análisis de la interacción familiar, ya que como podemos ver, en estos últimos 30 años ha existido un gran interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo. Pues dentro de lo que podemos concluir, es que las características del individuo pueden ser moldeadas por sus relaciones interpersonales, y debido a ello las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de investigación.

En nuestra sociedad, la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos.

Cuando se estudia a la familia se ve como todo organismo vivo; tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo; se reproduce, declina y llega a morir. En cada uno de estos pasos se enfrenta con diferentes problemáticas, sin embargo, la pregunta (aunque no explícita) dentro de esta tesis es: ¿qué pasa cuándo una de las problemáticas de la familia es enfrentarse a la enfermedad crónica de uno de sus miembros?, ¿cómo influye la enfermedad en la interacción del grupo familiar? En esta tesis se llegó a las siguientes conclusiones:

- Cuando una enfermedad es prolongada o crónica, la dimensión temporal se convierte en un punto de referencia central. La familia y cada uno de sus miembros, tienen que enfocar simultáneamente el presente y el futuro, hacerse cargo de las tareas prácticas y emocionales de la situación inmediata mientras planifican el modo de habérselas con las complejidades e incertidumbres de su problema en un futuro desconocido.
- El efecto particular que tendrá la enfermedad en cada persona dependerá de una serie de factores, entre ellos la edad al comienzo de la enfermedad, los compromisos fundamentales en la vida de la persona en ese momento y la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentre.
- Cuando una persona dentro de una familia (el paciente) sufre de algo que se manifiesta en síntomas, todos los miembros de la familia sienten ese dolor de alguna manera.
- Muchos psicoterapeutas han encontrado útil llamar al miembro que tiene el síntoma “paciente identificado”, porque considera que los síntomas del paciente identificado cumplen una función familiar y también una función individual.

- También existen diferentes formas de comportamiento de la familia, uno de ellos es el fenómeno de comportarse como una unidad o lo que es lo mismo la llamada “homeostasis familiar”. La relación conyugal influye en el carácter de la homeostasis familiar.
- El paciente identificado, es el miembro de la familia a quien más obviamente afecta la relación conyugal penosa, y quién está más sujeto a las acciones parentales disfuncionales.
- Los síntomas son, un mensaje que revela que el PI está distorsionando su propio crecimiento, como resultado de sus intentos de aliviar y adsorber el dolor de sus padres.
- Otros miembros de la familia interfieren en el tratamiento individual del miembro “enfermo”, tratando de volverse parte de dicho tratamiento o de sabotearlo, como si la familia tuviera un interés en mantener la enfermedad de esa persona.
- A menudo el paciente hospitalizado o encarcelado empeora o muestra regresión después de que es visitado por miembros de su familia, como si la interacción familiar tuviera una influencia directa sobre sus síntomas.
- Otros miembros de la familia empeoran conforme el paciente mejora, como si la enfermedad en uno de los miembros fuera esencial para la manera de funcionar de la familia.

A pesar de estas conclusiones fundamentales, es necesario enfocarnos en el punto central de esta tesis, por lo cual se plantea la siguiente interrogante: ¿cómo es la interacción familiar cuando uno de los integrantes padece esquizofrenia? La respuesta a esta pregunta permite citar las siguientes conclusiones:

- La expresión de afecto negativo es común en este tipo de familias.
- Existe una menor claridad y exactitud en las comunicaciones de las familias esquizofrénicas que en las familias que se pueden denominar como no clínicas o normales. El concepto *comunicación desviada* es aplicable a las familias con un miembro esquizofrénico, pues se observó que en las familias de esquizofrénicos se dan



unos patrones de comunicación fragmentados y notablemente alterados. Tales estilos desviados de comunicación inducen el desarrollo de un pensamiento y una capacidad de comunicación alterados en los hijos.

- Es más probable que existan alianzas parentales más débiles y frecuentes coaliciones padre (madre)-hijo, además se ve una inestabilidad en la estructura de roles, y menos flexibilidad en la ejecución de tareas.
- Existe más *emoción expresada* (E.E.), es decir mayor número de comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional que presenta la familia hacia el miembro esquizofrénico.
- La E.E. parece ser una importante variable medidora del curso de la esquizofrenia y un importante predictor del número de recaídas de los pacientes, esto es debido a las cuatro características de la E.E:
  1. Intromisión.
  2. Enfado, tensión y ansiedad.
  3. Culpabilización del paciente.
  4. Intolerancia a los síntomas y al deterioro; desengaño y resentimiento porque el paciente no responde a las expectativas; y presión sobre él para que modifique su comportamiento.
- La esquizofrenia provoca en todos los miembros de la familia un estrés grave y crónico, no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, entre los hermanos, además depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia.
- Las familias tienden a las respuestas emocionales siguientes:
  1. Angustia: Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta. Ver cómo un ser querido se comporta de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado del comportamiento y el futuro del enfermo.

2. Culpa: Muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer.
3. Estigma y vergüenza: Esto se debe al miedo, la incomprensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales. Cuando actúan de esta manera extraña, es comprensible que causen dolor y vergüenza a sus familiares.
4. Frustración: La familia trata de ayudar por todos los medios posibles al paciente, procurando mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles. Los resultados mínimos o nulos obtenidos hacen que la mayoría de los familiares se sientan frustrados.
5. Ira: Es una respuesta normal a la frustración crónica. Aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes.
6. Tristeza, duelo: La mayoría de los familiares experimentan, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes.

También existen diferentes respuestas conductuales como:

- Adaptarse y normalizar la situación, adoptando una rutina con el fin de incorporar las pautas de conducta del enfermo.
- Recurrir a los ruegos, halagos y a la persuasión razonada.
- Buscar sentido a comunicaciones desatinadas del esquizofrénico.
- Hacer caso omiso de la conducta del paciente, tratando de negar importancia a los síntomas y centrar la atención en otros aspectos de su propia vida.

- Asumir responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección; vigilar constantemente al enfermo.
- Reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo.
- Hacer caso omiso de las necesidades de los otros miembros de la familia, con el tiempo esto puede llevar al deterioro de otras relaciones familiares, o hacer que otros miembros de la familia se sientan desentendidos o abandonados porque no hay tiempo ni energías suficientes para ocuparse de ellos.

Entendiendo lo anterior, es decir, las diferentes formas en que es afectada la familia en su interacción con el esquizofrénico, podemos fácilmente concluir la importancia que tiene la intervención del terapeuta familiar como agente de cambio para lo cual se eligió el enfoque sistémico, estructural y estratégico como principales modelos de intervención dentro de la terapia familiar. Guiándonos bajo estos modelos podemos decir que:

- El terapeuta familiar tiene como objetivo curar, el terapeuta es un humano que se interesa terapéuticamente por la familia en los ámbitos y problemas que los aquejan, además guarda un respeto por los valores, intereses y emociones de cada integrante de la familia.
- En la terapia se busca entrar en coparticipación con la familia, vivir la realidad de los miembros de la familia, ver como interaccionan y cómo esto conforma a la familia. El psicólogo debería ser un agente de cambio mediante la coparticipación, manteniendo las reglas del sistema familiar e interviniendo dentro de los límites que la familia destine para producir cambios.
- El terapeuta ayuda a los integrantes de la familia a aprender a tener la capacidad de verbalizar y comunicarse pensamientos y sentimientos, mientras el terapeuta permanece con ellos con el objeto de facilitar el proceso y hacer observaciones e interpretaciones.
- La familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con

diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogenéticos.

- El foco de la intervención sistémica, tanto si en la sesión está presente toda la familia como si sólo se cita a un miembro, ya no es el individuo como supuesta "fuente" de la patología, sino las características de la organización del sistema en el que el motivo de demanda tiene sentido.
- El interés terapéutico por las pautas que conectan las interacciones del sistema familiar, distinguen a la TFS de otras terapias familiares en las que, cuando se analiza la acción del terapeuta, queda claro que la presencia del resto de miembros del sistema familiar sólo sirve como "apoyo" al tratamiento del paciente identificado. Este resulta un aspecto fundamental de la intervención en TFS, puesto que toda acción terapéutica que no se interese por las pautas de interacción, no debería considerarse sistémica dado que se limita a un intento de hacer terapia individual en presencia de otros miembros de la familia.
- La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. La teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio.
- Los problemas están determinados sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de una familia y por las consecuentes alianzas y juegos de poder. El síntoma se considera una metáfora del problema y la terapia se centra en la gestión del poder y

la reorganización de las jerarquías dentro del sistema familiar. Para este planteamiento es fundamental la superación de las crisis de paso, situadas en los diferentes estadios de la vida familiar. Así todas las categorías diagnósticas tradicionales se pueden redefinir en términos de las dificultades que se encuentran en el paso de una fase a otra del ciclo vital.

En resumen, los objetivos de esta tesis, fueron analizar cómo es la interacción familiar cuando un miembro de la familia padecía esquizofrenia, y por medio de este análisis elaborar un programa de intervención para dichas familias.

El programa de intervención que se realizó, tuvo como objetivo intervenir en aspectos fundamentales que desestructuraran la forma de interacción patológica del grupo familiar, lo cual se hizo por medio de diversas técnicas enfocadas a la:

- Homeostasis familiar.
- Comunicación.
- Triangulaciones, coaliciones entre los miembros del grupo familiar.
- Roles familiares, reglas internas, clima afectivo e intensidad en la emoción expresada.
- Manejo de emociones presentes como: ira, culpa, frustración, miedo, tensión, ansiedad, tristeza, duelo, vergüenza, etc., así como también, resaltar emociones vividas en el núcleo familiar que sean más satisfactorias para la familia.

Lo que podemos concluir, es que sí se manejan estas técnicas de forma adecuada, los cambios esperados serán, no sólo una mejora en la interacción familiar, sino una rehabilitación del paciente esquizofrénico, pues una de nuestras hipótesis es que la interacción familiar que se basa en los aspectos ya mencionados no sólo es un elemento clave en la etiología de la esquizofrenia, pues también es un perpetuador de los síntomas del paciente.

Debido a que la naturaleza de la esquizofrenia en cuanto a su etiología es hasta la fecha un misterio, pues sólo existen aproximaciones o modelos teóricos que no ofrecen una certeza científica de su veracidad, hace necesaria una mayor cantidad de investigaciones que contribuyan a nuevos descubrimientos de este trastorno mental, que permitan un manejo eficaz del paciente y de la familia, que intervengan de forma integral, que no se limite sólo al plano de intervención del paciente, pues es fundamental el papel que juega la familia dentro de esta enfermedad.

Sin embargo, me parece que no es suficiente, sería conveniente pensar en futuras investigaciones o propuestas que consideren ámbitos como la comunidad, que se estudie la importancia que tienen las políticas de atención en hospitales, centros de salud, clínicas particulares, y no sólo en estos centros, sino en las políticas que rigen a una sociedad, además de considerar otros factores que a simple vista no parecen tener relación, pero que juegan un papel importante como factores precipitantes de esta enfermedad, como por ejemplo, la economía, la cultura, la estigmatización, la violencia, etcétera. Sin duda, toda investigación que se atreva a ir más allá en busca de mayor conocimiento acerca de la importancia de todos estos factores relacionados con la esquizofrenia, será sin duda un esfuerzo que valga la pena.

# **ANEXOS**

## ANEXO I. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN EL DSM-IV

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratada con éxito):

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado (p.ej. descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplaneamiento afectivo, alogia o abulia.

**Nota:** Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si los dos más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por de bajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).



- D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:* el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrentes con los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en duración con la relación con los periodo activo o residual.
- E. *Exclusión en relación con el consumo de sustancias y de enfermedad médica:* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:* si hay historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito).

## **ANEXO II. FICHA TELEFÓNICA:**

- Nombre completo y edad del paciente identificado.
- Estudios o profesión de P.I.
- Motivo de consulta.
- Composición de la familia nuclear y extensa.
- Quiénes viven en la casa.
- Quién llama o pide la consulta.
- Quién los ha derivado.
- Domicilio y teléfono de contacto.
- Fecha de esta primera llamada.
- Miembros que se citan a la primera sesión.
- Citados para el día, mes, hora.
- Quién atenderá a la familia.

## **ANEXO III. TERAPIA FAMILIAR Y ESQUIZOFRENIA “EL ESTILO DE VIDA DE SENTIRSE ARRINCONADO”.**

### **La Esquizofrenia**

Para mí la base social de este fenómeno que llamamos esquizofrenia está en el denominado específico de poder/conocimiento que la produce.

Me interesa en cierto modo la historial social de esta forma de clasificación, sus orígenes culturales y las consecuencias que derivan de ella. Cuando se acuñó el término esquizofrenia, éste era sinónimo de mal crónico, incurable y de deterioro. Este concepto echó profundas raíces en el sistema de creencia tanto en los dominios laicos tanto de los dominios profesionales. Y estas creencias perduran en la esfera de los que Gellner (1975) denominó “sistema de pensamiento tradicional” o de lo que Evans-Pritchard (1976) ha designado como “rígidas creencias implícitas”.

Gellner afirma que los sistemas de pensamiento tradicional, a diferencia de los sistemas de pensamiento moderno que se basan en principios y en conceptos intelectuales explícitos, se articulan implícitamente y están insertos en la conducta, la cual se considera como parte del orden natural de las cosas y, por lo tanto, no requiere ninguna explicación. El hecho de que semejantes creencias no estén articuladas las hace mucho más generales, profundas, compulsivas y resistentes a cualquier cambio.

A las personas que participan en una esfera particular de creencias rígidas e implícitas les resulta sumamente difícil explicar sus propias experiencias sin recurrir al idioma de tales creencias. Dentro de esa esfera las se ordenan según creencias que en general no son accesibles al intelecto consciente a los efectos de su examen crítico.

La esquizofrenia como clasificación científica se prefirió a demencia precoz, porque el vocablo podía transformarse en un adjetivo capaz de objetivar a la persona así clasificada, de suerte que ahora podía hablarse de una persona “esquizofrénica” (Bleuler, 1950). La esquizofrenia no solo estaba dentro de la persona sino que ocupaba la totalidad de la persona y constituía la identidad total de ésta. Foucault (1975) identifica la clasificación científica de personas como una práctica cultural en virtud de la cual el cuerpo se convierte en una cosa y la docilidad de éste es el resultado.

Al considerar la naturaleza compulsiva de este sistema de pensamiento tradicional y las consecuencias de la práctica de objetivación de personas mediante la clasificación científica, podemos especular sobre los aspectos socialmente producidos del curso de deterioro propio de la esquizofrenia. Esta especulación se ve fortalecida por la proposición de que las personas dan sentido a los sucesos y experiencias de su vida relacionándolos con algún relato personal.

“El relato esencialmente estructura sucesos de manera tal que éstos muestran, primero, una conexión o coherencia y, segundo, un sentido de movimiento o dirección a través del tiempo.” (Gergen y Gergen, 1984, pág. 174-175).

De esta manera los hechos de vida se interpretan ensamblándolos, de modo que correspondan a algún fin proyectado o a alguna meta. Si el concepto de esquizofrenia contiene creencias rígidas e implícitas sobre lo crónico y el deterioro, si la clasificación científica produce sujetos dóciles y si la interpretación de sucesos actuales está en cierto modo determinada por el futuro, luego la naturaleza social de la esquizofrenia debe ejercer una poderosa influencia en su desarrollo.

## **Etiología y Cura**

No necesito decir que en el desarrollo de este trabajo no me he apoyado en ninguna versión establecida sobre la etiología de la esquizofrenia. Mi interés primario se concentró en la perduración de ciertos problemas en el tiempo, que he llegado a asociar con el “estilo de

vida de sentirse arrinconado”. Esos problemas rara vez comprenden alucinaciones o engañosas ilusiones, sino que son problemas propios de la vida misma.

Se dan en la esfera de las relaciones sociales y la persona diagnosticada como esquizofrénica los experimenta como problemas opresivos, así como lo sienten los demás miembros de la familia, especialmente los padres. De las familias que he visto, los padres al discutir los problemas del hijo hablaban de la afición a permanecer en la cama a horas irregulares, de la falta de atención de la higiene personal, de episodios de antagonismo contra otros miembros de la familia, de una aparente alergia a los quehaceres domésticos y de una desesperanza y pasividad generales. A veces los miembros así diagnosticados se quejan de experimentar una sensación de futilidad y parálisis, de fracaso e impotencia, otras veces se lamentan de la injusticia, de la desdicha de ser insignificantes.

Teniendo como interés primario la perduración de ese estilo de vida de “sentirse arrinconado”, presté también escasa atención a la cura misma de ese fenómeno que llamamos esquizofrenia, así como presté escasa atención a su etiología.

## **La Persona**

A lo largo de estas notas me referiré a las personas que fueron diagnosticadas como “personas esquizofrénicas”. Habitualmente estas personas presentan varios problemas que tienen que ver con lo que generalmente se relaciona con el curso de deterioro de la esquizofrenia. Las más de ellas se manifiestan como “pasajeros” de la vida y declaran su desesperanza sobre el futuro, o bien dicen que ocurrirá un acontecimiento asombroso que les permitirá concretar su plan de llegar a ser astronauta o un explorador del Polo Sur.

Por otro lado, se ha llamado a eso también “carrera o trayectoria”.

“Tradicionalmente el término carrera se reserva para aludir a quienes esperaban gozar de promociones en la trayectoria de una respetable profesión. Sin embargo, el término llegó a emplearse en un sentido más amplio para referirse a la posición social de una persona en el curso de su vida.

Así se toma la perspectiva de la historia natural: logros aislados se pasan por alto en favor de cambios producidos en el tiempo y considerados básicos y comunes en los miembros de una categoría social, aunque se dan independiente los unos de los otros.” (Goffman, 1961, pág. 127).

Siguiendo a Bateson (1972) he llamado a esa red un sistema de limitación (White, 1986a). la noticia de logros aislados “se olvida o se desdibuja... los mensajes cesan de ser mensajes cuando nadie puede leerlos” (Bateson, 1980, págs. 50-51).

En respuesta a las preguntas que alientan a las personas a explicar su situación, habitualmente ellas refieren variaciones del “cuento triste”.

“Según la etapa que una persona ha alcanzado en su trayectoria, uno comprueba habitualmente que ella elabora una imagen del curso de su vida (pasado, presente y futuro) que selecciona, abstrae y deforma las cosas de manera tal que le suministran una visión de sí mismo que últimamente proyecta a situaciones actuales. En términos muy generales, la línea defensiva de la persona la lleva a alinearse apropiadamente junto a los valores básicos de su sociedad y esto bien puede llamarse una excusa. Si los hechos del pasado y del presente de una persona son extremadamente deplorables, entonces lo mejor que ella puede hacer es demostrar que no es responsable del estado a que ha llegado, de manera que aquí la expresión de *cuento triste* resulta apropiada. Es interesante comprobar que cuando el pasado más fuerza a la persona a alinearse aparentemente junto a los principales valores morales, con tanta mayor frecuencia esa persona se siente compelida a referir su *cuento triste* en cualquier parte en que se encuentre” . (Goffman, 1961, pág, 151).

Puede argüirse que los valores básicos aquí mencionados se refieren a las nociones culturalmente producidas sobre la especificación de la personalidad que tiene que ver con el ordenamiento y distribución de los seres humanos en el espacio para convertirlos en “cuerpos dóciles”. Según Foucault, esa especificación es el resultado de una técnica disciplinaria llamada “juicio normalizador”, una técnica de sujeción y control sociales derivados de la distribución de las personas alrededor de una norma. Esta especificación, pone fuerte énfasis en criterios normativos, tales como coherencia, consistencia, posesión de sí mismo, contención de sí mismo, autonomía, productividad, integración, totalidad, etc. Foucault también sostenía que el juicio normalizador somete y descalifica el poder personal, tanto más cuanto no suministran puntos fijos en virtud de los cuales las personas

puedan formular sus propios juicios, puntos fijos alrededor de los cuales las personas puedan protestar.

La sujeción a este proceso de normalización hace que la persona que experimenta ese fenómeno clasificado como esquizofrenia, sienta como un extraordinario fracaso el no llegar a ser una persona. En respuesta a esa sensación, la persona en cuestión desarrolla una elaborada y extensa urdimbre de excusas que es su *cuento triste* y, entonces, el estilo de vida de “sentirse arrinconado” se hace más completo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1988). *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires.: Paidos.
- Aldaz, A., Vázquez, C. (2000). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Barcelona.: Siglo XXI.
- Anderson, C. (1999). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Anderson, C., Reiss, Douglas., Hogarty, Gerard. (1986). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Arévalo, J. (1990). *Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia*. México.:Grijalbo.
- Arieti. (1965). *Interpretación de la Esquizofrenia*. Barcelona.: Labor.
- Basaglia, F. (1988). *Razón; Locura y sociedad*. México.: Editorial Siglo Veintiuno.
- Bateson. (1976). *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. Buenos Aires.: Lolhé
- Berenstein, I. (1987). *Familia y Enfermedad Mental*. Buenos Aires.: Paidos.
- Berger. (1978). *Más Allá del Doble Vínculo*. Barcelona.: Paidos.
- Boustra, J. (1979). *La Esquizofrenia*. Barcelona.:Herder.
- Bowen, M. (1991). *De la Familia al Individuo*. México.: Paidos.
- Cirillo, S. (1994). *Los Cambios en los Contextos no Terapéuticos*. Barcelona.: Paidos. Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (2002). *La Terapia Familiar en los Servicios Psiquiátricos*. México.: Paidos.
- Cohen. (1984). *Teoría y problemas de introducción a la sociología*. México: McGraw.
- Chinchilla. (1996). *Las Esquizofrenias*. Barcelona.: Masson., S.A.
- De la Fuente (2000). *Psicología Médica*. México.: Fondo de la Cultura Económica.
- Estrada, L. (2003). *El Ciclo Vital de la Familia*. México.: Grijalbo.
- Fowler, D. (1996). *Terapia cognitivo-conductual: Un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos*. Madrid.: Fondo de la Cultura Económica.



- Fromm, E. (1976). *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*. México.: Fondo de Cultura Económica.
- Goldman. (1996). *Psiquiatría General*. México.: Manual Moderno.
- Haley, J. (1967). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- - - - - (1974). *Tratamiento de la Familia*. Barcelona.: Ediciones Toray
- - - - - (1981). *Enfoques Evolutivos*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. Nueva York.: Fondo de Cultura Económica.
- Imber-Black, E., Roberts, J., Whiting, R. (1991). *Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia*. España.: Gedisa.
- Jackson. (1960). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Lévi-Strauss. (1976). *Problemática sobre el origen y la universalidad de la familia*. Barcelona.: Anagrama.
- Lucas, R. (2003). *Bioética para todos*. España.: Trillas.
- Madanes. (1984). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Mackinnon. (1973). *Psiquiatría Clínica y Aplicada*. México.: Interamericana.
- Merino. (1990). *Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar*. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Minuchin. (1974). *El Arte de la Terapia Familiar*. Barcelona.: Paidós.
- - - - - (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona.: Paidós.
- - - - - (1986). *Familias y Terapia Familiar*. México.: Gedisa.
- Morales, Eliana: "Familia, paciente y reinserción social". REVISTA DE PSIQUIATRÍA. N° 1, vol. XI, 2005, pp. 16-20.
- Nágera, J. (1997). *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid.: Salvat.
- Patiño, J. (1990). *Psiquiatría Clínica*. México.: Salvat.
- Pedro Gargoloff, Diego Rodríguez, Martín Telleriarte;
- <http://psiconet.com/argentina/apsa2002/esquizoyestigma.htm>; 26 de Abril; 21:30 horas.
- Posininsky, H., Schaumburg, C. (1998). *¿Qué es la Esquizofrenia? Una Enfermedad y las Posibilidades de su Tratamiento*. Barcelona.: Heder.

- Rendueles. (1990). *Las Esquizofrenias*. Madrid.: Júcar.
- Roder, V. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona.: Ariel.
- Ruiz. (1987). *Esquizofrenia un Enfoque Cognitivo*. Madrid.: Alianza.
- 
- Sáiz, J. (1999). *Esquizofrenia, Enfermedad del Cerebro y Reto Social*. Barcelona.: Masson., S.A.
- Sarason, G. (1978). *Psicología Anormal*. México.: Trillas.
- Satir, V. (1982). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. México.: La Prensa Médica Mexicana.
- Sorrentino (2002). *La Terapia Familiar en los Servicios Psiquiátricos*. México.:Paidos.
- Szasz, T. (1990). *Esquizofrenia*. México.: Premiá.
- Trisciuzzi, L., Cambi, F. (1993). *Infancia e Historia*. Roma.: Editori Riuniti.
- Von Bertalanffy (1980). *La Teoría General de Sistemas*. Madrid.: Fondo de Cultura Económica
- Watzlawick, P., Beavin., Jackson. (1983). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona.: Herder.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (1997). *Terapia Breve Estratégica; Pasos Hacia un Cambio de Percepción de la Realidad*. Barcelona.: Paidos.
- Zúñiga, Sonia y J.Jobet: “Evaluación del programa de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos: Una intervención complementaria al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico”. REVISTA DE PSIQUIATRÍA. N° 1, 2004, pp. 25-30.