

**Dr. Luis Linares Fernández, Profesor Titular de la UAB**

Declara y confirma que ha supervisado la Tesis Doctoral titulada:

**ELEMENTOS RELACIONALES EN ESQUIZOFRENIA:**

**Comparación de los discursos de familiares**

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Linares Fernández', with a horizontal line underneath the text.

**Dr. Luis Linares Fernández**

Barcelona, 2012



A mi familia en Chile

Y a los que han sido familia en este lugar,

A todos ellos, muchas gracias.



## AGRADECIMIENTOS

Con la entrega de este trabajo culmina un proceso migratorio de cuatro años. Quiero agradecer a todos quienes motivaron a que llevara cabo este viaje.

A Francisca Román, docente del departamento de psicología de la Universidad de La Frontera en Chile, por orientarme y ayudarme a buscar más allá de los que mi realidad me permitía en ese momento.

A los docentes de La Universidad de La Frontera, por compartirme con ilusión y entrega una psicología respetuosa con Chile, su historia y su diversidad de gente.

Al gobierno de Chile y a Becas Chile, por confiar y entregarme esa mención que fue indispensable para este proyecto.

Al Dr. Juan Luis Linares, por permitirme conocer su trabajo y por estos años de formación. Gracias por tu generosidad y por la confianza con que compartes tu historia de aprendizaje.

Al Equipo de Unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, por acompañarme y enseñarme en mi formación como terapeuta familiar. A mis compañeros y amigos del Master, por ser testigos de estos años de cambios y andar. Por ayudarme a sentirme más cerca de casa.

Con especial cariño, al Grupo de observación en psicosis de la Unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau. A Dora Ortiz, Vicky Rangel, Víctor Silva, Ilektra Paraskevi a Ramón Carrillo y a tantos otros compañeros que han pasado por el grupo durante estos años, a todos ellos gracias por los momentos de aprendizaje, por la generosidad y la ilusión.

También quiero agradecer a docentes y terapeutas de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau por la amistad y la colaboración durante el proceso de este trabajo. A Teresa Moratalla, Ana Pérez, Carmen Campos, Iolanda D'Ascenzo, Anna Abio, Cecilia Trigo, María Tomico, Ana Valdepinto, Israel Escamilla, Laura Romagos y Francesca Cicarelli. Muchas gracias.

A Clara Juando, por su dirección metodológica en la aproximación cualitativa de este trabajo. Por su apoyo y por la claridad de sus consejos.

A Ignasi Gich, por su orientación en la aproximación cuantitativa de este trabajo. Por el tiempo, la paciencia y la generosidad.

Al Dr. Adolfo Tobeña, por compartirme una visión diferente de comprender el trabajo científico, por su orientación y consejos.

A Jaime Inclán y al *Roberto Clemente Center Family Guidance* (Nueva York), por haberme acogido con tanto cariño, por permitirme conocer el trabajo que realizan y por aportar en mi formación como terapeuta familiar.

A Iolanda Loire, por la asesoría y palabras sabias.

Y finalmente a todos los que estuvieron durante estos años migratorios, por el cariño y por transmitirme lo mejor de este lugar. A Elavoko, Elisenda, Ferrán, Conchita, Ramón, María Inés y María. Y a tantos otros amigos que han sido una familia extensa - escogida y tan nutricia.

A Rosa y Rafael, por el cariño y la adopción.

Y a Rubén, por tantos momentos compartidos, por tu paciencia y presencia.

Gracias.

# Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
 Parte I: Fundamento Teóricos	
1. Conceptos Generales de Familia	
1.1. Definición.....	5
1.2. Aportaciones desde la Perspectiva Sistémica.....	8
1.3. Tipologías de Familia.....	12
1.4. Vínculo Parental.....	18
1.4.1. Tipologías de vínculos.....	20
1.4.2. Tipologías clásicas de estilos parentales.....	21
2. Familia y Esquizofrenia	
2.1. Esquizofrenia: Conceptos Generales.....	28
2.2. Historia de la Terapia Familiar en Esquizofrenia.....	32
2.2.1. Teorías del doble vínculo.....	32
2.2.2. Teorías de la comunicación humana.....	35
2.2.3. Triangulación perversa.....	36
2.2.4. Pseudomutilidad.....	38
2.3. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés .....	39
2.4. Emoción Expresada.....	40
2.5. Apego Adulto es Esquizofrenia.....	45
2.6. Programas de Intervención Familiar.....	47
2.6.1. Terapia orientada a la crisis.....	48
2.6.2. Intervención familiar para disminuir la emoción expresada.....	48
2.6.3. Terapia familias conductual.....	48
2.6.4. Psicoeducación familiar.....	50
2.6.5. Consideraciones respecto a intervenciones familiares en el contexto de salud pública Español.....	50
2.7. Esquizofrenia y Drogadicción: Consideraciones Generales.....	52
2.7.1. La drogadicción desde el modelo sistémico.....	55
3. Descripción del Modelo de Parentalidad-Conyugalidad.....	
3.1. Descripción Teórica.....	59
3.1.1. Relación entre Parentalidad y Conyugalidad.....	61
3.2. Descripción del programa de intervención en psicosis de la Unidad de terapia familiar del Hospital de Sant Pau .....	66
3.2.1. Comprensión del enfermar.....	67
3.2.3. Fenómeno relacional.....	68
3.2.4. Proceso de recuperación.....	69
3.2.5. Estilo del terapeuta y acomodación .....	72
3.2.6. Intervención terapéutica.....	74

3.2.7. Intervenciones primarias.....	75
3.3. Características del encuadre.....	78
3.3.1. Niveles de intervención.....	78
3.3.2. Objetivos terapéuticos.....	79
3.3.3. La entrevista.....	80
3.3.4. Grupos Terapéuticos.....	81

## Parte II: Aplicación Empírica

4. Objetivos	
4.1. Objetivos Generales.....	84
4.2. Objetivos Específicos.....	84
5. Método	
5.1. Diseño.....	86
5.2. Participantes.....	87
5.2.1. Tipo de muestreo.....	94
5.3. Metodología de entrevistas.....	94
5.4. Procedimiento.....	96
5.5. Análisis de los datos	
5.5.1. Análisis Cualitativo.....	97
5.5.2. Análisis Cuantitativo.....	98
6. Resultados	
6.1. Resultados Fase Diagnóstica	
6.1.1. Frecuencias de codificación.....	101
6.1.1.1. Valores relativos	104
6.1.2. Diferencias de grupos.....	105
6.2. Descripción Cualitativa y composición interna de cada dominio	
6.2.1. Desconfirmación.....	110
6.2.2. Baja diferenciación.....	118
6.2.3. Organización trianguladora.....	127
6.2.4. Déficit identitario.....	144
6.3. Resultado de la fase de seguimiento	149
6.3.1. Desconfirmación.....	151
6.3.2. Baja diferenciación.....	152
6.3.3. Organización trianguladora.....	153
6.3.4. Déficit identitario.....	154
7. Discusión.....	160
8. Conclusiones.....	168
9. Bibliografía.....	171
10. Anexos.....	181



---

## Resumen

Estudio observacional sobre la comunicación verbal registrada en sesiones de terapia familiar con familias con un hijo/a con esquizofrenia. El objetivo fue describir elementos relacionales-familiares presentes en el discurso de las familias usando un diseño mixto cualitativo-cuantitativo. Para ello se tomó muestra de 19 familias con un hijo/a con diagnóstico de esquizofrenia primaria, para la validación del diseño se tomaron dos grupos control (n=8 con esquizofrenia asociado a consumo de sustancias y, n=10 sin diagnóstico de esquizofrenia). Todas las familias recibieron terapia familiar en el Hospital de Sant Pau de Barcelona entre 2007 y 2009. Las entrevistas fueron codificadas a partir de las transcripciones de las sesiones clínicas registradas audiovisualmente. Para el manejo de los datos se empleó el programa de análisis de datos cualitativos QRS NVivo (versión 8.0.340.0 SP4, Qualitative Soluciones & Research Pty, Ltd.). Para el análisis de diferencias entre grupos se utilizó el paquete estadístico SPSS (V19.0). Los resultados que arroja el análisis de ciento once entrevistas, muestran diferencias significativas entre los grupos en los dominios de Organización trianguladora, Baja diferenciación, Desconfirmación y Déficit identitario. El grupo de esquizofrenia primaria posee las frecuencias más altas en estos dominios, vinculados clínicamente a un deterioro del funcionamiento familiar. Los análisis con prueba post hoc señalan diferencias intergrupo para el grupo de familias con esquizofrenia primaria y el grupo de familias sin diagnóstico de esquizofrenia, mientras que el grupo de familias con diagnóstico asociado a consumo de sustancias sería un grupo con características superpuestas a los anteriores. Para las familias del grupo con esquizofrenia primaria se realizó un seguimiento de 2 años. El análisis de las sesiones refleja una disminución en la manifestación de los dominios antes mencionados. Análisis con prueba ANOVA de medias repetidas muestra diferencias significativas tras los primeros 12 meses de tratamiento. Los cambios más significativos suceden en los dominios relacionados con características de la familia: Desconfirmación, Organización trianguladora y Baja diferenciación. El dominio de Déficit identitario, que hace referencia a cambios individuales del paciente, es el que se mantiene más estable en el tiempo. Los resultados del estudio se discuten en relación a teorías de terapia familiar, teoría de vulnerabilidad-estrés e investigaciones sobre el modelo de recuperación familiar.

## Introducción

La familia representa el contexto primario de principal nutrición emocional para las personas (Satir, 1981; Elzo, 2001; Montoro, 2004; Berástegui y Gómez Bengoechea, 2011; Delgado y Arranz, 2011). Las relaciones familiares son relaciones de tal valor emocional que influyen en nuestra forma de ser, pudiendo consolidarse como fuentes de apoyo gratificante, pero también en otras ocasiones fuente potente de tensión psicológica. La interacción entre vulnerabilidad biológica y situaciones contextuales es cada vez más asumida y el papel que juega la familia en el curso de patologías de salud mental es un área de investigación cada vez más estudiada.

La esquizofrenia constituye un problema de salud pública actual importante. La repercusión familiar y social de la esquizofrenia es significativa, al igual que el coste económico derivado de la situación de dependencia de los pacientes, su desempleo y la necesidad, en muchos casos, de asistencia por cuidadores. En EE.UU., según la revisión de estudios llevada a cabo por la American Psychiatric Association (APA) en 1997, la esquizofrenia es la causa del 2,5% del gasto total en asistencia sanitaria. Además, las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves y se calcula que los pacientes esquizofrénicos constituyen un 10% de los que están en invalidez permanente.

Se estima que el 3% de la población desarrollará algún episodio psicótico a lo largo de su vida. Estudios realizados en 1999 por el Health Council of the Netherlands plantearon que la esquizofrenia presenta una incidencia anual de 1 por 10.000 habitantes y una prevalencia que rodea el 1% de la población. Su prevalencia es de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes, pareciendo tener una distribución uniforme en todo el mundo.

Un estudio de primeros episodios en Cantabria reveló que existía una incidencia de esquizofrenia para la edad de riesgo 15-54 años de 1,9/10.000 habitantes por año, y que no había diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (Vázquez-Barquero, Cuesta, Herrera, Gaité, Arena, 1995). La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres.

---

En relación a la mortalidad en la esquizofrenia desde una perspectiva epidemiológica, se sabe que es consistente y significativamente más alta, en una proporción entre dos y tres veces mayor, que en la población general. Las causas remiten a suicidios y muertes violentas, mortalidad natural cardiaca, enfermedades cardiovasculares y uso de antipsicóticos y polifarmacia (Auquier, Lancon, Rouillon, Lader, Holmes, 2006).

Las comprensiones actuales del trastorno son principalmente biológicas y hereditarias, y la intervención en estas áreas posee una especificidad cada vez mayor. Sin embargo, el avance en las áreas anteriores no ha significado un desarrollo paralelo en su manejo psicosocial (Leff, 1994). Los abordajes actuales de manejo del trastorno, coinciden con los aspectos en que más se ha desarrollado su comprensión, a nivel farmacológico, sin embargo, las características de su complejidad y la amplia gama de áreas involucradas, requiere la asistencia de un abordaje multifocal. Las investigaciones avalan que mejores contextos familiares y sociales relacionales favorecen el manejo, la adherencia al tratamiento y el pronóstico de la enfermedad (Zubin, Steinhauer y Condray, 1992; Saavedra, 2009).

En la década del 50' se plantearon propuestas sociogénicas de la etiología de la esquizofrenia que relacionaron el desarrollo de la enfermedad con características relacionales de los padres. El movimiento de la antipsiquiatría optó por la desinstitutionalización y los cuidados comunitarios ayudaron a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, muchos de estos pacientes una vez dados de alta sufrían recaídas, apreciándose que los pacientes que se iban a vivir con su familia de origen tenían más recaídas que quienes se iban a vivir solos. Fue así como se inició el estudio de las relaciones familiares de pacientes con esquizofrenia (Leff, Berkowitz, Shavit, Strachan, Glass, y Vaughn, 1990).

El desarrollo de investigaciones en la línea de los contextos relacionales en esquizofrenia, es relativamente reciente. Los resultados muestran aspectos comunicacionales y del clima emocional de las familias que influirían en el curso del tratamiento (Olin y Mednick, 1996). Por otro lado, se ha descrito que ambientes formales -como la casa de acogida- que ofrecen contención emocional y apoyo, influirían en cambios positivos en los pacientes. Se han desarrollado estudios relacionados con el discurso de los pacientes y de sus contextos relacionales, se ha indagado el estigma social, comprensión de la enfermedad, y la definición del self. En estos se ha destacado la trascendencia sobre la salud del paciente de aquellos mensajes comunicacionales que le son transmitidos (Saavedra, 2009).

El estudio que se presenta a continuación pretende describir y comparar elementos de las relaciones familiares de las familias con un hijo/a con diagnóstico de esquizofrenia. Para ello se empleará el discurso de las familias, asumiendo que en él emergen espontáneamente aquellos contenidos relacionales que nos permiten aproximarnos a la complejidad de la dinámica familiar (Denzin, 1989; Krause, 1995; Robson, 2002).

---

# 1. Conceptos generales de familia

## 1.1. Definición

Al hablar de familia, lo primero es reconocer que es una definición compleja y cambiante (Baxter y Braithwaite, 2006; Galvin, 2006) y que cualquier conceptualización que podamos hacer siempre será incompleta. Ya en 1980 Haley hacía referencia a esta complejidad refiriéndose a que “*Un clínico debe ser tolerante a las diversas formas posibles de familia*”. Más aún hoy, la familia tradicional ha ido cambiando en un contexto social e histórico y plantearnos una definición no es una tarea fácil.

Para comenzar podemos introducirnos en el concepto de familia desde un punto de vista etimológico. La palabra *familia* proviene del latín. Es una palabra derivada de *famulus* que significa sirviente o esclavo (Corominas, 1987). La etimología tradicional vincula la voz *famulus* como la forma *famel* y la palabra familia a la raíz de *fames* (hambre), de modo que se refiere al el conjunto de familiares, ya sea consanguíneos o sirvientes domésticos, que sacian su hambre en una misma casa o a los que un *paterfamilias* debe alimentar.

Como se puede apreciar desde su definición la palabra hace referencia a la importancia del sostén y la disponibilidad de los recursos de nutrición. Así mismo, no remite exclusivamente a lasos de consanguineidad.

Otra aproximación, que considera la multiplicidad de formas y posibilidades de hacer familia es la planteada por el sociólogo Anthony Giddnes (1989), quien la define como:

Un grupo de individuos relacionados unos con otros por lazos de sangre, matrimonio o adopción, que forman una unidad económica. Los miembros adultos del grupo son responsables de la crianza de los niños. Todas las sociedades conocidas suponen alguna forma de sistema familiar, aunque la naturaleza de las relaciones familiares varía ampliamente. Si bien es cierto que en las sociedades modernas la principal forma familiar es la familia nuclear, a menudo se da una gran variedad de relaciones de familia extensa.

(p. 89)

---

En esta definición, como en todas las planteadas por los modelos psicosociales, la familia es la unidad social que acepta la responsabilidad de socializar y educar. Así, la estructura de la familia puede variar para incluir cualquier adulto que asuma la responsabilidad primaria para el cuidado de los niños, independientemente de los padres, si hay uno o dos, si los adultos están casados entre ellos, etc.

Otra definición en esta misma línea es la que plantean Fitzpatrick y Wamboldt (1990) quienes definen familia como:

Un grupo psicosocial constituido por al menos un miembro adulto y uno o más otras personas que trabajan como un grupo hacia el cumplimiento de necesidad recíproca, crianza y desarrollo (p. 425).

El rol primario de criar y “*alimentar*” a sus miembros, más allá de las diferentes variantes estructurales del sistema, también lo recoge Virginia Satir (1991) quien reconoce en la familia como una cualidad fundamental la posibilidad de otorgar nutrición a sus miembros:

La familia es el lugar más lógico para crecer y aprender a ser nutricios. El secreto para crear un sistema familiar vital, es permitir que cada miembro de la familia disponga de un sitio verdaderamente individual y que se divierta en ese lugar (p.153).

En este sentido la familia posee un carácter psicológico, jugando un papel central en la socialización y la formación de la identidad de sus miembros.

Otra definición que podemos considerar es la desarrollada por Stanton (1996), quien define familia como:

Un grupo de personas estrechamente unidas por vínculos consanguíneos, matrimoniales y de otra índole que recorren juntas un trayecto a lo largo del tiempo. Al evolucionar enfrentan cambios tanto “desde dentro” (procesos biológicos-sociales y muerte de sus integrantes) como desde afuera (alteraciones geográficas, económicas o político culturales) la magnitud de oportunidad en que se producen estos cambios son decisivas para determinar con que facilidad la familia hará los ajustes indispensables a fin de seguir su trayecto sin un grado indebido de disociación. Si los cambios son excesivos, tal vez la familia se descamine y se quede atascada. Comenzará entonces, a girar en una secuencia de conductas oscilantes y en escalada, que a la larga la llevará a volcarse a la comunidad

---

para buscar personas ajenas a la familia que la ayuden. Pueden suceder que solicite la ayuda de terapeutas.

En esta definición se considera una de las características que se ha asociado a la funcionalidad de una familia, esto es la capacidad de adaptarse a los cambios, de ser dinámica y evolucionar en relación a demandas internas o externas. La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente en un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr esta adaptación, tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, su jerarquía, roles y reglas. Se considera que, la capacidad de adaptación es uno de las más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios, teniendo que enfrentar constantemente dos tipos de tareas; las relacionadas con el desarrollo evolutivo del ciclo vital y las de enfrentamiento a las crisis familiares no transitorias o paranormativas<sup>1</sup>.

Otro aspecto relacionado con característica de la familia funcional es la capacidad de la familia de ofrecer un espacio relacional seguro que ofrezca a sus miembros la posibilidad tanto de independencia como de pertenencia. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. (Minuchin y Fishman, 1984). Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad. Esto con el fin de promover el desarrollo de todos los miembros y no generar sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

Otro conjunto de definiciones en relación al concepto de familia, son las que se desarrollan desde una perspectiva transaccional. Desde este punto de vista la familia se caracteriza por una confluencia de imágenes, creencias, ritos y rituales que generan un sentido de pertenencia, identidad, lealtad, y continuidad presente-pasado. Respecto a esta idea Noller y Fitzpatrick (1993), plantean que:

---

<sup>1</sup> Se refiere a sucesos que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, y que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, etc. Hechos que tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente.

---

Los sistemas compartidos de significado, las creencias, los puntos de vista de la historia y los enfoques para el mundo social en general son elementos que se generan en el espacio del núcleo familiar (p. 13).

Desde la perspectiva de la construcción social, la familia sería un espacio en donde creamos narrativas e historias que nos permiten darle sentido al mundo y a nuestro lugar en él. El significado es un fenómeno social que se desarrolla en un proceso constante por medio de las interacciones significativas y de la comunicación entre las personas (Gergen, 1996). Los sistemas de creencias sirven como un mapa cognoscitivo que orientan las decisiones y las acciones con que los sujetos interpretan los hechos y comportamientos que están presentes en su entorno.

### 1.2. Familia: aportaciones desde la perspectiva sistémica

A continuación se describen aspectos generales de las aportaciones del modelo sistémico a la comprensión de familia.

El modelo de terapia familiar recoge los conceptos planteados por la TGS y los lleva a la comprensión del espacio familiar. Se parte de la base de que la familia es algo más y algo diferente que la suma de sus partes (Black, 1971; Buckley, 1967; Cigoli, 1977; Emery, 1974; Pizzorno, 1973; Rappaport, 1976; Roig, 1970; Speer, 1970) desde esta mirada la familia es vista como un sistema dinámico, complejo, viviente y humano, en interacción permanente con su medio.

A partir del paradigma sistémico se asume así mismo que la familia es un sistema abierto y que por lo tanto recibe inputs de macrosistemas a los que pertenece o en los cuales se sitúa. El espacio educativo, el sistema laboral, las instituciones, etc. actúan como sistemas de los que las familias son partícipes.

En término de intercambios constituye una red de comunicaciones entrelazadas y a la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema y del mismo modo todos se ven afectados por el sistema (Jackson, 1957). El influjo es intenso y mutuo, la comunicación continua y permanente, aunque quiera evitarse. Por este motivo también se afirma que la familia es un sistema "sui generis", con una historia y un pasado y con una posibilidad de futuro (Haley, 1971).



---

Otro concepto importante que se considera desde el modelo sistémico en relación a la familia es el de homeostasis<sup>2</sup>, desde el que se propone que la familia siempre tiende a mantener un equilibrio que favorezca la seguridad de sus miembros. Esta estabilidad se vive en medio de fluctuaciones en las que el sistema permanece más o menos intacto. La homeostasis se compensa con la capacidad de la familia de ir adoptando nuevas formas de funcionamiento, en relación a su adaptación con el medio y con las necesidades de sus miembros. A ese proceso de cambio y de incorporación de nuevas formas se denomina morfogénesis, y como se ha dicho es la tendencia del sistema a evolucionar y adaptarse continuamente al entorno (Watzlawick, 1983).

Homeostasis y morfogénesis, son dos procesos que se asocian a la funcionalidad de un sistema familiar. Dan la posibilidad a la familia de asegurar su dinamismo pasando de estados de crisis a nuevos estados de equilibrio más adaptados que facilitan el desarrollo de todos sus miembros. La familia sensible al ambiente y a la adaptación a nuevas circunstancias para establecer una nueva homeostasis sería más funcional que las familias que se cierran a nuevas posibilidades en relación con el entorno (Wertheim, 1973). Por otro lado las familias menos funcionales serían menos propensas a estos cambios y poseerían una capacidad notable para mantener el status quo.

Siguiendo con esta idea, Minuchin y Fishman (1983) plantean que la familia es un grupo natural que va desarrollando diferentes cambios y formas en el tiempo:

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (p.25).

La diferenciación entre los miembros de los diferentes subsistemas mediante fronteras de demarcación y la diferenciación de límites y reglas de funcionamiento familiar, son conceptos que hablan de la necesidad de la diferenciación de la familia y de sus miembros (Bowen, 1991; Minuchin y Fishman, 1983).

---

<sup>2</sup> Concepto introducido por Jackson en 1957

---

La posibilidad de establecer límites entre las generaciones o subsistemas es otra característica que se asocia a la funcionalidad del sistema familiar. Las divisiones de *status* entre generaciones, las diferenciaciones de edad entre los hijos, las demarcaciones claras entre subsistemas y una clara frontera en torno de la familia nuclear, son características en la que la mayoría de los terapeutas familiares coinciden como favorecedoras de sistemas funcionales (Ashby, 1960, Minuchin, 1980).

Los límites son además de líneas de demarcación, lugares de intercambio. Cuando los límites son muy rígidos, las relaciones son muy pobres y el sistema en su conjunto tiende al estancamiento; por el contrario, cuando los límites son muy débiles, el sistema se puede ver invadido y desaparecer. (Minuchin, 1981). En relación a los límites y la estructura de la familia se puede hablar de familias aglutinadas y desglutinadas<sup>3</sup>

Vinculado a lo anterior, la flexibilidad en la estructura y en la forma en que los miembros establecen relaciones también ha sido relacionada con funcionalidad familiar. Las familias que funcionan con normalidad, establecerían relaciones si bien cercanas, mucho más benévolas y menos obligatorias que en las familias con disfuncionalidad. Como resultado, las personas parecen libres de establecer alianzas apropiadas a las operaciones necesarias del momento, o a etapas en el tiempo.

Cabe mencionar dentro de este tema el modelo desarrollado por Olson y su equipo, quienes plantean la existencia de tres dimensiones que caracterizan la dinámica familiar. Estas dimensiones son: la *cohesión*, la *adaptabilidad* y la *comunicación*. A continuación nos referiremos a cada una de ellas:

La *cohesión familiar* hace referencia al grado por el cual los miembros están *conectados* o *separados* de los otros miembros de la familia. Esta dimensión está definida por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con los otros. Dentro del modelo Circumflejo se usan los *conceptos específicos* para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión. Estos son: unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. La *adaptabilidad familiar* tiene que ver con el grado en que la familia es flexible y puede cambiar en relación a las necesidades de su medio y del entorno. Se define como la capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta a stress situacional o evolutivo. Los conceptos empleados en el modelo para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina),

---

<sup>3</sup> En el apartado siguiente se hará esta distinción

---

estilos de negociación, relaciones de rol, y reglas de la relación. La *comunicación familiar* es la tercera dimensión y facilita el movimiento de las otras dos.

Las reglas y pautas de interacción que nos indican la estructura interna de una familia, también están vinculadas al buen funcionamiento del grupo. La familia dispone de un sistema de reglas y transita en una búsqueda de acuerdo permanente entre estas (Brenes, 1979), en base a estas reglas sus miembros se comportan y organizan. Las reglas serían acuerdos implícitos o explícitos que caracterizan las relaciones entre los miembros de la familia. Un conjunto de reglas conforman un "*juego relacional*", el que se repite con cierta frecuencia cuando se observa la dinámica relacional de la familia (Selvini-Palazzoli, 1991).

El sistema de creencias, reglas y estructuras traspasa la familia nuclear creando lazos intergeneracionales. Una perspectiva multigeneracional (Bowen, 1991) da a conocer cómo ciertas reglas, valores, mitos, conflictos sin resolver, disfunciones, son transmitidos en el transcurso de generaciones.

La terapia, como proceso de reestructuración, pretende la modificación de las condiciones o funciones que mantienen la estructura de un sistema disfuncional. Al analizar las reglas y la estructura es posible inferir el mapa familiar que señala la manera en que se establecen las fronteras o límites entre el individuo y su sistema familia o entre el sistema familiar y el entorno social (Minuchin, 1976).

Cuando se reconstituye el recorrido histórico de la relación familiar la dimensión sincrónica se relaciona con la dimensión diacrónica de la historia de significados con que se ha dotado a los hechos y a las personas. Se habla de mitos familiares para referirse a las creencias y expectativas compartidas por la familia en relación a los roles, a la definición que se hace de cada miembro y de las relaciones. Los mitos funcionan como un marco de referencias desde el cual se piensa y se actúa. Son creencias que se caracterizan por la fuerza estructuradora que justifican muchas de las reglas que se dan entre los miembros de la familia distribuyendo funciones y asignando derechos y obligaciones (Ferreira, 1987; Andolfi, 1998).

En relación a los sistemas de creencias y la historia de significados de la familia, el espacio familiar es un espacio que dota de identidad. Retomando la definición planteada por Minuchin y Fishman (1983), en donde plantean las dos tareas esenciales de la familia; "*apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia*". La individuación es un proceso natural que pone

---

en juego el plano individual y el plano relacional; así podremos entender que para individuarse previamente se ha tenido que permanecer unido con el sistema familiar. La familia se sitúa en la articulación Individuo- Sociedad. Las relaciones de los sistemas humanos dan pie a que sus miembros se diferencien e individualicen y así mismo a que desarrollen aptitudes de socialización que les permitan la vida en común. El ideal entre ambos procesos es que los individuos puedan sentirse completamente individualizados y completamente en relación con los otros. El éxito de ambos procesos dependerá en gran medida de las experiencias relacionales más primarias y más cercanas, el sistema familiar otorgará las herramientas para avanzar en ambos procesos. Linares (1996).

Respecto a estas herramientas cabe mencionar, por la importancia que tiene para este trabajo la propuesta de Linares quien denomina funciones relacionales básicas, aquellas en que los padres mediante aprendizaje vicario transmiten a sus hijos nutrición emocional y cuidado. Las funciones vinculadas con la nutrición emocional reciben el nombre de funciones nutricias; los padres al transmitir valoración y aceptación entregan los recursos para el desarrollo afectivo individual y relacional. Por otro lado las funciones vinculadas con el cuidado reciben el nombre de funciones socializantes y se refieren a la protección que los padres manifiestan a sus hijos y que son la base de los límites personales y los límites y el modo de relacionarse con el entorno (Linares, 1996).

Una visión sistémica de la familia, considerando los elementos descritos anteriormente, comprende el síntoma asociado al funcionamiento familiar. El síntoma refleja una necesidad de la familia, no se considera como un aspecto únicamente individual. Por este motivo la terapia intenta poner sobre relieve la perspectiva relacional, cambiando la mirada individual a una mirada familiar. Respecto al curso de la sintomatología, se considera que aspectos de los síntomas son funcionales dentro de esta dinámica familiar. La permanencia del síntoma es en cierto modo favorecida por la dinámica de la familia. El cambio terapéutico sucede cuando la familia da paso a otros modos de funcionamiento en donde el síntoma ya no posee una utilidad funcional (Watzlawick, 1983).

### 1.3. Tipologías de Familias

Una clasificación básica que se ha establecido en relación a los tipos de familias, es la que define los sistemas como normales y anormales, o bien, como más se usa dentro de la terapia familias, como sistemas funcionales o disfuncionales (Haley, 1980). Las familias funcionales, como ya hemos

dicho, se caracterizarían por su habilidad para estar continuamente abiertas al crecimiento y al cambio (Satir, 1981).

Según la propuesta de Walsh, (1981). Los criterios que permitirían diferenciar a una familia funcional de una disfuncional son los siguientes:

Tabla 1

*Parámetros diferenciadores entre familias funcionales y disfuncionales (Walsh, 1982, p.23-24)*

Individuación	Aglutinamiento
Mutualidad	Alineamiento
Flexibilidad	Rigidez
Estabilidad	Desorganización
Percepciones claras	Percepciones distorsionadas
Roles claros	Roles confusos
Reciprocidad en los roles	Roles conflictivos
Límites generacionales	Límites generacionales difusos

Ackerman (1981) por otro lado, plantea que la funcionalidad en un sistema familiar depende del patrón de equilibrio e intercambio emocional, y que el logro de una homeostasis funcional se relaciona con una adecuada readaptación y revisión de las reglas que rigen el sistema. En ese movimiento, el subsistema de mayor nivel jerárquico (padres) debe centralizar la organización funcional dentro de la familia y de las interrelaciones con el medio. Según como sea la organización del sistema y de su claridad relacional, dependerá la concreción de la función básica de la familia, que es según este autor el desarrollo y crecimiento de sus miembros.

Quizá la clasificación más empleada por los terapeutas familiares, se relaciona con las fronteras del sistema familiar, fue propuesta por Minuchin (1967, 1974, 1983), y en esta clasifica a las familias en relación a demarcación que se establece entre los diferentes subsistemas. De este modo el autor denomina familias aglutinadas a aquellas en donde la permeabilidad de los límites y de sus fronteras no permite la diferenciación de sus miembros dentro del espacio familiar, esto se traduce en la imagen de miembros altamente unidos y con bajas posibilidades de diferenciación. Por otro lado se entiende como familias desligadas, aquellas en donde el sentido pertenencia es bajo, los límites y las fronteras están altamente marcados, tanto como para que sus miembros se sientan

separados los unos de los otros. Ambos tipos de familias en sus lados más polares estarían asociadas a psicopatología, desde la perspectiva familiar (Linares, 1996).

En la siguiente tabla se expone un resumen de las principales características a las que hacemos referencia:

Tabla 2  
*Características de las familias aglutinadas y desvinculadas*

Familias Aglutinadas	Familias Desligadas
El sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomo de los problemas.	Pueden funcionar de manera autónoma, pero poseen un desproporcionado sentido de la independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando lo necesitan.
La conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros, y el stress de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en los otros subsistemas.	Tolera una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros, pero el stress que afectan a uno de ellos no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Sólo un alto nivel de stress individual puede repercutir con la suficiente intensidad como para activar los sistemas de apoyo de la familia.
Responde con excesiva rapidez e intensidad. Conmoción por problemas de cualquier índole y gravedad.	Tiende a no responder cuando es necesario. Pueden permanecer inmutables ante problemas serios.
Los límites entre la familia nuclear y la de origen no se conserva bien; los que separan el holón parental del de los hijos se borra de manera impropia; los <i>roles</i> de padres y de cónyuges suelen no estar bien definidos. Los hijos no se diferencian sobre la base de la edad o nivel de maduración, de modo que el holón fraterno no puede contribuir adecuadamente al proceso de socialización.	Separación entre el holón parental y el de los hijos. Los padres y otros adultos parecen dissociarse de toda responsabilidad por el comportamiento de los niños, a menos que sea perturbador, o suscite el malestar de la comunidad.

Incapacidad para transacciones diádicas. Cada vez que hay un conflicto entre dos, interviene una tercera persona.	Tendencia a la triangulación
Familias "sensibles al consenso".	Familias "sensibles a la distancia interpersonal".

Umbarger (1983), quien colaboró con Minuchin, plantea que ambas características son *estilos transaccionales*, que influyen en la permeabilidad, la comunicación y las posibilidades de desarrollo de sus miembros.

En la familia aglutinada padres e hijos se encuentran sobre involucrados, la frontera que la circunda suele ser rígida y cerrada, con tendencia a aislarse del mundo externo y a aprisionar a sus miembros manteniéndolos cautivos en los entrapamientos de los subsistemas que inversamente tienen fronteras difusas, no promueven la autonomía individual, lo que proporciona un exagerado sentimiento de pertenencia al grupo familiar reduciendo el sentimiento de autonomía, de ser uno mismo (p.47).

Otro modelo de tipología familiar ha sido el propuesto Wertheim (1973), basado en variables relacionadas con la taxonomía del proceso, es decir, la forma en que un sistema cambia o se mantiene igual a lo largo del tiempo. Wertheim sostiene que es necesario tener en cuenta los mecanismos de cambio de una familia, además de sus variables estructurales. De este modo, si entendemos que una familia es una entidad gobernada por reglas, resistentes al cambio, es importante considerar dos dimensiones. Una dimensión formada por las *tendencias morfostáticas* (cuando tiende a mantener de manera rígida su equilibrio), y otras *tendencias morfogenéticas* (referidas a la posibilidad de cambiar y realizar cambios en relación a los *feedbacks* del exterior).

En la dimensión *morfostática*, Wertheim distingue la *Morfostasis Consensual*, que hace referencia a un equilibrio entre objetivos individuales y objetivos familiares, y la *Morfostasis Forzada*, que hace referencia a la tendencia de la familia por dejarse regir por reglas rígidas y encubiertas que operan en interés de la familia, por sobre sus miembros a nivel individual.

La segunda dimensión, la *morfogenética*; hace referencia a las reglas con que la familia elabora sus cambios. Si una familia abunda en Morfostasis Consensual se puede pensar que la flexibilidad para producir cambios está implícita en su sistema. Por otro lado, si una familia no puede encontrar las vías para alterar sus reglas cuando se impone un cambio, entonces se debe buscar una capacidad

---

para aceptar el cambio inducido desde afuera, habitualmente agentes provenientes de la comunidad general. Wertheim llama a esta propiedad *Morfogénesis Inducida*.

La autora añade a sus variables de cambio otras, estructurales, relacionadas con los límites, tanto internos como externos. De este modo, incluye sistemas que están a la vez abiertos interna y externamente; sistemas que están cerrados interna como externamente; otros, en parte abiertos intra-sistémicamente y en parte abiertos extra-sistémicamente. Combinando las dimensiones de cambio con las dimensiones estructurales, la autora plantea ocho tipos de familias, de las que ha derivado después ocho similitudes clínicas. La clasificación resultante es una matriz en donde se ubican ocho tipologías. Las dos primeras estructuras dan lugar a familias con flexibilidad óptima, producen pocos problemas, y reciben el nombre de "integradas"; dos siguientes que están asociadas con problemas neuróticos y que reciben el nombre de "bastante integradas"; dos que son llamadas "seudointegradas" siguiendo el concepto de pseudomutualidad de Wynne (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958), y que se asocian a desórdenes psicóticos agudos o crónicos; y otras dos últimas que son, respectivamente, "no integradas" y "desintegradas que se asocian clínicamente a familias que producen desórdenes sociales".

El modelo que sucede al de Wertheim, es el planteado por Beavers en 1977, se denomina *Modelo de Proceso Interseccional* y plantea la existencia de tres niveles de organización, desde las familias más caóticas y confusas, con límites borrosos y escasa jerarquía, pasando por un segundo nivel, considerablemente autoritario y rígido, hasta un tercer nivel más flexible y adaptativo. En el extremo de cada una de las partes, como se aprecia en la figura 1, se encuentran las familias "centrípetas" y "centrífugas". Beavers plantea que las familias que se ubican en el grupo centrífugo producirían comportamiento sociópata mientras que las que se ubican en el grupo centrípeta llevarían a perturbaciones psicóticas. Tanto el grupo de familias centrípetas como centrífugas estarían caracterizadas por la confusión en la comunicación, los límites borrosos, y la evitación del ejercicio del poder.



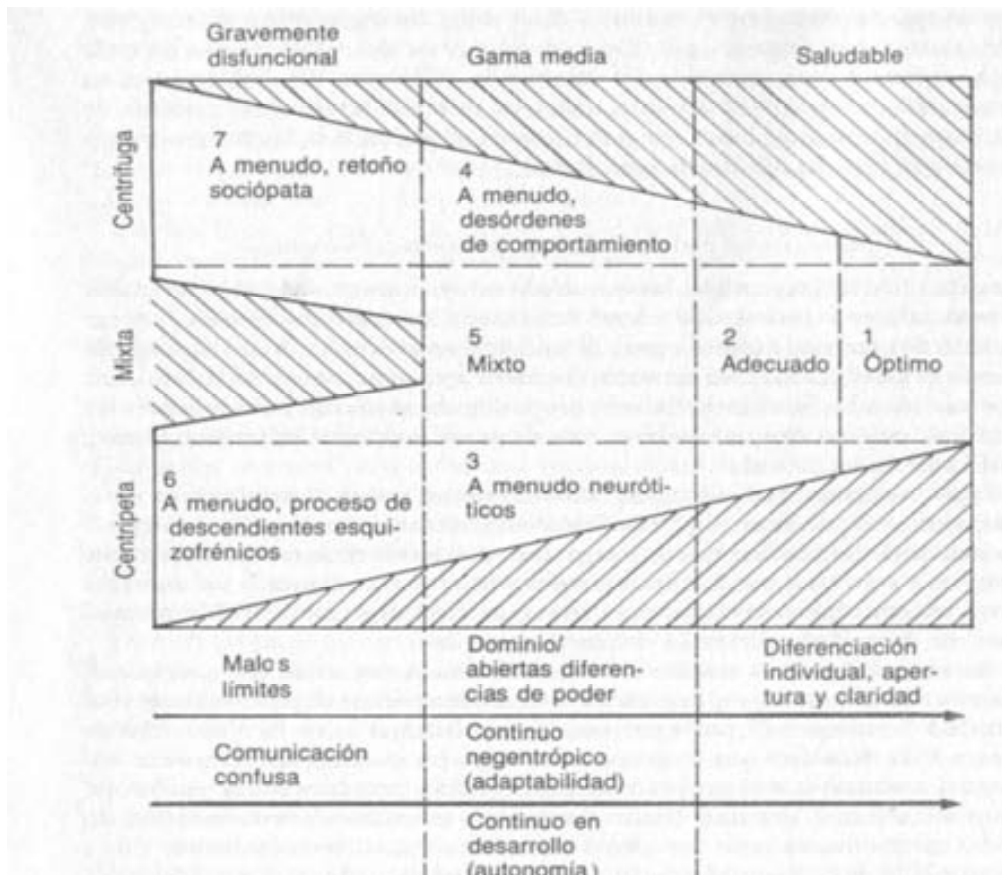


Figura 1. Modelo de Proceso Interseccional de Beavers (Brunner y Mazel, 1977, p.96)

Otro modelo de proceso, más vinculado a la comprensión de familias normales, es la tipología que plantearon Kantor y Lehr (1975), de *estructuras abiertas*, *estructuras cerradas* y *estructuras aleatorias*. Los autores plantean que se puede catalogar a las familias según su homeostasis o su manera de enfocar el equilibrio y el cambio. De este modo las posibilidades que plantean son las siguientes:

- a) *Familias cerradas*: familias que se caracterizan por ser estructuradas y jerárquicas. Se gobiernan por reglas explícitas, en ellas los individuos quedan subordinados al grupo. En su polo negativo, estas familias se convierten en sistemas rígidos y "atrincherados", si el sistema desarrolla una escapada esta rigidez puede romperse cuando los individuos se muestran rebeldes y/o violentos.
- b) *Familias aleatorias*: En ellas se atribuye una gran importancia a la individualización personal. Cada miembro del sistema es bastante independiente de los otros. Existen pocas

---

reglas de funcionamiento y se presta poca atención a los límites. En la versión más negativa, estas familias podrían volverse caóticas, pasando por periodos de turbulencia y contradicción. Por otro lado, las luchas entre los miembros por establecer algún tipo de control pueden ocasionar un cambio en el sistema y volverse hacia el autoritarismo o fragmentarse y dispersarse.

- c) *Familias abiertas*: Podrían establecerse como un intermedio en el continuo de las dos anteriores. En estas familias el orden se equilibra con la flexibilidad y los derechos del individuo con los del grupo. En su versión negativa, este tipo de familia tiende a la escisión. El conflicto más típico resulta de la toma simultánea de características contradictorias de los dos sistemas anteriores, los cuales al entrar en colisión y producen tensiones.

#### 1.4. Vínculo Parental

Sabemos que especialmente durante la infancia, los padres son una fuente de apoyo vital para los niños y las niñas. Se ha descrito en relación a esto que aquellos que establecieron vínculos de apego seguros con sus padres en estos años están más capacitados para iniciar adecuadamente nuevas relaciones sociales fuera de la familia en la adolescencia.

De acuerdo con la Teoría del Vínculo de John Bowlby (1976), existe una tendencia natural en los seres humanos a crear relaciones íntimas y estables con personas determinadas, esta tendencia se inicia en los primeros meses de vida y se hace visible en las diferentes formas en que el niño y la niña se manifiestan para obtener y mantener una proximidad con el entorno. Para Bowlby; el apego referiría a la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarían protección (Bowlby, 1983). En el estarían presentes una serie de manifestaciones explícitas que favorecerían el acercamiento y el contacto, como por ejemplo; sonrisa, vocalización, contacto físico (Ainsworth, 1989). Un contacto que se establece en un espacio de tiempo, que perdura y es estable produciendo una sensación subjetiva de seguridad (Ortiz Barón y Yarnoz Yaben, 1993).

Desde los primeros meses de vida y luego durante toda la vida la presencia o ausencia de una figura de afecto es una variable clave que determina como una persona percibe el mundo que la rodea. Así mismo durante toda la vida una variable fundamental es la percepción de disponibilidad o falta de disponibilidad de una figura de apego, en la etapa adulta la presencia de esta persona puede ser física o no (Bowlby, 1983).

---

En este contexto el sistema familiar posee una función fundamental desde sus funciones primarias de protección y socialización. Las relaciones afectivas familiares tempranas son la fuente de entrenamiento y preparación para la comprensión y participación de los niños en relaciones familiares y extrafamiliares posteriores (Trianes, 2000; Pino y Herruzo, 2000). La experiencia familiar no sólo se caracteriza por el apoyo brindado a los hijos cuando estos lo necesitan, sino como se expresión paulatina y oportuna, para que ellos vayan adquiriendo una autonomía cada vez mayor. (Bowlby, 1983).

Relacionado al desarrollo del apego y al espacio familiar, un concepto que tiene importancia en la reflexión de este trabajo es el planteado por Linares (1996) de nutrición emocional, el autor hace referencia a que:

La nutrición emocional se produce cuando el individuo se siente reconocido, valorado y querido. Así de simple y así de infinitamente complejo. Simple porque se trata de vivencias básicas, suministradas de intento de bienestar. Complejo porque la articulación entre estos niveles la articulación entre estos niveles vivenciales que son el reconocimiento, la valoración y el amor ofrece múltiples combinaciones y una infinita diversidad de situaciones concretas, y porque el resultado emocionalmente nutricional depende tanto de la fuente (por ejemplo, el comportamiento de los padres o de los otros familiares) como de la recepción individual o de la transición socialmente mediada. (p. 29)

El autor relaciona la entrega de nutrición emocional con el ejercicio de la parentalidad. Como ya hemos señalado, atribuye a este ejercicio el desarrollo de dos funciones fundamentales que define como funciones relacionales básicas; en ellas se encuentran las funciones socializantes y las funciones nutricias. Las primeras vinculadas con la protección y el aprendizaje en la relación con el entorno y las segundas relacionadas con la entrega del reconocimiento, el amor y la valoración.

Otro autor que hace referencia a los aspectos primarios de la nutrición emocional es Maturana (1990) quien describe como pegajosidad biológica la forma en como los seres humanos realizamos nuestro acoplamiento estructural. Este autor plantea que el desarrollo normal sano de un niño requiere de una vida en amor y de aceptación mutua de los adultos con que convive. Al mismo tiempo, biológicamente, un niño en crecimiento requiere de una vida de actividades que tienen validez en sí mismas y que se realizan sin ningún propósito fuera de ellas, y en las que la atención del niño puede estar plenamente en ellas y no en sus resultados. Maturana define amor como un

---

proceso propiamente humano que marca la deriva evolutiva. En este proceso tiene relevancia la aceptación y de la legitimización del otro en el contexto social. En sus palabras; El amor es la emergencia del otro como un ser legítimo a priori. No legítimo al otro, sino que le asumo como tal (Maturana, 2004 pág. 83).

#### *1.4.1. Tipologías de Vínculos:*

Se han descrito diferentes modelos de socialización parental, en todos los casos los autores concuerdan en que el proceso de socialización es imprescindible para que las personas adquieran un sentido de identidad personal y para el aprendizaje de creencias y normas de comportamientos que los adultos de su entorno consideran importantes y apropiadas (Lila y Gracia, 2005).

Describiremos primeramente el modelo de apego de Bowlby y luego tipologías clásicas de estilos parentales.

Bowlby (1976), ha propuesto tres tipos diferentes de apego: apego seguro, apego ansioso-evitantes y apego ansioso-ambivalente. Las personas con apego seguro, serían capaces de relacionarse con el entorno de una manera segura, desde la percepción de que son atendidos y perciben a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Las personas con este tipo de apego habrían tenido cuidadores que fueron sensibles a sus necesidades, y por este motivo podrían relacionarse desde la confianza con el entorno. Tienen la seguridad de que sus figuras de apego estarán disponibles y que responderán y les ayudarán cuando lo necesiten. En el dominio interpersonal, tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, así mismo, tienden a ser más positivos y a mantener expectativas coherentes de si mismos y de los otros (Feeney y Kirkpatrick, 1996).

Cuando el vínculo afectivo es ansioso - evitante esta asociado a personas tienden a aumentar la distancia de otras personas y objetos supuestamente amenazadores. Las personas con este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, o realizan la evasión de esta figura ante situaciones que requieren proximidad, rechazando la proximidad que pudiera crear confusión. Mantienen estructuras cognitivas rígidas y tienden al enfado y a las emociones negativas (Gayó, 1999). A menudo se observan conductas de agresividad y la desobediencia. Es un tipo de desarrollo más frecuente en los varones que en las niñas, en tanto que ocurre a la inversa en el caso de una conducta de fuerte aferramiento y ansiedad (Bowlby, 1983). A este tipo de apego se ha asociado fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, se ha relacionado a madres que

---

maltratan a sus hijos, ya sea de manera física, verbal, a través de la indiferencia o por inhabilidad psicológica (Egeland y Ericsson, 1987).

Los sujetos con apego ansioso ambivalente, buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se muestran resistentes a ser acogidos por ella. Ante la separación se muestran ansiosos y mezclan expresiones de apego con actitudes de protesta. Relacionado con la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños tienden a no tener expectativas de confianza respecto a la disponibilidad de las figuras paternas. En su experiencia adulta, estas personas se caracterizan por su deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, pues al mismo tiempo que desean tener la interacción y la intimidad, manifiestan temor de que esta experiencia se pierda (Gayó, 1999).

El apego en donde prima la ansiedad se desarrolla no sólo porque el niño ha sido excesivamente gratificado, sino porque sus experiencias lo han llevado a construir un modelo de figura afectiva que se muestra inaccesible o no responder a sus necesidades cuando el lo desea. Cuanto más estable y previsible sea el régimen en el que se cría, más firmes son los vínculos de afecto del menor; cuanto más imprevisibles y sujetos a interrupciones sea ese régimen, más caracterizado por la ansiedad será ese vínculo (Bowlby, 1983).

#### *1.4.2. Tipologías clásicas de estilos parentales*

El primer autor que describe aspectos vinculados a la parentalidad fue Erikson (1963), quien destaca dos dimensiones en la comprensión de las conductas paternas. La primera la denomina Proximidad/distancia, y hace referencia a la cantidad de afecto y aprobación que los padres transmiten a sus hijos. La segunda denominada Permisividad/restricción, que alude al grado en que los padres limitan conductas y expresiones de sus hijos. El autor plantea que ambas dimensiones son relativamente independientes, es decir un padre puede ser muy cálido y a la vez restrictivo, igualmente una madre puede ser fría y muy permisiva.

Otras de las propuestas ha sido planteada por Diana Baumrind (1978), quien coincide en que el elemento calve del rol de las figuras paternas es socializar al hijo para que acepte las demandas de los demás mientras mantiene su sentido de integridad personal. La autora diferencia tres tipos de estilos parentales en función de la dimensión de control: (a) el estilo autoritario, cuando los padres

---

valoran la obediencia y restringen en autonomía, (b) el estilo permisivo, cuando los padres no realizan prácticamente ningún tipo de control sobre sus hijos concediéndoles toda la autonomía posible siempre que no esté en peligro su supervivencia física, y finalmente (c) el estilo autoritativo, que se sitúa en un punto intermedio entre los anteriores, relacionado con padres que intentan controlar la conducta de sus hijos sobre la base de la razón, más que a través de la obligación.

En la década de los 80 destaca la aportación de Maccoby y Martin (1983), quienes presentaron una categorización de estilos parentales en función de las dimensiones de dos dimensiones; la responsividad y la exigencia. La primera alude al grado en que los padres responden a las demandas de sus hijos y la segunda hace referencia al grado en que los padres hacen demandas y exigencias a sus hijos. La combinación de estas dos dimensiones da lugar a los siguientes cuatro estilos parentales:

- a) *Estilo autoritativo*: Los padres y las madres autoritativos son progenitores flexibles, comunicativos, que reconocen y respetan la individualidad de los hijos e hijas, negocian con ellos, les hacen partícipes de las decisiones de la familia y razonan con sus hijos e hijas el establecimiento de unas normas claras y ajustadas a sus necesidades y posibilidades
- b) *Estilo autoritario*: Los padres y las madres autoritarios se caracterizan por ser personas que utilizan un control restrictivo y coercitivo para controlar el comportamiento de sus hijos. Son padres que imponen muchos límites, que esperan una obediencia estricta y que suelen apoyarse en estrategias punitivas y enérgicas como el castigo físico, las privaciones y la amenaza verbal. A diferencia de los padres autoritativos, el establecimiento de normas no está consensuado con los menores y ni siquiera están ajustadas a sus necesidades evolutivas (Kagan y Moss, 1962).
- c) *Estilo permisivo indulgente*: Los padres y las madres permisivos-indulgentes son afectuosos pero ejercen poco control y exigencias. Palacios (1999), señala que se trata de un estilo en donde existen pocas normas y tampoco se presta atención al cumplimiento de ellas. En estos padres, los esfuerzos están dirigidos a adaptarse a sus hijos y a intentar satisfacer sus preferencias.

- d) *Estilo permisivo indiferente*: Los padres y las madres permisivos-indiferentes se caracterizan por presentar niveles mínimos de control y afecto, combinados con poca sensibilidad ante las necesidades e intereses del hijo, por lo que puede derivar fácilmente hacia la negligencia. En su forma más extrema, este estilo puede constituir una forma de maltrato.

La trayectoria histórica en el análisis de los procesos parentales es amplia. Desde un enfoque denominado dimensional, se han analizado diferentes procesos de socialización, se ha centrado la mirada en las dimensiones parentales y en las consecuencias que tienen para los hijos los diferentes estilos. En la tabla 3 que presentamos a continuación se presentan un resumen con las características principales para cada caso.

Tabla 3

*Relación de autores y dimensiones de propuestas de socialización parental*

AUTORES	PROPUESTAS DE DIMENSIONES
Symonds (1939)	Aceptación / Rechazo Dominio / Sumisión
Baldwin (1955)	Calor emocional / Hostilidad Desapego / Implicación
Schaefer (1959)	Amor / Hostilidad Autonomía / Control
Sears, MacCoby y Levin (1957)	Calor o afecto Permisividad / Inflexibilidad
Becker (1964)	Calor o afecto / Hostilidad Restricción / Permisividad
Diana Baumrind (1967, 1971)	Responsividad o aceptación Control parental
Rollins y Thomas (1979)	Apoyo Control paterno: Poder paterno e Intento de control
Maccoby y Martin (1983)	Calor afectivo / Hostilidad Control / Permisividad
Schwartz, Barton-Henry y Pruzinski (1985)	Aceptación. Control firme Control psicológico
Rhoner y Pettengill (1985)	Nivel de afectividad parental Control paterno
Panera (1990)	Control paterno Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosisal

	Aceptación paterna Autonomía del hijo
Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994)	Aceptación / Implicación Inflexibilidad / Supervisión
Musitu, Molines, García, Molpeceres, Lila y Benedito (1994)	Apoyo e Implicación Control e Imposición
Parker y Gladstone (1996)	Cuidado Control y protección
Darling y Toyokawa (1997)	Introducen el concepto de fomento de la autonomía

Si bien no vamos a describir cada una de estas propuestas, llama la atención que existe consenso en que en el proceso de socialización están a la base dos tipos de elementos; uno vinculados con el afecto, el apoyo y la aceptación y el segundo asociado a la protección, al control y a la posibilidad de que el sujeto alcance su autonomía. A continuación se describen ambas categorías:

Shaffer ha sistematizado las propuestas anteriores en dos grandes grupos. Les ha llamado; Aceptación/Apoyo parental y Control/Supervisión parental. A continuación describiremos sus principales características:

Aceptación y Apoyo Parental: Esta dimensión se refiere al nivel de apoyo y afecto explícito que otorga un padre y/o una madre en el trato cotidiano con sus hijos. Incluye muestras de afecto, cariño, comprensión y apoyo en la interacción diaria. Respecto a esta idea la aceptación y apoyo se sitúan en un continuo que da paso a dos posibles estilos paternos (Shaffer, 2000).

- a) Los padres que muestran expresiones de apoyo y de afecto, aceptarían y serían sensibles a las necesidades de sus hijos. Son padres que a menudo expresan muestras de elogio y aliento. Y por otro lado logran ser asertivos en reprobar aquellas conductas que ellos consideran sancionables.
- b) Por otro lado, los padres que puntúan bajo en esta dimensión, se relacionan con personas menos afectuosas, menos sensibles a las necesidades de sus hijos y que raramente manifiestan su aceptación y su satisfacción por sus logros. Suelen ser críticos, tender al castigo e ignorar.

En relación a la propuesta anterior, las investigaciones concuerdan en la importancia del apoyo y afecto parental para el desarrollo adolescente. El nivel de afecto expresado desde los padres a los hijos es un indicador de la calidad de la relación parental (Collins y Russell, 1991) y a la calidad de



---

la relación parental se ha asociado en buena parte el bienestar general del hijo. Los estudios han relacionado la calidad del proceso de socialización parental con aspectos como el ajuste social, el desarrollo de la autoestima, la posibilidad de diferenciación, la satisfacción personal, la mayor confianza en sí mismo, el mejor ajuste conductual y la mayor competencia conductual y académica (Maccoby y Martin, 1983; Darling y Steinberg, 1993; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch, 1994; Gray y Steinberg, 1999; Collins y Laureen, 2004; Parra y Oliva, 2006; Oliva, Parra y Sánchez, 2002; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004).

Control y supervisión parental: La definición de control no ha tenido la misma claridad que la de apoyo y aceptación. Los investigadores están de acuerdo en que existirían diferentes dimensiones del ejercicio del control y que estas diferencias se manifestarían en la relación con los hijos.

Entre otros criterios se ha planteado que el control se diferencia en relación a como se manifieste. Dentro de esta distinción plantean la definición de diferenciación del control según su naturaleza (Shaefer, 1965; Steinberg, 1990; Steinberg, Elmen y Mounts, 1989; Barber, 1996; Barber, Olsen y Shagle, 1994; Barber y Harmon, 2002). En relación a esto existiría un control de tipo conductual, asociado al establecimiento de límites y la supervisión de la conducta con el fin de facilitar un desarrollo más saludable (Gray y Steinberg, 1999). Un segundo tipo de control psicológico, que se caracteriza por el empleo de la culpa y pautas poco claras. Se describe que este tipo de control es aplicado por aquellos padres que tienen miedo a perder la "autoridad" frente a sus hijos, e intentan mantener el poder en la relación, reduciendo de esta forma el desarrollo de la autonomía de sus hijos y manteniendo la dependencia hacia ellos (Pettit y Laird, 2002).

En un contexto más reciente, Musitu y García (2001) han propuesto una tipología de estilos de socialización parental que incorpora los aportes de las tipologías anteriores. Plantean dos dimensiones: *implicación/aceptación* y *coerción/imposición*. Los padres que refieren alto en implicación/aceptación muestran afecto y cariño a sus hijos cuando se comportan satisfactoriamente y emplean el diálogo para mejorar el comportamiento poco adecuado. Por otro lado los padres con niveles bajos en esta dimensión suelen mostrar indiferencia ante las conductas adecuadas de sus hijos y frente a conductas inadecuadas se muestran faltos a razonar o a expresar sus opiniones; estos padres se muestran, por tanto, poco implicados con el comportamiento de sus hijos, tanto como si a su juicio es correcto o no lo es.

---

La segunda dimensión llamada, coerción/imposición, es independiente del grado de implicación de los padres. Es decir un padre puede mostrar alta implicación y aceptación y al mismo tiempo ser coercitivo o no con él. De este modo, los padres con altos niveles de *coerción/imposición*, cuando el hijo no se comporta como ellos desean e independientemente de que razonen o no con él, intentan cohesionarle para que no repita esa conducta. Esta coacción puede ser del tipo física o verbal.

Los rasgos esenciales de estos cuatro estilos de socialización son los siguientes:

- 1) El *estilo autorizativo*: caracterizado por alta aceptación/implicación y una alta coerción/imposición. Los padres que utilizan mayoritariamente este estilo suelen mostrar agrado a sus hijos cuando se comportan adecuadamente, son buenos comunicadores y fomentan el diálogo, respetan a sus hijos y los escuchan. Por otra parte, cuando el hijo se comporta de forma incorrecta, estos padres combinan la utilización del diálogo y el razonamiento con la coerción y el control.
- 2) El *estilo autoritario* se caracteriza por la baja implicación/aceptación del hijo y el alto nivel de coerción/imposición. Estos padres son muy exigentes con sus hijos y, al mismo tiempo, muy poco atentos a sus necesidades y deseos. La comunicación es mínima, unilateral de padres a hijos y suele expresarse en términos de demandas. Los padres autoritarios valoran la obediencia e intentan modelar, controlar y evaluar la conducta y actitudes del hijo. Además, son generalmente indiferentes a las demandas de los hijos de apoyo y atención.
- 3) El *estilo indulgente* se caracteriza por su alta aceptación/implicación y su bajo grado de coerción/imposición. Estos padres son tan comunicativos con sus hijos como los padres autorizativos, pero cuando el hijo se comporta de manera incorrecta no suelen utilizar la coerción y la imposición, sino que únicamente utilizan el diálogo y el razonamiento como instrumentos para establecer los límites a la conducta de sus hijos.
- 4) El *estilo negligente* se caracteriza por una baja aceptación/implicación y un bajo nivel de coerción/imposición de normas. Se trata, por tanto, de un estilo donde prima la escasez tanto de afecto como de límites. Los padres negligentes otorgan demasiada independencia a sus hijos, tanto en los aspectos materiales como en los afectivos. Cuando los hijos se comportan de modo adecuado se mantienen indiferentes, y cuando transgreden las normas no dialogan con ellos ni tampoco restringen su conducta mediante la coerción y la imposición. Estos padres apenas supervisan la conducta de

sus hijos, no interactúan ni dialogan con ellos, son poco afectivos y están poco implicados en su educación.

Una última conceptualización que describiremos es la planteada por Darling y Steinberg (1993). Ellos consideran que el estilo educativo parental no tiene un impacto significativo en el desarrollo infantil y adolescente, y que son otro tipo de actuaciones de los padres las que influyen de un modo más decisivo en el desarrollo de los hijos. Desde este modelo se entiende al estilo parental como el clima emocional en el que las prácticas educativas parentales tienen lugar, y que influyen en cómo dichas conductas concretas son vividas por el adolescente (Steinberg, 2001). Los investigadores plantean la importancia que adquieren las prácticas educativas parentales y el clima emocional que impera en este proceso de socialización, pero además resaltan el papel que desempeñan los valores, creencias y objetivos que persiguen los padres y madres en este proceso.

## 2. Familia y Esquizofrenia

### 2.1. Esquizofrenia: Conceptos generales

La focalización del trastorno de esquizofrenia ha variado, conforme a los cambios epistemológicos que ha vivido la psiquiatría y los avances en el desarrollo científico. La discusión en relación al concepto ha estado en el escenario científico desde el siglo XIX hasta la fecha. Actualmente se coincide en señalar que el origen de la patología es orgánico y endógeno del sistema nervioso central (SNC), afectando el comportamiento, la afectividad y el sistema cognitivo (Carperter y Buchanan, 1994).

En 1803, Pinel y Esquirol describieron estados psicóticos, definiéndolos como estupidez adquirida, dejando ver el proceso insidioso del cuadro y los elementos cognitivos que se afectaban. En 1809 Pinel separa la idiocia de la demencia, y el 1838 Esquirol sobre la base de la taxonomía de Linneo dividió las formas generales de locura en cinco tipos. Las sistematizaciones de comprensión que se mantenían en estos momentos intentaban llevar el trastorno a una concepción médica y restarle los matices místicos con los que se le vinculaban hasta entonces, sin embargo, comprensiones posteriores -como la de Morel en 1852 aludiendo a aspecto de degeneración y pecado- continuaron evidenciando esta comprensión. Esta visión fue quizá el factor que determinó la tardía comprensión médica del cuadro.

Desde el comienzo, lo común de las descripciones que se sostuvieron planteó el cuadro no como un proceso unitario, sino como una cohesión armónica conjunta. Las características sintomáticas generales descritas por Chaslin, Starnky, Urtein, Kraepelin y Bleuer aluden a la discordancia, la escisión, la pérdida de la unidad y de armonía, así mismo en relación al curso, desde el comienzo se aludió a sus características de cronicidad y deterioro (Colodrón, 2002).

En términos clínicos el primer autor en ofrecer una categorización actual más acabada, fue Bleuer quién propuso en 1911 el nombre de Esquizofrenia, para referirse a ladisociación (Spaltung) en el proceso del pensamiento. La describe como un síndrome caracterizado por la presentación de síntomasfundamentales denominados Grundsymptome; que incluirían a los trastornos de

---

asociación, de la afectividad, la ambivalencia, autismo y otros accesorios (Akzessorische) más variables y floridos, como alucinaciones, ideas delirantes, despersonalización, catatonía, etc.

Más tarde Kretschmer, referiría una comprensión más categorial, la definiría como un tipo de carácter anormal, de humor retraído, hipersensible, de apariencia fría, que tiende a la inhibición, pero que se libera a descargas impulsivas inadecuadas, asumió que desde la esquizotimia se puede pasar a la esquizoidea (con carácter patológico) en que el humor retraído se convierte en aislamiento, la inhibición y la impulsividad terminan en desadaptación social y la tendencia al sueño y a la abstracción se convierten en espíritu de sistematización, en el racionalismo mórbido y en idealismo rígido.

Por otro lado, Jasper planteó una definición que asumía aspectos de proceso; “el ser esquizofrénico es una forma de estar en el mundo”. Su curso es irreversible y tiende a la cronicidad. Jasper diferenció proceso de fase, entendiendo esta última como reactiva y pasajera. De este modo sugiere dos formas de curso diferente de la enfermedad, desde el estado o la clínica y desde el proceso o la estructura.

Hacia 1940, Schneider planteó la existencia de síntomas patognomónicos o de primer orden: robo de pensamiento, imposición de pensamiento, sonorización del pensamiento y fenómenos de clarividencia. En 1982 y 1992 Andreasen delimita subtipos de esquizofrenia, caracterizó como síntomas positivos el predominio de ideas delirantes, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento y conducta extraña; y como síntomas negativos la presencia del afecto aplanado, la alogia, trastornos de la volición, la anhedonia y los déficits atencionales.

### Definición del concepto

“La esquizofrenia no se puede comprender sin comprender la desesperación” (Fernández, 1965). Etimológicamente es derivado del griego *Schidsein* que significa en el sentido literal “escindir, disociar” “espíritu desgarrado” y *Phren* que es “mente”. Según Sarason (1975), esquizofrenia significa “diafragma endido”, pues los filósofos clásicos consideraban que la mente estaba ubicada en el diafragma. Posteriormente se expresó como “mente dividida”. Según Sullivan (1974) las manifestaciones esquizofrénicas son el resultado de una ansiedad intolerable, un intento de evitar la ansiedad (experiencia intranquilizadora, desconcertante ante la persona) y mantenerla fuera de la conciencia. Esta definición coincide con lo que Arieti (1965) propuso al ver a la esquizofrenia como una reacción específica de un estado extremadamente intenso de ansiedad, originado en la infancia

y reactivado después en la vida; la única posibilidad de regulación y ajuste. Selye habla de enfermedades de la adaptación, siendo la esquizofrenia una de éstas debido a que los mecanismos homeostáticos del organismo sufren perturbaciones cuando el organismo se somete a grandes tensiones (Sarason, 1975).

Mackinnon (1984) definió a la esquizofrenia “Como un grupo de entidades clínicas cuya dificultad más grande está en los diversos patrones conductuales tales como: las relaciones interpersonales, los procesos mentales subjetivos y la regulación fisiológica. Esta definición estaría acorde con que la esquizofrenia es un grupo de desórdenes caracterizados por trastornos en la integración de emociones, el pensamiento y la conducta, por un retraimiento de contacto humano y de la realidad” (Zacarías, 1995).

Para Kolb (1992) la esquizofrenia es un conjunto de expresiones conductuales que reciben el nombre de reacciones esquizofrénicas, las cuales son un acuerdo universal en cuanto a su definición. Se cree que la esquizofrenia no sólo es un síndrome en donde interactúan una serie de síntomas y signos, más aún es una lucha continua entre el ser y el no ser, en donde el mundo toma un significado diferente que la media poblacional.

Christopher Frith (1995), definió a la esquizofrenia como una alteración devastadora que puede ocurrir de repente, que trunca y destruye relaciones personales, así como vidas. Afirma que para comprender a la esquizofrenia es necesario hacerlo desde una perspectiva de experiencias subjetivas como escuchar voces, ya que la esquizofrenia en sí no se podría estudiar directamente, ni se pueden observar estos signos o síntomas como tales, sino a través de la subjetividad. La esquizofrenia es una pauta de reacciones similares ante situaciones vitales, que para el individuo son demasiado difíciles de encarar. Es una forma de ajustarse a la realidad, es un intento por resolver las dificultades de la persona. La única forma encontrada por el sujeto de existir.

Jackson (1957), definió a la esquizofrenia, como un desarreglo de pensamiento, consecuente con una familia desordenada y con unas malas relaciones sociales. Laing (1992) afirmó que “la cordura o la psicosis se prueban conforme el grado de conjunción o de disyunción entre dos personas, cuando una de ellas es cuerda, por consenso universal.

La Organización Mundial de la Salud ha definido este padecimiento como: “ Un grupo de psicosis en las que existe un trastorno fundamental de la personalidad, una deformación del pensamiento característico, que con frecuencia da la sensación de estar controlado por fuerzas ajenas, delirios

que pueden ser insólitos, percepción perturbada, afecto normal que escapa de la situación real y autismo. A pesar de todo ello, el paciente por lo general conserva claridad en su conciencia y en su capacidad intelectual” (Zacarias, 1995).

La esquizofrenia sería la absorción por otro de la existencia de una persona, o de existencia exprimida de sí por la persona misma, de modo que no le queda nada de ella misma, puesto que está desnuda para el otro, la esquizofrenia no es nada menos que la situación de todos nosotros (Cooper, 1974).

Para Minkowski (2001) la esquizofrenia es la ruptura con la realidad, la pérdida de sintonía. Lo único que diferencia a un esquizofrénico de una persona “normal” es su contexto existencial. Esquizofrenia es una forma de existir, de estar en el mundo (Ey, 1978).

Kenberg (1990) definió a la esquizofrenia como una alteración profunda y progresiva de la personalidad, la cual cesa de construir su mundo de comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico o caos imaginario.

Para Seshehay (1994) la esquizofrenia es un trastorno primitivo de la formación del yo. Laing (1988) define a la esquizofrenia como un posible resultado de una dificultad fuera de lo común en ser una persona entera con el otro y de no compartir la manera de sentido común. Laing y Esterson (2001) hablan de que la esquizofrenia es una tentativa de liberación frente a la opresión, a la soledad y a la desesperación en las que está encerrado el psicótico por la familia, los psicólogos, psiquiatras y los hospitales.

En la actualidad el concepto de esquizofrenia se define desde una visión clínico-evolutivo (Colodrón, 2002). En relación a su complejidad se reconoce su carácter multifactorial y se admite que las manifestaciones de la esquizofrenia son el resultado de las posibles combinaciones entre la interacción genética y de las influencias del contexto (Perris, 1989).

La comprensión biológica, médica y genética, respecto a su etiología es cada vez más exhaustiva. Así mismo, hay en el plano neurológico evidencias de disfunciones en quienes padecen el trastorno (Obiols, Serrano, Caparrós, Subirà y Barrantes, 1999)

En relación al curso del tratamiento y su adherencia, se evidencia la importancia de climas sociales favorables (Olin y Mednick, 1996).

Como se puede observar, la definición de esquizofrenia es divergente como la esquizofrenia misma, pero es importante recalcar que esta forma de existencia llamada Psicosis, no es más que el resultado de un sistema social y familiar que recuerda lo que no es ajeno a todos, sino que está inmerso en cada ser humano. Cada fragmento escrito con anterioridad es un fragmento de vida, un fragmento de sufrimiento humano y es un elemento concerniente a toda la humanidad.

En relación al curso, se ha descrito que los primeros episodios pueden iniciarse de manera aguda o insidiosa. Esto afecta en la consideración del primer episodio pues obstaculiza su comprensión; desde los síntomas prodrómicos o desde la manifestación del primer brote. El periodo prodrómico se ha descrito como una fase en que se desarrollan cambios en el funcionamiento global premórbido, tiene una duración relativa de 2 a 5 años (Beiser, 1993). Se caracteriza por el deterioro paulatino en las relaciones sociales y en las actividades formales cotidianas (Chinchilla, 2007).

## 2.2. Historia de la terapia familiar en esquizofrenia

Desde los orígenes del modelo de la terapia familiar, las características de los padres de pacientes con esquizofrenia han suscitado la investigación. Entre las décadas del 50 y 70 existió un escenario psicosocial en donde fructificó la psicoterapia y dentro de ella la terapia familiar con una relevante comprensión psicológica de la psicosis.

De este modo, hay numerosos modelos para explicar las relaciones familiares en psicosis y varias investigaciones han estudiado elementos desde modelos diferentes. Los objetivos de este estudio se relacionan con el intento de síntesis entre conceptos de diferentes modelos. Ahora se revisará los conceptos históricos más relevantes.

### *2.2.1. Teoría del doble vínculo:*

Es la teoría central de la psicosis desde un punto de vista relacional. Esta teoría, denominada así por Gregory Bateson, parte de la teoría de la comunicación que Russell ha llamado Teoría de los tipos Lógicos. La tesis central de esta teoría es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser un miembro de sí misma y tampoco puede uno de sus miembros ser la clase ya que el término utilizado para la clase está a un nivel de abstracción distinto, un tipo lógico distinto, de los términos usados para los miembros.



---

Entre las maneras en que los humanos usan modalidades de comunicación se incluyen múltiples tipo lógicos, por ejemplo el uso la metáfora, el juego los rituales, el humor, que contiene señales de tipo lógico superior o diferentes a los mensajes que clasifican y que para su comprensión ha habido un consenso social y cultural.

En este modo de comprender la comunicación las personas somos capaces de aprender a extrapolar los contextos que rodean un acto comunicacional y adecuar la comprensión de los contenidos a esos contextos. El aprendizaje de estos contextos comunicativos nos permite comunicarnos, comprendernos, anticiparnos y reconocer las señales implícitas de la comunicación.

Bateson plantea que en el aprendizaje del acto comunicativo existen diferentes grados. El primer grado es definido como aprendizaje cero y se refiere a la percepción de una orden o información. El segundo tipo de aprendizaje es definido como aprendizaje tipo I y se refiere a aprender a recibir señales comunicativas, finalmente el aprendizaje tipo II se refiere a aprender la manera de aprender a recibir señales, esto quiere decir que el sujeto aprende a orientarse en un contexto determinado y es capaz de entender las pautas implícitas que rigen esa comunicación. Este último tipo de aprendizaje permite dotar de significado las relaciones y comprender el modo en que cada uno debe comportarse en un determinado momento. Bateson, plantea que estos aprendizajes son en parte sociales y también lo son inconscientes, es decir que un individuo normal-adulto no se hace consciente de este proceso (Bateson, 1956).

El concepto de Bateson del doble vínculo, vino de un intento teórico de imaginar el tipo de contexto para que el habla y la conducta psicótica parece adaptativa (Weakland, 1960). En el caso de la esquizofrenia existiría la dificultad para discriminar modos comunicacionales tanto dentro del self como entre este y los otros. Esta dificultad se materializa en tres funciones:

- a) Dificultad para atribuir el modo comunicacional correcto a los mensajes que reciben de otras personas.
- b) Dificultad para atribuir el modo comunicacional correcto a los mensajes que el mismo expresa o que transmite de forma no verbal.
- c) Tiene la misma dificultad para atribuírselos a sus pensamientos, sentimientos y preceptos.

La hipótesis sería que la esquizofrenia es el resultado de una interacción familiar en la que se dan una determinadas secuencias de experiencias que provocan la sintomatología. El ser humano usaría el contexto como una guía para el aprendizaje en la discriminación de los modos. Bateson (1955) hace referencia a esta idea señalando:

---

El esquizofrénico debe vivir en un universo en el que las secuencias de hechos son tales que sus hábitos comunicacionales no convencionales resultan en cierto sentido apropiado (p.223).

La hipótesis que se presenta es que la presencia de secuencias con estas características en la experiencia externa del paciente es responsable de los conflictos externos de tipificación lógica. Se introduce el término doble vínculo con el que se pretende hacer alusión a esta secuencia irresoluble para la experiencia.

Así el proceso de doble vínculo posee las siguientes características:

- 1) Participan dos o más personas que poseen una relación significativa.
- 2) La interacción que sucede entre estas personas, por su repetición se convierte en habitual.
- 3) Una de las personas da una instrucción negativa primaria: "No hagas esto o te castigaré"
- 4) Posteriormente la misma persona da una segunda instrucción que contradice a la primera en un nivel más abstracto y, como la primera, está reforzada por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Suele ser no verbal. Puede ir dirigida a cualquier elemento de la primaria. "No veas esto como un castigo"
- 5) Una instrucción negativa terciaria prohíbe al receptor escapar del campo. Puede estar ya implícita en la situación, por ejemplo, la dependencia física y emocional de los padres.
- 6) La experiencia se generaliza y todos estos componentes no son necesarios cuando el receptor del doble vínculo ha aprendido a su universo en patrones de doble vínculo.

#### Interrelación desde el doble vínculo

Cada vez que se genera una situación de doble vínculo cesa en el individuo la capacidad para discriminar entre los tipos lógicos. Las características generales de esta situación son (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956):

El individuo participa en una relación intensa en la que siente que es de importancia vital discriminar acertadamente el mensaje que se le comunica para poder responder adecuadamente. Sintiéndose atrapado en una situación en la que le responden en dos órdenes de mensajes, en que un mensaje niega al otro. De este modo es incapaz de hacer una intervención comunicativa; no puede hacer comentarios para discriminar el orden del mensaje al que debe responder. En una relación

---

significativa no puede meta comunicar lo que el emisor le está comunicando. Incluso si esto sucediera el otro lo descalificaría (“pero ¿porqué me dices que te abrace si luego estás rígida?”).

También se describe que el receptor del mensaje de doble vínculo se siente en un continuo interrogatorio. Respondiendo con insistencia defensiva en un nivel literal. Confundiendo lo literal con lo metafórico se siente en una situación imposible en la que es mejor convertirse en otra persona o cambiar e abstraerse. Desde la paradoja se es incapaz de juzgar con precisión lo que la otra persona quiere decir realmente. Y por otro lado hay una excesiva preocupación por lo que realmente se quiere decir. Debido a esto se centra la atención en los signos ocultos del mensaje y estaría dispuesto a demostrar que es imposible engañarlo con una actitud y conducta suspicaz y desafiante. También podría reaccionar renunciando a los mensajes considerándolos como triviales y risibles (risa inmotivada). O podría preferir pasar por alto los mensajes necesitando cada vez ver y oír menos lo que sucede a su alrededor (aislamiento, retraimiento y mutismo).

El campo de la psicoterapia, la consideración de esta teoría permite al terapeuta anticiparse a otras formas de comunicación. El terapeuta debe intentar no entrar en la dinámica de comunicaciones paradójicas ni ambiguas. Sus mensajes deben procurar ser claros, específicos y considerar la dificultad del paciente en la meta comunicación.

### *2.2.2. Teoría de la comunicación Humana (Watzlawick, 1971)*

En relación a las características comunicacionales que tienen las relaciones patológicas Watzlawick plantea que una función de la comunicación es la definición del otro, es decir, comunicamos no sólo para intercambiar información, sino también para auto percibirnos en relación a otros. En el acto de socialización con otros significativos, elaboramos definiciones elementales del Yo; identidad, self, autoimagen, autopercepción, en definitiva construimos quienes somos. Al comunicarnos, lo que hacemos es meta comunicar a nuestro receptor quién es para nosotros y lo autodefinimos. A partir de esta meta comunicación el otro se hará una idea respecto a “como se ve para los otros”. Las respuestas posibles que el emisor puede dar al receptor en esta meta comunicación son, según Watzlawick: la confirmación, el rechazo y la desconfirmación. En la confirmación, el emisor acepta la definición que el receptor tiene de sí mismo, este factor, según el autor, es el que más pesa en el desarrollo de estabilidad mental, el hombre no sólo se comunicaría para intercambiar información, sino también para auto confirmar quien es y quien desea ser. Los estudios de privación

---

sensorial<sup>4</sup>, muestran que las personas somos incapaces de mantener la estabilidad emocional durante periodos prolongados en que no mantenemos contacto con otros. Por el contrario, el estado de autoconciencia se incrementaría estando en relación con iguales, en palabras de Watzlawick (1989).

En la sociedad humana, en todos sus niveles, las personas se confirman unas a otras de modo práctico, en mayor o menor medida, en sus cualidades y capacidades personales, y una sociedad puede considerarse humana en la medida en que sus miembros se confirman entre sí (p. 86).

La segunda posibilidad que plantea Watzlawick de definir a otro en términos relacionales es el Rechazo, este consiste en rechazar la propuesta que el otro tiene de sí mismo, sin embargo, en términos comunicacionales el rechazo no niega al otro, sino que presupone un reconocimiento limitado de lo que se rechaza.

La tercera posibilidad, es en términos psicopatológicos la más importante, la desconfirmación como acto relacional niega la realidad del otro, no se refiere a si el otro en su definición de sí, está equivocado o no, sino el mensaje que da es "tú no existes".

Constituye un patrón que no implica descuido o trauma evidente, sino la invalidez sutil y persistente de la autenticidad del otro. Su resultado final, se traduce en que independientemente de cómo una persona actúe o se sienta, independientemente de que significado de a su situación, sus sentimientos son tenidos en cuenta, sus actos son desconocidos de sus motivos, intenciones y consecuencias, la situación queda totalmente despojada del significado que tiene para ella, de modo que queda totalmente confundida y alienada (Watzlawick, 1981).

### 2.2.3. *Triangulación Perversa (Haley, 1967)*

La literatura en terapia familiar, se refiere a la triangulación como la estructura relacional sobre la que más se ha investigado por su implicancia en la salud mental de los hijos. Este fenómeno surgiría como respuesta a la tensión diádica entre los padres, quienes, con el fin de estabilizar el sistema conyugal, centrarían su atención en un tercero (Toker, 1972). El tercero puede intentar reducir o eliminar el conflicto dentro de la díada realizando un papel mediador o incluso provocando el rechazo por parte de los miembros de la pareja, ya sea en un esfuerzo consciente o inconsciente

---

<sup>4</sup>Restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos. La privación prolongada puede resultar en ansiedad extrema, alucinaciones, pensamientos extravagantes, depresión y comportamiento antisocial.

para distraerlos de sus conflictos interpersonales (Rollins, Señor, Walsh, y Weil, 1973). Se ha descrito el patrón del chivo expiatorio, en la que una adolescente manifestaría una enfermedad, u otras características "especiales", que permitirían a los padres evitar centrarse en las dificultades de su propia relación. Estos padres a menudo muestran un fuerte rechazo de las diferencias reales o desacuerdos entre ellos, hay una cercanía sin un sentido real de afectividad y pseudo-intimidad (Ford y Harrick, 1974; Vuchinich y cols., 1994).

Dentro de las propuestas planteadas en esquizofrenia, se ha descrito la triangulación bajo el nombre de "Triángulo perverso" (Haley, 1967). Las características del triángulo perverso se han

- 1) Las personas trianguladas no son todas de la misma generación, hay un nivel diferente del poder
- 2) Una persona de una generación forma coalición con una persona de otra generación contra a un tercero igual
- 3) La coalición esta negada por ambos participantes

En este sentido, se destaca que los sentimientos experimentados por la figura principal de apego para el hijo, en relación a los progenitores, influyen de modo significativo en la relación de ese hijo con la otra figura de apego (Quaglia, 2001). En general, sería la madre la figura más cercana a los hijos y la que, por lo tanto, influye en la evaluación de los hijos a sus padres (Gambini y Messina, 2007). En una reciente investigación desarrollada con padres de pacientes con esquizofrenia se ha destacado como uno de los principales factores en la aparición del cuadro la figura del padre "muerto", haciendo referencia al distanciamiento de la figura paterna (Urlic y Agius, 2007).

Desde una perspectiva estructural, la triangulación refiere una violación importante a nivel generacional (Minuchin, 1974). El patrón resultante de esta violación pone en peligro la autonomía de los hijos (Burkett, 1991; Wood, Klebba, y Miller, 2000). De este modo, la energía que el hijo dedica al "mantenimiento de matrimonio" es la energía que podría invertir en sus propios intereses personales y de desarrollo. Así, se ha planteado que la triangulación interfiere notablemente en el desarrollo del yo (Bell, Bell y Nakata, 2001). La preocupación, la impotencia, la angustia y la lealtad que comúnmente se derivan de este patrón podría sentar las bases para problemas de ajuste generalizado en la adolescencia (Thompson y Calkins, 1996). Además, en última instancia estos patrones de parentificación aumentarían la vulnerabilidad de los hijos, transformándolos en objetivos de la hostilidad, el rechazo y el maltrato de los padres (Davies, 2002).

#### 2.2.4. Pseudomutualidad (Wynne1958)

Lyman Wynne es otro investigador psiquiátrico que comenzó con un interés en los desórdenes mentales de la esquizofrenia y la influencia del estilo de la comunicación familiar sobre estos desórdenes. Al igual que el grupo de Bateson, Wynne adoptó la comprensión sistémica de la familia y apoyó las observaciones de Bateson sobre las coaliciones cambiantes y las de Haley sobre las diadas inestables. En relación a esto propuso que las escisiones y alineaciones de los sistemas familiares parecían no estar consistentemente formadas, fragmentadas o separadas entre sí.

En la familia de un esquizofrénico, la estructura de alineaciones y escisiones parece cambiar de manera sorprendentemente rápida, pero con un rasgo de gran constancia: el significado de cualquier alineación *particular* no surge claramente. (p. 95-115).

A las alineaciones, que no parecían tener una intimidad "real", llamó pseudomutualidad, y a las escisiones, que según sus observaciones no parecían tener una verdadera hostilidad o distancia, llamó pseudohostilidad. Propuso que un sistema de leyes invisibles gobernaba la aparición de estas manifestaciones, relacionó este funcionamiento con los procesos de mantenimiento homeostático en la familia, planteando que dichos procesos también estaban presentes en familias no consultantes, pero que en una familia con un miembro esquizofrénico eran particularmente vivos y pronunciados.

Wynne describe secuencias de confrontaciones en sesiones de terapia familiar, en donde los miembros de la familia se confrontan, sin embargo agrega que por muy intensas que llegaran a ser las discusiones, parecían más formales que reales. Los padres aunque manifestaban problemas conyugales, no llegaban a manifestar un grado de malestar en donde expusieran explícitamente temas relativos a la posibilidad de separarse. Así mismo, el autor plantea que es una pauta que se da en todo el sistema familiar. Y, lo que es más importante, esta pauta parecía mantenida en acción por todos los miembros.

En relación a los problemas conyugales, Wynne plantea que tienen una calidad ritualizada. Así mismo, plantea que los periodos de acercamiento entre uno de los padres y el paciente coinciden con periodos de alejamiento entre esposo y esposa y al contrario, periodos de cercanía entre los cónyuges coinciden con periodos de distanciamiento del paciente.

---

Los documentos descriptivos de Wynne, sobre familias con esquizofrénicos, muestran dos rasgos particularmente notables. El primero, se relacionaba con la calidad extrañamente aparente en la expresión de emociones, positivas o negativas, para las cuales, como hemos dicho, empleó los términos "seudomutualidad" y "seudohostilidad". El segundo tema que le llamó la atención, fueron los límites familiares en relación al exterior, describió que estas familias poseían límites aparentemente flexibles, pero en realidad rígidos contra todos los de fuera, incluyendo al terapeuta.

El autor llamó a esta característica "cerca de caucho". Su explicación en relación a estos fenómenos es que existe en estas familias un intenso deseo, de una relación mutua que excluye la capacidad de tolerar diferencias o disensiones. La seudomutualidad, es una ilusión que mantiene la idea de la unión familiar, mientras que la "cerca de caucho" forma una frontera con el mundo exterior que protege a la familia de la posibilidad de incluir nueva información o realizar un potencial cambio. De este modo, los hijos en estas familias se encuentran atrapados en el dilema de no poder nunca diferenciarse ni separarse, porque todo intento causa expectativas de desastre. Los intentos de individuación de uno de los miembros de la familia implicaría que esta intentara mantener la unión esclavizando a la persona negativamente percibida, de manera que esta no intentara un nuevo proceso de distanciamiento.

### 2.3. Modelo de Vulnerabilidad Estrés

Se ha demostrado que factores psicosociales como la emoción expresada y relaciones de soporte negativas estarían relacionados con el desarrollo del trastorno y con su inicio temprano en la adolescencia. (Doane, West, Goldstein, Rodnick, y Jones, 1981; Leff, Kuipers, Berkowitz y Sturgeon, 1985; Mavreas, Tomaras, Karydi, Economou y Stefanis, 1992; Yung y McGorry, 1996; Edwards, Maude, McGorry, Harrigan y Cocks, 1998; Olin y Mednick, 1996; Butzlaff y Hooley, 1998; Addington y Addington, 1998; Arango, Calcedo, Gonzalez y Calcedo, 1999; Soyka, 2000; Feldmann, Hornung, Buchkremer y Arolt, 2001; Walsh y cols., 2001).

Desde los años 80 hasta hoy se desarrollan líneas de investigación que acreditan las afirmaciones teóricas del modelo de Vulnerabilidad-Estrés (Zubin y Spring, 1977). El modelo comprende a la esquizofrenia como una enfermedad compleja a nivel etiológico en la que los factores genéticos, psicológicos, sociales y familiares se trenzan para concebir un primer episodio en el que quedarán afectados la mayoría de los ámbitos de la vida de la persona. El modelo plantea que existirían agentes estresantes que podrían desencadenar la manifestación esquizofrénica en aquellas

---

personas que tienen una mayor predisposición de índole biológica. El enfoque reconoce y comprende las interacciones del contexto cultural y las interacciones entre un sujeto vulnerable y su medio.

A partir de este modelo comienzan investigaciones con el objetivo de detectar y definir agentes estresantes que correlacionen con las recaídas en la esquizofrenia. Entre estos agentes se mencionan las actitudes familiares ansiógenas expresadas con regularidad, las psicoterapias intensivas no estructuradas que resultan sobreestimulantes y la medicación no controlada (Anderson, 1986).

Otros autores han asociado la vulnerabilidad con tipos específicos de esquizofrenia y como resultado de un acontecimiento vital estresante, esto es cuando la habilidad del individuo para afrontar el elemento estresante deja de ser válida o a causa de una disrupción en la homeostasis fisiológica (Zubin et als, 1992).

Así mismo se ha planteado que las variables que resultan predictoras de las recaídas en la esquizofrenia son: el reconocimiento de los síntomas, el manejo de los mismos y la percepción de autoeficacia respecto a este manejo (Kennedy, Schepp y O'Connor, 2000). Es así como las recaídas posteriores al primer episodio definirán la evolución de la enfermedad y el grado de deterioro en las esferas laboral, familiar y social. Desde esta perspectiva la mayoría de estudios contemplan la recaída como indicador principal del pronóstico.

#### 2.4. Emoción Expresada

En el decenio de 1950, George Brown y su equipo de MRC del Instituto de Psiquiatría Social de Londres (Institute of Social Psychiatry: Medical Research Council) comenzaron diferentes investigaciones epidemiológicas con el propósito de comprender que sucedía con los pacientes con trastorno de esquizofrenia que eran dados de alta. La motivación era buscar explicaciones ambientales relacionadas con la recaída. La propuesta coincide temporalmente con las políticas de desinstitutionalización<sup>5</sup> que se llevaban a cabo en ese momento en Europa y en Estados Unidos.

---

<sup>5</sup> Proceso por el que se pretende pasar del mantenimiento en hospitales psiquiátricos al intento de la inclusión social y comunitaria.



---

La primera investigación se realizó en 1956 y incluyó a pacientes crónicos que habían sido dados de alta tras dos años de internamiento. El estudio condujo a dos resultados principales: el primero era que había una relación entre las recaídas y el tipo de convivencia al que el paciente regresaba al salir del hospital. Los pacientes que regresaban a vivir a con sus figuras paternas tenían más probabilidades de recaídas. El segundo resultado fue que aquellos pacientes que regresaban a vivir con su madre, si esta trabajaba fuera de casa, las recaídas eran significativamente menores. Pacientes que vivían solos o con algún hermano recaían con menor frecuencia que aquellos que convivían con las figuras paternas. Por otro lado, pacientes que cambiaron de grupo familiar tras el alta tuvieron menor índice de recaídas. Estos resultados llevaron a la idea de que existían características relacionales familiares y conyugales que incidían en el paciente, en las recaídas y en el curso del trastorno.

En una segunda investigación, Brown y su equipo se plantearon probar la hipótesis anterior desarrollando medidas más directas (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962). Para esto los investigadores definieron previamente los diferentes modos de emoción expresada que se habían apreciado en las familias, y conceptualizaron cinco indicadores: a) Cantidad de emoción mostrada por el familiar al paciente, b) Hostilidad mostrada por el familiar al paciente, c) Grado de dominancia ejercido por el familiar, d) cantidad de emoción mostrada por el paciente, y e) Hostilidad mostrada por el paciente hacia el familiar.

Un año después del alta de estos pacientes, los investigadores registraron que el 56% de los pacientes que volvieron a hogares que habían puntuado alto en esta escala habían recaído, frente al 25% de los pacientes que habían recaído en hogares que habían puntuado bajo en emoción expresada.

Los resultados llevaron a los investigadores a preguntarse si la Emoción expresada era independiente del deterioro del paciente o si por el contrario era una reacción al trastorno.

En 1967, el equipo propuso como resultado de sus investigaciones la *Camberwell Family Interview*, destinada a medir la gama de sentimientos y emociones que se explicitaban en las familias.

La aplicación de esta escala en estudios sucesivos, demostró los resultados ya descritos, los pacientes que volvían a hogares con Alta emoción expresada tenían tres o cuatro veces más probabilidades de recaer que los pacientes que vivían en hogares de baja emoción expresada (Brown, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn, Synder, Jones, Freeman y Fallon, 1984).

---

El constructo de Emoción Expresada (EE), refleja la cantidad-calidad de actitudes hacia el paciente. Se valora el tono afectivo y el contenido, y en su valoración se contemplan cinco escalas principales:

- a) Criticismo (CC): Se mide por el número total de comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho.
- b) Hostilidad (H): es un tipo más extremo de comentario crítico, que implica una evaluación negativa generalizada (Hostilidad generalizada, dirigida más a la persona que a la conducta) o un rechazo manifiesto del paciente (Hostilidad de Rechazo).
- c) Sobreimplicación Emocional (SIE): refleja una respuesta emocional basada en la protección y la proximidad. Implica reacciones exageradas y desproporcionadas del familiar; auto sacrificio inusual y dedicación sobre desmesurada, alto ejercicio del control, sobreprotección inadecuada para la edad del paciente y una incapacidad para mantener límites claros en la relación con el paciente.
- d) Calidez: Hace referencia a manifestaciones de empatía, comprensión, afecto, e interés hacia el paciente.
- e) Comentarios Positivos: contempla expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta.

El índice de EE contiene a las variables de Sobreimplicación, criticismo y hostilidad. Sin embargo se ha planteado que la variable que mejor da cuenta del constructo es la de Criticismo, de hecho algunos autores han propuesto considerar simplificar el constructo únicamente a esta variable (Hooley y cols, 1995).

Otra consideración que se ha tenido en cuenta en la discusión es si la Emoción expresada es una característica de la familia, lo que se entiende como rasgo o por otro lado es una respuesta a las circunstancias relativas al trastorno, a los que se le denomina estado. En relación a esto se ha analizado las diferencias en la comunicación que mantienen los padres con el paciente y con otro hijo de la fratria. Se ha visto que los modelos de respuesta de EE era diferentes para las variables

---

de sobreimplicación y calidez. Los padres mostraron mayor implicación emocional con el hijo con esquizofrenia y fueron más cálidos en su relación con el hermano/a. Al mismo tiempo no se mostraron diferencias significativas en criticismo, lo que lleva a pensar que esta última sería una característica asociada al rasgo de las familias, mientras que sobreimplicación y calidez serían características asociadas con el estado circunstancial del trastorno (Scheiber, Breier y Pickar, 1995).

Respecto a las diferencias en la manifestación de la EE de las figuras paternas, los estudios sugieren que los padres de hijos con trastornos esquizofrénicos muestran más tendencia a manifestar comentarios críticos que los padres de sujetos normales, y que las madres suelen tener un pensamiento más desorganizado y mayores dificultades en la comunicación (Burney y cols., 1999).

Respecto a las variaciones de la emoción expresada en el tiempo, Leff y Vaughn (1985) plantean que la EE no se mantiene estática y que la intervención con la familia puede influir considerablemente en su reducción. Se ha visto que la variable criticismo es más sensible al cambio durante el proceso de intervención y que por otro lado la sobreimplicación es más estable en el tiempo (Schreiber, Breier y Pickar, 1995).

Los estudios reconocen que la emoción expresada actúa como factor de riesgo en pronóstico y en recaídas. Milkowitz (1994), plantea que la emoción expresada, la desviación del estilo afectivo y la comunicación desviada, son que influyen en la etiología y en el desarrollo del trastorno. Se ha estudiado que la emoción expresada influye no sólo en esquizofrenia. Vaughn y Left (1976), como Hooley (1986), comprobaron que algo similar sucede en el caso de pacientes unipolares que retornan a casa de las figuras paternas tras la hospitalización. Resultados similares se han visto en pacientes maniacos (Milkowitz, Goldstein y Nuechterlein, 1986; Milkowitz, 1992; Okaska y cols. 1992). Estos estudios revelan que los altos índices de emoción expresada se relacionan con el pronóstico en pacientes de trastornos afectivos como para pacientes con esquizofrenia.

Respecto a las diferencias de género de los hijos y la manifestación de emoción expresada, se ha visto que los padres manifiestan niveles más altos de emoción expresada con sus hijos varones que con sus hijas mujeres (Mottaghypour y Pourmand, 2001). La relación padre-hijo mostró en estos estudios características asociadas a la simetría y a la competitividad (Wuerker y cols., 1999).

---

Respecto a que variable puntuaba más alto, se vio que los padres de hijos con esquizofrenia realizaban más comentarios críticos a sus hijos varones que a las mujeres (Davis y Cosl, 1996).

Finalmente se han reconocido aspectos culturales asociados a la expresión de EE. Hoy en día la investigación se centra en conocer como la cultura modifica la expresión del constructo.

A partir de estos estudios, Julian Leff (1996) aporta un listado de posibles determinantes vinculados a la Baja EE. En el se refiere a las diferencias que existen entre familias más conservadoras en su estructura jerárquica patriarcal y familias actuales.

- a) Control del conflicto: Propone que las familias tradicionales, por el hecho de ser más jerárquicas resuelven los conflictos de modos más pauteados y ordenados, los que regula la expresión de la emocionalidad.
- b) Responsabilidad compartida: Por otro lado en término de recursos, las familias tradicionales cuentan con la participación de la familia extensa en el cuidado y en la colaboración en incluso el mantenimiento del miembro enfermo, el hecho de compartir la carga reduciría el estrés y por lo tanto la posibilidad de mantener baja EE (Scazufca y Kuipers, 1996).
- c) Dispersión de la EE Alta: La posibilidad de poder contactar con diferentes miembros de la familia y de escoger diferentes posibilidades de relaciones, facilitaría al paciente sus posibilidades de red social, y disminuiría considerablemente el alejamiento.
- d) La carencia de competitividad en la sociedad: la economía actual, con énfasis en la productividad y la competencia, dificulta las posibilidades de que personas con dificultades para el ejercicio y el mantenimiento de rutinas laborales extensas puedan integrarse y mantenerse activas dentro del sistema.
- e) La disponibilidad de tareas no especializadas: otro aspecto que caracterizaba a las sociedades agrarias era la posibilidad de desarrollar tareas relativamente no especializadas que podían ser llevadas a cabo por personas con mayores dificultades para adquirir alguna especialización.
- f) Creencia sobre el factor causalidad: con el fin de conocer con que contenidos se relacionaban las actitudes críticas Leff y Vaughn (1985), analizaron los contenidos de los comentarios críticos de cientos de entrevistas. El análisis dio cuenta que el 30% se

---

relacionaban con síntomas positivos del trastorno, el otro 70% estaba relacionado con comportamientos vinculados con sintomatología negativa. Incluyendo la ausencia de comportamientos esperados para la edad y para el sistema familiar. Ejemplos fueron: la dificultad para mantener la higiene personal, la baja participación en cuestiones domésticas, el hecho de permanecer en cama hasta tarde y el estar en un estado de inactividad permanente (Boye, Bentsen, Notland, Munkvold, Lersbryggen, Oskarsson, Uren, Ulstein, Bjorge, Lingjaerde y Malt, 1999). La familia asoció a que dichos comportamientos podían ser evitados por el paciente. Así se manifestaban enfadados y expresaban críticas respecto al comportamiento adoptado. Las familias en donde la enfermedad se asoció a factores externos al paciente; como el destino, la mala fortuna, o las posibilidades de la vida, se mostraron menos críticas y menos implicadas emocionalmente (Leff, 1988; Nuray-Karanci, Inandilar, 2002).

## 2.5. Apego adulto en Esquizofrenia

Otro elemento que se ha estudiado en relación a la parentalidad en esquizofrenia es el apego adulto. Se conoce que un apego seguro es la base para la curiosidad y la exploración en el desarrollo evolutivo (Bowlby, 1980), mientras que el apego inseguro se ha asociado una amplia gama de trastornos psiquiátrico (Dozier, Stovall y Abus, 1999; Drayton, Birchwood y Trower, 1998; Bifulco y cols, 2006).

Aunque existen diferentes formas de conceptualizar el apego adulto, los autores coinciden en el reconocimiento de dos dimensiones generales; Apego ansioso y Apego por evitación (Brennan, Clarke, 1998). El apego ansioso se asocia con una imagen negativa de si mismo y con estilo interpersonal de alta exigencia junto con el temor a ser rechazado y altos niveles de afectos negativos hacia el entorno. El apego por evitación se ha asociado con el poseer una imagen negativa de los demás, hostilidad interpersonal y aislamiento social (Bartholomew y Horowitz, 1991; Mikulincer y cols, 2003).

Se ha descrito en relación a los padres de pacientes con esquizofrenia, predominancia de apego ansioso y evitativo. El apego de tipo ansioso se asocia en los hijos con la percepción de control, autoimagen negativa y la necesidad excesiva de aprobación de los demás, junto con un miedo al rechazo y al abandono. Estaría vinculado al comienzo temprano de la enfermedad y a la

---

sobreimplicación por parte de los padres (Berry, Wearden y Barrowclough, 2007). El apego por evitación, se asociaría en el paciente con la percepción de falta de atención por parte de sus padres, una imagen negativa de los demás, aislamiento social y una necesidad excesiva de autosuficiencia o bien el temor de depender de otros. Los padres son más propensos a manifestar este estilo en fases de gravedad sintomatológica.

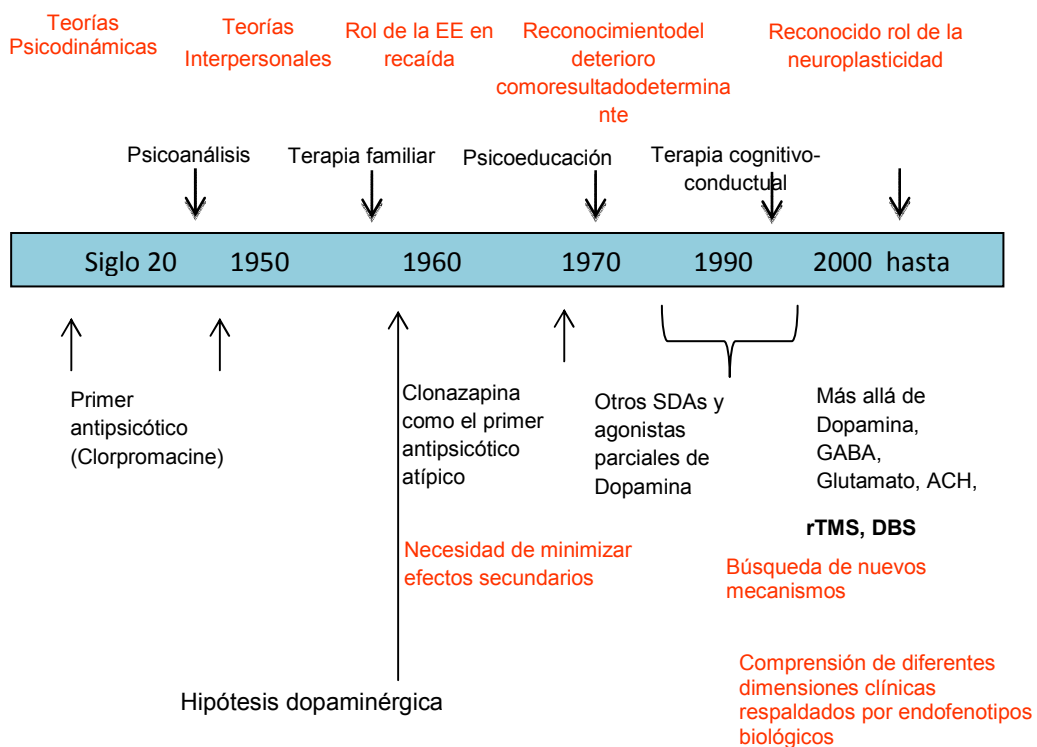
El apego inseguro en la edad adulta está relacionado con acontecimientos vitales estresantes (Waters y cols, 2000). De este modo, la enfermedad sin duda lleva a dificultades con las figuras paternas, siendo complejo detectar como fueron las relaciones antes del desarrollo del trastorno (Berry, Wearden y Barrowclough, 2009). Sin embargo, la descripción que hacen los pacientes de dificultades en la infancia y en la adolescencia, el sentimiento de ser diferentes y la vivencia de inadecuación se asociaría con dificultades en el apego a las figuras claves a temprana edad (Beiser, Erickson, Flemming y Iacono, 1993; Watt, 1978).

Se ha observado que generalmente los paciente perciben a sus padres de manera más negativa que los sujetos controles, se ha sugerido que poseen una imagen más negativa de su madres (Armelius y Granberg, 2000) y que son más propensos a informar que sus padres manifestaban poca aceptación y alta sobreprotección en la infancia (Parker y cols, 1982). Se ha asociado estas opiniones de los pacientes a baja autoestima en la vida adulta (Armelius y Granberg, 2000; Drayton y cols, 1998). Y a baja adherencia al tratamiento, se ha visto que quienes manifestaban mayor estilo evitativo eran menos propensos al desarrollo del vínculo en el proceso de terapia (Dozier, 1990). Mantenían menos participación en los servicios de salud mental (Tait, Birchwood y Trower, 2004), manifestaban más rechazo clínico del tratamiento (Dozier, 1990) y tenían mayor dificultad para seguir tareas terapéuticas (Dozier, Lomax, Tyrrell y Lee, 2001).

## 2.6. Programas de intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia

Durante las últimas dos décadas ha habido avances en el uso de antipsicóticos para el tratamiento diario de la esquizofrenia (Tandon, Nasrallah, y Keshavan, 2010). La figura 2 ofrece un resumen de los tratamientos psicológicos y sociales que se han desarrollado en esquizofrenia.

Tratamientos psicológicos y psicosociales



Tratamientos farmacológicos y otros tratamientos biológicos

Figura 2. Adaptado de Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, «Just the Facts» 5. Treatment and prevention Past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122 (1–3), 1–23.

En general, las intervenciones que incluyen a los miembros de familia son más eficaces (Faraón et al, 2006; Lincoln y cols., 2007). Diversos revisores (Dixon, Adams, y Lucksted, 2000; Dixon y Lehman, 1995; Lam, 1991; Penn y Mueser, 1996; Tarrier y Barrowclough, 1995) plantean que las intervenciones incluyen, en diferentes combinaciones, técnicas de psicoeducación, solución de problemas, entrenamiento en el manejo de la enfermedad y apoyo familiar. Las principales

diferencias radican en la forma de aplicación (individual o grupal), en el lugar (casa de la familia o contexto clínico), en la duración del proceso y en el momento de la enfermedad en que son realizadas.

Ahora describiremos cuatro modelos clásicos de intervención de reconocida efectividad en esquizofrenia, que incluyen la participación de la familia.

#### *2.6.1. Terapia orientada a la crisis:*

Goldstein y sus colaboradores han desarrollado un programa de intervención mixta, que combina el trabajo con la familia y el tratamiento farmacológico (1983). El programa se orienta al tratamiento de la fase aguda y se implementa durante las siguientes seis semanas del alta hospitalaria. El programa incluía charlas informativas a las familias respecto a temas del trastorno, factores de riesgo de la dinámica familiar y factores preventivos.

Es un modelo de intervención breve y su meta principal es ayudar al paciente a comprender los acontecimientos que han rodeado el primer episodio psicótico. Los objetivos de la intervención son identificar con las familias los factores estresantes, desarrollar estrategias de afrontamiento al estrés y poner en marcha soluciones concretas anteponerse a futuros sucesos o conflictos.

Los autores concluyeron que la combinación de la terapia familia de crisis y un nivel adecuado de medicación permiten conseguir una estabilización y un mejoramiento en las relaciones familiares. Sin embargo, un seguimiento más prolongado de la muestra puso de manifiesto que dichos cambios no se mantiene en un periodo de tres a seis años. Parece por lo tanto, que la efectividad del programa de intervención en crisis se circunscribe al periodo inicial que sigue a la salida hospitalaria.

#### *2.6.2. Intervención Familiar para disminuir la Emoción Expresada*

Leff (1996) plantea que para ayudar a la familia a afrontar lo que implica el trastorno, es necesario recurrir a la familia extendida y mantener vínculos con la red de apoyo social cercana. Es decir, es necesario evitar que la familia nuclear se encuentre asilada.

La intervención surge desde los resultados de las investigaciones en Emoción Expresada. El objetivo terapéutico es reducir el contacto entre los pacientes y los familiares que manifiestan Alta



---

EE. El enfoque considera diferentes propuestas terapéuticas; elementos educacionales, conductuales estructurales y sistémicos. En términos de encuadre, el programa considera tres espacios de intervención: un espacio de sesiones terapéuticas, un espacio de grupo familiar y un espacio de sesiones de terapia familiar individual.

El espacio de sesiones psicoterapéuticas consiste en la lectura de elementos informativos relacionados con los síntomas y con el curso de la enfermedad. También se abordan temas en relación a la comunicación de la familia, la necesidad de cambio de actitudes críticas y la necesidad de expandir el contacto social (Kuipers, Leff y Lam, 1992).

En relación al grupo de familiares se plantean la combinación de familiares que manifestaran EE alta y EE baja, la idea era que estos últimos pudieran influir en los primeros y compartirles estrategias de enfrentamiento. El foco central de las sesiones era la discusión de los problemas actuales con el fin de generar estilos alternativos que evitaran la manifestación de crítica y de sobreimplicación. Los pacientes eran excluidos de los grupos para que los familiares se sintieran libres de expresar sus sentimientos y preocupaciones.

En cuanto a las sesiones de terapia familiar individual, se realizaron en los casos en que existían dificultades cuyo abordaje no parecía adecuado dentro del grupo. Se realizaban en la casa particular de la familia y eran dirigidas por un equipo de psiquiatra y de psicólogo. El enfoque teórico escogido era de carácter ecléctico y pragmático, se empleaban técnicas psicodinámicas y conductuales. Cuando el equipo evaluó los resultados de la intervención, en un seguimiento a dos años, se apreció que las recaídas del grupo experimental eran significativamente menor a las del grupo control (Leff y cols, 1982; 1985; 1989; 1990).

Respecto a la disminución de la EE se observó que los comentarios críticos disminuyeron significativamente (un promedio de 15,8 a 6,5), mientras que la expresión de Sobreimplicación Emocional aunque descendió, no mostró diferencias significativas. Los investigadores explicaron estos resultados, refiriendo que la Sobreimplicación Emocional parecía ser una característica presente desde hacía más tiempo en la familia y por lo tanto, de más difícil modificabilidad (Leff, 1996).

---

### 2.6.3. *Terapia Familiar conductual en Esquizofrenia:*

Falloon y su equipo de colaboradores en el sur de California, han desarrollado un programa de clara orientación conductual. Desde el inicio fijan el énfasis en la resolución de conflictos cotidianos y los problemas en la comunicación. Se centran principalmente en los elementos funcionales de la familia y persiguen aumentar al máximo el funcionamiento sano de cada miembro (Falloon et al., 1985; Falloon y cols., 1993; Falloon, Marshall, Boyd, Razani, y Wood-Siverio, 1983; Liberman, 1993). Realizan un análisis funcional de la unidad familiar que comprende la evaluación de cada miembro de la familia, con el objetivo de reconocer recursos, déficit y el modo de intercambio con el resto de los miembros. También implica la evaluación de las diferentes interrelaciones familiares y de los diferentes problemas y la capacidad de resolver los conflictos. Después de esta fase de evaluación se plantean tres objetivos generales que continúan dirigiendo la terapia. El primero se refiere al aumento de los conocimientos de la esquizofrenia, el segundo se relaciona con aumentar la comunicación familiar y el tercero con el desarrollo de estrategias eficaces en la resolución de conflictos. Las sesiones finales del proceso se destinan a la revisión de los avances conseguidos y a la planificación de futuras acciones en la resolución de conflictos. El esquema supone una sesión semanal durante los tres primeros meses y mensual hasta un periodo de un año. Durante el año siguiente se lleva a cabo un seguimiento periódico.

El logro de los objetivos consigue disminuir la tensión familiar y disminuir las actitudes perjudiciales, como son la excesiva manifestación de crítica y la implicación emocional (Falloon, 1988).

### 2.6.4. *Psicoeducación Familiar:*

Otro modelo de intervención familiar es el de psicoeducativo propuesto por el grupo de Hogarty (Anderson et al., 1986). Las intervenciones psicoeducativas proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento a los pacientes y los miembros de la familia además de, informar a los pacientes y miembros de la familia acerca de las estrategias para hacer frente a la esquizofrenia enfermedad (Hogarty et al., 1986). Su finalidad es disminuir el riesgo de recaídas y prevenir la vulnerabilidad del paciente ante los estímulos externos e internos. A partir de intervenciones psicoeducativas trabajan en la vinculación de la familia con los servicios de intervención, promueven la reintegración social y preparan a los pacientes para la integración al ámbito social.

---

Lam (1991), ha referido los principales criterios que consideran todos los programas psicoeducativos:

- a) *Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias*, evitando la culpabilización y respetando sus diferentes estilos y necesidades. Se intenta crear un vínculo terapéutico desde el cual las familias perciban el acompañamiento del equipo y su comprensión.
- b) *Pretenden proporcionar estructura y estabilidad*: A partir del desarrollo de planes terapéuticos y contactos regulares se crea una red de acompañamiento que sopesa la sensación de descontrol y confusión que genera la enfermedad desarrollando climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.
- c) *Se centran en el aquí y el ahora*, trabajando los problemas actuales y concretos que encara la familia, se analizan las relaciones mutuas y se intenta identificar sus estilos individuales de afrontamiento, recursos y debilidades.
- d) *Se emplean conceptos de terapia estructural*, en el establecimiento de límites personales claros e intergeneracionales. Con el objetivo de promover la individuación del hijo y de la pareja paterna.
- e) *Se pretende la reestructuración cognitiva*, que intenta entregar a las familias un modelo que de sentido a las actitudes del hijo y las suyas propias.
- f) *Se trabaja desde una aproximación conductual*, centrando el trabajo clínico, bajo una estructura de solución de problemas, en la evaluación de recursos y necesidades familiares, establecimiento de metas realistas que motiven la participación de la familia, el establecimiento de prioridades, la descomposición de metas en pasos conductuales puntuales y el establecimiento de tareas.
- g) *Se trabaja para el mejoramiento de la comunicación*, enfatizando en la necesidad de que la familia solicite los cambios al paciente de modo simple, claro y específico, por medio de ensayos de conducta previamente detallados, *feedback*, práctica repetida y generalización.

---

Existe evidencia con respecto a la efectividad de estas intervenciones. Estudios de meta-análisis sugieren que las intervenciones psicoeducativas reducen la alta emoción expresada de los familiares, las recaídas y disminuyen las tasas de rehospitalización (Brown y cols., 1972; Mari y Streiner, 1994; Pitschel-Walz y cols., 2001; Pilling y cols., 2002; Girón y cols., 2010).

Respecto a consideraciones generales para el tratamiento, Birchwood y Tarrier (1995), a partir de los diferentes resultados publicados, plantean un resumen que cinco consideraciones en base a las intervenciones psicosociales:

- 1) En primer lugar plantea que la intervención debe abarcar a los pacientes y a la unidad familiar.
- 2) La educación respecto a temas informativos es insuficiente, pero resulta útil en combinación con otras estrategias y en el contexto de un programa más extenso.
- 3) Las intervenciones deben mantenerse por un periodo de tiempo prolongado.
- 4) Las intervenciones deben realizarse en conexión con los diferentes dispositivos del sistema que intervienen en el tratamiento
- 5) La intervención debe procurar la adherencia al tratamiento farmacológico.

#### *2.6.5. Consideraciones respecto a intervenciones familiares en el contexto de salud pública Español*

En el año 2009 el Programa de Guías de Práctica Clínica (GPC) del sistema nacional de salud español, desarrolló una guía para el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, que corresponde a una actualización y ampliación de la GPC editada en el año 2003. Con el objetivo de ofrecer recomendaciones para la atención a pacientes con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente aplicables preferentemente en los servicios de salud mental de utilización pública. Esta GPC desarrolla recomendaciones sobre actuaciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, con la finalidad de brindar apoyo al profesional en la toma de decisiones clínicas. Pretende así adecuar mejor el tratamiento a cada paciente, ofreciendo las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según cada fase del trastorno y las características idiosincrásicas de cada paciente.

Las intervenciones familiares se incluyen dentro del apartado intervenciones psicosociales en el cual están presentes una amplia gama de posibilidades de intervenciones psicoterapéuticas. Según

se plantea en la guía, el objetivo de las intervenciones psicosociales es minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación y reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral. La base de la propuesta se sitúa en el modelo de Recuperación, desde el cual se pretende el recobro del funcionamiento autónomo y de integración comunitaria, más allá de la remisión de los síntomas. Así mismo, se considera como fundamental la capacitación del paciente sobre el manejo de la enfermedad y, en consecuencia el empoderamiento del paciente en todo el proceso de tratamiento.

En relación a estos criterios, se plantean recomendaciones generales en relación a la intervención familiar (IF). A continuación incluimos la tabla<sup>6</sup> en donde se presenta un resumen de estas recomendaciones, en ella se hace referencia respecto a quienes deben ser los destinatarios de las intervenciones familiares, en que momento del curso del trastorno es más adecuado y que duración deberían tener. Para cada recomendación la lista especifica el grado de evidencia científica a partir de la cual se propone.

Tabla 4

*Recomendaciones sobre intervención familiar en Guía Práctica Clínica del sistema nacional de salud español.*

Recomendaciones tipo A ;( la evidencia científica procede de meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados)
Se recomiendan los programas de IF para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico
Se recomienda aplicar la terapia de IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y, sobre todo, en los de larga evolución. En pacientes con inicio reciente de la enfermedad habrá que valorar cada situación de forma individualizada.
Debe ofrecerse IF a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo de aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente.
Se recomienda la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad (sus efectos se mantienen al cabo de 24 meses)

<sup>6</sup>Tabla adaptada de Guía Práctica Clínica del sistema nacional de salud español (2009).

Los programas deberán aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos teniendo en cuenta la emoción expresada y deberán incluir de una u otra forma al propio paciente, serán añadidos al tratamiento habitual y con una duración que nunca será inferior a seis meses para que resulte efectiva.
Los pacientes deberían ser incluidos, siempre que sea posible, en las sesiones de IF ya que reduce significativamente las recaídas.
Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas.
Los pacientes y sus familiares suelen preferir intervenciones de familia individuales en vez de las intervenciones de grupo multifamiliares.
Los programas deberían incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias, como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas.
Recomendaciones tipo B: La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar
Se recomiendan las derivaciones a redes sociales de pacientes y cuidadores.
Los programas de IF deberían durar más de nueve meses e incluir características de compromiso, apoyo y desarrollo de habilidades, no simplemente información o conocimiento compartido
Recomendaciones tipo C La evidencia científica procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio
Se recomienda transmitir de forma gradual la información en función de las necesidades e inquietudes del paciente y su familia y de la fase de evolución del trastorno en que se encuentre el paciente.

---

## 2.7. Esquizofrenia y Drogadicción; Consideraciones generales

La esquizofrenia es un trastorno multifactorial, que se puede clasificar dentro de lo que se ha entendido como trastornos complejos; estos son los que surgen de una combinación de factores genéticos y ambientales (Sullivan y cols., 2003; Lichtenstein y cols., 2009; Stefansson y cols., 2009). Dentro de los factores ambientales más estudiados, por su prevalencia en el desarrollo de los síntomas ha sido la relación entre el desarrollo de esquizofrenia y el consumo de drogas.

Respecto a al desarrollo de un primer brote psicótico que cursará a esquizofrenia y un brote asociado a consumo de sustancias, las investigaciones longitudinales sugieren que el consumo de sustancias aumenta el riesgo a desarrollar el trastorno (Arseneault, Cannon, Witton, Murray, 2004; Moore y cols., 2007) y que afecta negativamente el curso y el proceso de tratamiento (Smit, Bolier, Cuijpers, 2004; Delisi, 2008; Zammit, Moore, Lingford-Hughes, Barnes, Jones, Burke, Lewis, 2008; Foti, Kotov, Guey y Bromet, 2010).

Sin embargo también se ha planteado que el consumo de sustancias actúa como factor de riesgo para esquizofrenia sólo en aquellos individuos genéticamente vulnerables, (Henquet, 2008; D'Souza y cols., 2009) y que los episodios psicóticos que pueda precipitar el consumo no necesariamente se corresponderá clínicamente a toda la amplia gama de síntomas en la esquizofrenia (Solowij, 1998).

Entre las sustancias más empleadas por los pacientes, destaca el consumo de cannabis. Existen numerosas investigaciones en relación a sus efectos en la sintomatología del trastorno. Entre los principales efectos descritos se presenta la exacerbación de los síntomas positivos, relacionados específicamente con el aumento de alucinaciones auditivas, cambios de percepción, delirios de control y delirios de grandeza. (Curry, Smith, McGorry, 1999; Arseneault y cols, 2004)

Respecto a la percepción que los pacientes manifiestan en relación a los efectos del consumo de sustancias, específicamente cannabis, los estudios han señalado que contribuiría positivamente a mejorar el estado de ánimo, la motivación, la calidad del sueño y los síntomas depresivos (Schofield, Tennant, Nash, Degenhardt, Cornish, Hobbs, y cols, 2006), el desarrollo de la

---

espiritualidad, la claridad del pensamiento, el aumento de la energía, la mejora en la capacidad cognitiva y contribuiría a olvidar traumas de la infancia (Costain, 2008).

### *2.7.1. La drogadicción desde el modelo sistémico*

A continuación se hará una breve descripción de las principales propuestas desde modelo sistémico a la comprensión de la drogodependencia. Este apartado tiene como propósito aportar a la discusión de los resultados de este trabajo, debido a la comorbilidad que existe entre esquizofrenia y consumo de sustancias y al solapamiento del diagnóstico diferencial entre ambos.

Desde la perspectiva sistémica el síntoma es comprendido como un mecanismo del mismo sistema para informar al individuo y al mismo sistema que hay un funcionamiento familiar que no aporta al desarrollo de uno de sus miembros.

La etapa en la que suele surgir este síntoma es en la adolescencia, etapa caracterizada por la búsqueda de la identidad y de la autonomía. En palabras de Cancrini (1991):

El tiempo de la búsqueda de un modelo de identificación (fuera) de la ley del padre, y que esta búsqueda es totalmente modificada en los viajes fulminantes producidos por la ingestión de la droga. Cuando se toma droga la gente se siente Dios, y cuando se es Dios no se puede tener un padre, y cuando el efecto de la droga cesa, la gente se siente menos que nada.

Stanton y Todd (1988), observaron que el abuso de drogas de inicio en la adolescencia está vinculado a la crisis de separación, que involucra cambios más o menos rápidos en la vida familiar. Bowen (1991), destaca así mismo la importancia que tiene la diferenciación del sujeto en relación con la familia de origen. Planteando que el punto clave es la estructura de triángulo que forman los padres y el hijo, y su posibilidad de flexibilización y movimiento crucial para el aprendizaje del adolescente de relacionarse con el entorno y de diferenciarse. Cuando revisamos la literatura asociada a la familia drogodependiente, la principal característica en que coinciden los autores es la dificultad que posee el sistema para que sus miembros logren la diferenciación. Así lo plantea Haley (1980), quien conceptualiza el síntoma de la drogadicción como un síntoma que da cuenta que la familia tiene problemas para cambiar de etapa de ciclo vital, concretamente para asumir la etapa de adolescencia y de emancipación del hijo/a. En este sentido, el abuso de sustancias bloquearía el proceso de diferenciación, proceso básico para el logro de una individualidad autónoma.



En este mismo sentido, Weidman (1987), propone que el uso de drogas sucede cuando los conflictos que rodean la sub-fase del proceso de separación-individuación no son superados de manera adecuada. Este proceso implica la diferenciación y separación sin sacrificar la intimidad familiar.

Coincidiendo con las propuestas anteriores, Stanton (1988), concuerda en que mediante el uso de las drogas lo que se pretende es la diferenciación y distanciamiento emocional con las figuras paternas, pero paradójicamente la adicción incita mayor apego y dependencia. Y efectivamente, la mayoría de los pacientes toxicómanos no se emancipan de la casa familiar, o mantienen “falsas separaciones” respecto a su familia de origen, lo que también se ha llamado separaciones en apariencia (Neuburger, 1983).

En relación a esta misma idea, Coletti (1987), plantea que la drogodependencia permitiría la no-capacidad de modificar el funcionamiento familiar. A partir del síntoma, la madre mantendría su rol de sacrificio y de sobreimplicación, el padre mantendría su posición periférica y si existiera la presencia de un/a hermano/a la familia continuaría realizando comparaciones entre el hijo bueno y el malo, lo que promovería el síntoma y el sufrimiento. Así mismo se plantea que un rasgo característico en el subsistema fraterno, es la búsqueda de diferencias respecto a los otros hermanos, lo que se ha descrito como la búsqueda de “identidades separadas” (Bank y Kahn, 1982).

En relación a las características de las figuras paternas, Harbin y Maziar, (1975), describieron al padre del toxicómano como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo. Simons y Robertson, 1989, indagando respecto al vínculo parental, encontraron que la variable de rechazo por parte de los padres correlaciona con la participación de los hijos adolescentes en grupos de iguales poco adaptados, en donde es frecuente el uso de drogas. Respecto a la figura materna, Kaufman y Kaufman, (1979), asociaron a la madre la indulgencia y la sobreprotección.

Ausloos (1998), plantea que la drogodependencia es una patología vinculada al control, un exceso de control en la infancia y una ausencia de control en el funcionamiento del adulto. De esta forma el autor propone que en todas las codependencias hay siempre a la base un problema de control. Levine, (1985), y Cleveland, (1981) hacen referencia a estructuras familiares disfuncionales-rígidas, siendo la farmacodependencia un comportamiento adaptativo del individuo, desde la incapacidad de resolver conflictos.

---

Respecto a la comunicación familiar, se ha visto que dentro de las familias con toxicomanía, los diálogos tienden a ser más intelectuales y racionales, con baja expresión de sentimientos, bajos niveles de cuidado y validación. Y que entre sus miembros existiría mayor distancia emocional. (Kirschenbawn y col., 1974). Siguiendo la misma idea, Reilly (1976), habla sobre una vida carente de afecto, relaciones frívolas, altos niveles de criticismo y bloqueo emocional, además señala que los miembros de las familias expresan fuertes sentimientos de culpa y alienación.

Finalmente mencionaremos el modelo de Cancrini (1991), autor que en base a investigaciones con pacientes heroínómanos, sistematiza cuatro tipologías de drogodependencia. Estas son:

- a) Drogadicción Traumática: surge asociada a la vivencia de acontecimientos traumáticos en la vida de los hijos. Suele presentar tres características principales: La primera es que el comienzo del consumo surge de manera abrupta, y rompe la pauta normal de comportamiento y vida cotidiana. En este momento el consumo representaría un espacio de seguridad y protección. La segunda característica es que además del uso de heroína se hace uso de diferentes tipos de sustancias, que ofrecen más evasión que placer. Y la tercera característica tiene que ver con el sentido subjetivo que las personas atribuyen a la adicción; representa una defensa para afrontar la situación traumática.
- b) Drogadicción Neurótica: Se manifiesta a partir del conflicto activo que implica al sujeto. Existen la vivencia de sentimientos de malestar y disminución de la actividad y de los intereses en general. Respecto a la estructura familiar, se habla de la presencia de un padre periférico y otro altamente sobreimplicado. A nivel de organización se describe la triangulación del sujeto en la diada marital. Respecto a la comunicación, se ve la presencia de contradicciones.
- c) Drogadicción Psicótica: La actitud de autosacrificio que implica el cuidado del paciente, sirve a la familia para minimizar problemas relacionales. No existe la polaridad de bueno-malo como en la segunda tipología, pero sí entre éxito-fracaso. Es decir, uno de los miembros goza de privilegios que el otro no tiene. Este trastorno cursa con estados maníacos poderosos y repetidos y estados depresivos. También existe una dificultad para relacionar la adicción con acontecimientos específicos. Este tipo de drogadictos tiene riesgo al suicidio y a recaídas.
- d) Drogadicción Sociopática.: Se asocia a familias multiproblemáticas, marginales, en situación de riesgo social y con conductas antisociales. La intervención requiere el empleo de la red y recursos como servicios sociales y otros de carácter asistencial.

### 3. Descripción del modelo de Parentalidad Conyugalidad (Linares 1996)

#### 3.1. Descripción teórica

Como ya hemos planteado, la investigación es concluyente en la importancia de los elementos familiares en el curso y en el proceso de recuperación del trastorno. Hoy se plantea que las intervenciones que incorporan a la familia poseen mayor efectividad (Tandon, Keshavan, Nasrahall, 2008). Se asume que dichos aspectos han sido poco abordados y se pretende mejorar y conocer las intervenciones en este ámbito (Dixon, Dickerson, Bellack, Bennett, Dickinson y cols. (2009). Este consenso se ha materializado en el desarrollo de abordajes psicoeducativos que trabajan con la familia en el aprendizaje de aspectos relacionados con el trastorno y en la mejora de elementos familiares con el fin de acompañar de un modo más favorecedor al paciente. Como ya hemos dicho, las propuestas psicoterapéuticas en el trabajo con estas familias son más escasas.

En el presente trabajo se pretende abordar aspectos relacionales que se consideran vinculados al desarrollo multifocal y al mantenimiento del trastorno. Este planteamiento surge desde el reconocimiento de que la vida relacional de los sujetos influye en su desarrollo global y que las relaciones saludables subyacen al mantenimiento de la salud individual.

La observación de pacientes con trastorno de esquizofrenia que asisten al programa de la unidad de terapia familiar de la unidad de psiquiatría del hospital de Sant Pau acompañados de sus familias, ha significado la posibilidad de realizar observaciones empíricas-clínicas cuya sistematización y descripción es la motivación y la base de este trabajo.

En la actualidad, la investigación respecto a temas relacionales en torno a la esquizofrenia procede principalmente desde el modelo de vulnerabilidad estrés, como ya hemos descrito y aproximaciones desde la enfermería que indagan respecto a la vivencia de la enfermedad en pacientes y cuidadores. Por otro lado la investigación en relación a la comprensión psicológica de la esquizofrenia desde el modelo de terapia familiar sistémica, es escasa incluso en fuentes especializadas.

Este trabajo toma como referencia el modelo relacional desarrollado por Linares (1996) en la unidad de Terapia Familiar del Servicio de psiquiatría del Hospital de Sant Pau. Se parte como marco teórico desde las dimensiones relacionales básicas de *Parentalidad* y *Conyugalidad* dentro de la pareja y de la familia (Linares, 1996, 2003). Se considera que la relación entre ambas funciones está vinculada a la nutrición relacional de los miembros del sistema.

La *Parentalidad* es un concepto construido socialmente que surge dentro del género, de la economía y de las estructuras políticas que subyacen a las familias (Matta y Kunudson-Martin, 2006). Los significados asociados a la *Parentalidad* varían en el tiempo, los contextos y los hogares, emergiendo en la intersección de significado y la interacción social entre los padres, familias, familias de origen y la comunidad (Coltrane, 1996; Doherty, Kounseki y Erickson, 1998). Desde una perspectiva sistémica, la *Parentalidad* sería la relación que se establece entre figura paterna e hijo/a y que se crearía en el compartir tejemejeres entre estos en el curso de sus vidas a través de intervalos de negociación, competencia, compromiso y reorganización (Minuchin y Fishman, 1983).

Desde una perspectiva sistémica familiar se plantea que la *Parentalidad* es una cualidad por un lado compleja, que remite a la pareja sin prescindir de ella, que hunde sus cimientos en las familias de origen y encuentra su encuadre en el contexto cultural; y a la vez, sería una cualidad sencilla, que correspondería con una dimensión biológica instintiva que conecta profundamente al ser humano con sus raíces animales (Linares, 1996).

Este concepto sugiere la búsqueda que los sujetos realizamos por mantenernos satisfechos a nivel físico y psicológico. La familia en este sentido es el principal centro dador y receptor de dicha nutrición.

La nutrición emocional dentro de las relaciones paterno-filiales es un fenómeno comunicacional complejo en que pueden distinguir varios componentes que, si fallan, ponen en peligro la integridad del conjunto. Para sentirse amado por sus padres, un hijo debe sentirse reconocido, valorado, querido y adecuadamente sociabilizado, fenómenos que se inscriben, respectivamente, en las esferas cognitivas, emocionales y pragmáticas (Soriano, 2010).

La *Parentalidad* supone la entrega de nutrición relacional a partir de funciones que incluyen la socialización, que permite la incorporación y el desarrollo del sujeto en el ambiente social, así como

---

el reconocimiento, la valoración y el cariño, necesarios para el desarrollo y la consolidación de un individuo.

Por *Conyugalidad* se entiende el amor complejo o la nutrición relacional en el contexto de los dos miembros de la pareja parental. Remite a la experiencia subjetiva de ser complejamente amado o amada por el otro o la otra, la complejidad reside en la presencia de elementos cognitivos, como por ejemplo el reconocimiento y la valoración; elementos emocionales, como la pasión amorosa, la ternura y el cariño y elementos pragmáticos como el deseo, el sexo y la gestión en la vida cotidiana (Linares, 2010).

### 3.1.1. *Relación entre Parentalidad y Conyugalidad*

Pese a ser dimensiones independientes, en la vida práctica poseen innumerables relaciones recíprocas. El modo en que ambas dimensiones se combinen y se influyan mutuamente puede significar unas u otras influencias en el desarrollo, el bienestar y la personalidad de los miembros del sistema.

Se han descrito cuatro grandes modalidades posibles en la combinación de estas dos dimensiones. Según se puede apreciar en la figura 3 el cuadrante superior derecho definido por la presencia de una Conyugalidad armónica y una Parentalidad primariamente conservada, contiene la combinación que favorece de mayor modo la expresión de la nutrición relacional de los hijos. Desde esta posición, los padres poseen la capacidad de resolver sus conflictos de pareja y al mismo tiempo continuar estando disponibles a nivel cognitivo, emocional y pragmático, en los temas que sus hijos requieran.

Los otros tres cuadrantes de la figura 3 contienen combinaciones en que la co-influencia de ambas dimensiones no favorece el desarrollo de sus miembros y en ellos se distribuyen las familias con tendencias disfuncionales.

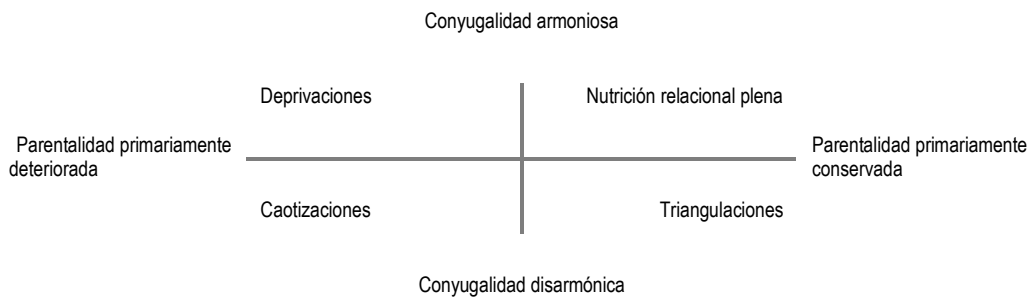


Figura 3. Combinaciones relacionales en torno a la conyugalidad y la parentalidad (Linares, 1996).

Las familias trianguladoras son aquellas que combinan una conyugalidad disarmónica con una parentalidad primariamente conservada. Los padres que en principio están atentos a las necesidades de sus hijos, se desvían en esta función ante su dificultad para resolver la irrupción de problemas conyugales serios. Y en esta posición recurren a los hijos para buscar apoyo, lo que influye en el deterioro de su parentalidad.

Cuando los padres sin poseer dificultades importantes en plano de la conyugalidad, se muestran lejanos en el ejercicio de su rol parental, el modelo habla de deprivaciones. Situación que originaría importantes carencias en la nutrición relacional de los hijos. En estas modalidades de familia es habitual que se atienda a las necesidades materiales de los hijos, e incluso que se les entregue elementos positivos para su socialización. Suelen ser padres y madres bien adaptados y que no llaman la atención de sistemas externos a la familia (colegio, servicios sociales, salud mental, etc.), pero fracasan en los niveles más profundos de la entrega nutricional, primando sus necesidades de pareja por sobre las parentales.

Cuando la *conyugalidad disarmónica* coexiste con un ejercicio de la *parentalidad deteriorado*, la situación relacional en que se produce la crianza de los hijos se clasifica como caótica. Se trata de sistemas familiares con graves carencias nutricias que dejan a los hijos expuestos a riesgos del entorno. La actitud de los padres y de los hijos suele llamar la atención de sistemas externos a la familia, por este motivo son familias que suelen estar conectadas con servicios sociales u otros tipos de red.

Las disfunciones relacionales de *triangulación*, *caotización* y *deprivación*, a nivel relacional se pueden vincular con diferentes desarrollos psicopatológicos. La figura 4 muestra un esquema que ejemplifica estas correspondencias.

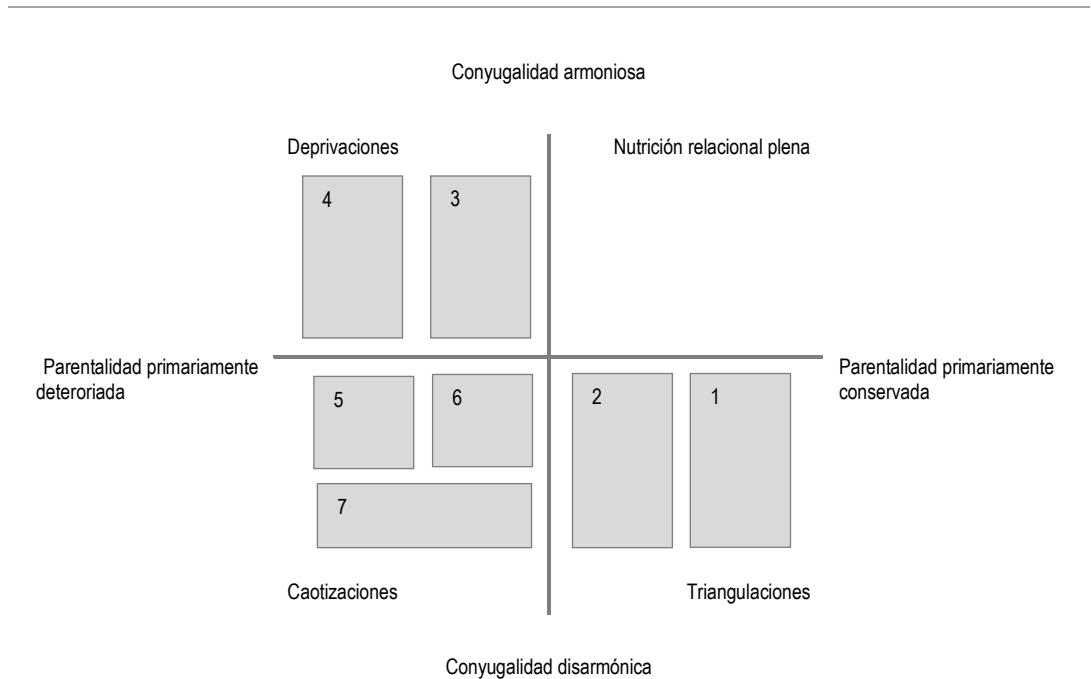


Figura 4. Metáfora guía para el diagnóstico sistémico (Linares, 1996, p. 112)

En este esquema, en el cuadrante inferior derecho se sitúan los trastornos neuróticos (2) y los trastornos psicóticos (1). En los trastornos neuróticos, los problemas conyugales de la pareja parental y una *parentalidad primariamente conservada*, ponen a los hijos en una situación propensa a que los padres busquen en ellos aliados en la “lucha” conyugal. A este tipo de relaciones se les denomina *triangulaciones manipulatorias*, en palabras de Linares (1996):

El niño triangulado de esta forma recibe mensajes contradictorios en el núcleo de las *funciones sociabilizantes*, referidos a como tratar a las más importantes figuras significativas del entorno y a cómo cabe esperar ser tratado por ellas. Es una información desconcertante que el niño no sabe como elaborar y que genera una angustia básica que constituye uno de los ingredientes de la experiencia neurótica (p.79).

Esta instancia relacional no comporta una desprotección del niño/a, o una alteración profunda en la sociabilidad, pero si indeterminación e inseguridad en patrones relacionales básicos, que influirá su forma de vincularse con el entorno.

En este cuadrante también se ubica a los trastornos de personalidad del grupo C, que son definidos preferentemente por la ansiedad; *Trastorno de evitación* y *Trastorno obsesivo compulsivo*.

El segundo grupo de trastornos que se ubica en el cuadrante inferior derecho de la figura 4 es el que corresponde a los Trastornos psicóticos. Comparte con los trastornos neuróticos la triangulación que se produce desde una parentalidad primariamente conservada y una conyugalidad disarmónica que deteriora secundariamente la parentalidad y se diferencian radicalmente en el tipo de triangulación.

La triangulación en el espacio psicótico es del tipo desconfirmatoria, que hace referencia al fenómeno comunicacional planteado por Watzlawick (1983) que consiste en la experiencia subjetiva de la negación de la propia existencia por las figuras significativas de las que se depende. En relación a la Desconfirmación, Linares (1996) plantea que:

Representaría una forma mayor de agresión comunicacional consistente en negar la identidad de alguien: desde la situación extrema y por tanto tan destructiva como rara de, ignorar la existencia de una persona de forma significativa, constante por parte de las figuras de las que se depende (p. 85).

En el contexto relacional, las figuras paternas se encuentran sumergidas en su conflicto marital, conflicto de características habitualmente intenso, que invade la vida afectiva de ambos cónyuges desde la rabia y la simetría, estas características las plantea Selvini (1990), cuando propone para comprender la relación conyugal de los padres de esquizofrénicos, el concepto de "*hybris simétrica*" y desde la cual se hace imposible interesarse verdaderamente en el hijo.

Un tercer grupo de trastornos es el que se sitúa en el cuadrante superior izquierdo de la figura 4 contiene la comprensión relacional de los grupos de trastornos depresivos (3) y trastornos de personalidad borderline (4). Ambos estarían relacionados con pautas relacionales presididas desde la exigencia, la falta de valoración y la descalificación. En el caso de la depresión mayor, la diada parental es autosuficiente y no requiere la incorporación de los hijos, pero las funciones socializantes se encontrarían hipertrofiadas, los hijos serían sujetos hipersocializados, sometidos a una alta exigencia normativa y a una responsabilización exagerada, por otro lado las funciones nutricias de la parentalidad no se cumplen porque están siempre supeditadas al logro de los hijos de unas altas cotas normativas (Soriano, 2010).



Con respecto al grupo de Trastornos de personalidad borderline, la expectativa de ser querido/a de manera incondicional por parte de los padres es una expectativa que se convierte en uno de los deseos más íntimos. Según plantea Campos y D' Ascenzo (2010):

Parecería que la mala conducta puede llegar a exacerbarse en base a la necesidad de comprobar hasta que punto se es aceptado y tenido en cuenta, forzando incluso la inadecuación de muchas situaciones (p. 38).

Finalmente en el cuadrante inferior izquierdo de la figura 4 se sitúan los trastornos vinculados a la caotización del sistema, en el contexto de una *Parentalidad primariamente deteriorada* y una *Conyugalidad disarmónica*. Se caracterizarían por la dificultad en la adaptación al entorno, en su relación y en el respeto por los límites externos. Las Sociopatías (7), asociadas a contextos de privación y a factores sociales de desestabilización, el Trastorno disocial (5) caracterizado por su dificultad para vincularse con el sistema de normas y el Trastorno Límite (6) caracterizado fundamentalmente por la tendencia al aislamiento, como resultado de un fracaso en el establecimiento de relaciones sociales estables.

### 3.2. Descripción del programa de intervención en psicosis

*Terapeuta: bueno, antes que nada una explicación, esto es terapia familiar, por eso estamos con toda la familia, porque la terapia familiar sin familia, ¿ya me dirás tu como se hace?, bueno,...esto es terapia familiar y tiene un sentido, tu no tienes por qué estar informada pero bueno...mira, las personas no son entidades aisladas, sino que vivimos en relación y la familia nos puede hacer mucho bien o mucho mal...como tu misma has dicho. Y nuestra intención es que la familia haga bien, más que mal, para que genere bienestar. Entonces esa es la idea, en principio la derivación aquí es trabajar la familia en relación a tu hermano, pero son procesos que si van bien favorecen a todos, es decir, que si tu hermano mejora, pues...*

En teoría de Linares (Linares y cols., 2001, Linares, 2007), se ve una síntesis de conceptos que surgen desde la terapia familiar y las teorías de comunicación. La conceptualización que se ha comentado anteriormente de la Triangulación desconfirmadora, es el concepto central desde donde el autor comprende la psicosis, y surge de la ampliación de dos conceptos clásicos; la Desconfirmación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), de origen comunicacional, y la Triangulación (Haley, 1967), de origen estructural. El autor se centra en las implicaciones que la suma de ambos fenómenos suponen en el ámbito relacional de las familias (Linares, 1996; 2006).

A continuación se describen los principales elementos que guían la intervención en psicosis en el programa de Terapia familiar del Hospital de Sant Pau. En primer lugar se hace referencia a las características de la intervención y en segundo lugar se describen los principales elementos del encuadre clínico.

### 3.2.1. *Comprensión del enfermar*

En la comprensión relacional de la psicopatología, Linares plantea como elemento de base y transversal a otros problemas psicopatológicos, la expresión de las funciones relacionales básicas en el contexto de la parentalidad (Linares, 1996). El autor propone que las figuras paternas a partir de un aprendizaje vicario, traspasan a sus hijos dos funciones relacionales básicas: desde una perspectiva lineal, se encuentran las funciones socializantes, que podrían ser de carácter protector, vinculas con el aprendizaje de cómo protegerse del entorno y las de carácter normativo, orientadas al aprendizaje de cómo tratar a los otros. Por otro lado, desde una perspectiva circular, los padres traspasarían a sus hijos las funciones nutricias, que implicaría la entrega del reconocimiento, el amor y la valoración. De este modo, la relación de crianza esequivalente al amor complejo, un fenómeno que implica niveles de expresión cognitivos, emocionales y pragmáticos (Linares, 2000).

Estos tres niveles de expresión son relativamente independientes y cada uno podría ser obstruido sin afectar significativamente a los otros dos en un primer momento, pero posteriormente el efecto se generalizará a los tres niveles.

El reconocimiento y la valoración se consideran funciones cognitivas de la relación de crianza y su bloqueo conduciría a la refutación y la descalificación. El afecto y el calor emocional, se consideran funciones emocionales y su obstrucción produciría indiferencia y rechazo. Así mismo, el amor entre padres e hijos también podría verse afectado por dificultades en la expresión de componentes pragmáticos, principalmente protección y socialización. Bajo esta comprensión, el enfermar sería el resultado de la obstrucción del amor (Maturana, 1990), en algunos de estos niveles de su expresión (Linares, 2006).

En la comprensión de la esquizofrenia, la carencia de la nutrición emocional está situada en la compleja organización que ha adquirido la familia, la triangulación entre la pareja parental y el paciente sirve como vehículo la obstrucción de las funciones afectivas, a partir de la desconfirmación.

Los procesos relacionales se van solidificando de modo paulatino y gradual en la historia de la familia, el inicio del trastorno, antes del primer episodio sucede de modo similar. La irrupción del primer episodio no sucede de improviso ni de manera incomprensible, se evidencian cambios visibles y paulatinos que dan aviso de un modo diferente de funcionamiento. Se puede apreciar también que en las fases previas al primer episodio; outpost (remisión espontánea) y prodrómica,

los pródromos y factores de vulnerabilidad externos poseen una alta influencia (Yung y McGorry, 1996).

### 3.2.3. Fenómeno relacional

En el abordaje de la psicosis Linares define cuatro conceptos centrales que subyacen a la comprensión del trastorno. El autor propone a nivel individual las instancias psíquicas de narrativa e identidad y a nivel familiar los espacios de organización y mitología (figura 5).

La identidad constituye la parte de la narrativa seleccionada por el sujeto como definitoria de sí mismo, posee una estructura estable y es el núcleo central de la vida psíquica. Un cambio a nivel de identidad, sólo es posible desde un cambio en la narrativa individual y familiar. Linares (1996) plantea que la psicosis es una enfermedad identitaria, en la cual la desconfirmación estriba como eje central de todo el proceso de enfermedad: “la identidad de los individuos se va hipertrofiando, relegando la *narrativa no identitaria* a un espacio mínimo” (p.34).

La narrativa individual se considera fruto de la experiencia relacional; la construcción de la narrativa es el proceso por el cual se atribuyen significados a las relaciones; “es la base de la actividad psicológica. Tanto la narrativa como la identidad individuales se constituyen en estrecho contacto con los sistemas relacionales especialmente la familia” (Linares, 2007).

INDIVIDUO	SISTEMA
Identidad	Organización
Narrativa	Mitología

Figura 5. Adaptado de Linares, J. (2007) Terapia familiar en la psicosis. Un proceso de reconfirmación. *Revistas de psicoterapia relacional e intervenciones sociales.*, 18. 151.

La organización familiar es análoga a la identidad individual; refiere la estructura de la familia y la manera en que esta evoluciona a lo largo de su ciclo vital. Por otro lado la narrativa de la familia recibe el nombre de Mitología familiar, y es el espacio de convergencia y unión de las narrativas individuales de todos los miembros del sistema y sus interacciones (Linares, 1996).

Identidad: Delirante	Organización: Trianguladora
Narrativa: No identitaria	Mitología: Desconfirmante

Figura 6. Adaptado de Linares, J. (2007) Terapia familiar en la psicosis. Un proceso de reconfirmación. *Revistas de psicoterapia relacional e intervenciones sociales.*, 18. 151.

El modelo plantea que en las psicosis la identidad sintomática se encuentra hipertrofiada (figura 6) y la narrativa propia, no sintomática, es escasa (Linares, 1996, 2007). La alteración sobre la identidad estaría asociada a la influencia de la mitología deconfirmatoria de la familia en el marco de la organización triangular. El individuo triangulado está implicado en un juego de relaciones disfuncional y al estar desconfirmado se encuentra en una situación en la que su existencia es negada en términos de relación. A nivel relacional, el impacto de la desconfirmación puede ser un factor que contribuye a los síntomas negativos mientras la identidad alternativa propia del trastorno, estaría asociada con síntomas positivos (Linares, 2007).

#### 3.2.4. Proceso de recuperación

El modelo propone un trabajo en la Mitología y Organización familiar con el objetivo de ampliar y reconstruir la narrativa no identitaria y finalmente modificar la identidad (figura 7). La propuesta terapéutica está relacionada con la literatura y la investigación sobre la narrativa y la psicosis. La intervención se basa en la destriangulación de la organización familiar y la reconfirmación del paciente. Los constructos teóricos se relacionan tanto con las teorías pioneras de la terapia familiar en psicosis (Bowen, 1960, 1976, Selvini, Boscoso, Cecchin y Prata 1991, Haley, 1980, Watzlawick, 1963, etc.) como con las investigaciones sobre la interacción familiar en psicosis (Olson, Sprenkle y Russell, 1979, Wuerker, Gretcen, Bellack, 1999, Seikula, Alakare y Aaltonen, 2001, Lysaker, Lancaster, Lysaker, 2003, Woo, Goldenstein y Nuechterlein, 2004, Bertrando y cols., 2006; Kuipers, 2006, McFarlane y Cook, 2007).

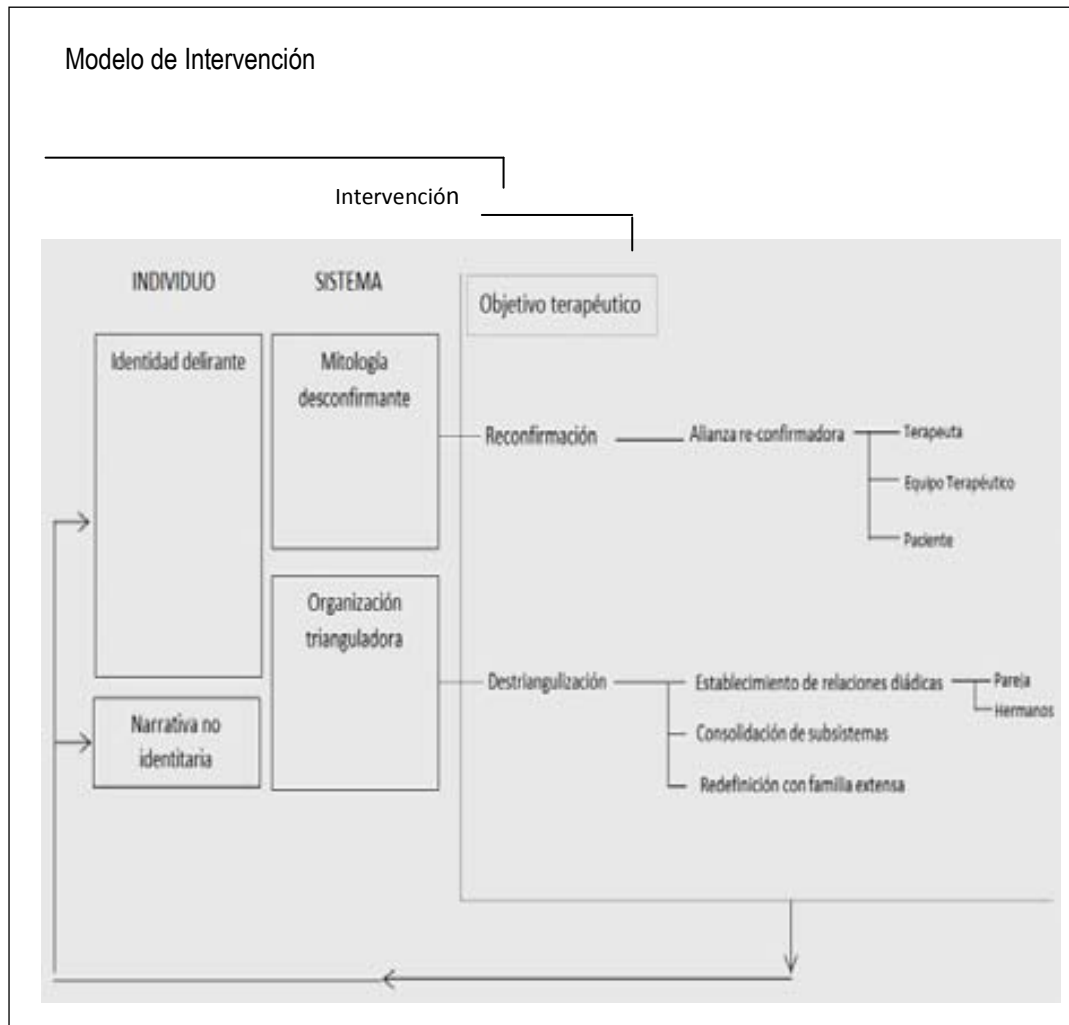


Figura 7. Modelo explicativo de la intervención.

Así como el modelo plantea que la identidad es una instancia psíquica no sujeta a modificación psicoterapéutica, la organización y la mitología familiar, en cambio, son espacios idóneos para la intervención. La acción psicoterapéutica sobre las instancias relacionales repercutiría finalmente en las instancias individuales.

Para definir los avances que suceden en el proceso terapéutico, el modelo considera a nivel conceptual lo que se ha denominado como recuperación (Warner, R. 2009; Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire y Lecomte, 2010), esta idea, a diferencia de la idea de cambio terapéutico, pretende transmitir que, la experiencia de psicosis es una experiencia que otorga un bagaje emocional que permanece en el psiquismo de quien la ha desarrollado, todo aquel que vive una

experiencia de psicosis no retorna de ese camino tal y cual como lo comenzó (Linares, 2012). Por esto mismo, la recuperación es un proceso exigente y de largo plazo (Van Os, Burns, Cavallaro, y cols., 2006), de amplia heterogeneidad en su evolución y resultados, y de efectos variables en los diferentes síntomas de la esquizofrenia (Andreasen, y cols., 2005).

Requiere, por parte de la familia el desarrollo de nuevos modos de funcionamiento, esto es:

- Desbloqueo de estructuras que favorecen la persistencia de la sintomatología
- Cambios en el sistema de creencia o valoración por parte de la familia respecto a sus miembros
- Despatologización del paciente para dar paso a una comprensión relacional y más compleja de los temas familiares

En el contexto de trabajo con las familias con esquizofrenia, la recuperación se entiende como un proceso que incluye:

*Destriangulización*; proceso que promueve una relación diádica entre los padres y sitúa al paciente fuera de la relación de pareja.

*Reconfirmación*; proceso que facilita un espacio en que se valora y confirma al paciente desde su individualidad, entregándole una imagen en donde se integren aspectos de nutrición emocional. Los elementos que se usan como vía de confirmación son; la alianza que se construye entre el terapeuta y el paciente, la extensión del equipo terapéutico, sobre el cual se ponen voces de confirmación, los espacios grupales en donde se potencian aquellos aspectos pertenecientes a la narrativa no identitaria.

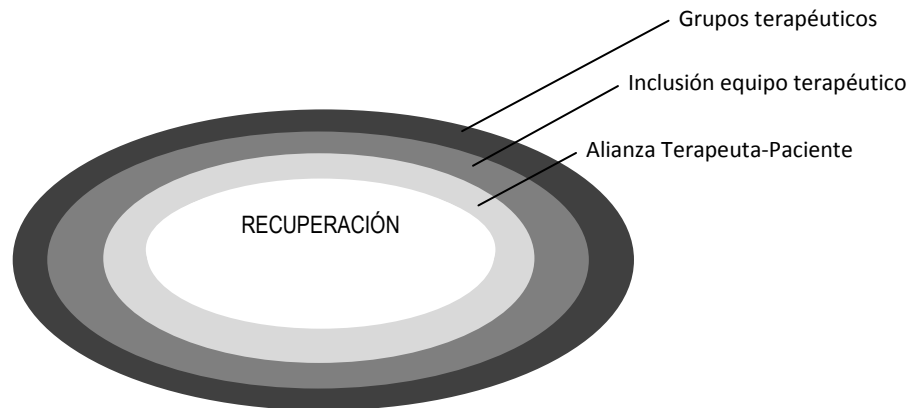


Figura 8. Elementos que intervienen en el proceso de reconfirmación

### 3.2.5. Estilo del terapeuta y acomodación

La relación terapéutica ha sido reflejo de la variación de paradigma y de sus diferentes propuestas a lo largo de su evolución. Dentro del modelo sistémico, que aquí se desarrolla, el terapeuta posee un rol activo y ocupa un lugar de liderazgo en la terapia. Linares (2001) define el marco de actuación del terapeuta como:

Una terapia relacional activa en la que ambas partes, terapeuta y familia acoplan sus respectivos ritmos sin renunciar a iniciativas, y en la que el rol directivo de terapeuta debe ganarse continuamente la validación de la familia (p, 15).

Dependiendo del momento y las necesidades del proceso, el terapeuta puede tomar una postura cercana, intermedia o lejana con algunos miembros o toda la familia, con el fin de establecer nuevas pautas de relación. Puede elogiar o agraviar, acercar o alejar a miembros de la familia, clarificar o confundir. Todo esto, con la guía constante de las hipótesis de trabajo sobre el funcionamiento de la familia, las que van siendo confirmadas o rechazadas durante el curso de las sesiones.

El desafío terapéutico de las primeras sesiones, como en todos los procesos de intervención en psicoterapia, es la acomodación. Dentro del modelo, se entiende como la capacidad del terapeuta de adquirir relevancia y de darse a percibir por la familia, lo que supone que esta lo acepte como



miembro de un nuevo sistema, del que ellos también forman parte. Para el logro de la acomodación, se considera de relevancia el empleo que el terapeuta hace en las primeras sesiones de la connotación positiva y del equipo terapéutico, a continuación se describen ambos elementos:

- a) Connotación positiva: Es el instrumento que el terapeuta emplea para transmitir a la familia sus recursos y aspectos más saludables. Debido al agotamiento de la familia y al alto nivel de criticismo e impotencia, sobre todo en las primeras sesiones, no siempre resulta fácil poner de manifiesto los recursos familiares, sin embargo es un aspecto fundamental para la acomodación. Es así mismo un medio por el cual cobra corporeidad el modelo sistémico que tiene como principio la valoración de lo funcional y el trabajo con los aspectos más saludables de patrimonio familiar.
- b) El empleo del equipo terapéutico: La presencia de un equipo terapéutico tras el espejo unidireccional es un recurso que permite ampliar la gama de opiniones y de comprensión que los profesionales tienen de la conflictiva familiar. A través del equipo terapéutico el terapeuta puede dar a conocer diferencias de opinión, matices, aspecto a considerar, etc. En ocasiones el terapeuta emplea al equipo terapéutico para dar voz a ideas que podrían resultar confrontantes para la familia, la utilidad en estos casos es que el terapeuta no compromete su alianza terapéutica, sino que pone aquella opinión más disidente en el equipo (con el cual puede no estar de acuerdo). Otros matices importantes son la heterogeneidad del equipo en términos de género, cultura, edad, y profesión (psiquiatras y psicólogos), variables que permiten al terapeuta el empleo de una amplia gama de posibilidades de opinión.

Se considera que la edad, el género y la cultura, son las variables del terapeuta que más influyen en este proceso:

- a) Edad: Al trabajar con familias sucede que el terapeuta generalmente coincide en ciclo vital con alguno de sus miembros. Un terapeuta joven establecerá más fácil relación con los miembros jóvenes de la familia, por lo que deberá ser especialmente cuidadoso en la acomodación con los padres, pues estos podrían percibirlo como un aliado de sus hijos. En el caso contrario, el terapeuta debe tener especial atención con no ser percibido por los hijos como aliado de los padres y que sus y intervenciones sean vividas como prolongación de los reclamos de estos.

- b) Género: Se considera con especial cuidado las alianzas de género, el terapeuta podría sentirse más próximo a los miembros de la familia del mismo género. Para contrarrestar esta situación en el setting se emplea la figura del equipo terapéutico, a partir de intervenciones como “las terapeutas que se encuentran detrás del espejo creen que”, de este modo se intenta transmitir una visión global y neutral de la comprensión de la dinámica familiar.
- c) Cultura: Es importante adecuar gestos y explicaciones al grado de psicologización de la familia y comprender que en algunas ocasiones la psicoterapia es un proceso difícil de integrar. Los conocimientos geográficos y antropológicos se consideran especialmente útiles en estos casos.

### 3.2.6. *Intervención terapéutica*

El modelo comprende tres espacios para la intervención. En términos de la práctica se dan bastante solapados, sin embargo otorgan directrices metodológicas y académicas:

- a) Espacio Cognitivo: se refiere al cambio en el sistema de creencia, ideas, opiniones, en las definiciones que se hace respecto a la historia familiar, los juicios y las creencias que se tiene respecto al paciente, las interpretaciones que la familia ha asumido como ciertas y que no favorecen al desarrollo armónico de todos sus miembros, etc.
- b) Espacio Emocional: se refiere al cambio en el tono emocional de la familia. Manifestación de elementos emocionales que favorezcan a la nutrición emocional, que disminuyan la emoción expresada, que apunten a la confirmación de todos los miembros del sistema familiar. Es normal que la problemática familiar haya bloqueado las vías de expresión emocional y por lo tanto la posibilidad de nutrición afectiva. Es habitual que miembros de las familias se encuentren desligados afectivamente debido a que dichos bloqueos han permanecido por largos periodos de la historia familiar.
- c) Espacio Pragmático: se refiere a los cambios en los modos de hacer, en los rituales, en las manifestaciones concretas de las creencias y de la emocionalidad.

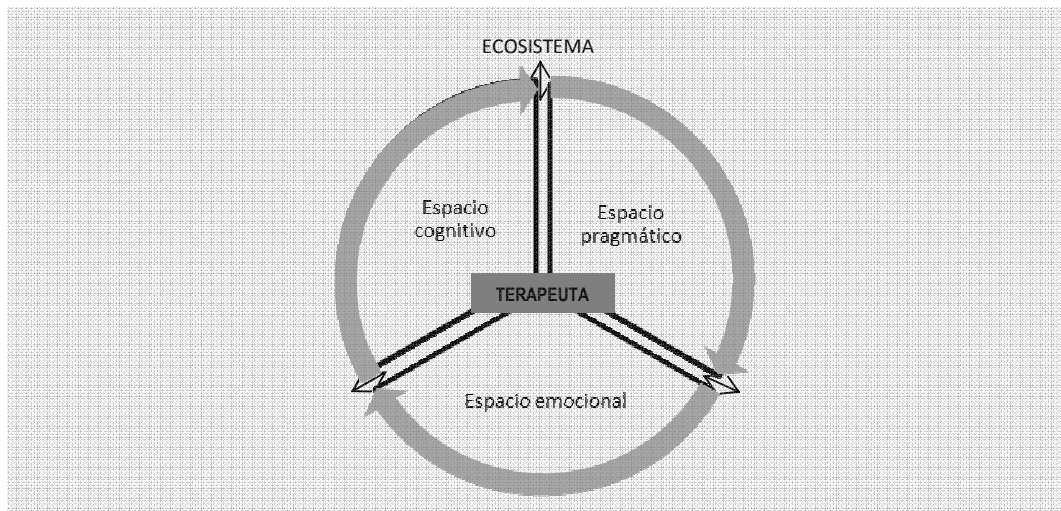


Figura 9. Espacios para la intervención terapéutica.

Cada uno de estos espacios son diferentes dominios desde los cuales el terapeuta puede realizar intervenciones. Se asume que cada uno de estos espacios están intercomunicados y ello permite que el cambio aunque surja inicialmente en cualquiera de ellos pueda ser generalizado a los restantes. El terapeuta puede orientar sus intervenciones hacia uno de estos espacios dependiendo de las características a de la familia o de las suyas propias.

El modelo pretende otorgar una intervención lo más profesionalizada posible, a partir de un contexto terapéutico idóneo y bien diseñado, sin dejar de ser una intervención personalizada, por lo que el terapeuta actúa con cada familia de modo particular. Las intervenciones son siempre según cada familia, las sesiones tienen una estructura semi estructurada.

#### 3.2.6.1. Intervenciones primarias

Al principio de la terapia, se considera como necesaria la comprensión por parte de la familia de dos aspectos imprescindibles para el desarrollo del proceso terapéutico. Las intervenciones a las que nos referimos se relacionan con el desafío, la redefinición del diagnóstico y la redefinición en la toma de la medicación.

El desafío se refiere al cuestionamiento que el terapeuta hace respecto de aquellos aspectos de la dinámica disfuncional de la familia, vinculados al síntoma y/o al motivo de consulta.

No está dirigido a ningún miembro particular del sistema, sino a la dinámica familiar, de la que todos son parte y de la que ninguno es exclusivamente responsable. La acción que puede ser calificada como equívoca de algún miembro de la familia, es comprendida en un complejo contexto de relaciones, historia familiar, elementos micro y macro sistémicos que complejizan la problemática disminuyendo las lecturas polarizadas que involucran a los miembros de la familia. En relación a esto, es habitual que cuando se ponen a la luz aspectos disfuncionales algunos miembros del sistema manifiesten sentir culpa, en estos casos son importantes las intervenciones que el terapeuta hace redefiniendo la culpa por la responsabilidad.

La redefinición del diagnóstico pretende modificar la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual diferente al de la familia.

- Se apela a la inclusión de elementos psicológicos y relacionales en la comprensión de la problemática del paciente.
- Se redefine la comprensión del diagnóstico como enfermedad médica, interviniendo desde la idea de que la esquizofrenia no es equiparable a la enfermedad médica y no presenta características homologables a nivel de etiopatogenia, semiología y curso.
- Se redefine la creencia de cronicidad, promoviendo la idea de que la esquizofrenia no es necesariamente una enfermedad crónica que conduce a un curso de deterioro en todos los pacientes (Andreasen, y cols. 2005; Linares, 2007). Ejemplos de intervenciones que tienen como objetivo redefinir aspectos del diagnóstico son:

“Nosotros aquí en relación a este punto concreto, no le llamamos enfermedad, le llamamos crisis, trastorno, porque enfermedad, es como si tuvieras algo dentro del cerebro que es distinto al de los demás, pero en este caso no es así”.

“Tu cerebro es igual a los de los demás, pero pasan cosas entre nosotros que nos hacen sentir de una forma o de otra, como un virus informático, el mundo se hace negro y todo está mal, pero eso pasa y tu vuelves a tener tu cerebro igual, pero eso no significa que tengas esto para toda la vida es importante que todos entiendan eso, además el 2004 tuviste la primera crisis, él puede salir de esto, si todos ponen la carne en el asador habrá resultados positivos, cuando mires hacia atrás vas a ver que hubieron momentos difícil, pero siempre se aprende, materia prima hay, porque hay amor, hay voluntad”.

Pese a que el modelo considera dentro de su dispositivo el manejo de la medicación, el tratamiento mixto y el manejo tradicional en el abordaje de la esquizofrenia, las intervenciones para redefinir el diagnóstico y la etiopatogenia son necesarias para que la familia matice su comprensión del problema, que generalmente es estrictamente médico, actitud que hace imposible un trabajo psicoterapéutico.

La redefinición de la toma de medicación pretendemodificar la percepción del paciente y de la familia con respecto al manejo farmacológico del trastorno. Generalmente el paciente se muestra reacio y escéptico a la toma de medicamentos, y por otro lado la familia se muestra inquieta por la actitud del paciente y su baja adherencia al tratamiento farmacológico. En este contexto el terapeuta introduce la toma de la medicación como una necesidad para facilitar el proceso terapéutico y la reintegración psicosocial, además de que contribuye a la y propia seguridad del paciente. El terapeuta plantea que el manejo farmacológico variará dependiendo del curso que es diferente en cada caso. Un ejemplo de este tipo de intervenciones lo muestra el siguiente párrafo extraído de una primera entrevista:

“Ni siquiera la medicación que tu estás tomando es para toda la vida, la medicación son unas muletas para que te sientas con más fuerzas, es necesario tomarla, porque te ayuda a sentirte más seguro y seguir caminando, pero dependiendo de como vaya el proceso, se acaba. Osea, yo lo que te quiero decir con esto, a todos y a ti también, esto no es una enfermedad para toda la vida, esto hay que verlo como algo que pasó, una crisis, un virus informático, algo que hace que uno se desprogramarme, pero se puede volver a ordenar. La vida no va a ser rosa, pero claro, así es la vida”.



Todas las visitas son realizadas en el setting correspondiente, es decir, salas habilitadas para el funcionamiento del modelo sistémico que disponen del equipamiento necesario: cámaras y material de grabación audiovisual; espejo unidireccional y equipo investigador. En la primera sesión se les recuerda a las familias los aspectos concernientes al setting y se les ofrece la posibilidad de conocer al equipo observador. Toda y cualquier estrategia/procedimiento de intervención psicoterapéutica está a cargo del equipo investigador.

### 3.3.2. *Objetivos terapéuticos*

En la figura 11 se presentan los objetivos globales que comparten los diferentes niveles de intervención del programa:

- (1) la construcción de una alianza terapéutica con todos los elementos de la familia, sobre todo con el paciente identificado, que es el eje central de toda la psicoterapia
- (2) La re-construcción, con la colaboración de todos, una nueva atmósfera/dinámica relacional que se viva como menos conflictiva, adversa y más funcional
- (3) Hacer que todos los elementos del sistema aprendan a manejarse mejor, dentro de las dificultades que puedan surgir, procurando instaurar bases de negociación y dialogo
- (4) Trabajar los sentimientos de culpa y angustia/desesperanza que existan, intentando sustituirlos por otros como la responsabilidad
- (5) ayudar a los padres a no dejarse tiranizar/paralizar por los síntomas de sus hijos así como por sus sentimientos de culpa, imponiendo límites y/o distancia cuando sea necesario
- (6) promover nuevas narrativas que posibiliten la emergencia de nuevos sistemas de creencias así como nuevas estructuras y/o dinámicas relacionales;
- (7) hacer del equipo terapéutico un filtro importante de cara a los elementos de desconfirmación provenientes de la dimensión parental y/o fratría
- (8) Procurar que el equipo terapéutico sea un elemento clave de reconfirmación hacia todo el sistema, pero especialmente, para con el paciente
- (9) ayudar al paciente a liberarse de la auto y hetero estigmatización, proponiendo nuevas estrategias y afianzándolas en el espacio grupal

Figura 11. Objetivos del programa de intervención.

De acuerdo a este modelo, la recuperación sólo es viable y de signo positivo cuando es posible trabajar en el espacio familiar y en el espacio individual, asumiendo que los cambios que se producen en la familia influyen en el paciente. (France, 1999; Seikula, Alakare y Aaltonen, 2001, Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003).

### 3.3.3. La entrevista

La entrevista es del tipo semi- estructurada y tiene como fin indagar respecto al problema y a las relaciones familiares. Posee una duración de 60 a 75 minutos y tiene un carácter quincenal. Los principales objetivos de la entrevista en la primera fase, denominada diagnóstica son:

- Recoger información de la situación actual y pasada al respecto a la enfermedad
- Enfatizar en las relaciones familiares del presente y pasado en la historia de la familia
- Progresar cuidadosamente de aspectos simples a aspectos más complicados de problemática relacional
- Explora las dimensiones de los conceptos teóricos del modelo de terapia de familia
- Explora las perspectivas del paciente, de los padres, de los hermanos y de la familia entera respecto al problema

La fase denominada diagnóstica está formada por las tres primeras sesiones del proceso, en ellas se indaga aspectos del trastorno y su desarrollo, la organización familiar, los vínculo entre la familia nuclear, la relación entre el subsistema de padres y el subsistema se fraterno y la relación con la familia extensa.

Tabla 5

*Encuadre del proceso diagnóstico*

	Asistentes:	Se indaga sobre:
Sesión 1	Núcleo conviviente	a) Síntomas actuales b) Evaluación del trastorno c) Circunstancias desencadenantes d) Historias de las recaídas
Sesión 2	Núcleo conviviente y hermanos emancipados	Relaciones en la familia nuclear: a) hermanos entre sí



Proceso diagnóstico

		b) pareja entre sí c) padres con hijos
Sesión 3	Núcleo conviviente	Familia extensa y redes sociales

Tras la tercera sesión, el proceso pasa a la fase de intervención. Este periodo no posee una duración determinada. En la mayoría de los casos que actualmente son atendidos los procesos tienen una duración superior a los tres años.

#### 3.3.4. Grupos Terapéuticos

El dispositivo está compuesto, además de las sesiones de terapia familiar por un espacio grupal orientado a los pacientes, un espacio orientado al trabajo con los padres y un espacio en donde se abordan temas relacionados con el manejo farmacológico. A continuación se resumen las características del abordaje que se realiza en cada uno de los grupos.

Grupo psicosis y medicación: Tiene una frecuencia bimensual y en el participan familiares y pacientes. El fundamento básico de este espacio es que los pacientes puedan poner en común sus experiencias respecto al consumo de la medicación y las vivencias que esto significa; dudas, miedos, conflictos, efectos secundarios, etc. La puesta en común de estos elementos permite además del ajuste personal de la medicación, asistir al proceso de progreso-retroceso y/o estancamiento de los otros iguales. El espacio es en definitiva un lugar en donde los pacientes comparten aspectos íntimos de su funcionamiento biológico, plantean sus dificultades individuales con la toma de medicación y se intentan dar explicaciones plausibles a lo que les sucede.

La filosofía de base, compartida por profesionales y por pacientes, es que la medicación es un elemento esencial mientras la vida no cambia. Una frase que se suele emplear el equipo para transmitir esta idea es: "la medicación son como unas muletas que ayudan a que sea más fácil el camino hacia la recuperación".

Las primeras sesiones combinan información y debate en relación con: (a) efectos de los fármacos antipsicóticos y de los psicofármacos en general; (b) autoadministración correcta de la medicación; (c) identificación de los efectos secundarios y actitud a seguir frente a los mismos; (d)

problemas asociados a la medicación; (e) normas generales de salud (actividad física, dieta, relaciones sociales); (f) idiosincrasia individual en la respuesta; (g) y desmitificación de los antipsicóticos y los psicofármacos en general.

Los desafíos del espacio terapéutico, se relacionan principalmente con el deseo que los pacientes explicitan de abandono de la medicación, el mantenimiento de los síntomas negativos y en algunos casos la reactivación de la sintomatología positiva pese al consumo controlado. En estos temas, las experiencias y el acompañamiento del resto de los participantes, favorece la continuidad en la adherencia al tratamiento.

La valoración que los pacientes hacen del espacio, está relacionada principalmente con la oportunidad para poder comunicar la experiencia subjetiva vinculada al consumo de medicación y las situaciones derivadas, como: la disminución del interés sexual, la baja del rendimiento y las dificultades de concentración. Se ha visto que los pacientes valoran en menor medida elementos informativos, como la información relacionada con los efectos secundarios y la eficacia de los fármacos.

Además del espacio grupal, los pacientes tienen la posibilidad de solicitar un seguimiento farmacológico individualizado paralelo al resto del programa. En tales ocasiones, se evalúa el papel de los psiquiatras externos que están llevando el caso y la visión de la familia. Para el manejo de la medicación se considera siempre la evolución de los pacientes en los otros espacios del dispositivo.

Grupo de pacientes: Posee una frecuencia semanal y en él participan todos los pacientes interesados en asistir tras haber sido invitados desde el espacio de terapia familiar. La base del grupo es crear un espacio de índole micro-social, en donde los participantes puedan compartir con iguales con el fin de retomar un espacio relacional fuera del ámbito familiar. De este modo, intentado reproducir dinámicas sociales, los participantes comparten cualquier asunto que les preocupe y/o inspire satisfacción y curiosidad en el presente. Temas que van desde lo cultural a lo político, del arte a la religión o, sus rutinas cotidianas, más allá de temas necesariamente vinculados al trastorno. El grupo y la fuerza que posee desde el punto de vista del acompañamiento, también sirve para promover y motivar proyectos personales, lo que permite establecer para cada participante una red de apoyo social que les proporciona un nuevo sistema de creencia sobre sí mismo en el espacio social, elemento que favorece a la construcción de una nueva narrativa personal, al desarrollo de la esperanza y a disminuir los sentimientos de soledad.

## Resumen

Los aspectos centrales que considera el modelo de intervención se presentan en la siguiente tabla.

Visión de la familia: Sistema con recursos, una red de relaciones primarias que influye significativamente en el funcionamiento sano o disfuncional de sus miembros.

Comprensión del problema: compleja y multicausal. En lo que a la terapia familiar respecta: se cree que la alteración en el sistema de relaciones ha influido en el ejercicio de las funciones parentales primarias.

Temporalidad: presente-pasado: El terapeuta se sitúa en el presente, en la dinámica actual de la familia y emplea el pasado para dar sentido a la historia de relaciones, a las dinámicas que coexisten y para comprender la posición de sus miembros.

Objetivo terapéutico: promover nuevas narrativas, climas emocionales y prácticas que posibiliten la emergencia de nuevos modos de relación entre los miembros.

Teoría de la recuperación: proceso de destriangulación de la organización familiar y de reconfirmación del paciente.

Rol del terapeuta: Terapeuta y familia son parte del sistema terapéutico. El terapeuta toma un rol directivo, autorizado por la familia a partir de la consolidación de la acomodación.

## 4. Objetivos

### 4.1. Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo ha sido analizar desde el modelo sistémico de terapia familiar desarrollado por Linares (1996-2007) elementos relacionales familiares presentes en el discurso de las familias con un hijo/a con diagnóstico de esquizofrenia e indagar la evolución en dichos elementos en un periodo de seguimiento de dos años utilizando un diseño mixto cualitativo-cuantitativo.

Tal y como se pone de manifiesto en apartados anteriores, los elementos familiares vinculados con la esquizofrenia han sido estudiado desde modelos de vulnerabilidad estrés y desde aproximaciones psicoeducativas. En este sentido en este trabajo se ha optado por analizar a partir del discurso de las familias en entrevistas clínicas de terapia familiar, los elementos relacionales emergentes que aportan la comprensión de la dinámica familiar.

La intención es describir, reflexionar y valorar los contenidos que surgen desde el relato de las familias justo en el momento del inicio del proceso terapéutico, con el fin de recoger información que ayude a comprender la dinámica familiar, comparando con dos grupos de familias; un grupo sin sintomatología psicótica y otro grupo con TCS.

Se cree que en términos concretos se pueden obtener pautas para la sistematización de los elementos centrales del modelo de intervención en esquizofrenia y aportar al conocimiento de la evolución del proceso terapéutico de las familias que participan del programa.

### 4.2. Objetivo específico:

a) Comparar los relatos de las familias consultantes por esquizofrenia, por esquizofrenia asociada a consumo de sustancias (TCS) y familias consultantes con trastorno adaptativo (sin sintomatología

esquizofrénica), para analizar las diferencias, similitudes y la particularidad de los elementos relacionales familiares en cada grupo.

b) Elaborar definiciones conceptuales de los elementos relacionales a partir de los relatos de las familias que sirvan para la comprensión sistémica relacional del trastorno.

c) Describir el comportamiento de estos elementos familiares en un periodo de 2 años de seguimiento comparando las frecuencias en cada etapa del diseño.

## 5. Método

### 5.1. Diseño

El diseño escogido para la elaboración de este estudio fue observacional descriptivo con metodología mixta cualitativa-cuantitativa. La calidad del dato utilizado; entrevistas semi-estructuradas y su sistematización; análisis de contenido, pertenecen al ámbito de la metodología cualitativa. El manejo de los resultados numéricos de las frecuencias de la codificación se ha realizado con análisis cuantitativo.

De acorde a los objetivos planteados para este trabajo, se ha escogido metodología cualitativa, con el fin de poder explorar a partir de relatos emergentes la complejidad de las dinámicas relacionales, y reducir a partir de conceptos aquella complejidad que se da en el espacio familiar (Krause, 1995). Para el análisis cualitativo se ha escogido un subtipo llamado Análisis de contenido temático, que es una técnica empleada para la descripción sistemática y cuantitativa<sup>7</sup> del contenido manifiesto en la comunicación (Berelson, 1952) y que tiene como fin obtener indicadores (cuantitativos o no) que permitan comprender la comunicación y el contexto en el que emerge (Bardin, 1996).

El análisis de contenido temático considera la presencia de términos o conceptos a partir de sus frecuencias en el relato. Se asume que la importancia de una unidad de registro crece con su frecuencia de aparición (Andréu, 2000). Se ha escogido este tipo de análisis debido a que es propio de los estudios en que se emplea grandes cantidades de datos cualitativos (textos, grabaciones, imágenes, etc) en estos casos la operacionalización de variables y la posibilidad de transformar las frecuencias en resultados cuantitativos, facilita la interpretación y valoración de los resultados.

Para cumplir criterios de fiabilidad y para facilitar la operacionalización de las entrevistas, durante la fase de análisis de los datos se ha empleado *Software de análisis de texto QRS NVivo (versión 8.0.340.0 SP4, Qualitative Soluciones & Research Pty, Ltd.)*. Un desafío de este trabajo ha sido la

---

<sup>7</sup>La cuantificación dentro del contexto de metodología cualitativa, pide que se pueda cifrar numéricamente la información, proceso denominado codificación, para obtener el recuento de las unidades e indicadores de los fenómenos que se está interesado en mostrar.

operacionalización y cuantificación de las observaciones con el fin de poder emplear un diseño mixto. El número de familias y la cantidad de entrevistas utilizadas, han generado gran cantidad de datos, lo que ha permitido el empleo de análisis estadístico para el manejo de los resultados. El empleo de metodología cuantitativa se ha considerado en la fase de análisis de los datos, el resultado de frecuencias de codificación de la fase inicial ha sido tratado con pruebas de diferencias de grupo. Luego en la etapa de seguimiento se han comparado las medias en las diferentes etapas del proceso.

Un objetivo de este trabajo ha sido conocer la evolución de los elementos familiares que se indagaron en la etapa inicial o fase diagnóstica durante un periodo de dos años posterior a la primera sesión de terapia familiar. Para esto se ha realizado un seguimiento de las familias del grupo de estudio que contempló el análisis de las sesiones correspondientes a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses del proceso terapéutico.

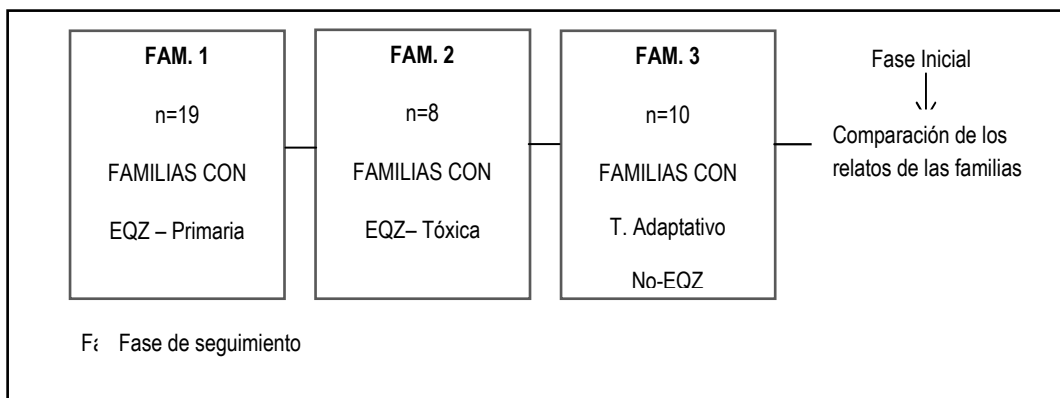


Figura 11. Esquema del diseño del estudio.

## 5.2. Participantes

La muestra estuvo formada por tres grupos de familias; un grupo formado por 19 familias de pacientes ambulatorios, con diagnóstico Eje 1 de esquizofrenia DSM-IV (FAM. 1), un grupo formado por 8 familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia asociado consumo de sustancias (FAM. 2) y un grupo de 10 familias de pacientes que consultaron a la unidad por otros motivos de consulta y en las que ninguno de sus miembros cumpla criterios para esquizofrenia (FAM.3).

Todas las familias fueron derivadas a la unidad de Terapia familiar del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

A continuación se describen los criterios de inclusión y exclusión considerados para los tres grupos:<sup>8</sup>

Grupo de estudio, familias de pacientes con diagnóstico de trastorno de esquizofrenia (FAM.1):

- a) Diagnóstico Eje 1 DSM-IV para esquizofrenia (F20 Esquizofrenia-CIE10)
- b) Que el paciente se encontrara en remisión parcial de la sintomatología psicótica (positiva) a partir de impresión clínica de equipo.

Grupo de familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia asociado consumo de sustancias (FAM.2):

- a) Para primer episodio; diagnóstico DSM-IV de Trastorno psicótico inducido por sustancia (F1x.5 Trastorno psicótico CIE10)
- b) En remisión parcial de la sintomatología psicótica (positiva) a partir de impresión clínica de equipo

Grupo de familias de pacientes consultantes sin sintomatología psicótica (FAM.3):

- a) Que ninguno de sus miembros cumpliera criterios sintomatológicos asociados a algún diagnóstico de esquizofrenia u otros síntomas psicóticos.
- e) Que no haya habido ningún diagnóstico previo de ninguna patología diagnóstica según criterios DSM-IV o el CIE-10, en ninguno de los miembros del sistema familiar.

Para los tres grupos se considero como criterio de inclusión:

- a) Que el paciente identificado sea hijo/a de la familia consultante
- b) Que la familia no haya participado con anterioridad en otra experiencia de psicoterapia familiar, cualquiera sea la orientación.
- c) Que esté disponible el material audiovisual de las grabaciones de las tres primeras sesiones clínicas

*Se consideran como criterios de exclusión para los tres grupos:*

- a) Presencia de un trastorno psiquiátrico grave o enfermedad grave en alguno de los miembros que impida la participación de la familia en las sesiones

---

<sup>8</sup> Los criterios diagnósticos DSM-IV eje 1 y CIE -10 encuentran en el Anexo 1



- b) Que la familia haya participado con anterioridad en otra experiencia de psicoterapia familiar, cualquiera sea la orientación.

*Descripción de la muestra:*

La muestra estuvo compuesta por 37 familias, (FAM 1. n=19, FAM 2. n=8, FAM 3. n=10). Las familias del grupo de estudio (FAM 1.) y las familias del grupo con EQZ. Tóxica (FAM 2.) corresponden a todas las familias derivadas a la unidad de Terapia familiar y que cumplían los criterios de inclusión durante los años 2007 y 2009. Durante el proceso de reclutamiento tres familias fueron excluidas, debido a que el material audiovisual de la entrevistas no estaba disponible. Durante la primera parte del estudio, la de comparación entre los grupos, no hubo pérdidas muestrales sin embargo cuatro familias del grupo de estudio abandonaron el proceso terapéutico durante el periodo de seguimiento. Dos de ellas abandonaron la terapia a los seis meses y otras dos al año. De las familias que abandonaron a los seis meses una lo hizo porque la paciente no quería asistir a terapia familiar, en este caso el equipo sugirió a la familia otro centro de derivación. En el otro caso, el paciente tuvo un ingreso de larga estancia y la familia prefirió postergar la terapia para otro momento. De los casos que abandonaron al año una familia refirió mejoría y expresaron no necesitar psicoterapia familiar, la otra familia tuvo cambio de domicilio. Finalmente la muestra para el periodo de seguimiento del grupo de estudio quedó conformada por quince familias.

Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes identificados, todos los pacientes que participaron en el estudio, (FAM 1., FAM 2., FAM 3) eran solteros. La edad de los pacientes estuvo entre los 18 y 35 años, con una media de 26,4 (tabla 6) y una desviación típica de 5,19.

Tabla 6

*Edad de los pacientes inidentificados en las familias*

EDAD	N	Media	Desviación típica
EQZ- Primaria	19	27	4,4
EQZ- Tóxico	8	21,2	2,2
No- EQZ.	10	23,8	2,3
Total	37	26,4	5,1

Respecto al género, tal y como se puede apreciar en la tabla 7 la mayoría de los pacientes identificados fueron hombres (n=24, 64,8%), la mayor diferencia de género, se dio en el grupo de EQZ-Primaria, donde 13 eran varones (68,4%) y 6 eran mujeres (31,5%).

Con respecto a la actividad de los participantes se aprecian diferencias por grupos. Ninguno de los pacientes del grupo con EQZ.-Primaria posee actualmente una actividad formal; de estudio o trabajo, en contraste con el 62,5% de pacientes con EQZ.-Tóxica y el 80% de pacientes No-EQZ. quienes reportaron estar realizando algún tipo de actividad formal en el inicio del proceso.

Tabla 7

*Características sociodemográficas de los pacientes*

	Totales n=37	FAM. 1 n=19 EQZ- Primaria	FAM. 2 n=8 EQZ-Tóxica	FAM. 3 n=10 No- EQZ
<b>Género</b>				
Hombre	24 (64,8%)	13 (68,4%)	5 (62,5%)	6 (60,0%)
Mujer	13 (35,1%)	6 (31,5%)	3 (37,5%)	4 (40,0%)
<b>Ocupación</b>				
Activo/estudiante	13 (35, 1%)	0 (,0%)	5 (62,5%)	8 (80,0%)
Desempleado	24 (64,9%)	19 (100,0%)	3 (37,5%)	2 (20,0%)
<b>Pasado laboral</b>				
Si	15 (40,5%)	9 (47,4%)	6 (75,0%)	10 (100,0%)
No	22 (59,4%)	10 (52,6%)	2 (25,0%)	0 (,0%)

En relación al pasado laboral, se aprecia nuevamente que los pacientes del grupo de estudio tienen menos experiencia de pasado laboral. En el caso de los pacientes del grupo de EQZ-Tóxica y el grupo No-EQZ la mayoría ha tenido en el pasado algún tipo de actividad laboral.

Acerca de las características familiares de la muestra, se aprecian diferencias en el estado civil de los padres. En el 63,2% de las familias del grupo con EQZ. Primaria y en el 80% de las familias del grupo No-EQZ. los padres se encontraban casados. Por otro lado en el 75% de los casos del grupo de familias con EQZ. Tóxica los padres estaban separados. Finalmente, en relación a la constitución de la familia, en el 83,8% del total de la muestra había presencia de hermanos en la fratria (ver tabla 8).

Tabla 8

*Características Familiares*

	Totales n=37	FAM. 1 EQZ- Primaria n=19	FAM. 2 EQZ-Tóxica n=8	FAM. 3 No- EQZ n=10
Estado civil padres				
Casado	22 (59,4%)	12 (63,2%)	2 (25,0%)	8 (80,0%)
Separado	15 (40,5%)	7 (36,8%)	6 (75,0%)	2 (20,0%)
Presencia de hermano/a				
Si	31 (83,8%)	16 (84,2%)	5 (62,5%)	10 (100,0%)
No	6 (16,2%)	3 (15,7%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)

En cuanto a las características diagnósticas de la muestra, como ya se ha señalado en los criterios de inclusión se ha considerado para el grupo de EQZ-Primaria diagnóstico de esquizofrenia DSM-IV, y en donde el primer episodio no haya estado asociado a consumo de sustancias. Para el diagnóstico clínico fue considerado el diagnóstico con el que los pacientes fueron derivados a la unidad, tras su corroboración por el equipo terapéutico. Respecto a la especificación diagnóstica del grupo con EQZ. Primaria se detectaron tres tipologías: del tipo paranoide, que comprende la mayor frecuencia (n=12), del tipo indiferenciada (n=3) y del tipo desorganizada (n=4)<sup>9</sup>. Cabe señalar que todos los pacientes tanto del grupo de EQZ.Primaria como de EQZ.-Tóxica, han sido derivados a la unidad tras el haber pasado por diferentes servicios de la red de atención en salud mental.

Con el fin de valorar las diferencias en los elementos familiares-relacionales, se ha dividido los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, entre aquellos en que el diagnóstico estaba asociado a consumo de sustancia (FAM 2., EQZ. Tóxica) y aquellos pacientes en donde como criterio de inclusión se contemplaba que el diagnóstico no estuviera asociado a consumo de sustancia (FAM 1., EQZ. Primaria). Respecto al patrón de consumo de sustancias del grupo de EQZ-Tóxica se observa un patrón de consumo de cannabis en el 75% (n=6) de los pacientes, al menos en el último año, así como de consumo actual. Por otro lado, se aprecia presencia de hábito enólico en el 50% (n=4) en el momento de la evaluación. El consumo de drogas de síntesis y otras sustancias alucinógenas se sitúan en antecedentes más que en el hábito actual.

<sup>9</sup> Se emplea criterios Eje 1 de DSM-IV, Según criterios CIE 10; El tipo Paranoide e Indiferenciada, coinciden en la conceptualización, mientras que el tipo denominado Desorganizada en la clasificación DSM-IV, se considera Hebefrénica en la conceptualización del CIE-10.

En el grupo de EQZ-Primaria, existe consumo de tabaco en el 84,2% (n=16) y el 31,57% (n=6) expresa haber consumido cannabis de modo esporádico después del primer episodio. Sin embargo ninguno manifiesta haber consumido algún tipo de sustancia, además del tabaco en el último año.

En relación a las características clínicas de los grupos, como se aprecia en la tabla 9 la edad media para el primer episodio en el grupo de EQZ-Primaria fue de 22,52 años (D.T=1,9) y de 20,12 años (D.T=2,36) en el grupo de EQZ-Tóxica.

En relación con los ingresos hospitalarios previos al inicio de la intervención, se aprecia que fueron mayores en el grupo de EQZ-Primaria, en donde se registraron un promedio de 4,15 en tanto en el grupo de EQZ-Tóxica el promedio fue de 2,12.

Tabla 9

*Características clínicas de los grupos.*

<i>Características clínicas</i>	FAM. 1 EQZ- Primaria n=19	FAM. 2 EQZ-Tóxica n=8
<i>Edad media del primer episodio</i>		
Media	22,52	20,12
D.T	1,9	2,36
<i>Promedio de ingresos</i>		
Media	4,15	2,12
D.T	0,81	0,59
<i>Comorbilidad psiquiátrica</i>		
Si	6 (31,57%)	2 (25%)
No	13(68,42%)	6 (75%)
<i>Antecedentes familiares</i>		
No	7(36,85%)	3 (37,5 %)
Si	12 (63,15%)	5 (62,5%)
Primer grado	7	3
Segundo grado	5	2

Se registraron también los antecedentes psiquiátricos personales. El 31,57% (n=6) de los pacientes del grupo con EQZ-Primaria y el 25% (n=2) del grupo con EQZ-Tóxica presentaron antecedentes de patología psiquiátrica previa al primer episodio.

Finalmente el 63,15% de los pacientes del grupo de EQZ-Primaria y el 62,5% de los pacientes del grupo de EQZ-Tóxico presentaron antecedentes familiares de primer o segundo grado de alguna patología psiquiátrica.

*Características de las familias de los tres grupos*

El 97,29% (n=36) de las familias del total de la muestra fueron familias nativas (Españolas). El 70,2% (n=52) de las figuras paternas había nacido en Cataluña, el 28,37% (n= 21) había nacido en otro lugar de España y el 1,3% (n=1) que corresponde a un padre de una familia del grupo de EQZ-Primaria, era procedente de Centroamérica. Todas las familias vivían en zonas urbanas de Cataluña, el 81,08% (n=30) residía en la ciudad de Barcelona.

Respecto a la edad de las figuras paternas la media en la muestra total fue de 58,1 (D.T= 5,54) en el caso de los padres y de 57,18 (D.T= 5,15) en el caso de las madres. Los padres y las madres del grupo con EQZ-Primaria eran los que tenían una media de edad más alta, tal como se aprecia en la tabla 10.

Tabla 10

*Edad de las figuras paternas*

Grupo	N	Madres	D.T	Padres	D.T	Total
EQZ. Primaria	38	59,21	5,69	60,36	5,8	59,78
EQZ. Tóxica	16	56,5	3,64	57,37	4,38	56,93
No-EQZ.	20	53,9	2,62	54,4	3,23	54,15
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>57,18</b>	<b>5,15</b>	<b>58,1</b>	<b>5,54</b>	<b>58,1</b>

*5.2.1. Tipo de muestreo:*

El muestro fue no probabilístico intencional. Respecto al número de casos; para el grupo de estudio (FAM. 1, n=19) y para el grupo de esquizofrenia asociada a consumo de sustancias (FAM.2, n=8) se incluyeron la totalidad de las familias que cumplían los criterios de inclusión, en el periodo 2007 a 2009. En el caso del grupo control (FAM.3, n=10) se tomó un número similar a FAM.2.

Desde el punto de vista cualitativo, para el perfil seleccionado (Denzin, 2005), la selección de la muestra es a propósito, con un mínimo de 8 familias. Sin embargo, y dado que se dispone de una muestra mayor, se incluirán y analizarán los datos expuestos hasta llegar a la saturación de la información.

Para un análisis cuantitativo, la muestra (FAM. 1, n=19, FAM. 2, n=8, FAM. 3, n=10) parece suficiente para detectar diferencias entre las grupos, asumiendo un valor alfa del 5% y una potencia mínima del 80% ( $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.20$ ).

### 5.3. Metodología de entrevistas

Para la fase inicial, de comparación de los grupos, se empleó el registro audiovisual (DVD) y la transcripción de las ciento once entrevistas clínicas semiestructuradas correspondientes a las tres primeras sesiones del proceso terapéutico de las 37 familias participantes. En estas se indagan aspectos definidos en el protocolo de diagnóstico para las tres primeras sesiones, consensuado en la Unidad de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Anexo 3). Las tres primeras entrevistas del proceso terapéutico son consideradas por la unidad como parte del proceso de diagnóstico relacional de la familiar.

En la 1ª sesión de terapia familiar se solicita la asistencia de todos los miembros de la familia que conviven en el mismo domicilio. Bajo esta consigna y por las características de los pacientes los asistentes habituales en esta fase son la pareja de padres y los miembros de la fratria que aún no se encuentran emancipados. La primera entrevista indaga aspectos vinculados a los síntomas actuales del trastorno y su historia de evolución; circunstancias desencadenantes, historia de las recaídas y soluciones intentadas. El terapeuta indaga de manera detallada en relación al problema y la visión que cada uno de los miembros de la familia tienen al respecto. De manera espontánea surgen diferencias de opinión en la descripción de la situación y las posibles vías de solución. En la primera sesión también se indaga respecto a aspectos personales de cada uno de los miembros (edad, ocupación, salud, aficiones, red social, etc) y se explica de manera detallada el encuadre del modelo y aspectos específicos de la terapia familiar.

En la 2ª sesión se solicita la asistencia del núcleo conviviente además de otros miembros significativos del sistema familiar. A esta sesión habitualmente asisten miembros de la familia extensa y miembros de la fratria que se encuentran emancipados. La segunda entrevista indaga aspectos vinculados con las relaciones dentro de la familia nuclear entre los diferentes sub sistemas; hermanos entre si, pareja conyugal entre si y sistema parental con sistema fraterno. Se indaga respecto las características de las relaciones en el momento actual y en la historia de la familia. Las preguntas ponen de manifiesto las diferentes estructuras del sistema familiar, evidenciándose alianzas, triangulaciones, coaliciones, etc.

En la 3ª sesión se convoca nuevamente al núcleo conviviente. En esta sesión se indagan aspectos relacionados con los vínculos de la familia nuclear con la familia extensa y con las redes de apoyo. Además, a partir de la información recogida en las sesiones anteriores se devuelve un resumen de los principales aspectos de las relaciones familiares y de la influencia de estas en la problemática

del paciente. A partir de esta devolución se hacen intervenciones referidas a: las estructuras familiares que dificultan la dinámica relacional, el clima emocional decomfirmante y los beneficios secundarios que el paciente desarrolla a partir del rol del miembro sintomático.

Las entrevistas son realizadas por un equipo estable de terapeuta y co-terapeuta. Se realiza la vídeo grabación de las mismas y la posterior discusión de los temas que se indagan en el estudio con un equipo de supervisión estable. El equipo de supervisión presencia las entrevistas de evaluación en directo gracias a que se dispone de una sala equipada con espejo unidireccional y sistema de audio (cámara Gesell)<sup>10</sup>. La duración de una sesión es de una hora y su frecuencia es quincenal.

Para el proceso de seguimiento de las familias se contemplan los dos años posteriores a la primera sesión. Se han considerado las sesiones realizadas a los 6, 12, 18 y 24 meses después de la primera visita.

#### 5.4. Procedimiento

El proceso de investigación presenta fases diferenciadas entre si:

1. La primera fase estuvo dedicada a la recolección del material audiovisual de las familias para la fase de comparación de los grupos. Así mismo, a partir de análisis exploratorios de entrevistas y reuniones con el equipo de investigación, se elaboraron categorías operacionales que facilitarían el análisis de las entrevistas.
2. La segunda fase estuvo dedicada al análisis de la información transcrita y vídeo grabada. Así como a la discusión de los resultados y la incorporación de análisis cuantitativo a partir de los resultados cualitativos.
3. La tercera fase consistió en la recolección del material audiovisual de las entrevistas correspondientes a la fase de seguimiento de las familias del grupo de estudio.
4. La cuarta fase estuvo dedicada al análisis de la información transcrita y vídeo grabada para la fase de seguimiento y a la discusión de los resultados en comparación con las diferentes fases del proceso.

---

La Cámara de Gesell, es un espacio acondicionado que permite la observación con personas. Está conformada por dos ambientes separados, por un vidrio de visión unilateral, los cuales cuentan con equipos de audio y de vídeo para la grabación de los diferentes experimentos.

Respecto al grupo de estudio y al grupo de EQZ-Tóxica, los casos fueron seguidos por la investigadora tras espejo unidireccional. Las sesiones fueron video grabadas en el contexto del espacio de supervisión del programa de psicosis o también denominado grupo de observación. Se incluyeron todos los pacientes que asistieron a terapia familiar durante los años 2007 a 2009 y que cumplían con los criterios de inclusión. Los pacientes en el momento que llenan la ficha de solicitud, aceptan la grabación de las sesiones y su empleo para investigación (Anexo 2). Así mismo la investigadora se compromete a su uso exclusivo para fines de investigación y su manejo dentro del recinto hospitalario (Anexo 4). Las entrevistas fueron analizadas por la investigadora principal, con el apoyo del equipo de supervisión<sup>11</sup>, también se solicitó, en la fase de codificación, la participación de otros terapeutas de la escuela de terapia familiar del Hospital de Sant Pau.

Las familias del grupo No-Eqz, fueron familias atendidas en la unidad de terapia familiar, pero fuera del programa de psicosis. En estos casos las entrevistas no fueron observadas por la investigadora tras sala espejo, su seguimiento se realizó a partir de las viideo grabaciones.

## 5.5. Análisis de los datos

### 5.5.1. *Análisis Cualitativo*

Para el análisis cualitativo de los datos el procedimiento incluyó cuatro fases:

- a) Recolección del material: Recolección del material audiovisual, transcripción de entrevistas y análisis de información escrita en la hoja de solicitud.
- b) Creación de categorías operacionales: Se realizaron tres estudios exploratorios en donde a partir de análisis cualitativo se analizó las entrevistas para definir los elementos que se indagarían (Krippendorf, 1990; Bardin, 1996; Denzin, 2000; Íñiguez, 2003). Luego se elaboró una lista de definiciones operacionales de los elementos relacionales consensuados como variables del estudio (Anexo 5). Para el consenso de las definiciones se realizaron reuniones clínicas con el grupo de investigación en psicosis de la unidad de Terapia Familiar.
- c) Codificación y análisis: La investigadora, con el apoyo de colaboradores (miembros del grupo de investigación en psicosis de la Unidad de Terapia Familiar y terapeutas de terapia

---

<sup>11</sup> Grupo de observación o equipo de supervisión del programa de psicosis.



familiar de la Escuela de terapia familiar) codifican las sesiones a partir de la lista de definiciones operacionales. Para la codificación se emplea *Software para análisis cualitativo QRS NVivo (versión 8.0.340.0 SP4, Qualitative Soluciones & Research Pty, Ltd.)*.

- d) **Fiabilidad:** Como criterio de validez se considera la saturación de los resultados<sup>12</sup> (Denzin, 2005) y el acuerdo de codificadores, ambos índices son definidos por el programa de análisis de los datos *QRS NVivo 8*. Como valor de acuerdo en la codificación se considera un valor  $> 0,75\%$ , que indica alta concordancia (Cohen, 1960; Gibbs, 2002; Robson, 2002; Strijbos, Martens, Prins, y Jochems, 2006; Gwet, 2008).

En la figura muestra un resumen del procedimiento de análisis cualitativo. Evidentemente las fases se superponen, la etapa de transcripción del dato y codificación sucede en diferentes momentos, de acuerdo al avance del trabajo de transcripción, la disponibilidad de co-codificadores y la asistencia de las familias a las sesiones.

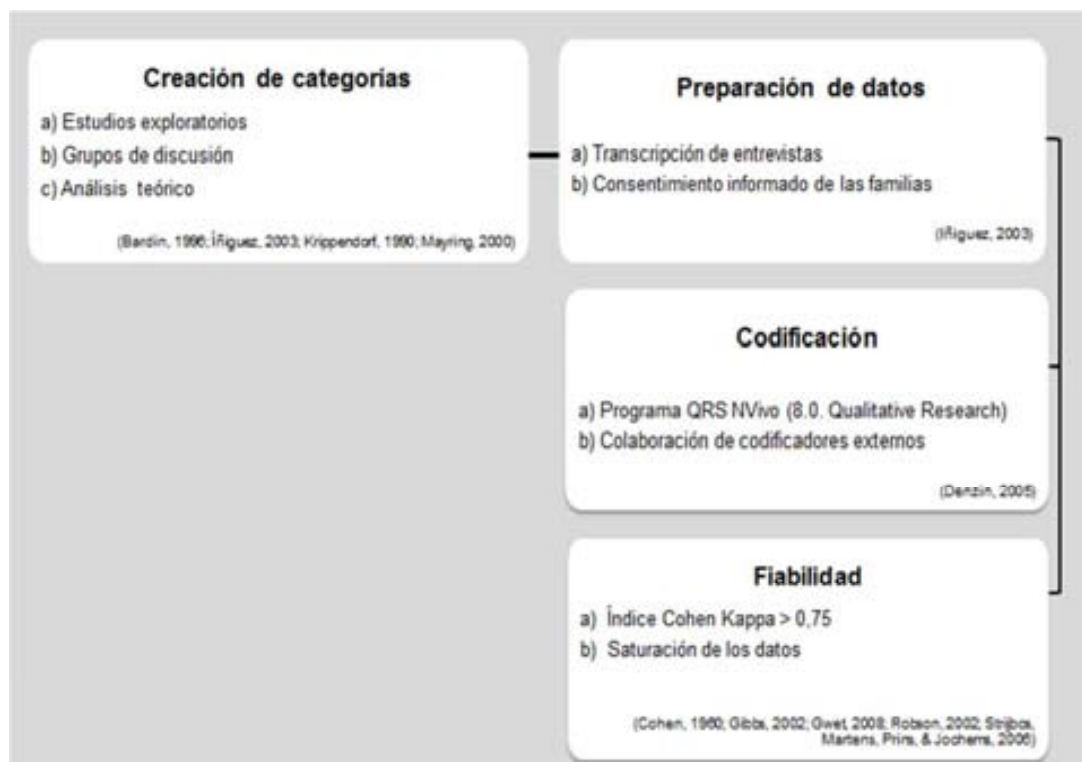


Figura 12. Resumen del procedimiento en la fase de análisis cualitativo.

<sup>12</sup>Criterio de validación empleado en metodología cualitativa referido a que los resultados que surgen del análisis se repiten lo que se asume que no hay elementos nuevos con respecto a ese tema en esos datos (Berteaux, 1993).

### 5.5.2. Análisis Cuantitativo

Inicialmente se procedió a la descripción de la base, así para las variables categóricas facilitamos el porcentaje, con el número de casos y para las variables cuantitativas, se facilita el valor promedio con su desviación típica. El estudio de la posible relación de las variables dependientes frente al grupo (variable independiente más importante del estudio) se realizó con tablas de contingencia, calculando el porcentaje en cada una de las familias y aplicando un test de chi-cuadrado y la significación mediante razón de verosimilitud. Las repuestas repetidas en una misma familia, se estudiaron mediante el test de Kruskal-Wallis (el equivalente del análisis de la varianza de grupos independientes, para variables ordinales) para aumentar la información disponible<sup>13</sup>.

A partir de las categorías descritas desde el análisis cualitativo se agrupó aquellas que poseían contenidos incluyentes. Dicha agrupación de categorías fue considerada como dominios. Se analizó las diferencias de las familias para cada dominio con una prueba ANOVA de un factor. Para evaluar las diferencias que existían entre los grupos, se aplicó la prueba de subconjuntos homogéneos de Scheffé.

Para el análisis de los datos del seguimiento, se empleó prueba ANOVA de medias repetidas y criterio de esfericidad de Greenhouse-Geiser.

Todo el análisis cuantitativo se lleva a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS (V19.0). El nivel de significación empleado fue el usual del 5%, aproximación bilateral.

---

<sup>13</sup> Esta parte del análisis nos permitió indagar los datos y escoger que resultados serían los que analizaríamos para fines de este trabajo. Sin embargo estos resultados no son incluidos en este estudio, pues se prefirió trabajar sobre las variables que poseían contenidos incluyentes.

## 6. Resultados

Una vez explicado el método el siguiente paso es describir los resultados que se han obtenido del análisis de las entrevistas. Para poder hacer una descripción clara y coherente a partir de lo que se ha estado explicando hasta ahora hemos dividido este capítulo en tres apartados.

El primer apartado corresponde al análisis que se ha hecho durante la fase inicial del proceso, para los tres grupos de familias que han participado en el estudio. Mediante la comparación entre ellos se intenta dar respuesta a los objetivos. Es decir, conocer como se dan los elementos relacionales que se han definido, dentro del grupo de estudio, como también ver si hay diferencias en estos elementos entre las familias del grupo de estudio y las familias de los dos grupos control.

En el segundo apartado se describirán los dominios que se han indagado en el análisis de contenido y se presentará la descripción de cada una de sus subcategorías con el fin de proporcionar una descripción cualitativa para la comprensión de los resultados.

Finalmente, en el tercer apartado se hablará de los datos recogidos en la fase de seguimiento, presentando la evolución de los diferentes dominios indagados en el grupo de estudio durante un periodo de dos años tras la primera sesión.

### 6.1. Resultados fase diagnóstica

Se presentará los resultados numéricos de la codificación expresados primeramente mediante frecuencias de codificación. Posteriormente estas frecuencias son convertidas en valores relativos, con el fin de conocer el número de registro por grupo para la fase inicial. Finalmente a partir de las frecuencias de codificación se realiza un análisis de diferencias de promedio de medias entre los tres grupos de las familias participantes.

#### 6.1.1. *Frecuencias de Codificación:*

A continuación se muestra la codificación de los dominios de Reconocimiento, Desconfirmación, Organización familiar trianguladora, Baja diferenciación y Déficit identitario, en los tres grupos de familias (tabla 11). Para cada dominio se incluye las frecuencias de las subcategorías que lo componen. En la columna derecha de la tabla se presenta el índice de fiabilidad considerado en cada uno de los dominios. Corresponde al Índice Kappa<sup>14</sup>; y es un valor numérico que entrega el programa de análisis texto QRS NVivo a partir del acuerdo intercodificadores usando el criterio de codificación de expertos<sup>15</sup>. Se considera alto acuerdo intercodificador un índice kappa superior a 0,75. Se aprecia que todos los dominios poseen un índice Kappa alto, esto se asocia a que se han seleccionado sólo aquellas categorías en las que había alto acuerdo intercodificador.

Tabla11

---

<sup>14</sup>Valor obtenido desde el programa computacional IN vivo 8.0, determina hasta qué punto la concordancia observada es superior a la que es esperable obtener por azar. Se ha propuesto seis márgenes para valorar el grado de acuerdo: sin acuerdo; <0, insignificante; 0 – 0,2, bajo; 0,2 – 0,4, moderado; 0,4 – 0,6, bueno; 0,6 – 0,8, muy bueno; 0,8 - 1.

<sup>15</sup>criterio que se emplea en metodología cualitativa con el fin de hacer más objetivo o fiables los datos consensuados.

## Frecuencia de codificación en los tres grupos de familias

	FAM 1 n=19	%	FAM 2 n=8	%	FAM 3 n=10	%	Total	C. Kappa
	PD		PD		PD			
<b>Reconocimiento</b>	<b>56</b>	<b>3,29%</b>	<b>52</b>	<b>9,30%</b>	<b>41</b>	<b>11,14%</b>	<b>149</b>	<b>0,89</b>
1. Comentarios de agradecimiento	5		7		4			
2. Halago	5		16		10			
3. Reconocimiento de méritos	6		11		9			
4. Pedir disculpas	15		11		6			
5. Autocrítica	25		7		12			
<b>Desconfirmación</b>	<b>728</b>	<b>42,79%</b>	<b>195</b>	<b>34,88%</b>	<b>148</b>	<b>40,21%</b>	<b>1671</b>	<b>0,85</b>
1. Agresión física o verbal	59		3		5			
2. Calificación ambivalente	30		20		12			
3. Comparación descalificante	42		3		17			
4. Comentario sarcástico	35		0		12			
5. Crítica no constructiva	69		19		12			
6. Discrepancias reiterativas	56		27		15			
7. Descripción crítica	57		0		5			
8. Desconfianza	41		22		9			
9. Expectativas de futuro negativas	50		2		7			
10. Hablar por boca del otro	63		20		11			
11. Percepción de no tener razón	70		12		16			
12. Percepción de chivo expiatorio	37		20		5			
13. Queja recurrente	119		47		22			
<b>Sobreimplicación</b>	<b>252</b>	<b>14,81%</b>	<b>100</b>	<b>17,88%</b>	<b>52</b>	<b>14,13%</b>	<b>404</b>	<b>0,85</b>
1. Protección	99		56		20			
2. Acompañamiento rígido	60		17		12			
3. Control	61		21		13			
4. Involucramiento en proyectos	32		6		7			
<b>Org. Familiar Trianguladora</b>	<b>349</b>	<b>20,51%</b>	<b>126</b>	<b>22,54%</b>	<b>92</b>	<b>25%</b>	<b>567</b>	<b>0,85</b>
1.... Triangulación	93		43		24			
2. Alianzas	68		28		32			
3. Alteración de los roles	73		21		13			
4. Coalición	30		3		5			
5. Aglutinación	85		31		18			
<b>Compromiso del logro identitario</b>	<b>316</b>	<b>18,57%</b>	<b>86</b>	<b>15,38%</b>	<b>35</b>	<b>9,5%</b>	<b>437</b>	<b>0,79</b>
1. Deterioro Paulatino	27		7		2			
2. Déficit de autonomía	86		27		18			
3. Inactividad	62		18		2			
4. Aislamiento	54		22		11			
5. Auto victimización	87		12		2			
<b>Total</b>	<b>1701</b>	<b>64,72%</b>	<b>559</b>	<b>21,27%</b>	<b>368</b>	<b>14%</b>		

---

Como se puede apreciar en la tabla anterior, el análisis del contenido de las entrevistas correspondientes a las tres primeras sesiones del proceso terapéutico de las 37 familias participantes originó un total de dos mil seiscientos veintiocho registros de codificación. Del total del registro de codificaciones el 64,72% corresponden a registros realizados en las entrevistas de las familias del grupo de Esquizofrenia Primaria (FAM 1), el 21, 27% se realizó en las entrevistas del grupo de Esquizofrenia asociado a consumo de sustancia (FAM 2) y el 14% correspondió a codificaciones de la entrevistas del grupo No-EQZ (FAM 3).

Dentro del grupo de Esquizofrenia primaria, el dominio que obtuvo mayores frecuencias fue el de Desconfirmación alcanzando el 42,79% del total de las codificaciones. Asumiendo el valor que posee la aparición de unidades de codificación en este tipo de análisis<sup>16</sup>, podríamos decir que lo que más caracteriza el discurso de este grupo de familias en entrevistas clínicas es la presencia de este contenido. Seguido se hallarían los contenidos relacionados con la presencia de la Organización familiar trianguladora, que obtuvieron una frecuencia del 20,52%, los contenidos relativos a el déficit del logro identitario del paciente con una frecuencia de codificación del 18,57%, y los contenidos relativos a la Baja diferenciación familiar con una frecuencia de codificación del 14,81% del total de la codificación. Finalmente el contenido menos relevante en término de frecuencia de aparición fue el referido a comentarios de Reconocimiento hacia el paciente con un porcentaje del 3,29% del total.

En el grupo de familias con un hijo o hija con diagnóstico de esquizofrenia por consumo de sustancia (FAM 2), aparecen resultados similares a los del grupo anterior coincidiendo el orden de los dos dominios más relevantes. La Desconfirmación alcanzó las mayores frecuencias con un 34,88% del total de las codificaciones seguido del dominio de la Organización familiar trianguladora que obtuvo el 22,54% del total de las codificaciones en este grupo. Posteriormente se situó como tercer contenido más relevante en estas familias la presencia de Baja diferenciación familiar, que alcanzó una frecuencia del 17,88%. A este contenido le siguieron los referidos a el déficit en el logro identitario del paciente con un porcentaje de frecuencia del 15,38% y finalmente se situaron los contenidos referidos al Reconocimiento del paciente con un 9,30% del total de los registros de codificación para este grupo.

---

<sup>16</sup>Como se ha señalado anteriormente, debido a que se ha escogido un análisis de contenido temático, en el cual la presencia de un contenido se relaciona con su importancia en el discurso, asumiremos que la importancia de cada contenido dependerá de la frecuencia de aparición en su codificación.

---

Los resultados de las frecuencias para el grupo de familias No-EQZ (FAM 3) muestran resultados similares a los grupos anteriores respecto a los dos contenidos más relevantes. Los contenidos relativos a la presencia de Desconfirmación alcanzaron el 40,21% de la puntuación total del grupo, seguido de los contenidos referidos a la presencia de Organización familiar trianguladora que obtuvieron el 25% de las puntuaciones totales. El tercer contenido más relevante es, al igual que en FAM 2, la presencia de Baja diferenciación que representa el 14,13% de las puntuaciones totales. Posteriormente se sitúan los contenidos referidos a la Reconocimiento del paciente con un porcentaje de frecuencia del 11,14% y que sólo en este grupo no se ubican en la última posición a nivel de frecuencias. El contenido menos relevante en estas familias fue el de la presencia del Déficit del logro identitario en el paciente con un porcentaje de codificación del 9,5%.

#### 6.1.1.1. Valores Relativos:

Debido a que existen diferencias en el número de sujetos por grupo, se han extraído los valores relativos<sup>17</sup> de la codificación para cada uno de los grupos. Como se puede observar en la tabla 12 se aprecian diferencias en los valores relativos para cada grupo. Respecto al dominio de Reconocimiento se aprecia que las familias con EQZ-Primaria tuvieron los registros más bajos en este contenido, según los resultados de la codificación en estas familias durante la fase diagnóstica (3 primeras entrevistas) se realizaron un promedio de 2,94 comentarios que refieren algún contenido relativo a la reconocimiento del paciente. La frecuencia relativa más alta de este contenido tuvo lugar en el grupo de familias con EQZ-Tóxica, las que durante las tres primeras entrevistas realizaron en promedio 6,5 comentarios vinculados a este contenido. Una posición intermedia ocuparon las familias del grupo control No-EQZ, en donde se obtuvo un registro de 4,1 codificaciones por sesión durante la fase diagnóstica.

---

<sup>17</sup>Corresponde al número de la frecuencia dividido por el número de participantes del grupo. Representa el valor promedio de codificación de dicha categoría por familia, es decir el número de veces que fue codificada dicha categoría en las entrevistas de la etapa inicial.

Tabla 12

*Puntuaciones directas y valores relativos para cada dominio en los tres grupos del estudio*

Dominio	FAM 1 n=19		FAM 2 n=8		FAM 3 n=10		C. Kappa
	PD*	V.R.*	PD	V.R.	PD	V.R.	
Reconocimiento	56	2,94	52	6,5	41	4,1	0,89
Desconfirmación	728	38,31	195	24,37	148	14,8	0,85
Baja Diferenciación	252	13,26	100	12,5	52	5,2	0,85
Org. Familiar Trianguladora	349	18,36	126	15,75	92	9,2	0,85
Deficit Identitario	316	16,63	86	10,75	35	3,5	0,79
<b>Total</b>	<b>1701</b>	<b>89,52</b>	<b>529</b>	<b>69,87</b>	<b>368</b>	<b>36,8</b>	

\*P.D: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo.

Los dominios de Desconfirmación, Sobreimplicación, Organización familiar trianguladora y Déficit Identitario, están relacionados teóricamente con características disfuncionales de la dinámica familiar. Su presencia fue más alta en el grupo de familias con EQZ-Primaria. Se aprecia así mismo el descenso en la frecuencia de estos dominios en el grupo de EQZ-Tóxica. Finalmente, las frecuencias más bajas en dichos dominios se presentan en las familias del grupo No-EQZ.

#### 6.1.2. Diferencias de Grupos:

En base a los resultados de las frecuencias de codificación de las entrevistas se ha realizado una prueba ANOVA de un factor para conocer si existían diferencias entre el promedio de las medias de las familias en cada dominio. A continuación se presenta los resultados de diferencias de grupos para los cinco dominios explorados.



Tabla 13

*Análisis de dominios (ANOVA de un factor)*

Dominios	FAM	N	Media	S	Sig.*
Reconocimiento	EQZ. Prim.	19	.5789	.90895	.061
	EQZ. Tóxica	8	1.3000	.30237	
	No-EQZ	10	.8800	.35528	
		37	.8162	.73843	
Desconfirmación	EQZ. Prim.	19	2.9271	1.75608	.008
	EQZ. Tóxica	8	1.9038	.23887	
	No-EQZ	10	1.3154	.22776	
		37	2.2703	1.44111	
Baja Diferenciación	EQZ. Prim.	19	3.3158	1.95761	.012
	EQZ. Tóxica	8	3.1250	.75593	
	No-EQZ	10	1.5250	.47799	
		37	2.7905	1.64308	
Organización familiar trianguladora	EQZ. Prim.	19	3.3509	1.19399	.014
	EQZ. Tóxica	8	3.1250	.61560	
	No-EQZ	10	2.2333	.27442	
		37	3.0000	1.01835	
Déficit Identitario	EQZ. Prim.	19	3.3263	.90973	.001
	EQZ. Tóxica	8	2.1500	.33381	
	No-EQZ	10	.7600	.20656	
		37	2.3784	1.28822	

\*P&lt;0.05

El análisis de varianza mostró diferencias significativas entre las familias en los dominios de Desconfirmación ( $p=0,08$ ), Baja diferenciación ( $p=0,012$ ), Organización familiar trianguladora ( $p=0,014$ ) y Compromiso del logro identitario ( $p=0,001$ ). El dominio denominado Reconocimiento no arrojó diferencias significativas ( $0,061$ ).

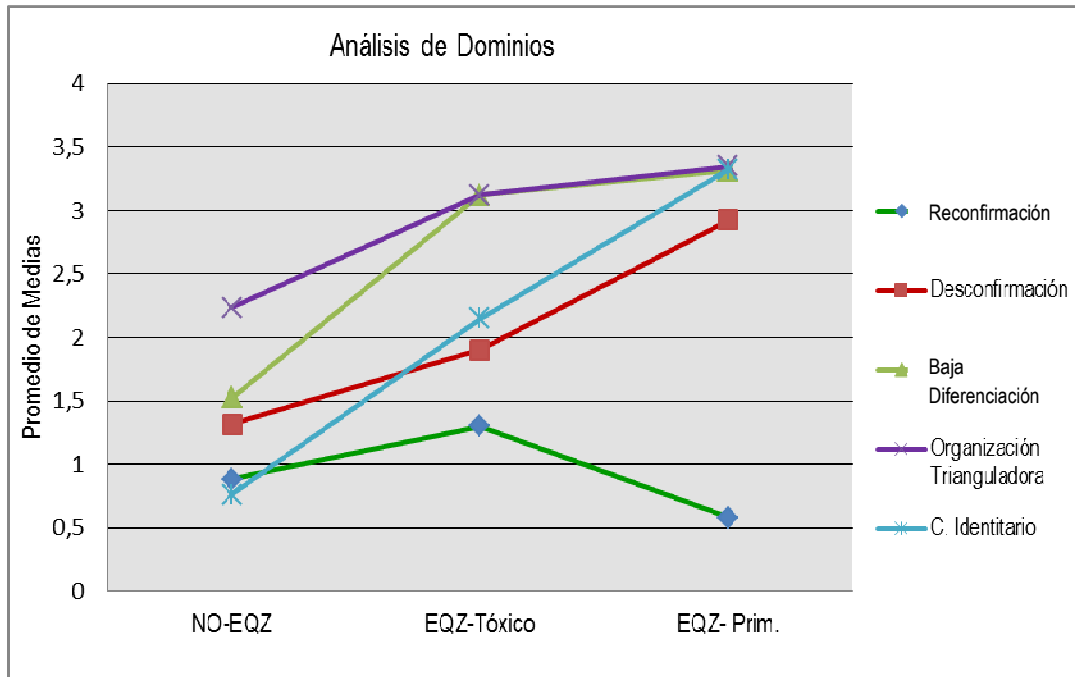


Figura 13. Análisis de diferencias de los dominios para los tres grupos

Los valores de la figura 13 corresponden a los expuestos en la tabla 13. Se muestra los valores del promedio de las medias de los grupos a partir de una prueba ANOVA de un factor. Se aprecia el ascenso de las puntuaciones desde el grupo de familias No-EQZ hacia el grupo de EQZ-Primaria, excepto en el dominio de Reconocimiento. Por otro lado el grupo de familias con EQZ-Tóxica ocuparía una posición intermedia, y las menores puntuaciones estarían en el grupo de familias No-EQZ.

Para indagar sobre que tipo de diferencias existían entre los grupos se aplicó una prueba para subconjuntos homogéneos de Scheffe en aquellos dominios que presentaban diferencias significativas en la prueba ANOVA. La prueba de Scheffé, ofrece una clasificación de los grupos basado en el grado de parecido de sus medias. Para los dominios de Desconfirmación, Baja diferenciación y Organización familiar trianguladora (tabla 14, 15 y 16), se aprecia que la distribución de los grupos es similar.

En el grupo 1 están incluidos el grupo de familias No-EQZ y el grupo de familias con EQZ-Tóxicas, sus medias no difieren significativamente entre sí ( $p > 0,05$ ). En el grupo dos se incluye a las familias con EQZ-Primaria y con EQZ-Tóxicas, cuyas medias tampoco difieren significativamente

entre sí ( $p > 0,05$ ). Estos resultados muestran la presencia de 2 grupos diferentes; familias del grupo No-EQZ y familias del grupo de EQZ-Primaria, el grupo de EQZ-Tóxica, sería un grupo superpuesto entre los dos anteriores.

Tabla 14

*Prueba Scheffé para Desconfirmación*

Familia	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
NO EQZ	10	1.3154	
EQZ-Tóxico	8	1.9038	1.9038
EQZ- Primaria	19		2.9271
<b>Sig.</b>		<b>.574</b>	<b>.197</b>

Tabla 15

*Prueba Scheffé para Baja diferenciación*

Familia	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
NO EQZ	10	5250	
EQZ-Tóxico	8	1250	1250
EQZ- Primaria	19		3158
<b>Sig.</b>		<b>56</b>	<b>56</b>

Tabla 16.

*Prueba Scheffé para Organización familiar trianguladora*

Familia	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
NO EQZ	10	2.2333	
EQZ-Tóxico	8	3.1250	3.1250
EQZ- Primaria	19		3.3509
<b>Sig.</b>		<b>.095</b>	<b>.851</b>

Para el dominio de Déficit identitario la prueba de Scheffé indica la presencia de tres grupos homogéneos diferentes entre sí. Como es de esperar, las medias en cada grupo no son diferentes ( $p=1,000$ ).

Tabla 17.

*Prueba Scheffé para Déficit identitario*

Familia	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
NO EQZ	10	.7600		
EQZ-Tóxico	8		2.1500	
EQZ- Primaria	19			3.3263
<b>Sig.</b>		<b>1.000</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>

En síntesis, para el dominio de Déficit identitario, existirían diferencias inter-grupo entre los tres tipos de familias y para los dominios de Desconfirmación, Baja diferenciación y Organización familiar trianguladora, existirían dos grupos diferentes entre sí; el grupo de familias con EQZ-primaria y el grupo de familias No-EQZ, mientras que el grupo de familias con EQZ-Tóxica sería un grupo que se situaría en una posición intermedia entre los otros dos grupos de familias.

---

## 6.2. Descripción cualitativa y composición interna de cada dominio

A continuación se describirá cada uno de los dominios que obtuvo un valor significativo en la diferencia de grupos. Se presentan las categorías que han constituido cada uno de los dominios. Se han extraído los valores relativos del promedio de la frecuencia de codificación en cada uno de los casos.

Además se incluye para cada dominio la descripción cualitativa de los resultados. Para la representación de dichos elementos se intenta usar descripciones, intercaladas con párrafos de análisis abstracto de la investigadora (Denzin, 1989). Los resultados constituyen categorías de conceptos que intentan describir “que sucede” y “como sucede”(Krause, 1995).Pese a que la descripción de las categorías se realiza por separado, cada una de ellas influye y es influida por las demás.

### 6.2.1. Desconfirmación

El dominio de Desconfirmación presenta diferencias significativas en la prueba de comparación de grupos ( $p=0,008$ ) (ver tabla 18). El grupo de EQZ-Primaria presentan las puntuaciones más altas en este dominio, con una media promedio de 2,92 y un valor relativo de 38,31 codificaciones promedios por familia en la fase inicial. A este grupo le sigue el de EQZ-Tóxica con una media promedio de 1,90 y un valor relativo de 24,37 codificaciones. Finalmente las familias del grupo No-EQZ, registraron las puntuaciones más bajas, una media promedio de 1,31 y un valor relativo de codificaciones de 14,8 por familia.

Como se aprecia en la tabla 18, el dominio Desconfirmación ha estado conformado por 13 categorías que constituyen la definición operacional del constructo

Tabla 18.  
Composición de dominio de Desconfirmación

Subcategorías	Eqz. Primaria		Eqz.Tóxica		No-Eqz.	
	FAM 1		FAM 2		FAM 3	
	V.R	Frec.	V.R	Frec.	V.R	Frec.
1. Agresión física	3,1	59	0,37	3	0,5	5
2. Calificación ambivalente	1,57	30	2,5	20	1,2	12
3. Comparación descalificante	2,22	42	0,37	3	1,7	17
4. Comentario sarcástico	1,84	35	0	0	1,2	12
5. Crítica no constructiva	3,63	69	2,37	19	1,2	12
6. Discrepancias reiterativas	2,94	56	3,37	27	1,5	15
7. Descripción crítica	3	57	0	0	0,5	5
8. Desconfianza	2,15	41	2,75	22	0,9	9
9. Expectativas de futuro negativas	2,63	50	0,25	2	0,7	7
10. Hablar por boca del otro	3,31	63	2,5	20	1,1	11
11. Percepción de que no se da la razón	3,68	70	1,5	12	1,6	16
12. Percepción de ser chivo expiatorio	1,94	37	2,5	20	0,5	5
13. Queja recurrente	6,26	119	5,87	47	2,2	22

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo.

\*\*Frec: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

Como se aprecia en la tabla 18 la categoría con puntuación más alta dentro del dominio es la que se ha denominado *Queja recurrente* que posee un valor relativo de 6,26 codificaciones por familia en el caso del grupo de EQZ-Primaria, 5,87 en el grupo de EQZ-Tóxica y 2,2 en el grupo de No-EQZ.

El grupo de familias con EQZ-Primaria posee la frecuencia de codificación más alta en la mayoría de las categorías de este dominio, salvo en las categorías de *Chivo expiatorio*, *Desconfianza*, *Discrepancias reiterativas* y *Calificación ambivalente*, en donde las familias con EQZ-Tóxica muestran puntuaciones más altas. El grupo de No-EQZ, puntúa más bajo que el grupo de EQZ-Primaria en todas las categorías.

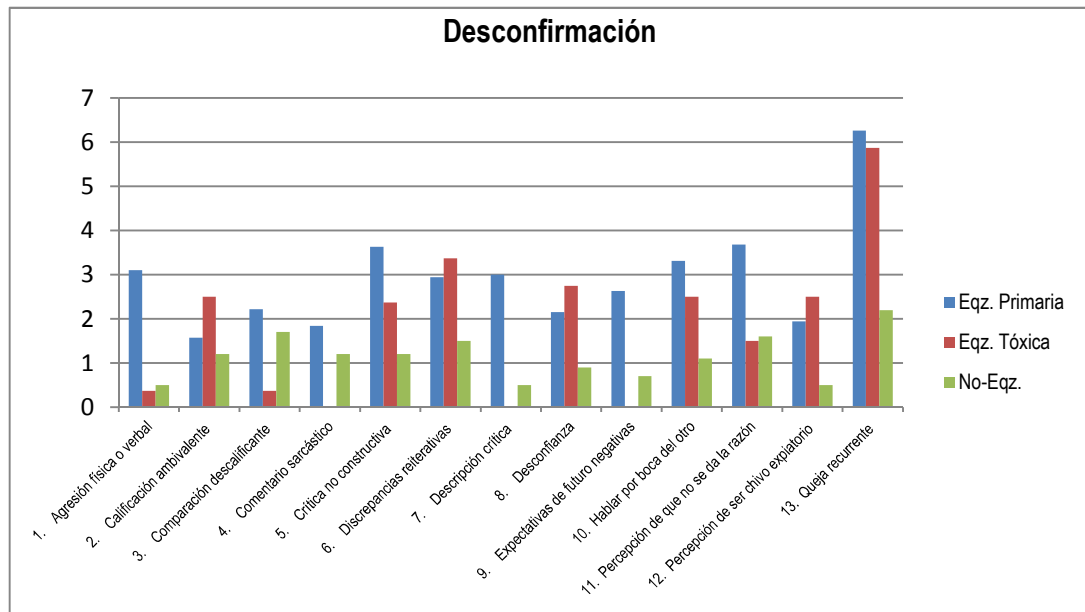


Figura 14. Categorías de dominio Desconfirmación

#### Descripción cualitativa:

El dominio de la Desconfirmación se asocia al ejercicio de la parentalidad, en la expresión de la función nutricia. Implica un bloqueo en la manifestación de reconocimiento desde las figuras paternas hacia el hijo/a. Esta falta de reconocimiento se da a través de elementos emocionales, cognitivos y pragmáticos. A nivel emocional implica una relación basada en la conflictividad, las emociones hostiles y la crítica. Elementos emocionales que se materializan en el discurso a partir de comentarios que expresan desacredito y disconformidad. A nivel pragmático implica manifestaciones de distanciamiento emocional y físico. Al igual que manifestaciones de agresión física y malestar. En relación al sistema de creencias, subyace la imagen de una persona menos capacitada y enferma que no consigue ser valorada ni aceptada por las figuras paternas. En relación al afrontamiento que la familia hace del trastorno, describe un estado de agotamiento y la creencia de un pronóstico irremediable.

A continuación se describen las categorías operacionales que conformaron este dominio.

Queja recurrente: Fue el contenido más relevante en término de frecuencias. Se relaciona con la recurrencia de comentarios que dejan ver insatisfacción respecto a la persona del paciente, estos comentarios transmiten el bloqueo del reconocimiento, pues son la materialización constante de la idea de “no gustar a los padres” y de no ser “lo suficientemente bueno”.

Percepción de descalificación por parte del hijo: El segundo contenido más relevante en término de frecuencias fue precisamente la percepción del paciente respecto a la queja de los padres. Esta categoría contiene la expresión de comentarios que dan cuenta de la sensación subjetiva de no ser aceptado. Esta percepción del paciente estuvo asociada principalmente a la figura paterna. Cabe recordar que en este grupo la mayoría de los pacientes son hombres:

“Paciente: (a madre hablando del padre) A ti te querrá mucho te llevarás muy bien con el, pero conmigo es diferente y no tengo porque aguantar a una persona que ni te acepta y que tira piedras contra ti cada vez que tienes un proyecto nuevo.

M: dices esos para dañarme.

Paciente: no quería decir eso, no...

El comentario recoge una de las ideas centrales del dominio de Desconfirmación, que se refiere al hecho de no sentirse aceptado. Se aprecia la complejidad de la dinámica relacional, cuando la madre relaciona la experiencia subjetiva del hijo como una manera de dañarla.

Descripción Crítica: En esta categoría se contemplaron los segmentos en que las figuras paternas describieron a sus hijos. Se aprecia que estas declaraciones los aspectos positivos que aparecen en la narrativa de la familia son relegados por los aspectos negativos:

Terapeuta: Si me tuviera que describir a Daniel, ¿Qué me diría?

Madre: no sé, (sonríe, mira a Daniel), bueno no sé, bueno que es una buena persona (silencio)

Terapeuta: ¿Una buena persona? ¿Cómo es eso?

Madre: bueno, que está por los demás, que la gente lo aprecia. Bueno eso, por el lado positivo, porque en realidad se deja influenciar mucho por los amigos, no tiene carácter

Padre: con su familia si tiene carácter fuerte ¡eeh!, pero con los demás...nada, hace todo lo que le dicen que haga, es una persona sin decisión, una persona que no sabe hacia dónde ir

Madre: no tiene carácter. No tiene esa capacidad.

Los cambios o los intentos de cambios del hijo tampoco son reconocidos en el discurso, se potencia la idea de que estos cambios no son aún suficientes:

Madre: la verdad es que el no hace nada, está todo el día tirado en el sillón haciendo nada

Paciente: a ver, a veces voy a comprar cosas al supermercado, voy a comprar la leche...

Madre: te duchas, te bañas...comes, te friegas el plato de la cena, eso sí, eso lo haces, pero nada más, no haces nada más de lo que te corresponde



Terapeuta: (a madre) ¿pero usted considera que la situación a cambiado?, ¿parece que ahora viene haciendo más cosas, no?

Madre: las justas, lo que le toca

Paciente: hago poquitas cosas pero claro que hago cosas, ahora hago muchas más cosas que antes, ahora hago lo que antes me decían que hiciera y me siguen diciendo que no hago nada

Hermano: haces tus cosas, íntimas personales, higiene y ya está, porque la cama ni la haces

(Paciente 31 años, EQZ-Primaria)

La crítica fue expresada principalmente por la figura paterna. El discurso del padre se caracterizó por su empleo de manera constante a lo largo de las entrevistas. En términos de contenidos se asoció principalmente con temas vinculados al dinero, a la independencia, a actividades cotidianas del paciente y a proyectos personales.

Padre: pues mira, intentar llevarse bien con él ya es un mérito estupendísimo y, intentar no enfadarte por las mañanas le estás diciendo Juan levántate, empiezas con el Juan buenos días y acabas chillando como un loco después de tres cuartos de hora: ¡que te levantes que es tarde! Y eso para cada día. Después cada día en el bar de abajo, jugando al traga perras...

Paciente: cada día, no. Eso era antes

Padre: bueno, casi, casi cada día, da igual. Y cada dia demanant diners i tu saps que aquests diners són per pagar-te les teves classes teu menjar i els teus cursets

Paciente: Sólo me das 5 euros a la semana

Padre: La comida y todas esas cosas, ¿Qué?

(Paciente 23 años, EQZ-Primaria)

La familia reconoce que este tipo de comentarios han estado en la trayectoria histórica de la relación de crianza. Además se expresa que han existido diferencias en su expresión entre los hermanos:

Hermano: también es cierto que en casa él es el que ha recibido la crítica, ósea, el refuerzo negativo más constante en comparación a nosotros dos, ósea en casa mis padres han sido muy críticos con él, mucho más que con nosotros

Hermana:...yo era la mayor y él era el pequeño por lo cual por ser el pequeño había que protegerlo porque el pollito no llegaba y el del medio estaba un poco perdido

Hermano: él estaba como en tierra de nadie y era quien...supongo que quizá...no se

Hermana: sobre todo por mi padre

---

Agresión física: Esta categoría contiene las secuencias de los relatos que se refirieron la presencia de violencia en las relaciones interpersonales. Se hizo alusión a episodios de violencia explícita dentro de la pareja parental, dentro del sistema fraterno y entre el paciente y el padre.

El conflicto de pareja, característico por las disputas de poder y una relación de proximidad/hostilidad, incluye episodios de violencia física, en donde el paciente por la proximidad que tenía a uno de los cónyuges (generalmente a la madre), participaba o era receptor de maltrato:

Hermano: es que el clima en casa siempre fue de mucha hostilidad, entre mis padres siempre hubo mucha violencia, mi madre siempre iba con temor, mi padre y mi madre se discutían por todo, siempre escuchabas gritos y el Raúl (paciente) en medio, siempre...yo y ella nos pudimos adaptar o sobrevivir y él pues sucumbió un poco, yo el otro día pensaba, a ver como era la relación en casa y es que era muy mala el papa siempre violentándonos a todos y al Raúl constantes machaques, que no esto, que no esto otro...incluso todos entramos ya en la dinámica de criticarlo

Según se describe en las entrevistas la dificultad conyugal de los padres, también expresada en manifestaciones de agresión, afecto a los diferentes miembros del sistema fraterno. Así mismo, se reconoce que el paciente, debido a la posición que ocupaba entre los padres, vivió de manera más cercana los agravios.

Las referencias a episodios de violencia, como ya comentamos, también se dieron entre el subsistema fraterno. Respecto a esto llama la atención el manejo que los padres hicieron en estos episodios, caracterizados por una solución que podría considerarse exacerbada. En el siguiente relato un paciente plantea un episodio de violencia con su hermana:

Paciente: es que ya hacía días que mi hermana hacía comentarios sobre mi y yo ya, me cargaba, me cargaba, me cargaba, me cargaba y ese día exploté y le comente a mi madre si podía hacer la bondad y el favor de fregar los platos porque ya estaba cansado de hacer la comida de medio día, y mi hermana saltó haciendo un comentario, una papada y yo le dije, Alexandra cállate o te voy a dar un guantazo, de esa forma no es coherente, ya lo sé y resulta que ella estaba muy irritada, ¿verdad? (a la madre)

Madre: bueno no le sentó bien...

Paciente: ella me incitó y me dijo venga! Dame el guantazo a ver si te atreves, entonces yo le levanté la mano

Terapeuta: ¿Te atreviste?

Paciente: le levanté la mano, pero yo no sabía qué iba hacerle, si pegarle o no y al levantarle la mano entonces me dio un manotazo y yo le dí un guantazo para calmarla, un guantazo y a raíz de

---

eso ella me denunció y me tiré dos noches en el calabozo de los Mossos D' esquadra detenido. Y gracias a que me seguí tomando la medicina, porque o sino ahora estaría descontrolado, y ahora estoy en una unidad polivalente en el Poble Sec, porque mi padre no me quiere en casa.

Expectativas de futuro negativas: Se registraron comentarios que hacían alusión a la actitud del sistema familiar frente al problema del hijo. Las familias manifestaron una perspectiva poco favorable con respecto a la evolución del trastorno y con respecto a la participación en terapia familiar, inicialmente consideraron este espacio como nueva posibilidad de fracaso en una historia de tratamientos fallidos. Desde la desesperanza se expresaba, la idea de cambio era una posibilidad poco viable. En los relatos también se expresan manifestaciones que hace alusión al cansancio y el pesimismo, además del miedo a iniciar acciones frente a la enfermedad y que estas constituyan nuevos fracasos, a una historia de fracasos.

También se expresaron comentarios relativos a la cronicidad de la enfermedad, asociándolos a la desconfianza de que un proceso terapéutico pudiera ser beneficioso. Algunos padres expresaron abiertamente sus dudas respecto a la efectividad de la intervención que se les proponía. Por otro lado, llama la atención que los pacientes que se mostraron partidarios a la idea de una terapia familiar.

Agravios comparativos: Esta categoría contiene aquellas descripciones en que los padres transmitieron un mensaje polarizado en la valoración de sus hijos. El relato describe la figura de un hermano valorado, con cierto estatus que en definitiva, cuando los padres comparan con el paciente el primero es superior en muchos aspectos. A continuación se relata una secuencia de comentarios que dejan ver la diferencia en la valoración

Madre: Mi hijo no va a poder asistir.

Terapeuta: ¿Cuál de sus hijos? ¿Por qué tiene tres, no?

Madre. Bueno...Gonzalo, es que tiene que trabajar.

La figura de este hermano o hermana, tenía cierta protección por los padres. Algunos de los hermanos manifestaron que no querían asistir a terapia y los padres apoyaban esta decisión considerando lo duro que era para ellos vivir el conflicto familiar y que ya era suficiente lo que vivían en casa. Cuando el terapeuta solicitó de forma explícita la presencia de este hermano o hermana, los padres se opusieron:

Terapeuta: Y ¿cómo está Blanca?, ¿Cuándo será el día que asome la nariz por aquí?

Padre: (ríe), está bien, acabando los estudios, le ha ido muy bien. Está muy contenta y atareada.

Terapeuta: si, ya sabemos que es una chica muy inteligente. Pero yo me refiero a cuando, además, va a demostrar su preocupación por José, por que claro está lo mucho que a él le gustaría que ella estuviera aquí.

Padre: no lo sé, en casa hay muchos problemas, pero bueno, ella se controla bastante

Madre: ella no le habla, es eso

Paciente: ella no me habla ¿fa un any, no?

Madre: no sé, hace tiempo ya.

Cuando se indaga respecto a temas del hermano o la hermana, se aprecia que aunque este evidencia características disfuncionales, estas no son reprochadas ni consideradas problemáticas por la familia, la atención parece centrarse sólo en la figura del paciente.

Terapeuta: Y ¿cómo era la relación cuando antes?

Paciente: bien, salíamos, a veces íbamos con sus amigos...

Hermano: bueno, no mucho, eh, él siempre estaba con sus cosas y la verdad yo pasaba un poco

Paciente: bueno, es que ustedes iban muy a la suya, y a mi eso de mucho porro no me va

Terapeuta: ¿tu le haces a los porros? (a hermano)

Hermano: bueno, algo, si, me ayudan a estar más tranquilo

Terapeuta, bueno, bueno, a ver, yo que tu me cuidarías porque teniendo vulnerabilidad en la familia, hay que llevar cuidado eeh. Tu no le harás, supongo (a paciente)

Paciente: no, no.

Desvinculación paterna: En los casos en que había separación conyugal la relación paterna filial es descrita con componentes de abandono; aludiendo al alejamiento físico y al desentendimiento en lo que concierne a la familia, incluida la enfermedad del hijo. En el relato aparece la disconformidad con la figura del padre, expresándose el deseo de su implicación.

Hermana: aparece y desaparece cuando quiere

Terapeuta: pero digo nadie le ha dicho que venga...osea no podemos criticarlo

Hermana: pero del forum, cuando ingreso al forum se le avisó, apareció hace dos años en el forum, es decir se le ha ido llamando en otras ocasiones

Terapeuta: osea a estado presente en otras ocasiones, pero para esta no se le ha llamado

Hermana: no el no ha llamado y desde el año pasado en septiembre, no, hace tres meses llamó, pero no sabía todavía que íbamos a venir aquí

(Familia paciente 31 años. Grupo A)

En las familias en donde había separación conyugal se apreció el distanciamiento de la figura paterna, el quiebre de la relación se había producido especialmente con el paciente identificado, la figura paterna se había negado a vincularse con el paciente y sobretodo a vincularse a cuestiones relacionadas con el tratamiento. En estos casos, cuando hubo presencia de hermanos/as se apreció que uno de ellos mantenía una relación más próxima a la figura paterna, esta situación parecía colocarlo en una posición de poder frente a la familia. Estos hermanos/as se posicionaban en defensa del padre cuando se hablaba de temas relacionados con el abandono o la indiferencia frente a la problemática de la familia.

Hermano: Yo es que entiendo a mi padre, porque en cas ha habido un clima...mi madre, yo veo y me sabe mal decirlo, pero yo veo que ha estado muy sobre el Juan, y ha dejado de lado todo lo demás

Madre: eso lo has dicho siempre, pero las cosas son más complejas, siempre sales en defensa de tu padre cuando no sabes mucho de los que ha pasado

(Paciente, 30 años. EZQ-Primaria)

### 6.2.2. Baja diferenciación familiar

Presenta diferencias significativas en la prueba de comparación de grupos ( $p=0,012$ ). El grupo de EQZ-Primaria presentan las puntuaciones más altas en este dominio, con una media promedio de 3,31 y un promedio de 13,26 codificaciones por familia. A este grupo le sigue el de EQZ-Tóxica con una media promedio de 3,12 y un valor relativo de 12,5 codificaciones por familia. Finalmente el grupo que puntúa más bajo en este dominio es el de las familias No.EQZ, quienes registraron una media promedio de 1,52 y un registro promedio de 5,2 codificaciones de por familia.

Tabla 19.

#### Composición de dominio Baja diferenciación

Subcategorías	Eqz. Primaria FAM1		Eqz-Tóxica FAM 2		No-Eqz. FAM 3	
	V.R*	Frec.*	V.R	Frec.	V.R	Frec.
1. Protección	99	5,21	56	7,25	20	2
2. Acompañamiento rígido	60	3,15	17	2,12	12	1,2
3. Control	61	3,2	21	2,62	13	1,3
4. Involucramiento en proyectos	32	1,68	6	0,75	7	0,7

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo.

\*\*Frec: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

Como se aprecia en la tabla, el dominio Baja diferenciación ha estado conformado por cuatro categorías que se refieren a la definición operacional del constructo.

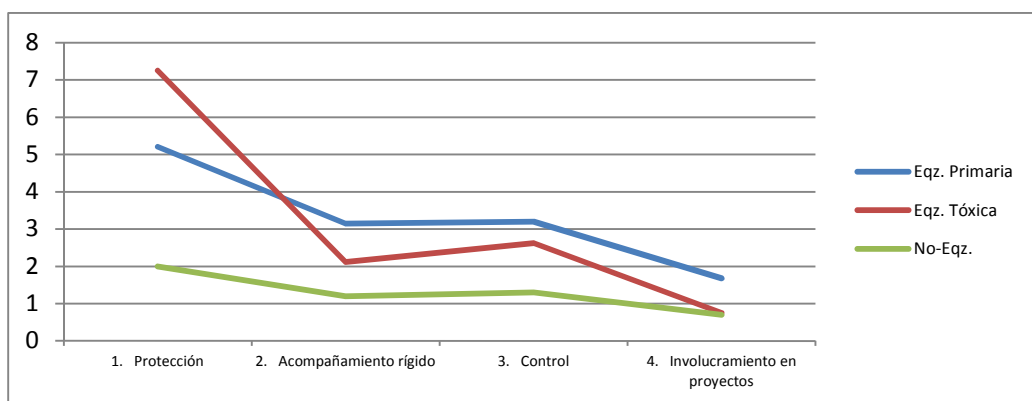


Figura 15. Categorías dominio Baja diferenciación

Según se aprecia, El grupo de EQZ-primaria posee los valores más altos para las categorías de acompañamiento rígido, Control y Involucramiento en proyectos. Para la categoría protección, las puntuaciones más altas pertenecen al grupo de EQZ-Tóxica, categoría que además es la que posee más puntuaciones dentro del dominio. Finalmente el Grupo de No-EQZ, posee las frecuencias más bajas en todas las categorías que conforman el dominio.

En las siguientes páginas se describirá cualitativamente el dominio que se ha denominado Baja diferenciación.

Compartir actividades o protección: Llama la atención la realización en conjunto de actividades que habitualmente los individuos realizan fuera del ámbito familiar. En el siguiente relato se comenta como la familia va a una misma clase en el gimnasio antes de que los padres vayan a trabajar.

Padre: si, bueno estamos en un club en Cardedeu, vamos dos veces a la semana a Pilates, lunes y jueves por la mañana.

Paciente: si, y también a tonificación.

Padre: tonificación...

Terapeuta: ¿van los tres?

Padre: íbamos los dos, pero ahora mi mujer también viene con nosotros

(Paciente, 23 años. EQZ-Primaria)

Además de las actividades en conjunto, se observa la tendencia a situar en el grupo familiar decisiones o contenidos individuales. Se evidencia por ejemplo, que todos consideran la posibilidad de poder opinar sobre los temas del otro. Esta tendencia, cuando se refiere al paciente es mayor, no dejando casi margen a la privacidad. En el siguiente relato se describe como la familia participa en las actividades del paciente en el centro de día.

Hermana: yo voy casi siempre al centro, a ver cómo va

Terapeuta: ¿vas cada día?

Hermana: si, y veo cantidades de actividades que hacen y fotos de todos los grupos y él se mete en la manita

Madre: él ha firmado como un contrato de los temas en los que va a participar, que van a hacer y se lo han aceptado...

Hermana: si pero de las actividades que digo ¿cuántas hace?

Madre: si pero empezará en octubre

(Paciente, 28 años. EQZ-Primaria)

---

En la mayoría de los casos el paciente vive en casa de la familia nuclear, generalmente es el único hermano que no se ha independizado. Las dificultades en el establecimiento de límites familiares se manifiestan con mayor claridad en la relación materno-filial. Se aprecia en esta relación características ambiguas, una especie de “sí, pero no”. Por un lado, muy unidos, centrados y preocupados el uno por el otro, con intercambio de miradas de afecto y complicidad, como si se tratara de una especie de pseudopareja matrimonial. Da la sensación de que el hijo ocupa la posición del padre ausente o distante.

La madre, comunicaba sus preocupaciones con relación al paciente, expresando su deseo de que el paciente desarrollara su vida y fuera más independiente. Al mismo tiempo enviaba mensajes continuos de descrédito y desesperanza, confirmando al hijo en su apatía y pereza crónica. Reclamaba por ejemplo, más ayuda en casa cuando el paciente hacía algo fuera de lo habitual o simplemente no estaba tan pendiente de ella, dando una sensación de más autonomía.

Hubo diferencias entre las familias en las que había separación conyugal de los padres, en estos casos la relación madre hijo cumple de manera más explícita funciones de compañía y de “pareja de actividades”.

Terapeuta: cómo va la vida Adrià?

Paciente: bueno, bien. La madre y yo nos apuntaremos a la piscina.

Terapeuta: ¿La madre está de vacaciones?

Madre: sí

Terapeuta: osea que aprovechas las vacaciones de la madre para ir... ¿lo habías hecho antes?

Paciente: vamos juntos también al gimnasio

(Paciente, 30 años. EQZ-Primaria)

La proximidad en la relación, el compartir espacios comunes y el conocer aspectos detallados de la vida del otro podrían ser motivos para que las madres durante las entrevistas tomen la palabra para explicar asuntos relativos a la vida del hijo, esto podría reflejar la dificultad para respetar el espacio del otro o el reconocer en el otro a alguien diferente y que puede responder bien y por sí mismo.

Terapeuta: (a paciente) Y ¿qué es lo que en estos momentos te preocupa más?

Madre: Bueno, ahora es el tema de que no se puede concentrar y de que se siente muy alejado de todo, de las personas, le cuesta mucho hablar y concentrarse, levantarse por la mañana. No sé...

Terapeuta: (a paciente) ¿Pero eso es ahora con la medicación?



Madre: bueno de eso ya va un tiempo...de antes de la medicación, pero ahora se siente con me nos energías

Terapeuta: ¿Qué rara habilidad esa que tienes que tu madre hace todo por ti?...¿cómo lo consigues?. ¿Si tú le dijeras mamá que lo explico yo?

Paciente: (ríe)

Madre: si, si... (ríe)

Terapeuta: lo que digo es que estas cosas siempre son entre 2 como mínimo, ella toma la palabra, pero tú la dejas...tú ¿con qué cosas de esas que dice estás de acuerdo y no?

(Paciente, 22 años. EQZ-Primaria)

La relación de fusión, la proximidad y la compañía, se caracteriza además por el conflicto y al desencuentro en temas cotidianos, de acuerdos y de poder:

Madre: ¿De quién has aprendido tú a mandar tanto?

Paciente: de mi padre

Madre: frase de antes de ayer...

Hermana: se ha ido él y ahora él hace de padre

Madre: ¿qué se cree el para venirme a mandar a mí?, ¿con qué autoridad?

Terapeuta: ¿Por qué vosotros vivís los 2 juntos?

Hermana: si...si

Terapeuta: como una pareja...una madre y un hijo

Madre: tú no eres ni mi marido, ni mi padre, ni mi amante, ¡eres mi hijo!

(Paciente, 27 años. EQZ-Primaria)

En las familias en que existía separación conyugal, las madres no habían tenido nuevas parejas. Cuando lo explicaron lo asociaron a que los problemas y el cuidado del paciente les absorbía y no había ni tiempo ni deseos de tener una nueva relación. La familia en general estaba de acuerdo con que una pareja podía ayudar a la madre. Los pacientes se mantuvieron al margen de comentarios al respecto. El siguiente comentario alude a los conflictos en la relación madre hijo y se plantea la posibilidad de que la madre tenga una pareja:

T: bueno, ¿Sabe que solución hay para que pase eso?

M: ¿que tenga otro novio?, me parece que no (risas)

T: ¿porque no?, esto se tiene que arreglar

Hermana: ella nos dice que no

M: no estoy por esa labor...a ver yo no me niego, pero tendría que darse porque yo no estoy por eso ahora, no tengo ni el tiempo y con todo el follón que tenemos en casa, no me veo yo saliendo para estar con alguien

T: es que eso por un lado influiría en disminuir el riesgo de que el Adriá piense que puede disponer de usted, porque eso tampoco sería muy bueno, (a paciente) nosotros preferimos mil veces que te emparejes con la Raquel que con tu madre, eso nos preocupa más

Paciente: si, vamos a ir a un concierto de extremo duro, me va a acompañar

(Paciente, 30 años. EQZ-Primaria)

Problemas para diferenciarse v/s conflicto en que debe diferenciarse: La baja diferenciación se aprecia en orden de cosas cotidianas. La tendencia de estar en las cosas del otro es una constante en la relación. La madre de manera más explícita expresa su malestar y agobio por esta falta de límites:

Madre: Y cosas más íntimas...uf!, como el día que fuimos al cine. Él me dice; te aguanto el bolso mientras vas al lavabo. Y yo le digo; no, no, a mí nadie me aguanta el bolso, yo me las arreglo sola. Y él dice; y ¿cómo puedes tu hacer pis con el bolso?, cómo lo haces? Está todo el día a mi lado agobiándome...

(Paciente, 30 años. EQZ-Primaria)

Sin embargo, cuando se trata de aspectos relacionados con movimientos de autonomía o proyectos de diferenciación del hijo, la madre interviene en las decisiones desde una actitud de control:

Hijo: A mí me gustaría dejar el centro y buscar otras actividades fuera, allí nos tratan como niños y hay cada caso...pero mi madre y mi hermana no están de acuerdo

Madre: tú firmaste que ibas a ir por 6 meses

Hijo: ya mamá pero es que yo veo que eso no me hace bien, de allí yo salgo peor

Madre: tú dijiste que ibas a ir y tienes que ir, después ya se verá.

(Paciente, 22 años. EQZ-Primaria)

Así mismo, pese a que la madre y la familia se muestran generalmente interesados en que el paciente salga de casa, trabaje o tenga una ocupación, cuando esta iniciativa se lleva al terreno pragmático y se interviene para que el paciente busque empleo, mejore su vida social, etc. La madre interpretaba el movimiento con temor asociándolo a una posible crisis:

Terapeuta: Pero y alguna actividad fuera del centro, algo de música ¿qué es lo que te gusta?

---

“Madre: bueno eso, pero debe ser muy controlado, porque después se entusiasma y quiere hacer esto y aquello y más, pero si no funciona usted lo viera, después es peor porque se desilusiona y cae. O sea si ahora hemos logrado subir cinco peldaños, luego cuando fracasa cae diez y tenemos que partir de cero, y eso nos cansa a todos, por eso yo digo que está bien que haga cosas, pero poquito a poco”

(Paciente, 24 años. EQZ-Primaria)

Otra respuesta a las iniciativas de individuación del hijo fue la falta de confianza en que estas iniciativas pudieran llegar a su fin. Esta idea se relaciona con el agotamiento familiar y la dificultad para creer y valorar los cambios positivos que pueda llevar a cabo el paciente:

“Él siempre dice que va hacer esto, pero bueno...esto es más un decir porque si ni siquiera puede estar en el centro, ya me dirá usted cómo va a poder tener un trabajo en donde deba cumplir unos horarios, eso no es fácil, eso siempre se lo digo”

La protección que se le brinda al paciente se relaciona con la creencia de que este necesita y siempre ha necesitado ayuda y preocupación:

“Madre: des de petit sempre ha estat no problemàtic, perquè es afectiu, però sempre he sentit que li havia ajudar, en els estudis, feina.... penso que s'ha sentit poc feliç.”

La sobreimplicación y la protección que generalmente son vividas por la madre como una forma de sacrificio y entrega, también fueron percibidas por el paciente como un mensaje que comunica incapacidad e imposibilidad de cambio.

Paciente: Y yo no es que la opinión de los demás mi importe, pero bueno una opinión como la de mi madre me afecta y ella siempre cree que yo estoy mal, que yo soy una especie de loco y que esto no va cambiar, siempre me dice que estoy mal, que está preocupada por mí, que sufre por mí, pero eso me afecta más, yo prefiero que no se preocupe por mi si es así.

(Paciente, 22 años. EQZ-Primaria)

En general las madres compartieron el valor del sacrificio, tanto en el momento presente respecto al cuidado del paciente “es la cruz que nos toca llevar” como en la historia familiar, en la que los conflictos con el padre la posicionan como una persona que ha sufrido y que ha soportado muchas cosas por continuar con la familia. En este contexto el cuidado que la madre ofrece al paciente es reconocido por el paciente como un esfuerzo. El distanciamiento por parte del hijo se hace difícil pues el paciente también reconoce en la madre una mujer que necesita compañía y protección.

Los mensajes se caracterizan por ser contradictorios, tanto por parte del paciente como de la madre. Hermanos de los pacientes reconocieron en este aspecto de la relación una forma de dependencia, una manera en la que madre e hijo están “enganchados”:

Terapeuta: Osea tu vienes a decir que el problema se genera cuando están los dos

Hermana: como que uno necesita del otro para...es como que tienen una cosa viciosa entre los dos para estar siempre...no sé, es que tú, es que yo...no sé, que se yo...Si están por separado no, en ningún momento en casa hay problemas, pero cuando están los dos...fuuuuu... (a padre) em sembla que es busquen, que es necessiten”

Las contradicciones y paradojas en la relación son reflejadas así mismo por la fusión, la lealtad y proximidad como por los conflictos y el rechazo. Esta dinámica fue asociada por la familia a la dificultad de independencia del paciente:

Hermano: Lo que yo te digo. Es que me sabe mal decirlo, es que tu a veces proteges y a veces huyes de él y lo abandonas, entonces claro no...Esta relación se ha establecido así 31 años...entonces ahora lo voy a dejar solo y que espabile... ¡hombre que se espabile! ¿Cómo?

(Paciente, 30 años.EQZ-Primaria)

La familia reconoce que este tipo de relación tiene una trayectoria histórica; “siempre ha sido así”. En las familias en donde hubo separación conyugal, se comprende esta actitud como una forma de sopesar el distanciamiento del padre, se reconoce así mismo la diferencia en la cercanía que tuvieron cada hermano con el padre, siendo el paciente generalmente el más distanciado a este y más próximo a la madre:

Hermana: Es que mi padre era el que ejercía el poder la autoridad sobre él y sobre todos, y mi madre pues detrás apoyándole, ayudándole...y protegiéndole un poquito, nosotros íbamos detrás de mi padre, él era más cercano a nosotros que a él, pero también íbamos más a la nuestra, mi hermano pues se vinculaba a mi madre evidentemente ella le daba todo ese cariño, todo ese apoyo que no recibió por parte de mi padre, claro pero mi padre se fue, nosotros también y todo ese apoyo, la protección, esa burbujita entre ellos ha seguido, claro ahora nos estamos dando cuenta que tampoco ha sido muy favorecedor, no?

(Paciente, 28 años. EQZ-Primaria)

Acompañamiento rígido: La figura del padre en las familias del grupo de estudio también se vinculó a esta característica de las familias hacia la baja diferenciación. Los padres que estuvieron presentes en las entrevistas, es decir en aquellas familias en donde había presencia de la figura

paterna, tendían a participar en la vida del hijo, en las actividades y en sus iniciativas. Estaban informados de sus diligencias cotidianas, participaban de sus gestiones y les acompañaban. La implicación se relaciona sobre todo con movimientos de autonomía del hijo. El acompañamiento tiene un carácter de rigidez, en el sentido de que no considera perspectiva del hijo y no es algo que esté sujeto a discusión.

Paciente: A mí no m'agrada anar al pilates perquè em avorreix el pilates

Padre: no, no, ja t'he dit Marc que continuà assistint a aquestes classes, a tu et va bé... (a terapeuta)  
vamos cada lunes, miércoles y viernes por las mañanas

Madre: es fa el que tu vols

Paciente: tots anem on tu vols

Padre: no...

Paciente: tota la família fa

Padre: no, home, jo ho faig per vosaltres

Paciente: cada setmana quan anem on la iaia

Padre: el pilates ens fa bé, ens fa bé, és part d'unes obligacions, o sinó estaries tot el dia al bar

(Paciente, 26 años. EQZ-Primaria)

Participación en proyectos: La implicación del padre también está presente en iniciativas del paciente. El padre participa y se involucra en los proyectos en los que el hijo expresa estar interesado. Esto considerando que el interés en iniciativas personales en este grupo de pacientes no suele ser distintivo y cuando está es de un modo incipiente y sutil. El siguiente extracto muestra la discusión entre padre e hijo en relación al interés que expresó el hijo de aprender a hacer pan y el interés del padre de tener una panadería:

Padre: está justificando todos los posibles para justificar que no lo puede hacer. Yo, ya tonterías de estas he hecho bastantes, desde que dijo lo de la panadería yo hice todo para que lo hiciéramos, le compré lo que me pidió y le hice contactos para que vendiera...

Paciente: no, no es así...

Padre: ¿cómo qué no?, yo ya estoy harto de sus caprichos, cualquier otro ya estaría cansado en mi lugar

Terapeuta: cuidado con lo que dice, que usted ha hecho muchas cosas por su hijo y no deje que la emoción lo haga decir tal

Padre: tu dijiste de aprender a hacer pan y yo dije, y si hacemos esto de la panadería y después vendemos y hacemos una panadería

---

Paciente: pero si yo no quiero tener una panadería

(Paciente, 28 años. EZQ-Primaria)

La actitud del padre, lo sólido y acabado que parece respecto a la iniciativa, contrasta con la actitud del hijo. La implicación del padre, parece fuera de las posibilidades de este hijo y sobre todo, es desproporcionada a un interés incipiente de llevar a cabo una actividad. La sensación de que el padre se adelanta a los proyectos y al ritmo del paciente es compartida en este grupo.

El padre expresa que él debe realizar ciertas acciones o mantener cierta actitud por el beneficio del hijo, más allá de que el hijo esté en desacuerdo. Esta idea de “lo hago por ti” se entrelaza con la desconfirmación en el sentido de que se le devuelve al hijo una definición de si en la que no es capaz de decidir, y que sus decisiones no son en realidad lo que parece necesitar. El siguiente segmento se relaciona con las visitas de la familia cada fin de semana a casa de la abuela paterna.

Padre: si vamos es gracias a que yo me organizo y si no, no iríamos, no saldríamos a ningún sitio, como mínimo ir donde la familia, por último te distraes

Paciente: pero tú eres el que necesita ver a la abuela cada fin de semana

Padre: no, home! Jo ho faig per vosaltres... (A terapeuta) en ciertos temas que tengo que poner una serie de puntos, me parece.

(Paciente, 30 años. EZQ-Primaria)

La negativa del hijo es interpretada por el padre como la imposibilidad de este de saber aquello que le hace bien o necesita, la idea de “él no sabe lo que le conviene” es la justificación que el padre emplea para mantener sus propuestas: “Padre: Esto te hace bien aunque no te guste, en realidad tú no sabes que esto te gusta y yo me sacrifico por hacerlo por ti, porque a mí tampoco me gusta ser así”. Finalmente, como el padre comprende que sus acciones están dirigidas al bien común de la familia, son definidas como una forma de sacrificio: “Padre: tinc un caràcter per treure a la família dels problemes, per dosificar l'economia i perquè tothom pugui fer la seva vida, perquè o sinó no funcionaria”

### 6.2.3. Organización familiar trianguladora

Presenta diferencias significativas en la prueba de comparación de grupos ( $p=0,012$ ). El grupo de EQZ-Primaria presentan las puntuaciones más altas en este dominio, con una media promedio de 3,35 y un promedio de 18,36 codificaciones por familia. A este grupo le sigue el de EQZ-Tóxica con una media promedio de 3,12 y un valor relativo de 15,75 codificaciones por familia. Finalmente el grupo que puntúa más bajo en este dominio es el de las familias No-EQZ, quienes registraron una media promedio de 2,23 y un registro promedio de 9,2 codificaciones de por familia.

Como se aprecia en la tabla 20, el dominio Organización trianguladora ha estado conformado por 5 categorías que hacen referencia a la definición operacional del constructo.

Tabla 20.

#### Composición de dominio Organización trianguladora

Subcategorías	Eqz. Primaria FAM1		Eqz-Tóxica FAM 2		No-Eqz. FAM 3	
	V.R*	Frec.	V.R	Frec.	V.R	Frec.
1. Triangulación	93	4,89	43	5,37	24	2,4
2. Alianzas	68	3,57	28	3,5	32	3,2
3. Alteración de los roles	73	3,84	21	2,62	13	1,3
4. Coalición	30	1,57	3	0,37	5	0,5
5. Aglutinación	85	4,47	31	3,87	18	1,8

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo.

\*\*Frec: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

Según se aprecia, el grupo de No-EQZ-posee en general los valores más bajos y el grupo de familias con EQZ-Primaria lo valores más altos en todas las categorías, salvo en Triangulación en donde las familias con EQZ-Tóxica tuvieron codificaciones más altas.

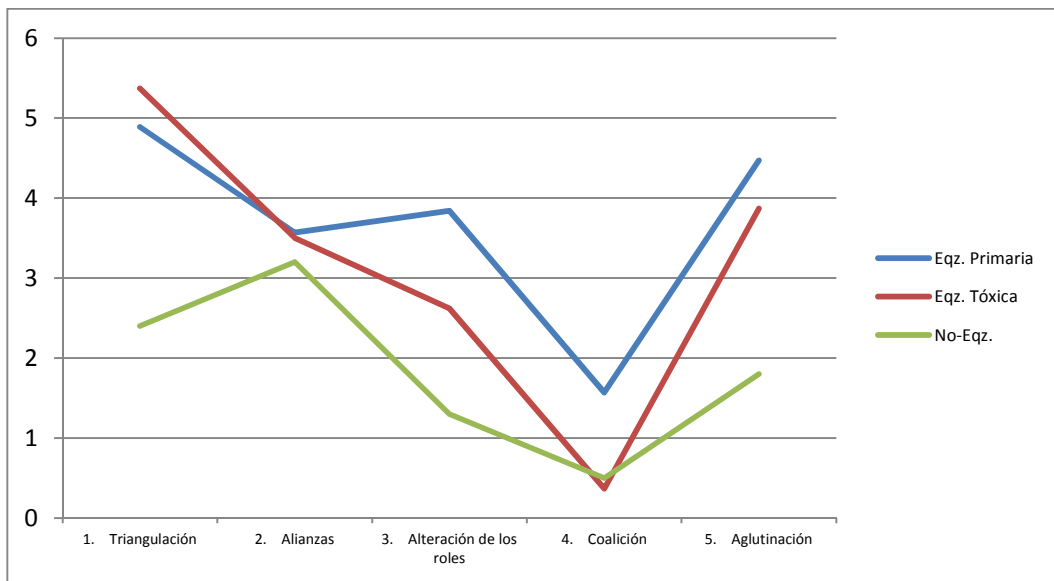


Figura 16. Categorías de dominio Organización trianguladora

Triangulación: La triangulación alude a un modo de estructura familiar que sucede entre tres miembros del sistema y en donde uno de los tres se encuentra en medio de la relación. En las familias del grupo de estudio es la estructura relacional más frecuente.

A nivel de organización es el paciente quien ocupa actualmente o había ocupado en la historia familiar un lugar en medio de la relación de la pareja, generalmente más próximo a la madre y más distanciado del padre:

Hermana: Desde pequeños cuando mis padres discutían siempre el Antonio estuvo como en medio de la peleas, mi padre se enfrentaba a mi madre y ahí estaba él

Terapeuta: (a paciente) ¿Cómo crees que eso afectó en la relación con tu padre?

Paciente: pues en que el me ve como una prolongación de mi madre, entonces cuando se divorció de ella también se divorció de mí, eso no fue lo que paso con ustedes (a hermanos).

(Paciente, 31 años. EQZ-Primaria)

Los triángulos poseen la función de equilibrar la relación la pareja. La inclusión de un tercero en medio de la diada que está en conflicto tiene la función de desviar la atención y/o de encubrir el conflicto explícito de la pareja parental. Durante el desarrollo de las sesiones de fase diagnóstica, los contenidos relacionados a la relación de pareja no suelen ser fácilmente explicitados, incluso en aquellos casos en donde uno de los padres ha explicitado al rellenar la hoja de solicitud “desavenencias en la relación de pareja”, “problemas maritales”, etc. Cuando este tema se explicitó,



---

generalmente a partir de una pregunta explícita del terapeuta, los padres relacionaron los conflictos con el problema de salud del paciente.

Existieron diferencias entre la vivencia de triangulación en los miembros de la fratria, no todos participaban de la experiencia de triangulación de igual modo, estas diferencias se relacionaron a la etapa del ciclo vital de la pareja y/o a la edad de los hijos, los hermanos recocieron diferencias en las experiencias en relación con sus padres

Hermana: mi hermano se vinculaba más a mi madre, es que ella le daba todo ese cariño que no recibía de mi padre, en cambio nosotros como que nos fuimos alejando, cada uno hizo su vida, quizá éramos más fuertes, no sé...nos llevaban al spali y teníamos más amigos, en cambio él (paciente) se fue quedando, se fue quedando en la casa. A mí, mi padre también me chinchaba, pero era diferente, no se metía tanto conmigo, como que había más respeto, y contigo (a hermano), tu eras como su favorito, recuerdo que siempre cuando venía de los viajes te traía un regalo”

(Paciente, 30 años. EZQ-Primaria)

Coalición: Es la forma en que los miembros de la familia se agrupan en torno a un conflicto. A nivel de organización implicó la alianza de dos o más miembros de la familia unidos en un enfrentamiento hacia otro u otros miembros del sistema familiar. Implica un conflicto explícito, vivido con intensidad, desde donde se desarrolla una visión polarizada de los temas en cuestión. El resultado de esta alianza era la marginación o el desplazamiento a una posición periférica al o los miembros destinatarios de la coalición. A nivel relacional, supuso una ruptura de la familia en dos bandos polarizados en torno al conflicto.

En el caso del siguiente relato la hermana del paciente explica su negativa de asistir a las sesiones junto con la madre y el hermano. A la sesión asisten solo el padre y la hija, por advertencia de la familia:

Padre: Bueno, tal como la ves la Laura (mirando hacia la hija)

Terapeuta: bueno, pues mucho gusto, era el único miembro que nos faltaba...y bueno pues como el mensaje que nos comunicó tu padre fue que si venías con el si, pero con nadie más...entonces a mí me gustaría oírte una explicación de eso ¿porqué sólo con tu padre y con nadie más de la familia?

Hermana: porque...no, no, no. No quiero que se tomen la confianza luego y después esté obligada en casa a otras cosas...no sé cómo explicarme, he dicho algo pero no he dicho nada (ríe), es que no me siento cómoda

Terapeuta: yia, yia, yia...si eso nosotros lo respetamos, no faltaría más, pero es extraño porque no dejan de ser tu madre y tu hermano, pero bueno

Hermana: si, por su puesto...pero, también son personas que a veces me hacen sentir mal y eso, quiero evitarlo

(Paciente, 30 años. EZQ-Primaria)

La estructura implica la pérdida del contacto afectivo con las partes del bando contrario. En el caso descrito los padres son quienes lideran cada uno de los bandos de la coalición, en estos casos, los hijos pierden la relación afectiva con la figura paterna:

Hermana: Yo a mi madre, como si no existiera, ella nunca me dice nada, ni consejos ni nada, todo tiene que ver con mi hermano

Padre: (a terapeuta) La madre nunca ha estado por ella

Hermana: Yo mejor río para no llorar

Cuando la unión sucede entre miembros de subsistemas con diferente jerarquía; por ejemplo: paterno y fraterno, implica alteraciones en la jerarquía y violación de límites generacionales. En el siguiente caso, la madre explica su vivencia de ser trasladada a un lugar periférico a nivel relacional.

Madre: Yo pierdo la paciencia, con el (al padre), primeramente la pierdo porque tengo mis razones, con ella (hija), porqué llega un momento en que ya me han dejado los dos (padre e hija) en un rincón, como aquí, ale, ale....aquí está en un rincón, ale!, tu no mandas nada!

(Paciente, 27 años. EQZ-Primaria)

Aun cuando el conflicto es simétrico, existen diferencias de poder entre los bandos. Cabe señalar que los bandos no estuvieron formados en relación a diferencias de jerarquía; es decir no formaban un bando las figuras paternas y otro las figuras fraternas, más bien, cuando las figuras paternas participaron en la coalición, se distribuyeron en bandos diferentes. Por otro lado existieron coaliciones que se dieron dentro del subsistema fraterno. Los temas que aparecieron relacionados a las diferencias de poder fueron: la salud mental y la proximidad con la figura principal de poder.

Las diferencias de poder por salud mental, se refieren a que un lado de los bandos estaba compuesto por el paciente identificado y por otro miembro que también era identificado por la familia como "problemático" o "raro" y a quién de la misma manera se le asociaba a una historia de consultas psiquiátricas. En estos casos el otro bando se definía como sano y esa salud le designaba en la posición de tener el control y tomar las decisiones:

---

Un tema característico en estas situaciones fue la discusión en torno a la incapacitación del paciente identificado. El bando de la coalición que poseía más poder se mostraban partidarios a la idea y pese que la negativa del bando contrario, ya se habían realizado acciones concretas para iniciar el proceso.

A propósito del tema de la incapacitación, que suele ser un contenido habitual en las primeras sesiones, se aprecia falta de información respecto a los supuestos beneficios que acarrea. Las familias lo asociaron a que está sería la mejor forma de que el paciente trabajara o mantuviera adherencia al tratamiento, creyendo que el estar incapacitado supondría alguna ayuda externa para manejar mejor los conflictos. En base a este tipo de informaciones, una parte de la familia, la que tenía más poder dentro del sistema, se mostró avenida a la idea de incapacitar al paciente. En estos casos se realizaron intervenciones en donde se explicó cuales son los beneficios y inconvenientes de esta determinación y se invitó a la familia a considerar la decisión con más elementos.

El otro tema que diferenció a los bandos en cuestiones de poder fue la proximidad a la principal figura de poder dentro de la familia. En el siguiente relato se aprecia la coalición con la pérdida de contacto entre miembros del sistema y las diferencias de poder explícitas por temas de salud mental y proximidad a la figura de poder que en este caso es la madre; anciana y propietaria de la herencia.

Terapeuta: La próxima sesión podemos darle vacaciones a tu madre y que vengan los cuatro hermanos. (a la madre) ¿Le parece bien?

Madre: (sonríe) Creo que eso no va a ser posible

Terapeuta: ¿A no?, ¿por qué?

Paciente: Porque si viene Patricia, Francisco no va a venir, no pueden venir juntos, no podrían estar bajo un mismo techo (sonríe)

Terapeuta: a ver, entonces que vengan en dos tandas...

Paciente: yo con Patricia el próximo día y luego con los otros dos

(Paciente, 31 años. EZQ-Primaria)

La siguiente sesión se presentaron el paciente identificado y Patricia, en este momento Patricia explicó su negativa a asistir junto a Francisco, aludiendo a que para ella; "es un persona imposible de tratar y que prefiere mantener muy distanciado". El próximo día, tal y como se había planteado, asistieron a sesión el paciente identificado junto a los otros dos hermanos; Francisco y Carmen. Francisco explicó sus motivos para mantenerse alejado de Patricia, y estuvo de acuerdo en que "no podían estar juntos bajo un mismo techo". Durante la sesión se apreció como Francisco y Patricia

habían conseguido en esta coalición, el apoyo de Carmen y el paciente identificado, respectivamente.

Así todo, la coalición quedaba distribuida del siguiente modo:

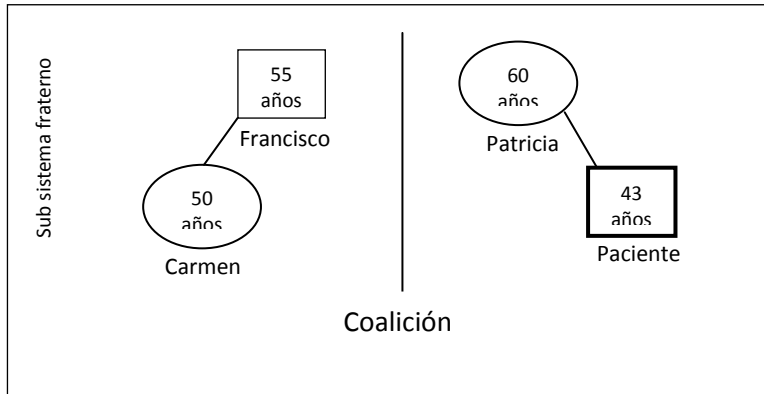


Figura 17. Mapa familiar coalicione

También se pudo apreciar que la madre, quien contaba con el poder que le daba la edad, una historia de esfuerzo y superación, herencia y notables habilidades sociales, se situaba más cercana a Francisco, quién era su principal cuidador y a Carmen quien tenía el rol de la hermana más exitosa de la familia. Por el otro lado se situaba Francisca cuya relación con su madre había sido problemática desde la adolescencia y Ramón, el paciente identificado, ambos eran la parte “consultante de la familia”, Francisco y Carmen habían hecho referencia a los problemas de Patricia y sus consultas psiquiátricas en sesión. Por otro lado, pese a los problemas de alcoholismo que tenían la madre y Francisco, el poder que poseían en el sistema no los ponía en una condición de “pacientes”. De este modo el mapa relacional<sup>18</sup> de la familia quedaba dibujado de la siguiente manera:

<sup>18</sup> Diagrama basado en la estructura familiar que sirve como guía de trabajo para estudiar la estructura de la familia; los subsistemas, la distribución del poder y la proximidad en las relaciones. Muestra la situación de crisis actual, entendida dentro de estrategias individuales en torno al problema.

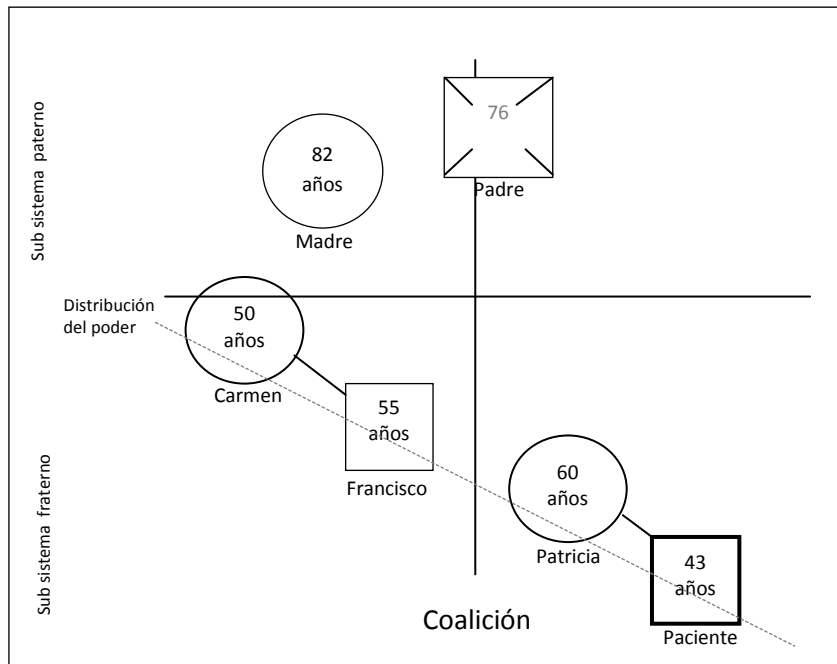


Figura 18. Mapa familiar: coalición y poder

La proximidad a la figura de poder y la definición que hace el sistema familiar considerando patológico a uno de los bandos, hace complementarias las relaciones de poder entre ambos lados de la coalición.

Debido a la separación que implica la presencia de coaliciones familiares, generalmente un miembro del sistema toma un rol de emisario, es el miembro que pese a que pertenece a uno de los bandos puede mantener vínculos con los otros miembros del sistema. Generalmente este rol fue ocupado por los pacientes, quienes desde su condición de enfermos, podían ser vistos con cierto grado de simpatía por los demás miembros.

Alianzas: Se dieron como formas de unión que implicaban apoyo mutuo entre dos miembros del sistema familiar, la unión posee la característica de ser incondicional e inalterable. Funcionan como un pacto y conllevan el cuidado del otro, implicando su defensa y la lealtad hacia su posición. Se aprecia también que las alianzas en estas familias constituían una forma de afiliación aglutinada y sobre involucrada.

Las alianzas que se registraron fueron de tres tipos;

Entre el paciente identificado y la madre

Entre el hijo cuidador y madre

Entre el hermano prestigioso y padre

El siguiente relato describe la alianza entre la madre y el paciente, se puede apreciar que al igual que los otros elementos descritos, las alianzas suceden en un escenario familiar complejo, asociado en este caso al abandono del padre y a la separación conyugal.

Madre: Nosotros nos hacemos compañía, ahí vamos tirando cada uno con sus problemas. Pero bueno, un día uno está mejor, al otro día el otro.

Paciente: a mi madre le gusta que esté en casa, aunque luego dice que no le gusta, pero cuando salgo...que a que hora vas a venir, que llámame, no me deja marchar (rie)

Madre: ¿yo?, eso tu, yo hace años que no quiero hombres en mi vida.

(Paciente, 31 años. EZQ-Primaria)

Por otro lado las alianzas entre dos miembros de la familia fueron vividas como diferencias relacionales y bajo la sensación subjetiva de desigualdad en la dotación de afectos por parte de los miembros ajenos a la alianza. Como se aprecia en el relato, la alianza entre la madre y el paciente identificado ha sido vivida como un abandono para el otro miembro de la fratria:

Padre: Pero no hay reproche de la madre de cara a él (paciente)

Hermana: no, jamás, pero eso no ha sido desde que se le dijo que estaba enfermo, ha sido desde siempre

Padre: no, no, desde pequeño. Y si ha tenido mi hija un problema en el colegio, bueno, ya te apañaras

Hermana: si, porque como él era siempre el inquieto hay que estar por el...pero yo como era más tranquila, bueno ya te apañaras...mi madre siempre ha estado más por el, aunque luego se lleven fatal.

(Paciente, 28 años. EZQ-Primaria)

Cómo ya se señaló, otras relaciones de alianza se dieron entre un hermano/a y la figura materna. En el siguiente relato la hermana del paciente se manifiesta en defensa de la madre, comentando como le afecta que su madre piense que puede tener alguna responsabilidad en el problema del paciente:

Hermana: Es que me sabe mal ver a mi madre así, entonces yo sé que ella piensa que tiene culpa de que esté el Joan así, pero mamá no es así....es que si yo viniera de la calle vería que mi padre no ha hecho nada y mi madre demasiado ha hecho y sola...

Terapeuta: vale, vale, Elena...está bien...está bien...

Hermana: si nos ponemos en su situación

Terapeuta: ella es una madre mayor, que se merece el cuidado de sus hijos, pero nadie le va hacer nada malo...pero no pasa nada porque ella llore

Hermana: es que me sabe mal que ella se sienta mal, y otra persona se desentienda...ella siempre ha estado ahí...

(Paciente, 27 años. EQZ-Primaria)

Aglutinación: Se caracterizó por la tendencia a la unión y por consiguiente a colocar en el grupo familiar decisiones o contenidos individuales. Se evidencia por ejemplo, que todos opinaban sobre algo privado de uno de los miembros o que las decisiones privadas se hacen grupales.

La dificultad en el establecimiento de límites claros fue una de las características de esta categoría. La ambigüedad y la impresión, dejaban espacio a la confusión y a la posibilidad de dar respuestas equivocadas.

Hermano: Exacto, osea esta cuestión de ahora te protejo y ahora no te quiero porque eres un pesado, ahora te protejo...y ahora no te quiero, entonces claro al Víctor le cuesta decir, bueno ahora en qué quedamos, ahora soy tu hijo, soy la víctima o que soy?... mi madre no acaba de posicionarse como madre que pone límites y que tiene que mantenerse en sus límites y en la autoridad no los acepta pero claro después a ella le sabe mal si claro después él está enfermo, entonces esta dinámica que han tenido hace años de años desde que era pequeño, no se ha roto...mi madre no solamente ha protegido al Víctor sino que también le ha castigado también le ha penalizado entonces yo creo q esto al Víctor lo ha desorientado mucho, es decir tener un referente que es autoritario, pues según cómo puede ir bien, pero cuando es permisivo, después te critica y ahora pobre niño y ahora te critica y ¡ahora esto no!, entonces yo creo que esto lo ha desorientado

(Paciente, 31 años. EZQ-Primaria)

Los límites no fácilmente definidos, sobre todo los límites entre subsistemas, los cuales quedan fácilmente diluidos a partir de las diferentes estructuras relacionales que alían a los miembros alterando la jerarquía regular.

El paciente identificado es quien parece más diluido dentro del sistema familiar, la falta de autonomía y su poca diferenciación dentro de la familia se entrecruzan con su identidad sintomática, el paciente generalmente parece adaptando su identidad al acuerdo familiar.

Otras características relacionadas con la organización familiar

Tras haber descrito las categorías que han definido el dominio de Organización trianguladora, se describirá cinco características vinculadas al dominio y a la expresión interconectada de sus diferentes categorías.

- a) Crítica del padre a la relación madre – hijo
- b) Conflicto conyugal
- c) El rechazo de uno o ambos padres de la relación del paciente con el otro padre
- d) El rol de mediación de la madre

## a) Crítica del padre a la relación madre-hijo

En los casos en que había separación conyugal la división de la pareja se asoció al distanciamiento paterno del paciente. Los hermanos aunque generalmente tenían una relación distante con el padre, mantenían algún tipo de contacto. La familia reconoce que el padre criticaba la relación materno-filial y que atribuía a esta los problemas del paciente:

Hermano: mi padre la crítica que ha hecho siempre y todavía la hace es que mi madre le ha protegido demasiado, entonces se ha perdido toda la autoridad y se ha quedado con esta idea, osea no es capaz de ir más allá y pensar yo también soy culpable de algo

(Paciente, 25 años. EZQ-Primaria)

En los casos en que había unión conyugal el padre también manifestó su rechazo a la diada que forman la madre y el hijo.

Terapeuta: ¿La idea de hacerle un regalo a tu hijo no te cautiva?, hazte la idea de que tu hijo está lastimado...

Padre: El apoyo de la madre a todo lo que diga el niño y esto a un nivel del absurdo y no desde ahora, desde que era pequeño, yo es que considero que me están tomado el pelo desde pequeño. Este binomio que existe desde pequeño, hasta mi hija lo dice.

Terapeuta: existía, pero no es tan simple

Padre: pero toca los pebrots

(Paciente, 26 años. EZQ-Primaria)



---

Padres proyectaron en el hijo sentimientos asociados a la pareja, como si estar de parte del hijo significara ceder en el pulso que se tiene con el otro miembro de la pareja:

Padre: Cuando su madre no está, no pide porque sabe que yo no se las hago. Así que su madre continuará la dinámica de hacerle caso y yo de no hacerle caso. Si está su madre en la casa; prepárame una tortilla, prepárame esto...yo, el otro día me dijo ve al ambulatorio y ve si es esta la medicación, y yo le dije, mira nen tú tienes 2 piernas y 2 brazos y te vas a buscarlo tú, y me dijo: tú no tienes compasión, y yo le dije, no, no tengo nada, porque tú no tienes por mí (risa)...yo no me dejo absorber por su madre, porque después juega con más personas

(Paciente, 31 años. EZQ-Primaria)

El hijo es puesto en medio de la pareja, encarnando los problemas conyugales. La instrumentalización da paso a lo que se ha definido como “vivir en tierra de nadie” el paciente permanece aliado a la madre, quien sin embargo tiene como principal prioridad el conflicto con el marido. Por otro lado el marido parece no ver a su hijo como una persona diferente de su esposa, que le necesita y que le busca.

#### b) Conflictividad conyugal

Como ya se ha comentado, los conflictos conyugales, presentes en la mayoría de las parejas en el momento en que se realizó la primera consulta, se encubrían bajo la dinámica relacional de la familia. En las secuencias en que se indagó respecto a este tema, la discusión giró en torno a diferencias en la co-crianza y problemas relacionados con el paciente. Por ejemplo, en el siguiente figura se muestra un registro extraído de una entrevista de segunda sesión en donde participaban los padre y el paciente, el terapeuta indaga sobre un tema que hasta ahora no había sido explicitado por la pareja y que había sido escrito en la hoja de solicitud como motivo de consulta: “Desavenencias conyugales”. En la secuencia de intervenciones, la pareja vinculó dichas desavenencias al problema en el abordaje del trastorno del hijo. Cuando el terapeuta, va más allá e indaga sobre la posibilidad de separación conyugal, la madre quien había escrito la hoja de solicitud, reconoce que las diferencias llegan a haberse planteado la posibilidad de separación, finalmente es ella quien cierra la secuencia vinculando todo lo anterior nuevamente a la problemática del paciente

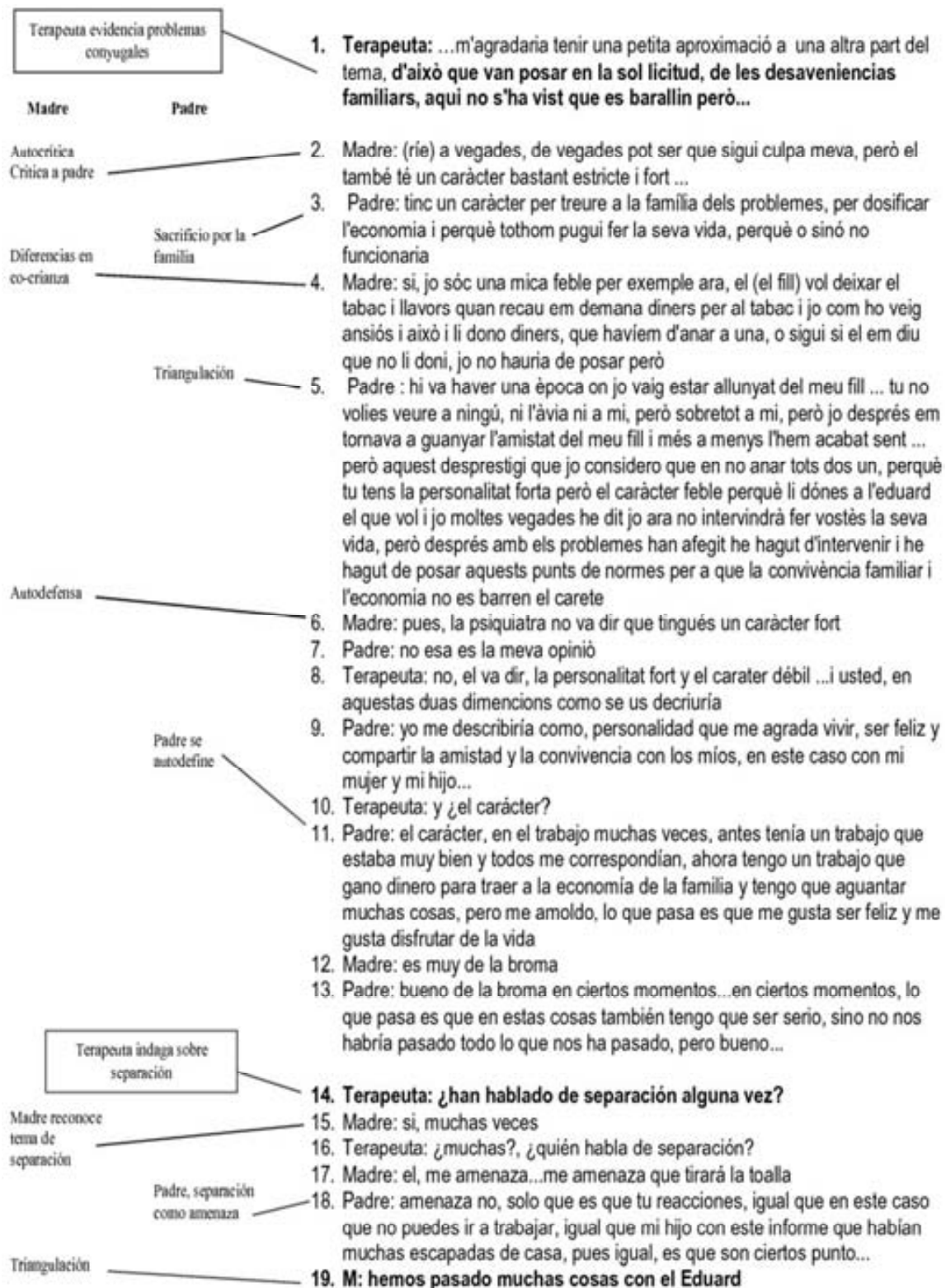


Figura 19. Conflicto conyugal y triangulación

Los problemas conyugales se expresan con mayor claridad en familias en donde el nivel de hostilidad es más explícito. En la definición que se hace del conflicto se aprecia la complejidad de elementos relacionales que se superponen al conflicto conyugal y la posición intermedia que ocupan los hijos a partir de alianzas y triangulaciones. El siguiente segmento corresponde a una segunda entrevista en donde participaba toda la familia. La madre tras argumentar respecto a los conflictos fraternos (paciente-hermana), expresa su comprensión hacia el paciente aludiendo que ella experimenta una situación similar:

Madre: (refiriéndose a paciente) Estaba peleando con la hermana y se me puso a decir; es que me dan ideas de coger un cuchillo y matarla, y yo le digo, ¡hombre!, es que estaba yo delante de su hermana, y a veces tengo ideas de matarte a ti también, y yo le digo te atreverías?,...bueno estas cosas también son en el momento que tiene euforia, que a veces yo también cogería a mi marido y lo....

Terapeuta: ¿lo mataría?

Madre: lo mandaría al...

Terapeuta: bueno, se pueden matar todos, ¡matar todos!

Madre: no, matar no, matar no, matar yo no...

Terapeuta: luego nosotros nos suicidamos (risas)

Madre: no, no, no, yo no he hablado de matar, el harakiri no tampoco. Hay otras vías, hay otras vías...

(Paciente, 30 años. EZQ-Primaria)

### c) Uno o dos de los padres rechazan la relación del paciente con el otro padre

En los casos en que había separación conyugal se aprecia la negativa de uno de los padres a que el paciente mantenga un contacto con el otro. Es la madre la que en estas familias ejercía el rol de cuidadora y por lo tanto quién rechazaba este contacto. La familia participaba apoyando la decisión, manifestando sus sentimientos de haber sido abandonados y dejando ver la dificultad que esto había supuesto, atribuían la culpa de los problemas familiares y de la historia de la enfermedad al padre. La siguiente cita fue recogida de una entrevista de tercera sesión y capta el punto de vista de la mayoría de estas familias tras la propuesta del terapeuta contactar al padre y hacer una sesión con el paciente y el padre

Terapeuta: A nosotros nos parece que podría ser provechoso que Julián, ya que tiene la inquietud de aclarar ciertas cuestiones con su padre, nosotros lo podríamos contactar y en este espacio que al ser un espacio terapéutico es más protegido le ayudáramos a hablar con su padre

Hermana: Yo eso no lo veo claro, porque cada vez que se han visto luego mi hermano está peor. Porque es precisamente mi padre el que, si no hubiese sido como ha sido las cosas no serían hoy así.

Madre: yo no veo que eso pueda ser útil, no es que yo me oponga, pero claro el se ilusiona con su padre, cuando el padre lo llama o tal se ilusiona y se le olvida todo lo que hemos pasado, yo lo entiendo pero después el mismo se da cuenta que su padre lo hace sólo para acallar su conciencia por que no cumple con ninguno de los acuerdos a los que llegan. Yo veo que si se dejaran definitivamente de hablar a él le vendría mejor, pero esto de ahora te llamo y ya te llamaré el año que viene para tu cumpleaños eso es peor, porque él se hace ilusiones.

Paciente: pero hablamos más que sólo para el cumpleaños

Terapeuta: ¿Cada cuánto hablas con él?

Paciente: cada dos o tres meses

Terapeuta: Yo entiendo que todos estéis muy sentidos con el padre, porque tenéis motivos, pero también es un derecho que Julián tiene de que si lo quiere ver puede verlo y eso no significa que dejará de apreciar lo que ustedes han hecho por el

Hermana: si el viene aquí, yo no vengo más.

(Paciente, 28 años. EZQ-Primaria)

La familia señalaba al padre como el causante principal de los problemas familiares, aunque el paciente intentaba, siempre que podía, mantener una visión menos polarizada. La hermana expresó que dejaría de venir al espacio terapéutico si el equipo entraba en contacto con el padre, la madre, a su manera, volvía a referirse a los perjuicios que había causado su marido y transmitiendo la idea de la inutilidad que supondría convocarlo a sesión. Parecía quedar claro, desde el inicio, que la figura paterna no estaba legitimada para el trabajo psicoterapéutico. En las secuencias se aprecia que en paralelo a esta idea el paciente, reconocía el esfuerzo que su madre hacía en cuidarle y estar por él. No la quería ver sola y expresaba en deseo de cuidarla y protegerla. Por otro lado, cuando se encontraba más enfadado, acusaba a la madre por haber estado veinte y tres años casada con una persona que sólo les había maltratado y hecho daño: *“no tendrías que haber estado ni tres días...”*. Era una especie de acusación y reproche mutuo, donde la madre, repetidamente, decía que se había sacrificado por sus hijos y que eso no era justo.

En los casos en que se pudo establecer algún tipo de contacto con el padre, se trabajó en sesiones individuales. En las sesiones los padres se mostraron colaboradores. Pudieron también expresar su versión de la historia de separación y divorcio y cómo eso ha complicado su relación con sus hijos.

---

Su mujer, desde su narrativa, era la causa de tantos problemas y de la actual situación de sus hijos, de sus enfermedades: “Mi mujer toda la vida lo ha estado sobreprotegiendo y eso hace él no tenga fuerza para tirar para adelante”.

Los padres expresaron su creencia en que sus hijos podían desarrollar una actividad laboral y minimizaban las limitaciones de empleo que pudiera suponer el trastorno:

“Yo creo que el debería dejarse de lós psiquiátricos y comenzar a tratar de llevar una vida más normal. Después del primer brote y de haber estado ingresado, yo me quede convencido de que el seguía totalmente capacitado para tirar adelante y construir una vida independiente. Le propuse firmar un contrato laboral en los doblajes, para motivarle, y que pudiera pasar página a lo sucedido. Pero, tanto la madre como la hermana y él lo interpretaron como una estrategia perversa, para poder dejar de pasarles la pensión. Después de esto yo me fui alejando porque sabía que lo que hiciera sería mal interpretado”.

Es evidente que no cabe la posibilidad para co-relacionarse libremente con los dos referentes más importantes (padre y madre). Desde esa escisión de lealtades y sentimientos, los pacientes se encuentran en un estado de alienación viendo coartadas su libertad y sus decisiones. Desde este escenario, lo que han podido experimentar, ha sido contemplar desde un bando, al otro, como contrario.

Los hijos se encontraban en un conflicto de lealtades. Durante mucho tiempo la madre ha hecho ver al padre como el culpable y teniendo en cuenta que el padre es, el progenitor más distante, aislado y ausente, es lógico que el paciente integre más fácilmente la narración dada/vivida por la madre. En este escenario, en el momento en que el padre se aproxima es rechazado y cuestionado. En la cita anterior el padre al ofrecer la posibilidad al hijo de volver a trabajar con él en los doblajes, es interpretado por el paciente como una trampa para que deje de entregarle la pensión que le corresponde. Esta interpretación, legitimada por la madre y la hermana subraya que el paciente no está en condiciones de poder trabajar ni de tener una vida independiente, antes es una persona enferma, incapacitada, con lo cual es importante tener el máximo de recursos económicos para poder cuidarlo y protegerlo. Se funda entonces en una *organización y mitología* familiar que, progresivamente, van definiendo la identidad del sistema, donde se van enraizando, con el pasar del tiempo, creencias, rituales y dinámicas que confirman su mecanismo precedente. El individuo enfermo va, muy lentamente, incorporando en su identidad las diversas narrativas que coexisten a su alrededor: soy un enfermo de por vida y por eso dependo de los demás; no puedo trabajar y

tener responsabilidades. A la vez, y en relación muy estrecha con este discurso, los demás elementos del sistema, en este caso la madre y la hermana, afianzaban la idea de la responsabilidad retroalimentando un sistema relacional, en el que se espera que el paciente incorpore su rol de alienado y cumpla con su función reguladora. Respecto a esto, un tema importante fue la paga que los pacientes reciben por su discapacidad. Esta generalmente es administrada por la madre, la administración era causa de conflicto.

Respecto a los mensajes que ambos padres dan a los hijos desde el comienzo de la terapia son contradictorios, cosa que hace del proceso terapéutico un vaivén de dichos, posturas, deseos y creencias paradójicas. La madre desde el sacrificio y los padres desde su necesidad de poder en el conflicto con la madre.

d) Rol mediador de la madre:

En los casos en que había unión conyugal en la pareja parental, las madres manifestaron estar en medio de un conflicto desde donde debían mantener la paz. Expresaron así mismo su cansancio en esta posición. Identificamos dos tipos de intervenciones en las que expresaban esta posición: las críticas al padre y al hijo en la misma secuencia y la defensa del padre cuando este no se encontraba presente.

Las críticas al padre y al hijo, fueron intervenciones que sucedieron cercanas en secuencias, se definen por comentarios de la madre en secuencias de confrontación padre-hijo.

Madre: (Al padre) Bueno, pero eso ya te lo dijo antes, tu también es que siempre estás insistiéndole en todo, (al terapeuta) yo le digo que lo deje en paz.

Paciente: y esto que dices ahora no es lo que dijiste (a padre).

Madre: pero es que tu también estás cambiando siempre de punto de vista (a paciente).

(Paciente, 31 años. EZQ-Primaria)

La *defensa del padre* sucedió en entrevista en que el padre se encontraba ausente. Se dio tras la queja o la crítica del paciente hacia el padre, después de secuencias de confrontación entre la madre y el hijo. Comentarios del tipo:

Madre: ¿Cuándo ha dicho eso tu padre?, “pero para pedirle dinero si que...”, “no es eso, al contrario le importa mucho más de lo que cree, lo que pasa es que ha habido esa tirantes, su hermana lo sabe que el se ha preocupado de los tres iguales”.

(Madre paciente, 28 años. EZQ-Primaria)

En un análisis de secuencias, se apareció que previo a la defensa del padre hubo secuencias de confrontación madre-hijo, en las que este intervino con una crítica al padre. Posterior a la defensa del padre se codificaron la autocrítica de la madre y la negación del conflicto por parte del hijo.

#### 6.2.4. Déficit identitario

En el análisis de las diferencias de los grupos, presenta diferencias significativas ( $p=0,000$ ). La puntuación más alta en este dominio las presenta el grupo de familias con EQZ-Primaria, con una media promedio de 3,32 y un promedio de 16,63 codificaciones por sesión. A este grupo le sigue el de EQZ-Tóxica con una media promedio de 2,15 y un valor relativo de codificaciones de 10,75 por sesión. Las puntuaciones más bajas en este dominio las presenta el grupo de familias No-EQZ, quienes registraron una media promedio de 0,76 y un registro promedio de codificaciones de por sesión de 0,79.

Como se aprecia en la tabla 21, el dominio Déficit Identitario ha estado conformado por 5 categorías que hacen referencia a la definición operacional del constructo.

Tabla 21  
*Composición de dominio Déficit Identitario*

Subcategorías	Eqz. Primaria FAM1		Eqz-Tóxica FAM 2		No-Eqz. FAM 3	
	V.R*	Frec.**	V.R	Frec	V.R*	Frec.**
1. Deterioro Paulatino	27	1,42	7	0,87	2	0,2
2. Déficit de autonomía	86	4,52	27	3,37	18	1,8
3. Inactividad	62	3,26	18	2,25	2	0,2
4. Aislamiento	54	2,84	22	2,75	11	1,1
5. Auto victimización	87	4,57	12	1,5	2	0,2

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo.

\*\*Frec: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

Según se aprecia, el grupo de EQZ-Primaria posee los valores relativos más altos en todas las categorías que constituyen el dominio, seguido del grupo de EQZ-Tóxica y finalmente el grupo de No-EQZ.

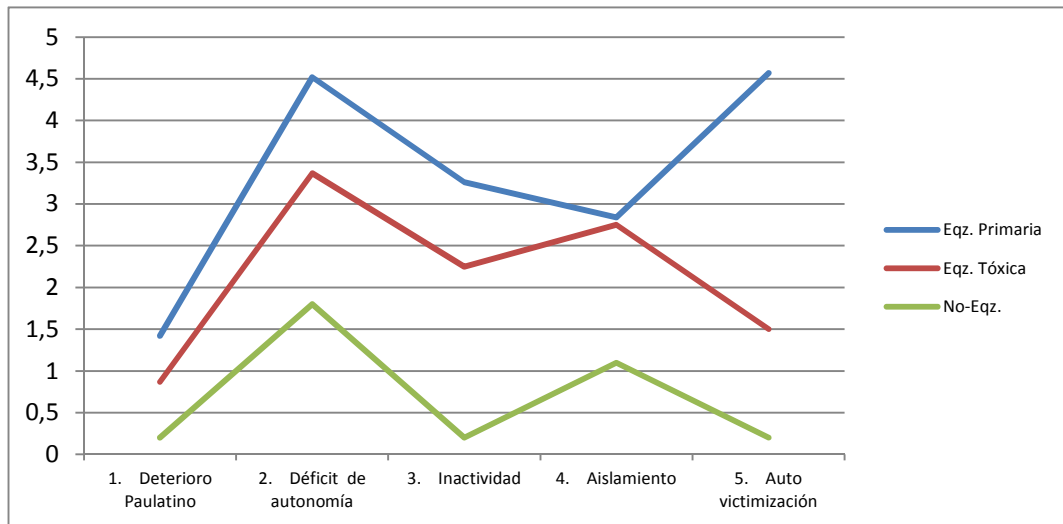


Figura 20. *Categorías de dominio Déficit identitario*

Este dominio alude a la idea del trastorno como un proceso diacrónico, que comienza en la adolescencia y se instala para formar parte de la construcción identitaria del individuo. El concepto de proceso se relaciona con el significado de diacronía que otorgan las características de su inicio paulatino; antes del primer episodio y el deterioro gradual que significan los posteriores efectos secundarios. La idea de identidad, pretende expresar la comprensión de que la afección psicológica principal en el cuadro compromete la identidad del paciente; esto primeramente, asociado a la etapa de desarrollo en que se inicia y el impacto que tiene la enfermedad en la imposibilidad de un logro identitario normal.

**Deterioro paulatino:** Alude a un proceso de deterioro paulatino y estuvo formado por tres contenidos generales; cambio adolescente, inicio con síntomas negativos y pérdidas previas. La característica de deterioro diacrónico fue expresada en todos los casos.

La familia sitúa el cambio en la adolescencia, *se refieren a cambios* egosintónicos por los que el paciente consultó a especialistas. Estos cambios concuerdan con síntomas negativos y se registraron antes de los 19 años de edad. El periodo que se reportó entre el surgimiento de estos cambios y el primer episodio tuvo una media de tiempo de 18 meses. El inicio en el grupo de EQZ-Primaria se caracterizó por la presencia de síntomas negativos. Se reportaron; anhedonia,



---

aislamiento, apatía y hostilidad. Fueron reportados como de inicio paulatino, por el paciente y la familia. Estos síntomas coincidían con la presencia de pérdidas referidas a un deterioro significativo en el área ocupacional, de trabajo o escolar, según dependiera y en el área social. Este contenido estuvo presente en todos los casos.

Déficit de autonomía: Esta categoría describe áreas que se ven comprometidas en el trastorno y que relacionan teóricamente con áreas de logro identitario.

Los relatos aluden a la necesidad de ser una persona independiente, la sensación de pérdida de la libertad y la necesidad de poseer espacios íntimos, en el plano físico y psicológico.

Paciente: A ver, es como decirle a un niño pequeño tu vas a hacer esto, yo no tengo libertad desde que me pasó esto, se tergiversaron los papeles, mi hermana tomó el mando, yo reclamo mi intimidad, mi madre me la da pero a veces se pasa. La Clara puso en su habitación, Argentina, no sé que...y se tenía que picar antes de entrar a la habitación de la señorita, mi madre igual y a la mía entra quien quiere...ocupan mi espacio.

(Paciente, 30 años. EQZ-Primaria)

La vivencia de falta de intimidad se describe asociada a poseer el diagnóstico. Los pacientes reportaron haber vivenciando un cambio en el modo en que los otros se vinculan con ella desde entonces. Este cambio implica, en este caso, la percepción de alteración de roles en relación a la hermana menor, lo que también es vivido como un pérdida de espacio psicológico.

La percepción de no ser tratado como una persona adulta y la necesidad de poseer un espacio de libertad es reclamada por los pacientes como una necesidad. Se describe generalmente en situaciones de la vida cotidiana que son fuente de conflicto para la familia.

Paciente: ... és que cada dia que anem al club vaig amb el meu pare, sortim al carrer i vaig amb el meu pare, sortim...

Padre: no...

Paciente: ¡si señor! ... ¡si senyor!

Padre: al matí pots...

Paciente: em tracten com un nen de 5 anys...

Padre: en el matí pots sortir al club

Paciente: em tracten com un nen de 5 anys

(Paciente, 22 años. EQZ-Primaria)

---

La necesidad de autonomía, se asocia a la posibilidad de poseer espacios de libertad esperados para la edad y de compartir con un grupo de pares, proyecto que generalmente se encuentra truncado, entre otras cosas, por el abandono de espacios formales de socialización; ámbitos educativos y laborales.

Padre: deixa'm parlar, jo et deixo parlar, 23 euros de la professora d'anglès, no ha vingut la profesora d'anglès i en lloc de donar-los a casa, te'ls has gastat.

Paciente: si, si, me'ls vaig gastar en un altre club que hi havia un amic, que té la mateixa edat que jo, exactament la mateixa i m'apunten un mes de prova.

(Paciente, 20 años. EQZ-Primaria)

La falta de independencia, es asociada por las familias con la inactividad del paciente, relacionada con el desempleo, condición presente en todos los casos de EQZ-Primaria. La inactividad se traduce en la permanencia en casa la mayor parte del tiempo y es vivida por la familia como un problema.

Hermana: A ver, ¿Cómo habéis quedado?, en resumidas cuentas, ¿has tomado el compromiso que respetarás las decisiones de la mamá?

Paciente: pero también las mías

Madre: yo te digo una cosa, yo no quiero tener a una persona en la casa viendo televisión 10 horas, que baloncesto y cine y cine

Hermana: la economía no es suficiente

Paciente: voy al cine los viernes y los sábados

Madre: pero ¡te alquilas dos películas al día!

(Paciente, 28 años. EZQ-Primaria)

La inactividad es un contenido que fue explicitado de parte del paciente como un deseo de cambio y de parte de la familia como una crítica. Se relaciona con la condición de desempleo; connotada por todos los pacientes. El desempleo sucede desde antes del primer episodio, y se mantiene la mayoría del tiempo, logrando algunos, trabajos esporádicos.

Deshabitación ocupacional, referida a sensación de estar desacostumbrado de tener una actividad formal, lo que ocasiona estrés y miedo a realizar una nueva incorporación.

---

Aislamiento: Es un contenido que refiere: la sensación del paciente de sentirse solo, vinculado con que la enfermedad ha significado la pérdida de un mundo social previo y la dificultad de vincularse con otros en la actualidad. Este contenido fue referido por todos los pacientes.

Auto victimización: Este contenido refiere el reporte de elementos victimizadores por parte de los pacientes en la visión que poseen de ellos mismos. Estos elementos tienen relación con emplear la enfermedad para evadir responsabilidades. Entre los contenidos relacionados estuvieron: pagas por discapacidad, sentimientos y creencias de daño moral y/o económico; percepción de uno mismo como víctima y/o persona damnificada; sentir que los demás le tienen que recompensar por algo, no responsabilizarse de sus actos utilizando la enfermedad como excusa son algunos de los mensajes que los pacientes transmitieron en sus relatos. El siguiente es el comentario de un paciente frente a la propuesta de su madre de trabajar:

“Soy un enfermo de por vida y por eso dependo de los demás; necesito que me ayuden, a veces no me entienden, pero yo he sufrido mucho; no puedo trabajar y tener responsabilidades; necesito recursos económicos estables que me permitan vivir”.

(Paciente, 26 años. EZQ-Primaria)

La actitud va más allá del padecimiento o de las limitaciones vinculadas al trastorno, tiene que ver principalmente con aspectos de la vida cotidiana en que el paciente evade una actitud proactiva. Se describe principalmente en relación con la figura materna con quién en la mayoría de los casos el paciente convive la mayor parte del tiempo.

Madre: Si después llega a la casa y dice: mamá ¿me puedes poner el líquido en la cabeza? Y yo; buenos días Pedro...y parece que no me entiende. “Me tienes que hacer”, “me tienes que hacer” y ¿a mi quien me hace algo?

Hermana: yo llego y me dice: te dejo el curriculum para que me lo entregues. Y yo pienso, si ya me lo dijiste anoche.

(Paciente, 31 años. EZQ-Primaria)

La actitud reflejada en el beneficio secundario supone un modo de hacer vinculado a como se ha manejado la enfermedad. Describe un aprendizaje del paciente en relación a como determinar situaciones o ejercer cierto control a partir de su enfermedad.

Hermano: La mamá ha permitido que el Adrià haya estado muchos años en cama, tirado en la cama...entonces claro; “no pobrecito no quiero que se ponga agresivo”, pero claro esto es un arma

de doble filo, pues para que no se ponga agresivo le permito todo, entonces esto se ha ido complicando, entonces el Adrià sabe que si monta un pollo en casa la mamá está de cuatro patas

Hermana: si

Madre: esto ha sido los últimos años

(Paciente, 27 años. EZQ-Primaria)

### 6.3. Resultados de la fase de seguimiento de las puntuaciones de las medidas de resultado

Con el fin de describir la evolución de los elementos relacionales familiares que se han definido y medido en la fase inicial del proceso, se realizó un seguimiento de las 15 familias del grupo de estudio<sup>19</sup> (EQZ.-Primaria) que permanecieron en el proceso terapéutico durante los dos años posteriores a la primera entrevista. Se realizó análisis del contenido de las entrevistas clínicas del proceso terapéutico a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses. Se consideraron aquellos dominios que habían mostrado diferencias significativas<sup>20</sup> en la fase de comparación de grupos.

Para el análisis se ha usado una prueba ANOVA de medias repetidas. El análisis de varianza identifica variaciones significativas en la evolución de los dominios a través del tiempo. Según como se aprecia en la tabla 22, a partir de las cuatro versiones del estadístico *F*, se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias, puesto que el valor *P* (sig.) es menor a 0,05, y concluir que los dominios explorados no son iguales en las diferentes fases del proceso terapéutico. También se incluye el valor *C. Kappa* para la concordancia intercodificadores durante el proceso de seguimiento.

Tabla 22  
ANOVA de medias repetidas para dominios en la fase de seguimiento

C. Kappa <sup>21</sup>	Dominios	Proceso Terapéutico					<i>F</i>			
		Fase inicial	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	p*	p**	p***	p****
0,88	Desconfirmación	3,118	2,821	2,149	1,959	1,369	0,001	0,002	0,002	0,003
0,76	Baja diferenciación	3,483	3,367	3,050	2,567	2,067	0,001	0,009	0,007	0,016
0,80	Organización Trianguladora	3,600	3,183	2,800	2,017	2,267	0,001	0,001	0,001	0,001
0,87	Déficit Identitario	3,427	3,147	3,133	2,760	2,627	0,001	0,010	0,007	0,024

*F*: \*Esfericidad asumida, \*\* Greenhouse – Geiser, \*\*\*Huynh-Feldt, \*\*\*\*Límite inferior

19 Cuatro familias del grupo de EQZ-Primaria (Grupo de estudio), abandonaron el proceso durante la fase de seguimiento.  
20 No se ha incluido el registro del dominio de Reconocimiento, por no presentar diferencias significativas en la fase inicial.

21 Se acepta como alto índice intercodificador un valor superior a 0,75

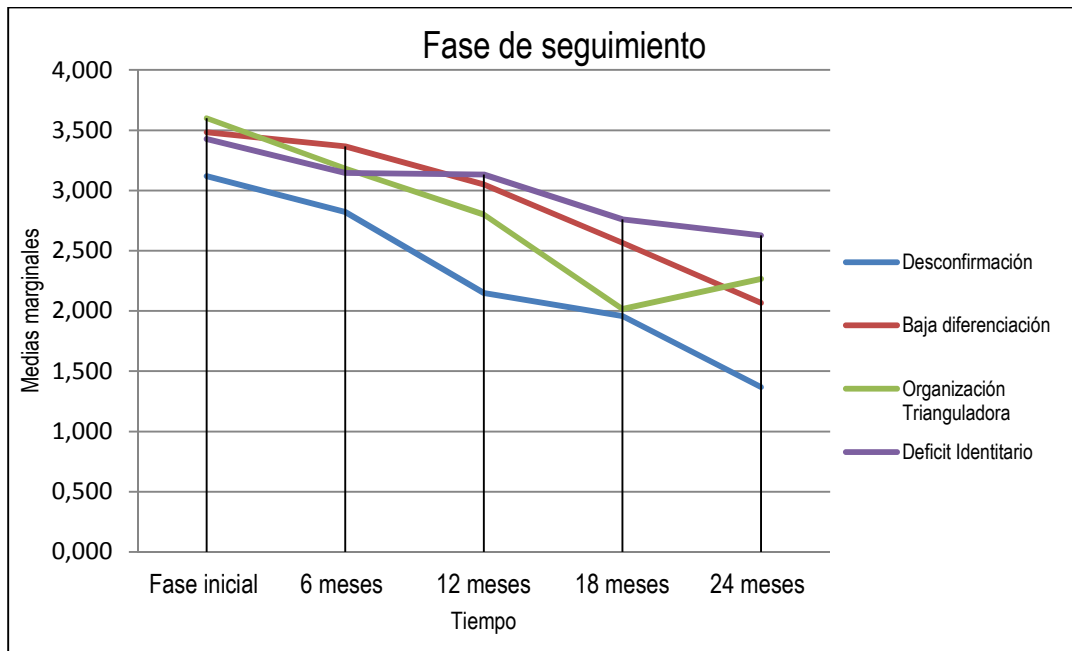


Figura 25. Evolución de las puntuaciones en los dominio a los 6, 12, 18 y 24 meses.

Como se aprecia en la figura 25, existe una tendencia general a la disminución en las medias de los cuatro dominios. Para conocer en que momento del proceso se daban las diferencias significativas en la evolución de los dominio se aplicó una prueba de ANOVA repetidas. A partir de los resultados de este análisis se describe a continuación la evolución para cada dominio.

### 6.3.1. Desconfirmación

Para el dominio de Desconfirmación, el análisis de varianza con medias repetidas confirmó variaciones en su evolución a través del tiempo. Como se aprecia en la figura 26, de manera general existe una tendencia a la disminución en la media de la Desconfirmación a lo largo del proceso terapéutico. Observando los niveles críticos asociados a cada etapa del proceso terapéutico, vemos que existen diferencias significativas para el periodo que va de los seis meses a los 12 meses ( $p=0,001$ ), de los doce meses y los 18 meses ( $p=0,008$ ) y de los 18 meses y los 24 meses ( $p=0,001$ ). Por otro lado no existe un cambio significativo en el dominio durante el periodo que va desde la fase inicial hasta los primeros 6 meses del proceso terapéutico ( $p=0,441$ ).

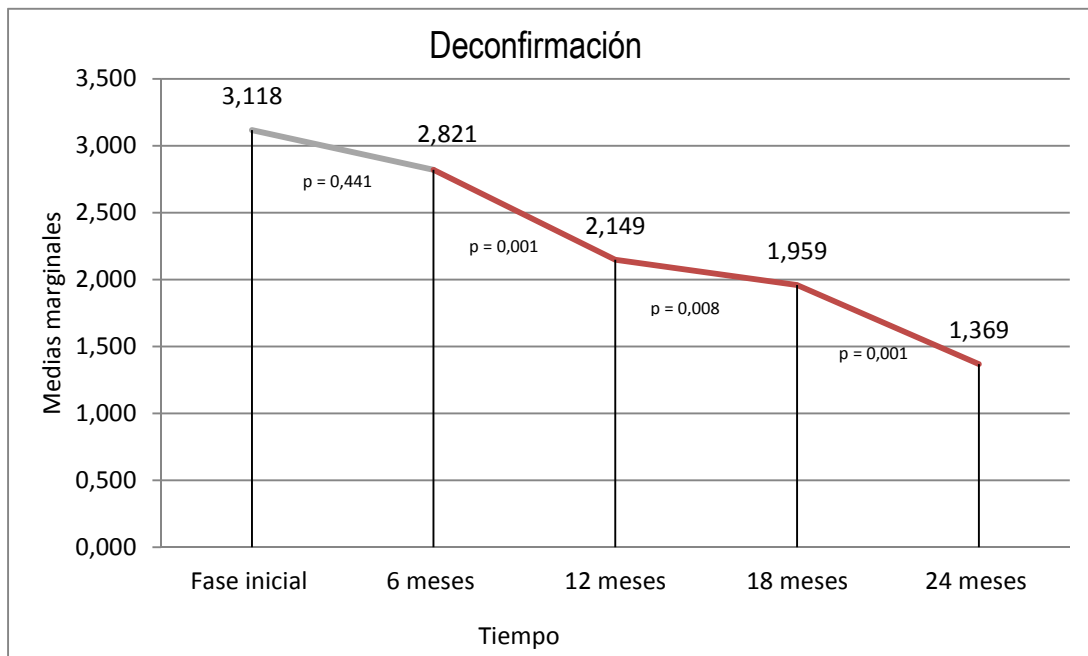


Figura 26. Evolución de las puntuaciones en el dominio de Desconfirmación a los 6, 12, 18 y 24 meses.

### 6.3.2. Baja diferenciación

Con respecto al dominio de Baja diferenciación se aprecia un comportamiento similar al descrito anteriormente. Como se puede ver en la figura 27, se aprecia una tendencia en la disminución de las medias a lo largo de las cinco fases del proceso. Las diferencias significativas estarían presentes en el periodo que va desde los 6 a los 12 meses (0,016) de los 12 a los 18 meses ( $p=0,001$ ) y entre el periodo que comprende de los 18 a los 24 meses ( $p=0,010$ ). Al igual que en el dominio de Desconfirmación no se aprecian diferencias significativas durante los primeros seis meses de tratamiento ( $p=0,782$ ).

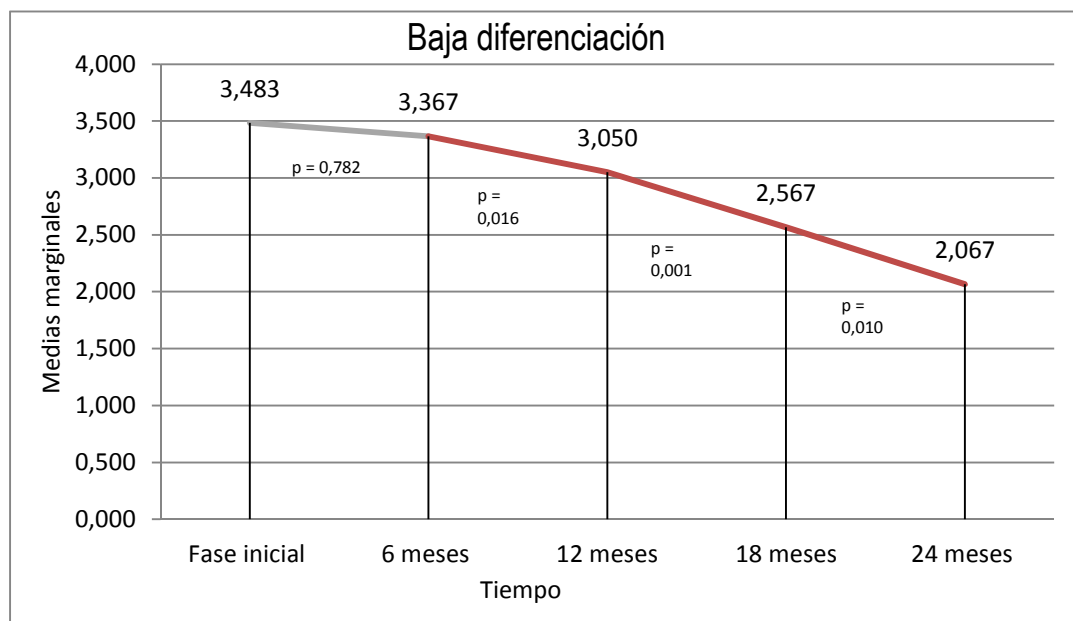


Figura. 27. Evolución de las puntuaciones en el dominio de Baja diferenciación a los 6, 12, 18 y 24 meses.



### 6.3.3. Organización familiar trianguladora

Respecto al dominio de Organización familiar trinaguladora, se puede apreciar una tendencia a la baja en las medias durante los primeros 18 meses del proceso terapéutico. Dentro de este periodo los cambios significativos tienen lugar entre los 6 y los 12 meses ( $p=0,001$ ) y entre los 12 a los 18 meses ( $p=0,001$ ). Posteriormente en el periodo que comprende entre los 18 a los 24 meses, hay una tendencia al aumento de las medias, aunque la diferencia no llega a ser significativa.

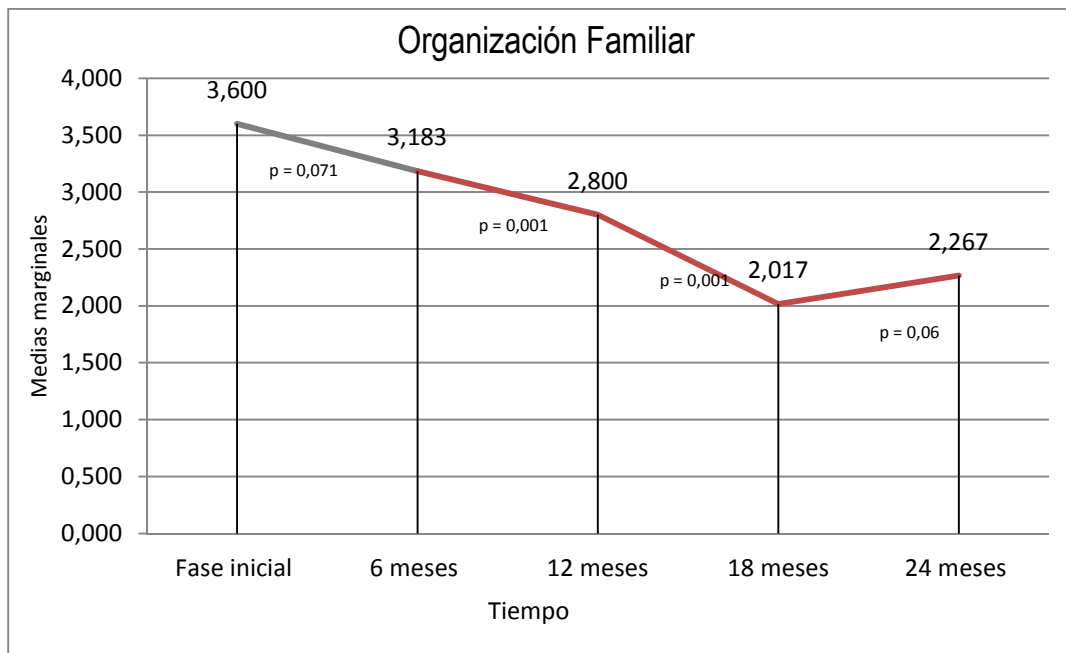


Figura 28. Evolución de las puntuaciones en el dominio de Organización familiar a los 6, 12, 18 y 24 meses.

#### 6.3.4. Déficit Identitario

Con respecto al dominio de Déficit Identitario, pese a que mantiene una tendencia a la baja durante todo el proceso terapéutico como se puede apreciar en la figura 29 se observa cierta estabilidad en sus medias, las diferencias sólo son significativas en el periodo comprendido entre 12 y los 18 meses del proceso.

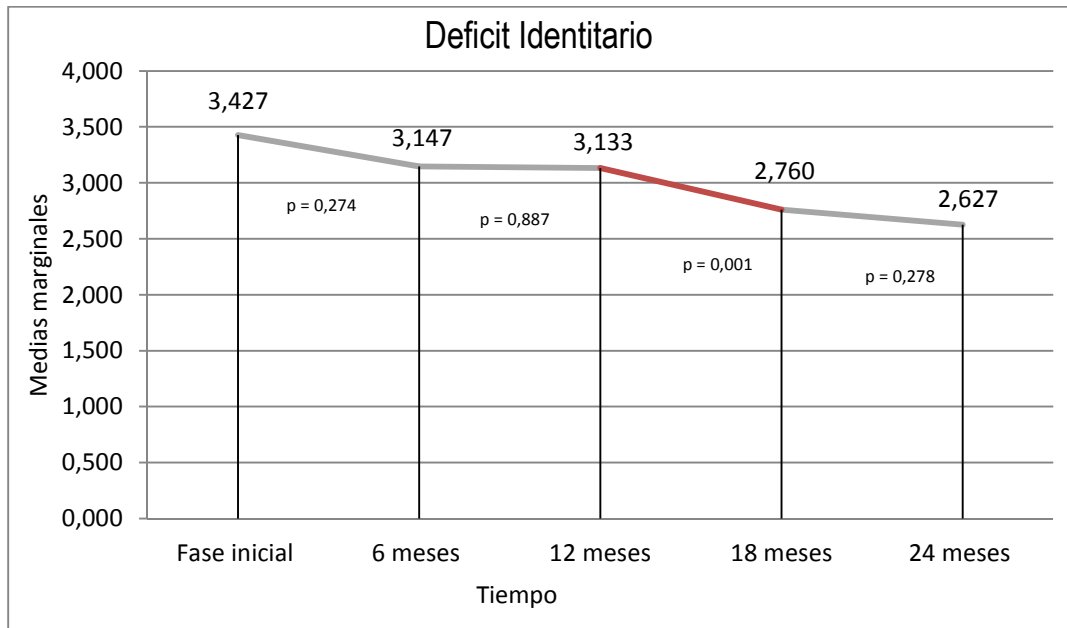


Figura 29. Evolución de las puntuaciones en el dominio de Déficit Identitario a los 6, 12, 18 y 24 meses

Valores relativos:

Como ya se ha empleado anteriormente, a continuación se describirá las variaciones en la evolución de los dominios a partir de las diferencias entre los valores relativos. Tal y como se aprecia en la tabla 23, existe un descenso de las puntuaciones relativas en todos los dominios. En el dominio de Desconfirmación el descenso es de 22,27 codificaciones, lo que representa una disminución del 56,08% en relación con la etapa inicial. Para el dominio de Baja diferenciación la diferencia de puntuaciones entre la fase inicial y los 24 meses es de 5,66 valor que representa un cambio del 40,64% respecto a la fase inicial. Respecto al dominio de Organización familiar trianguladora, el descenso es de 5,33 codificaciones valor que representa un cambio del 37,01% en relación a la etapa inicial. Finalmente para el dominio de Déficit identitario, la variación en la puntuación es de 4,33 codificaciones, valor que refiere un cambio del 25,27% con la fase inicial.

Tabla 23  
Evolución de puntuaciones a partir de frecuencias y valores relativos

	Fase Inicial (n=15)		6 meses		12 meses		18 meses		24 meses	
	Frec.	V.R	Frec.	V.R	Frec.	V.R	Frec.	V.R	Frec.	V.R
Desconfirmación	608	40,53	550	36,67	419	27,93	382	25,47	267	17,80
Baja Diferenciación	209	13,93	202	13,47	177	11,80	154	10,27	124	8,27
Organización Familiar Trianguladora	216	14,40	191	12,73	169	11,27	121	8,07	136	9,07
Déficit Identitario	257	17,13	224	14,93	229	15,27	204	13,60	192	12,80

\*P.D: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo.

Las diferencias descritas en la tabla anterior se ven graficadas en la figura 30.

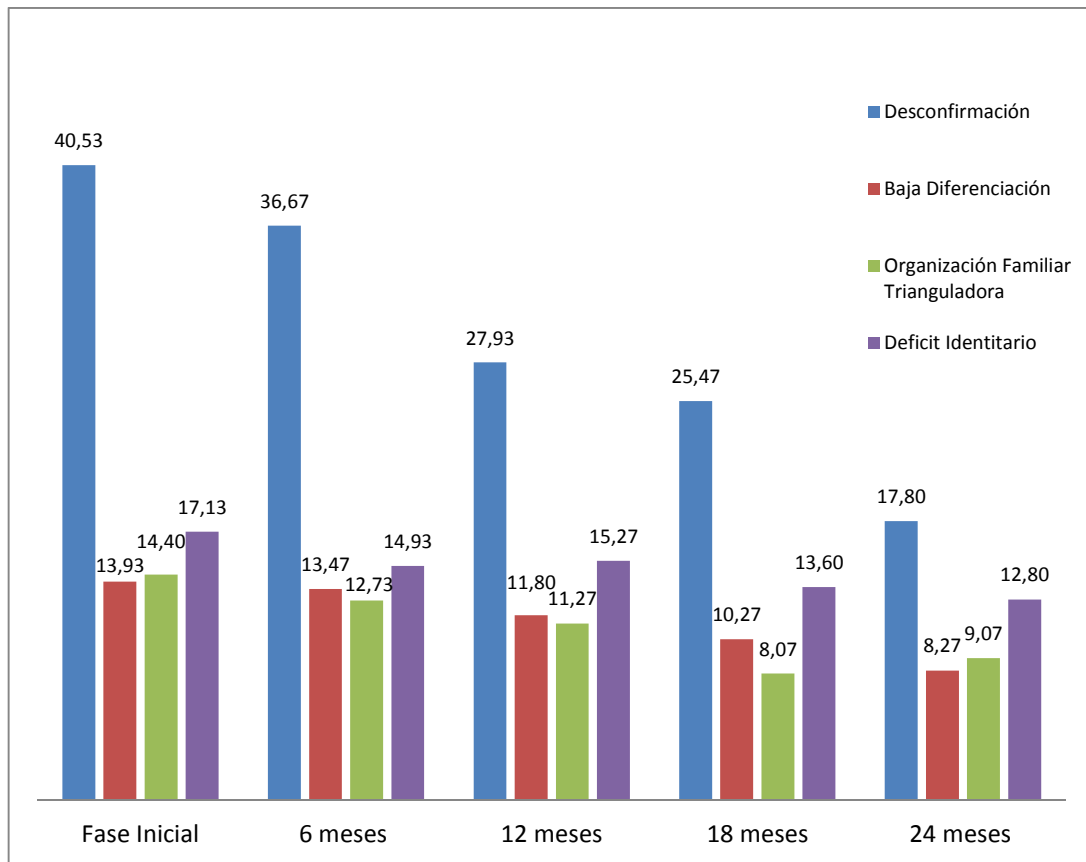


Figura 30. Comparación de la evolución de las puntuaciones a partir de valores relativos en la fase inicial, a los 6, 12, 18 y a los 24 meses.

En la tabla 24 se compara las puntuaciones iniciales de los tres grupos con las puntuaciones finales del grupo de EQZ-Primaria.

Al comparar los valores relativos de la codificación de los dominios de EQZ-Primaria con EQZ-Tóxica, apreciamos que tras los 24 meses de seguimiento el grupo con EQZ-Primaria posee valores más bajos en todos los dominios, excepto en el referido a Déficit identitario en donde continúa teniendo frecuencias más elevadas.

Al comparar la evaluación final del grupo con EQZ-Primaria con el grupo de No-EQZ apreciamos que las codificaciones continúan siendo más altas en el primero respecto a todos los dominios.

Tabla 29

*Puntuaciones directas y valores relativos para comparar las puntuaciones finales del grupo de EQZ-Primaria con las puntuaciones iniciales de los otros grupos.*

Dominio	Fase inicial				Fina seguimiento	
	EQZ-Tóxica (n=8)		No-EQZ (n=10)		EQZ-Primaria (n=15)	
	PD	V.R	PD	V.R	PD	V.R
Desconfirmación	195	24,37	148	14,8	267	17,80
Baja Diferenciación	100	12,5	52	5,2	124	8,2
Org. Familiar Trianguladora	126	15,75	92	9,2	136	9
Déficit Identitario	86	10,75	35	3,5	192	12,8
<b>Total</b>	<b>529</b>	<b>69,87</b>	<b>368</b>	<b>36,8</b>	<b>719</b>	<b>47,8</b>

\*P.D: Corresponde a la cantidad de veces que se codificó esta categoría en las entrevistas.

\*V.R: Corresponde a la división de la puntuación total del dominio o categoría por número de sujetos por grupo

---

## 7. Discusión

### 7.1. Limitaciones del estudio

#### a) En relación al diseño:

El diseño que hemos empleado en este trabajo ha ido variando a lo largo del proceso. En un principio la pretensión era realizar un estudio cualitativo de una línea más basado en la teoría fundamentada, centrado más en la estructura del contenido que en las frecuencias de los temas. Sin embargo con el fin de cumplir criterios que permitieran la cuantificación y la inclusión de análisis cuantitativo fue necesario emplear una gran cantidad de datos, más de lo habitual y necesarios para un diseño cualitativo típico, lo que limitó el análisis de los datos a nivel cualitativo.

En relación al tipo de análisis empleado, reconocemos que la frecuencia de emergencia de un contenido en el relato como único criterio de relevancia para el análisis del texto. Y estamos de acuerdo con que este no es el criterio más relevante a la hora de enfrentarse a un texto cualitativo (Andréu, 2000). Sin embargo también creemos que el análisis mixto facilitó la sistematización de la información y concretizó ampliamente nuestros resultados.

Para el análisis de las entrevistas hemos empleado una codificación del tipo deductiva<sup>22</sup>, como muestra la figura 30. Esta consiste en analizar el texto con una idea preconcebida en la búsqueda de contenidos. Para esto hemos acordado una lista de conceptos a partir de estudios exploratorios anteriores. En estos estudios hicimos un análisis libre<sup>23</sup> de las entrevistas, esto es codificamos los relatos sin acordar que codificaríamos con anterioridad. En base a la codificación libre, hicimos la lista de contenido que indagaríamos, consensuando a partir de reuniones de expertos<sup>24</sup>. El listado final, facilitó la codificación y el acuerdo de codificación, pero también limitó la búsqueda sólo a

---

<sup>22</sup> Los modelos de desarrollo de categorías deductivas se formulan a partir de la teoría, después se construye paso a paso un listado de códigos y categorías que se va aplicando en el texto.

<sup>23</sup> proceso de codificación mediante la identificación de palabras, frases o párrafos que consideremos tienen una significación destacable en relación a los objetivos de estudio. Al mismo tiempo que se identifican estos elementos de significación, se les asigna un código, es decir, una etiqueta con el objetivo de compilar la significación de un fragmento de texto.

<sup>24</sup> Criterio de fiabilidad empleado en metodología cualitativa que consiste en el análisis de los resultados de proceso por un grupo de expertos en el tema que se investiga.

estos contenidos. Por este motivo las diferencias que establecemos en la primera fase de comparación de los grupos y en la segunda fase de seguimiento son sólo diferencias cuantitativas. Hacen referencia a la frecuencia de aparición de un contenido en el relato. En relación a esto, creemos que las diferencias que existen entre los grupos distan de ser únicamente cuantitativas, sino que existen una serie de elementos relacionales diferentes en cada caso, y que en este estudio no hemos indagado. Así mismo, para la fase de seguimiento, pensamos que los elementos han variado cualitativamente, no sólo en sus frecuencias de aparición en el relato, pero en este trabajo nos hemos limitado sólo a lo primero.

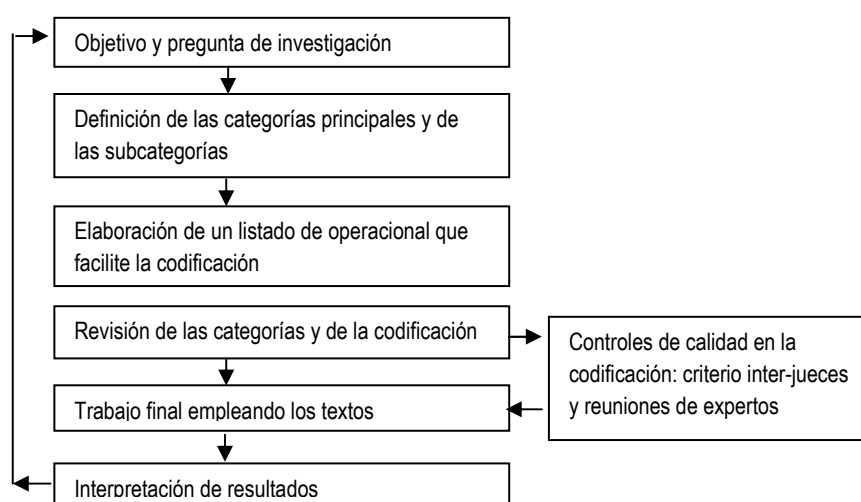


Figura 31. Modelo de desarrollo de categorías deductivas. Adaptado de Mairing, P. (2000, junio). Qualitative content analysis. Forum: qualitative social research sozialforschung.

Respecto a la posibilidad de extrapolar nuestros resultados o cumplir criterios de generalización<sup>25</sup>. Sabemos que el número de casos empleados en el estudio es reducido y no nos permite hacer extrapolaciones. Respecto a esto también el contexto de investigación posee características particulares. El dispositivo del programa posee un contexto terapéutico específico, como sabrá el lector es sólo un terapeuta el que lleva a cabo las entrevistas que son además del tipo semi-estructuradas, por lo que implican la subjetividad y experticia del terapeuta principal. Es decir, los

<sup>25</sup> Los métodos de investigación cualitativa se encargan del proceso de significados y son subjetivos ya que consideran que existen múltiples realidades o verdades basadas en una construcción de la realidad, Denzin, N. (1989). Interpretive interactionism. Applied social research methods series, 16. Newbury Park, Ca: Sage.

resultados son específicos a este contexto terapéutico y dan información respecto a las familias participantes de este estudio.

En relación a los criterios empleados para la fiabilidad de los resultados. Hemos considerado como criterio de validez el índice C. Kappa<sup>26</sup>, que es un intento de la metodología cualitativa de cuantificar la fiabilidad. El acuerdo inter jueces ha sido útil para considerar y seleccionar aquellos contenidos en los cuales el equipo estaba de acuerdo. Esto le da mayor rigor al trabajo en el sentido que la codificación recoge la mirada de varios expertos. Considerando que los codificadores y los miembros del equipo que ha apoyado en la fase de codificación y análisis, poseen todos una misma formación clínica<sup>27</sup>. Además en diferentes momentos del proceso, hemos realizado reuniones de expertos para acordar resultados. Así y todo, estamos cierto de que en todo diseño cualitativo la subjetividad del investigador es una de las bases del trabajo de campo, subjetividad que está presente en este trabajo.

b) En relación a la muestra:

Los estudios siguieron que respecto a la incidencia, no habría diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (Vázquez-Barquero, Cuesta, Herrera, Gaité, Arena, 1995). En nuestra muestra, en el grupo de EQZ-Primaria el 68,4% (n=13) fueron varones y sólo el 31,5% (n=6) fueron mujeres. Como ya se ha dicho el muestreo en este grupo ha sido no probabilístico intencional, esto es, se incluyeron la totalidad de las familias que cumplían los criterios de inclusión, y que consultaron primera sesión entre el periodo de 2007 a 2009. Respecto a esto, desconocemos con que podría estar relacionada esta diferencia. Una impresión a priori es que las mujeres que son derivadas a la unidad con sintomatología que podría cumplir criterios para esquizofrenia, vienen con diagnósticos de TLP<sup>28</sup>. Y por lo tanto son atendidas en otro espacio del dispositivo.

Otra limitación en relación a la fase de comparación de los grupos fue la diferencia de edad de los pacientes del grupo con EQZ-Primaria y el grupo EQZ-Tóxica. La edad de los pacientes del total de

---

<sup>26</sup> Valor obtenido desde el programa computacional IN vivo 8.0, determina hasta qué punto la concordancia observada es superior a la que es esperable obtener por azar. Se ha propuesto seis márgenes para valorar el grado de acuerdo: sin acuerdo; <0, insignificante; 0 – 0,2, bajo; 0,2 – 0,4, moderado; 0,4 – 0,6, bueno; 0,6 – 0,8, muy bueno; 0,8 - 1.

<sup>27</sup> Todos los miembros el equipo, que conforman el grupo de observación en psicosis, están vinculados a la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau y desarrollan investigaciones en el tema de psicosis.

<sup>28</sup> Trastorno límite de personalidad, Eje II, DSM-IV.



---

la muestra fue de 26,4 (D.T= 5,19). La media de edad en el caso de EQZ-Primaria fue de 27 años y en el caso de EQZ-Tóxica de 21,2. La edad media para el primer episodio fue de 22, 52 años (D.T=1,9) y 20,12 años (D.T=2,36) respectivamente. Estas diferencias se relacionan con diferencias en la cronicidad del trastorno. Y esto último podría estar asociado a diferencias en la dinámica de las familias.

## 7.2. Fase inicial del estudio:

De los diferentes dominios indagados se observa que el dominio de Desconfirmación es el que posee las frecuencias más altas de codificación en la fase inicial. Este resultado es igual en los tres grupos. Al considerar la importancia que tiene la frecuencia de un contenido en el relato (Andréu, 2000), podríamos decir que la Desconfirmación es una característica central en el relato de estas familias en un contexto de terapia familiar. Estaríamos de acuerdo, así mismo en afirmar que cuando las familias asisten a terapia replican comportamientos, diálogos y temáticas de su ámbito íntimo y cotidiano, es decir que reproducen en el espacio terapéutico una dinámica similar a la habitual. De este modo, podríamos decir que estas familias tienen como característica explicitar comentarios desconfirmadores a sus hijos, en este caso al paciente identificado.

En relación al dominio de Reconocimiento, que incluía la presencia comentarios positivos, halagos, reconocimiento de méritos, pedir disculpa y autocrítica, fue el dominio que obtuvo menores frecuencias en todos los grupos, es decir que en espacio de terapia familiar estas familias explicitaron pocos comentarios positivos a sus hijos. Estas familias poseerían entonces un estilo de parentalidad caracterizado por la expresión de Desconfirmación y de bajo Reconocimiento. Si asociamos el reconocimiento con otras variables que se han estudiado como el apoyo y la aceptación, cuya presencia se ha visto que es central en el bienestar emocional de los hijos, esto es; al ajuste social, el desarrollo de la autoestima, la posibilidad de diferenciación, la satisfacción personal, la mayor confianza en sí mismo, el mejor ajuste conductual y la mayor competencia conductual y académica (Maccoby y Martin, 1983; Darling y Steinberg, 1993; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch, 1994; Gray y Steinberg, 1999; Collins y Laureen, 2004; Parra y Oliva, 2006; Oliva, Parra y Sánchez, 2002; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004). Estaríamos de acuerdo en plantear que el estilo parental en estas familias podría relacionarse con la salud mental de sus hijos.

---

El dominio de Desconfirmación, estuvo formado por 13 categorías que aluden a su definición operacional. En general sugiere la idea de un bloqueo en la manifestación de reconocimiento desde las figuras paternas hacia el hijo/a. Dando cuenta de una relación basada en la conflictividad, las emociones hostiles, la crítica y la manifestación de distanciamiento emocional y físico al igual que de agresión física y el malestar. Los contenidos anteriores podrían estar relacionados con la variable de Criticismo del constructo de Emoción Expresada, la que se refiere principalmente a la expresión de la crítica<sup>29</sup>. Criticismo es la variable que puntúa más alto en las investigaciones de familias con esquizofrenia (Rosenfarb, Goldstein, Mintz y Neuchterlein, 1996; López, Nelson, Snyder y Mintz, 1999; Barrowclough, Tarrier, Humphreys, Ward, Gregg y cols, 2003). Estaríamos de acuerdo que nuestros resultados en relación a las altas frecuencias de Desconfirmación podrían relacionarse con resultados para la variable Criticismo.

Continuando con la misma idea, cabe señalar que en nuestros resultados el dominio de la Desconfirmación posee frecuencias significativamente mayores que los otros dominios indagados. Del total de las codificaciones el 51,76% corresponde a codificaciones relativas a Desconfirmación. En el grupo de EQZ-Primaria el porcentaje corresponde al 42,79%. En relación a esto, así como se ha propuesto que el constructo de EE podría ser simplificado a criticismo (Hooley y cols., 1995). Desconfirmación, por la representación de sus frecuencias también podría simplificar nuestros resultados. Por otro lado, si lo asociamos con el modelo que plantea Linares (1996), hablaría de la relevancia que tiene dicho contenido en la comprensión del problema.

En relación a esta idea, estaríamos de acuerdo en la sistematización que ha realizado Schaffer (2000), en donde ha sintetizado las propuestas de los estilos parentales a dos categorías que, al hacer una revisión histórica aparecían como más relevantes. La aceptación/apoyo parental sería una característica del ejercicio de la parentalidad fundamental para el bienestar de los hijos. Respecto a esto, asociaríamos la desconfirmación con problemas en el ejercicio parental y con falta de bienestar en los hijos. Creemos que el sentimiento de sentirse desconfirmado, o la sensación subjetiva de ser visto (Watzlawick, 1983), de ser legitimado (Maturana, 1990) o de “*gustar a los padre*” son contenidos relevantes en el desarrollo de psicopatología. Tal y como propone el modelo sobre el que hemos trabajado, el reconocimiento y la aceptación como manifestaciones de las

---

<sup>29</sup> Criticismo (CC): Se mide por el número total de comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho.

---

funciones nutricias en el contexto de la parentalidad son elementos fundamentales para el bienestar.

En relación a las diferencias en la expresión de la desconfirmación de los padres y madres. Nuestros resultados parecen coincidir con lo que se ha estudiado. Son los padres los que expresaron más explícitamente comentarios críticos a sus hijos. Se ha visto entre padres e hijos relaciones que tienen componentes de competitividad y rechazo (Wuerker y cols, 1999). Esto ha sido apreciado en nuestro análisis y hemos visto que la crítica y la percepción de ser descalificado está asociada en mayor medida a la figura paterna. Creemos que esto es significativo, sobre todo en nuestro contexto cultural en donde aun es el padre el encargado de la validación de los hijos. De este modo pensamos que la obstrucción de la función nutricia del reconocimiento y validación se asocia al malestar de los hijos.

Al analizar la evolución que manifiesta el dominio de desconfirmación en el tiempo de intervención, vemos que es el dominio que más varía. Las puntuaciones iniciales versus las puntuaciones finales reflejan un cambio del 56,08%. Si relacionamos este contenido con la variable criticismo del constructo de Emoción Expresada, vemos que hay coincidencia en que este último es también el contenido que más cambia en un proceso terapéutico. En el contexto del programa de psicosis de la unidad de terapia familiar del hospital de Sant Pau, creemos que este cambio también está relacionado con que es un objetivo central en la propuesta terapéutica. Toda la intervención está basada en un proceso de Reconfirmación del paciente.

Si vemos los resultados en relación al modelo de recuperación propuesto por Linares (1996). Tal y como vemos en la figura 31, el modelo considera que el espacio que ofrece posibilidad de cambio terapéutico es el espacio familiar, que comprende la Mitología y la Organización familiar. En nuestro estudio, si bien no podemos hacer una separación clara, los contenidos que más se relacionan con dichos espacios familiares son; el Dominio de la Desconfirmación y los de Organización familiar trianguladora y Baja diferenciación. Respecto a esto, estaríamos de acuerdo en que los ámbitos más susceptibles a cambios en un a partir de un proceso de terapia familiar son las relacionadas con el espacio familiar. En base a nuestro análisis, la Desconfirmación que alude a la mitología familiar es el contenido que más cambia en una intervención de dos años con estas familias. A este le siguen los cambios en la diferenciación familiar; dominio que podríamos vincular con aspectos de la variable de Sobreimplicación del constructo de emoción expresada y en segundo lugar cambios

respecto a la Organización; triangulación, las alianzas, la aglutinación las coaliciones y la alteración de los roles.



Figura 31. Objetivo de modelos de intervención

Por otro lado, el dominio que se mostró más estable en el tiempo fue el que hace referencia a cuestiones de la identidad del paciente. Las sub categorías por las que estuvo compuesto fueron: aislamiento, autovictimización, inactividad y percepción de déficit de autonomía. Temas relacionados principalmente con aspectos individuales del paciente. El análisis de las entrevistas respecto a este dominio muestra que aun cuando se aprecia una tendencia a la baja en las medias a lo largo del proceso, el cambio es diferente a los otros dominios. En el dominio de Déficit identitario, los cambios significativos únicamente tienen lugar durante la etapa entre los 12 y los 18 meses. Así mismo, si consideramos las puntuaciones relativas de las fase inicial (primeras tres sesiones) con las puntuaciones finales del seguimiento, se aprecia un cambio del 25% de las frecuencias codificadas. Estos resultados nos sugieren que los aspectos identitarios son menos plausibles al cambio en un

---

espacio de terapia familiar, o que tienen un ritmo diferente y son más paulatinos. Esta idea se relaciona con el modelo que plantea Linares (1996), en donde propone que los elementos individuales del paciente cambian en un proceso terapéutico tras los cambios que se producen en el ámbito familiar. En este sentido, parece ser que la familia es más sensible a un cambio en el espacio de terapia familiar que el paciente. Las subcategorías que hemos indagado, hacen referencia al concepto de lo que hoy se considera como recuperación, más que a la remisión sintomática. Estaríamos de acuerdo en este sentido que la recuperación, que incluye elementos de integración del paciente a lo social, al espacio laboral y al recobro de la autonomía, es un proceso más complejo y paulatino.

En relación al proceso de seguimiento, en base a los resultados estaríamos de acuerdo en que son apropiados programas de intervención de larga duración, tal y como propone el Programa de Guías de Práctica Clínica del sistema nacional de salud español, (GPC) y los modelos que hemos descrito y que incorporan a la familia en el tratamiento. En nuestro análisis no se observan cambios significativos hasta el primer año de tratamiento. Se han descrito en relación a recuperación, procesos superiores a dos años de intervención (Warner, 2009).

## 8. Conclusiones

En este estudio se ha procurado compartir una experiencia de cuatro años de trabajo de campo, de análisis y de sistematización de contenidos clínicos, con el fin de acercarnos a un fenómeno complejo, como es el de la esquizofrenia, desde una metodología que recogiera la subjetividad de la comunicación así como también intentar cumplir criterios de cuantificación que ayudaran a la comprensión de los resultados y a su comunicación en el contexto de un espacio científico.

La sistematización que se ha realizado, pretende reducir la complejidad de la vivencia de la esquizofrenia en el ámbito familiar, reconociendo que nos enfrentamos a un fenómeno multicausal y que lo que podamos observar sólo representa una acotada mirada de esa realidad.

Así también creemos que el análisis de los elementos familiares nos permite conocer la importancia de incluir a la familia en el proceso de tratamiento y nos da información respecto a la evolución del proceso que nos aporta en objetivar y sistematizar la intervención terapéutica.

A partir de esto podemos concluir que la lista de definiciones operacionales que hemos consensuado parece detectar diferencias en los elementos relacionales indagados en los diferentes grupos y nos da información respecto a los cambios que suceden en el proceso de intervención.

Respecto a la fase inicial, en donde se comparó los relatos de las familias de los tres grupos del estudio, apreciamos diferencias en las frecuencias de codificación. El grupo de EQZ-Primaria, posee las frecuencias más altas en aquellos elementos relacionales vinculados clínicamente a un deterioro del funcionamiento familiar.

Al someter a análisis estadístico las frecuencias de cada grupo en la fase inicial, el análisis de varianza arroja diferencias significativas entre las familias en los dominios de Desconfirmación ( $p=0,008$ ), Baja diferenciación ( $p=0,012$ ), Organización familiar trianguladora ( $p=0,014$ ) y Déficit

---

identitario ( $p=0,000$ ). Por otro lado para el dominio de Reconocimiento, no se apreciaron diferencias significativas entre los grupos.

En relación a lo anterior, se puede apreciar para los dominios asociados clínicamente a deterioro del funcionamiento familiar, esto es: Desconfirmación, Organización trianguladora, Baja diferenciación y Déficit identitario, que el promedio de sus medias es superior en el grupo de EQZ-Primaria. El promedio más bajo se registra en el grupo de No-EQZ y el grupo de EQZ-Tóxica ocupa una posición intermedia entre los anteriores.

A partir de un análisis de prueba post hoc para los dominios de Desconfirmación, Organización trianguladora y Baja diferenciación, podemos apreciar que los grupos de EQZ-primaria y No-EQZ son diferentes entre si. Por otro lado el grupo de EQZ-Tóxico posee características superpuestas a ambos grupos. Para el dominio de Déficit identitario, los resultados con pruebas post hoc muestran que los tres grupos poseen características independientes.

Pese que poseemos una muestra pequeña, la comparación del análisis de las familias con EQZ-Primaria y con EQZ-Toxica, muestra que ambos grupos poseen diferencias en las frecuencias de los elementos relacionales asociados al deterioro del funcionamiento familiar. Las familias con EQZ-Primaria, poseen un funcionamiento familiar más deteriorado.

Respecto al periodo de seguimiento se aprecia que los contenidos que hemos medido en la fase inicial son sensibles a cambios en un periodo de dos años. Y que la tendencia general, en estos dominios asociados al deterioro del funcionamiento familiar, es a la disminución.

El análisis no muestra diferencias significativas en ninguno de los dominios durante los primeros seis meses del proceso terapéutico. Los primeros cambios se registraron tras el primer año.

Respecto al dominio de Desconfirmación, vinculado teóricamente al bloqueo de la función parental relativa a la nutrición emocional, se aprecia que; es el dominio que posee las puntuaciones más altas en las fase inicial en el grupo de EQZ-primaria. Así mismo es el dominio que registra más variaciones a lo largo del proceso, disminuyendo sus puntuaciones en un 56,08% a los veinticuatro meses de seguimiento en comparación con la fase inicial. Tras los primeros seis meses del proceso, las variaciones son siempre significativas.

---

Respecto al dominio que da cuenta de la Baja diferenciación en el grupo familiar, se parecía una tendencia a la disminución durante todo el proceso. Las variaciones tras los primeros seis meses de tratamiento son siempre significativas. El descenso total de las puntuaciones considerando los valores relativos registrados entre la fase inicial y los veinticuatro meses de tratamiento es del 40,64%.

En relación al dominio de la Organización familiar trianguladora, las variaciones significativas se registran entre los seis y los dieciocho meses de tratamiento. Aunque se aprecia una leve tendencia a la alta el los últimos seis meses, las variaciones no son significativas. La disminución de las puntuaciones entre la etapa inicial y la etapa final de proceso es del 37,01%.

Finalmente respecto al dominio que registró los aspectos individuales de paciente, respecto a elementos del déficit identitario; se aprecia que es el dominio más estable en el tiempo, que menos variaciones registra durante los 24 meses del proceso de seguimiento. Las puntuaciones de valores relativos disminuyen en un 25,27%. Pese a que la tendencia general es a disminuir, las variaciones significativas sólo suceden en la fase comprendida entre los 12 y los 18 meses.

En relación a lo anterior, pensamos que; los dominios que más varían están relacionados con cambios en la familia, o concretamente en los padres. Por otro lado, los aspectos vinculados al paciente, parecen ser menos proclives al cambio. Podríamos decir que es la familia, en un proceso de terapia familiar, la que realiza los principales cambios y que los cambios del paciente parecen suceder a un ritmo diferente.



## 9. Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- American Psychiatric Association. (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* ;154 (4 Suppl):1-63.
- Andolfi, M. (1998). *Tiempo y mito en la Psicoterapia familiar*. Paidós. Barcelona.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr, Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449.
- Andréu, Jaime (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Documento de trabajo, S2001/03, Centro de estudios andaluces, <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf> [Fecha de acceso: 24 de Marzo, 2008].
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., y Murray, R. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry* 184,110–117.
- Asociación America de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4r. ed) (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Ashby, W. (1960). *Design for a Brain*, Londres: Chapman and Hall, Science Paperbacks.
- Auquier, P., Lancon C, Rouillon F, Lader M, Holmes C. (2006). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 15 (12):873-9.
- Ausloos, G. (1998): *Las capacidades de la familia*. Barcelona: Herder.
- Bank, S. y Kahn, M. (1982) *The Sibling Bond*. New York: Basic Books.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L. y Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1).
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 238-276.
- Bardin, L. (1996): *Análisis de contenido*. 2ª ed. Madrid: Akal.
- Baxter, L. A. y Braithwaite, D. (2006). Introduction: Meta-theory and theory in family communication research. In D. O. Braithwaite y L. A. Baxter (Eds.), *Engaging theories in family communication: Multiple perspectives* (pp. 1–15). Thousand Oaks, CA: Sage.

- 
- Bateson, G. (1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Beavers, W. R., (1977). "A Systems Model of Family for Family Therapist", manuscrito inédito. Véase también Beavers, W. R., Psychotherapy and Growth, Nueva York: Brunner/Mazel.
- Berástegui Pedro-Viejo, A. y Gómez Bengoechea, B. (2011). Horizontes de la familia ante el S. XXI: reflexiones con motivo del XXV aniversario del Instituto Universitario de la Familia. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Bertalanffy, L. (1992). Perspectivas en la teoría general de sistemas: estudios científico-filosóficos. Madrid: Alianza.
- Bertrando, P. (2004). Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós.
- Bertrando, P., Cecchin, G., Clerichi, M., Beltz, J., Milesi, A. y Gazzullo, C. (2006). Expressed Emotion and Milan Systemic Intervention. *Journal of Family Therapy*, 28: 81-102.
- Bowlby, J. (1976). El Vínculo Afectivo. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida 1: El apego. Barcelona: Paidós
- Bowen, M. (1991). De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Paidós: México.
- Cancrini, L. (1991). Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias en los toxicómanos. Buenos Aires: Nueva visión.
- Campo, C., D'Acenzo, I. (2010). El Trastorno Límite de la Personalidad: Diagnóstico e Intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 24, 23-51.
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Corominas, J. (1976). Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos.
- Colleti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. A Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed), Enfoque relacional en toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Coltrane, S. (1996). The family man: Fatherhood, housework, and gender equity. New York: Oxford University Press.

---

Costain, W. (2008). The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: Patient perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(4), 227-235.

Chugani, H., Behen, M., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F. y Chugani, D. (2001). Local Brain Functional Activity Following Early Deprivation: A Study of Postinstitutionalized Romanian Orphans. *NeuroImage*, 14(6), 1290–1301. doi:10.1006/nimg.2001.0917

Curry, C., Smith, D. y McGorry, P. (1999). The intensity, prevalence, and client characteristics of cannabis use in first onset psychosis. Trabajo presentado en la conferencia ingural de International Cannabis and Psychosis Conference; Melbourne, Australia.

D'Souza, D., Sewell, A. y Ranganathan, M. (2009). Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(7), 413–431.

Denzin, N. (1989). *Interpretive interactionism*. Applied social research methods series, 16. Newbury Park, Ca: Sage.

Denzin, N. (2000). *Handbook of qualitative research* (2o ed.). Thousand Oaks Calif.: Sage Publications.

Denzin, N. (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

DeLisi, L. (2008). The effect of cannabis on the brain: ¿Can it cause brain anomalies that lead to increased risk for schizophrenia?. *Curr Opin Psychiatry*; 21:140 -150

Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., y cols. (2009). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48–70.

Doherty, W.J., Kouneski, E.F. y Erickson, M.F. (1998). Responsible fathering: An overview and conceptual framework. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 60, 277–292.

Echeverría, R. (2005). *Ontología del lenguaje* (7ed.). Buenos Aires: Lumen

Sáez, J. C. (1994). *El ojo del observador: contribuciones al constructivismo: homenaje a Heinz Foerster*. Barcelona: Gedisa.

Elzo, J. (2001). La familia española de hoy como agente de socialización. *Veintiuno Revista de Pensamiento y Cultura*. 50, 73-82.

Egeland, B. y Erickson, M. (1987). Psychologically unavailable caregiving. En M. R. Brassard, R. Germain y S.N. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 110-120). New York: Pergamon Press.

- 
- Epstein NH., Bishop D. y Baldwin L. (1982). Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Un punto de vista de la familia normal. New York: Froma Walsh.
- Erikson, E.H. (1963). Infancia y sociedad. Buenos Aires Paidós.
- Eysenck, H.J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: ¿What have we learned?. *Behavior Research and Therapy*, 32, 477-495.
- Ferreira, A. (1987). Interacción Familiar. 1ra ed. Buenos Aires
- Feeney, B. y Kirkpatrick, L. (1996), citados por Gayó, 1999 Apego. <http://apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=SociApego>.
- Fitzpatrick, M. y Wamboldt, F. (1990). Where is all said and done? Toward an integration of intrapersonal and interpersonal models of marital and family communication. *Communication Research*, 17, 421–430.
- Foti, D. J., Kotov, R., Guey, L. T. y Bromet, E. J. (2010). Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (8), 987–993
- Galvin, K. M. (2006). Diversity's impact on defining the family: Discourse-dependence and identity. En L. H. Turner y R. West (Eds.). *The family communication sourcebook* (pp. 3–19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gayó, 1999 Apego. <http://apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=SociApego>
- Gergen, K., (1996). Realidades y Relaciones. Barcelona: Paidós.
- Gibbs, G. (2002). *Qualitative data analysis : explorations with NVivo*. Buckingham: Open University.
- Giddens, A., Sutton, P., y Muñoz, F. (2010). Sociología. Madrid: Alianza.
- Gwet, K. L. (2008). Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 61, 29-48.
- Haley, J. (1980). Técnicas de terapia familiar (1ra Ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harbin, H. T., y Maziar, H. M. (1975). The Families of Drug Abusers: A Literature Review. *Family Process*, 14(3), 411–431.
- Henquet, C., Di Forti, M., Morrison, P., Kuepper, R., y Murray, R. M. (2008). Gene-Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1111–1121.
- Íñiguez, L. (2003). Análisis del discurso : Manual para las ciencias sociales (1o ed.). Barcelona: Editorial UOC S.L.

Jackson, D. (1957). The Question of Family Homeostasis: The Psychiatric Quarterly Supplement, 31, 79-90.

Johnny L., M. (1985). Biosocial theory of psychopathology: A three by three factor model. Applied Research in Mental Retardation, 6(2), 199–227. doi:10.1016/S0270-3092(85)80071-0

Kantor, D. y Lehr, W. (1975). Inside the Family, San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos 2. Revista Temas de Educación, 7(7), 19-36.

Krippendorff. (1990). Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós.

Kuipers, E. (2006). Family Interventions in Schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. Journal of Family Therapy, 28:73-80.

Leff, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry (Suppl.), s71-s76.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, S., Glass, I., y Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus relatives' group for schizophrenia: Two-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 157, 571-577.

Latour, B. (2007). Nunca fuimos modernos: ensayo de antropología simétrica. Buenos Aires Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Linares, J. (1996). Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica (1. ed.). Barcelona: Paidós.

Linares, J. (2000). Tras la honorable fachada: los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. Barcelona: Paidós.

Linares, J. (2006). Complex Love as Relational Nurturing: An Integrating Ultramodern Concept. Family Process, 45(1), 101-15.

Linares, J. (2007) Terapia familiar en la psicosis. Un proceso de reconfirmación. Revistas de psicoterapia relacional e intervenciones sociales., 18. 151.

Lila, M. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. Psicothema, 17, 107-111.

Lichtenstein, P., Yip, B.H., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T.D., Sullivan, P.F. y Hultman, C.M., (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Lancet, 373, 234–239.

López, S., Nelson, K., Snyder, K. y Mintz, J. (1999). Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2).

Luborsky, L. (2001). The only clinical and quantitative study since Freud of the preconditions for recurrent symptoms during psychotherapy and psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 82(6), 1133–1154.

Lysaker, P.H., Lancaster, R. y Lysaker, J. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76:285-299.

Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A. y Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1–3), 271–276.

Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P. y Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3),

Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) y E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.

McFarland, M. y Cook, M. (2007). Family Expressed Emotion Prior to Onset of Psychosis. *Family Process*, 46 (2): 185-194.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1981). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1983). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

Mahrer, A. R., & Boulet, D. B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1481–1493.

Mairing, P. (2000, junio). Cualitative content analysis. *Forum: qualitative social research sozialforschung*, 1, Artículo 20. Recuperado el 6 de marzo de 2011, de [www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1089/](http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1089/)

Matt, G. E., y Navarro, A. M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 1–32.

Matta, D. S., y Knudson-Martin, C. (2006). Father Responsivity: Couple Processes and the Coconstruction of Fatherhood. *Family Process*, 45, 19–37.

Maturana, H. (2004). *Desde la Biología a la Psicología*. Argentina: Lumen.

Maturana, H. (1990). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del conocimiento*

---

humano (1. ed.). Madrid: Editorial Debate.

Minuchin, S. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. New York: Basic Books.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

Minuchin, S., Wai-Yung, L. y Simon, G.M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1983). *Técnicas de Terapia Familiar*. Madrid: Paidós.

Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar (2a. ed.)*. Barcelona: Gedisa.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M. y Lewis, G., 2007. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319–328.

Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia (1a. ed.)*. Barcelona: Anthropos.

Montoro, R. (2004). *La familia en su evolución hacia el siglo XXI*. Conferencia presentada en II Congreso “La Familia en la Sociedad del Siglo XXI”. Madrid.

Nelson, C. A. (2007). A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation. *Child Development Perspectives*, 1(1), 13–18.

Noller, P. y Fitzpatrick, M. (1993). *Communication in family relationships*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

N-Vivo qualitative data analysis software; QSR International Pty Ltd. Version 8, 2008.

Olin, S. y Mednick, S. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-40.

Oliva Delgado, A. y Arranz Freijo, E. (2011). *Nuevas familias y bienestar infantil*. [Lejona (Vizcaya)]; Sevilla: Universidad del País Vasco, Servicio Editorial; Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., y Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.

Ortiz, M.J. y Yarnoz, S. (1993): *Teoría del apego y relaciones afectivas*. Universidad del País Vasco.

Palacios, J. (1999): *La familia como contexto de desarrollo humano*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Pino, M y Herruzo, J. (2000). *Consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo*

- psicológico. *Revista Latinoamericana de psicología*, 3, 2, 253-275
- Prigogine, I. (1997). *El fin de las certidumbres*. Madrid: Santillana.
- Prigogine, I. (2008). *Las leyes del caos*. Barcelona: Critica.
- Reynoso, C. (2006). *Complejidad y caos : Una exploración antropológica (1a ed.)*. Buenos Aires: Editorial SB.
- Robson, C. (2002), *Real World Research Research (second edition)*, Oxford: Blackwell Publishers.
- Rosenfarb, I. S., Goldstein, M. J., Mintz, J. y Neuchterlein, K. (1996). Resolving the Relationship Between Schizophrenic Symptomatology and Expressed Emotion . *Clinician's Research Digest*, 14(4).
- Savedra, J. (2009), Schizophrenia, Narrative and Change: Andalusian Care Homes as Novel Sociocultural Context. *Cult Med Psychiatry*, 33, 163–184.
- Screening and treatment of adolescents with schizophrenia. The Hague (The Netherlands): Health Council of the Netherlands; 1999. Informe Núm. 1999/08E.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Pax.México.
- Schofield, D., Tennant, C., Nash, L., Degenhardt, L., Cornish, A., Hobbs, C. y Brennan, G. (2006). Reasons for cannabis use in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 570-574.
- Stanton, M.D. (1996). Family's impact on the health: a critical review. *Family Systems Medicine*, 4, 178-190.
- Stanton, M.D., y Todd, T. (1998). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Strijbos, J., Martens, R., Prins, F., y Jochems, W. (2006). Content analysis: What are they talking about? *Computers & Education*, 46(1), 29-48.
- Selvini Palazzoli, M. (1991). *Paradoja y contraparadoja : un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino A. (1991). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.
- Seikula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 247-265.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., y cols. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,



---

65(3), 355–365.

Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512–529.

Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia* (5ª ed). Madrid: Thomson.

Shean, G. (2008). Evidence Based Psychosocial Practices and Recovery from Schizophrenia. *Current Psychiatry Reviews*, 4 (1), 1–9.

Soriano, J. (2010). Cronicidad y depresión. Una aproximación sistémica a los trastornos afectivos. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 23, 59-72.

Stefansson, H., Ophoff, R.A., Steinberg, S., Andreassen, O.A., Cichon, S., Rujescu, D., y cols. (2009). Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature*, 460, 744–747.

Sullivan, P.F., Kendler, K.S., Neale, M.C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch. Gen. Psychiatry* 60, 1187-1192.

Smit, F. Bolier, L. y Cuijpers, P. (2004). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction* 2004; 99:425 - 430

Tandon, R., Keshavan, M. S., y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, «Just the Facts»: What we know in 2008: Part 1: Overview. *Schizophrenia Research*, 100(1–3), 4–19.

Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, «Just the Facts» 5. Treatment and prevention Past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122(1–3), 1–23.

Trianes, M. (2002). *Estrés en la infancia: prevención y tratamiento*. Madrid: Nancea

Umbarger, C. (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de I, V, Herrera CS, Gaité L. y Arenal A. (1995). The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*, 91(3):156-62.

Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., y cols. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psykhe* (Santiago), 14(2).

Van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helledin L, Bernardo M, Arango C, Fleischhacker W, Lachaux B. y Kane JM. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 113: 91–95.

---

Walsh F. (1982). Conceptualization of normal family functioning. New York. Normal Family Process. Guillard Press:3-44.

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. Current Opinion in Psychiatry, 22(4), 374–380.

Watzlawick, P. (1983). Teoría de la comunicación humana : interacciones, patologías y paradojas (3a. ed.). Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (2000). La realidad inventada : ¿cómo sabemos lo que creemos saber? Barcelona: Gedisa.

Weidman, A. (1987). Family therapy and reductions in treatment dropout in a residential therapeutic community for chemically dependent adolescents, Journal of Substance Abuse Treatment, 4, 21-28.

Wertheim, E. (1973). Family Unit Therapy and the Science and Typology of Family Systems. Family Process 12, 361-376.

Woo, S., Goldenstein M. y Nuechterlein, K. (2004). Relatives Affective Style and the Expression of Subclinical Psychopathology in Patients with Schizophrenia. Family Process, 43 (2): 233-246.

Wuerker, A., Gretcen, H. y Bellack, A. (1999). Racial and gender Differences in Expressed Emotion and Interpersonal Control in families of persons with Schizophrenia. Family Process, 38, (4): 477-496.

Wynne LC, Ryckoff LM, Day J y Hirsch (1958): Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiatry, 21:205-220

Yung, A. R. y Mc Gorry, P. D. (1996). The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. Australian New Zealand Journal of Psychiatry, 30, 587-599.

Zammit, S., Moore, T. H. M., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M., y Lewis, G. (2008). Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. The British Journal of Psychiatry, 193(5), 357–363.

Zubin, J., Steinhauer, S. R. y Condray, R. (1992). Vulnerability to relapse in schizophrenia. The British Journal of Psychiatry, 161, 13-18.

## 10. Anexos

---

## Anexo 1

### Criterios diagnósticos para los grupos de EQZ-Primaria y EQZ-Tóxica

#### **PACIENTES CON EQZ-PRIMARIA**

##### **Criterios DSM-IV para el diagnóstico de Esquizofrenia**

**A.** Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento 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 dos o 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 debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C.** Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período 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 períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista 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, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de 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 otro 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 han tratado con éxito).

#### **Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30)**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

#### **Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Predominan:
  - 1. lenguaje desorganizado
  - 2. comportamiento desorganizado
  - 3. afectividad aplanada o inapropiada
- B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

**Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)**

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. ecolalia o ecopraxia

**Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)**

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

**Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60)**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV PARA TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS**

**A.** Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

**B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

**D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

### **CRITERIOS CIE 10 para Esquizofrenia F20**

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad,

---

singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductal o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:



- 
- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
  - b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
  - c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
  - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
  - e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
  - f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
  - g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
  - h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
  - i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

### **F20.0 Esquizofrenia paranoide**

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

---

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

### **F20.1 Esquizofrenia hebefrénica**

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

### **F20.2 Esquizofrenia catatónica**

---

Presencia de trastornos psicmotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

### **F20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

### **F20.4 Depresión postesquizofrénica**

Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

### **F20.5 Esquizofrenia residual**

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

**F20.6 Esquizofrenia simple**

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

**F20.8 Otra esquizofrenia**

Incluye:

Esquizofrenia cenestopática.

Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

Excluye:

Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2).

Esquizofrenia cíclica (F25.2).

Esquizofrenia latente (F23.2).

**Criterio CIE 10 para Trastorno psicótico F1x.5**

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo

característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

## Anexo 2

### Hoja de solicitud



## **CENTRE DE CONSULTA I TERÀPIA FAMILIAR ESCOLA DE TERÀPIA FAMILIAR**

### **SERVEI DE PSIQUIATRIA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU**

#### **HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA**

Av. San Antoni M<sup>o</sup> Claret, 167. Barcelona 08025. Tl.93 291 94 75

#### **SOLICITUD DE CONSULTA AL EQUIPO DE TERAPIA FAMILIAR**

La Terapia Familiar se basa en la idea de que cualquier problema relacionado con la salud mental que afecte a uno o a varios miembros de la familia puede solucionarse mejor con la colaboración de la misma. Por ello, el equipo de Terapia Familiar plantea como requisito mínimo en la primera visita la presencia de todos los miembros de la familia que sean expresamente convocados.

El proceso psicoterapéutico será llevado a cabo por el Equipo de Terapia Familiar, constituido por psiquiatras y psicólogos coordinados por un responsable clínico adscrito al caso, en estrecha colaboración con la familia. Las sesiones tendrán lugar en una sala equipada con espejo unidireccional y sistemas de registro videográfico, imprescindibles para un adecuado seguimiento clínico de los casos. Asimismo, el material clínico resultante podrá ser utilizado en trabajos docentes y de investigación.

Cumplimentando esta solicitud de consulta, firmada por los miembros responsables de la familia, quedan ustedes anotados en la lista de espera del Equipo de Terapia Familiar para, posteriormente, ser contactados telefónicamente por un miembro del mismo.

La cumplimentación y firma de esta solicitud supone una aceptación de las características del trabajo clínico antes señaladas. En caso de cualquier duda al rellenarla pueden contactar con la Secretaria llamando al teléfono 93 291 94 75 los días laborables de 10 a 14 horas.

1. Describan todos los miembros de la familia que conviven actualmente, especificando nombre y apellidos, lugar y fecha de nacimiento, profesión y ocupación actual.

2. Comenten de forma detallada cuál es el principal problema por el que piden consulta al equipo de Terapia Familiar **en este momento.**





7. Si han sido orientados por un profesional, especificar nombre y apellidos, profesión, centro asistencial y teléfono de contacto.
  
8. ¿Quién está rellenando esta solicitud?
  
9. ¿Está de acuerdo los responsables de la familia en realizar esta consulta?
  
10. ¿Hay algún miembro de la familia que no conozca o no esté de acuerdo en la realización de esta consulta? Si así fuera, ¿quién?
  
11. Dirección y teléfono del domicilio familiar: Calle/Plaza/Av.:  
CP: Población:  
Provincia: Teléfonos (fijo y móvil):
  
12. Teléfono de contacto en horario laboral:
  
13. Fecha, firma y nombre y apellidos del o los responsables de la familia:

## Anexo 3

Protocolo de entrevista semiestructurada para proceso de diagnóstico (Linares, 1996)

Sesión	Convocados	Acomodación	Evaluación	Intervención
1	Núcleo conviviente	Clarificación de la derivación. Explicación del setting terapéutico. Contrato terapéutico.	Síntomas actuales. Evaluación del trastorno. Circunstancias desencadenantes. Historias de las recaídas.	Deconstrucción de las connotaciones negativas del trastorno.
2	Núcleo conviviente y otros miembros significativos (hermanos emancipados)	Cuidar a los miembros nuevos en terapia.	Relaciones en la familia nuclear a) hermanos entre sí b) pareja entre sí c) padres con hijos	Ligeros desafíos a la homeostasis: a) a las fórmulas desconfirmadoras b) a las triangulaciones c) a los beneficios secundarios
3	Núcleo conviviente	Alianza con el paciente negociada con la familia	Familia extensa y redes sociales	Alguna prescripción correctora: a) fórmulas desconfirmadoras b) a las triangulaciones c) a los beneficios secundarios

---

**Anexo 4**Compromiso de confidencialidad de los datos**Declaració de compromís de confidencialitat**

En/Na

---

amb DNI \_\_\_\_\_ manifesto de forma irrevocable i sense cap reserva, el meu compromís a,

1. Respectar la confidencialitat de totes les dades personals que, per qualsevol mitjà, arribin al meu coneixement, com a conseqüència de la meva estada formativa a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, i a no difondre-les ni cedir-les a terceres persones. Aquest compromís de confidencialitat també és d'aplicació un cop finalitzada l'estada a l'Hospital.

Les dades anteriorment esmentades poden referir-se tant a pacients com a terceres persones, que, de forma directa o indirecta, es posin en contacte amb la institució sanitària. Especialment, queden incloses les dades de caràcter personal contingudes en els fitxers de qualsevol tipus de la institució sanitària, en els termes previstos a la Llei Orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal.

2. No fer-ne us, excepte en aquells casos en què la institució ho autoritzi de forma expressa, ni a reproduir, explotar comercialment o científicament, o altres actuacions de naturalesa anàloga, més enllà de les que siguin estrictament necessàries per al propi aprenentatge, tal com estableix el programa docent.

Com a mostra i evidència fefaent de la responsabilitat que assumeixo, signo el present document.

Signatura

Barcelona, \_\_\_\_\_

---

## Compromís de confidencialitat

### Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

El procés formatiu que es realitza en l'àmbit de les ciències de la salut comporta el treball i l'estudi de la informació relativa a casos reals; aquesta necessitat queda sobretot justificada en aquells períodes de formació que tenen lloc en l'àmbit d'unitats docents hospitalàries.

Tot i així, aquesta activitat docent i de formació no pot fer-nos oblidar l'obligació de secret vinculada a la confidencialitat de la informació dels usuaris dels serveis sanitaris, i el dret que aquests tenen a la protecció de les seves dades personals.

La normativa que regula l'ús de la documentació clínica preveu que aquesta informació s'ha de mantenir no identificable quan s'utilitza per activitats docents. Tot i així, a les unitats docents els estudiants accedeixen a la informació dels usuaris en el moment en què aquests són atesos –o interactuen directament amb ells- i, per tant, estem davant de situacions no previstes en aquesta normativa.

Resulta doncs determinant que, més enllà de les actuacions que les organitzacions sanitàries estableixin per garantir la protecció de dades, hi hagi un comportament proactiu per part dels propis estudiants i personal en formació que permeti establir una cultura de compromís amb la confidencialitat i, per tant, amb el propi pacient.

En aquest context, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau ha desenvolupat línies de docència en matèria de confidencialitat i protecció de dades i, com a culminació d'aquest procés, planteja als estudiants i professionals en formació implicats l'assumpció d'un compromís personal de confidencialitat adreçat a la preservació del secret de la informació a la que tenen accés.

---

## Anexo 5

### Definiciones operacionales de las categorías<sup>30</sup>

#### Validación:

- 1- Comentarios de agradecimiento
- 2- Dar la razón, validar su punto de vista
- 3- Empatizar: comentarios en los que se exprese entender cómo se siente el otro.
- 4- Halago: mensajes donde se exaltan las cualidades del hijo (físicas, psicológicas, etc.)
- 5- Reconocimiento de méritos: mensajes en los que se exaltan logros o acciones llevadas a cabo por el hijo, avances, cambios positivos.
- 6- Tener en cuenta/ Hacer partícipe: proponer, incluir dentro del grupo familiar, tener consideración del otro, invitar.
- 7- Pedir disculpas.
8. Autocrítica: comentarios relacionados con reconocimientos de errores.

#### Desconfirmación:

- 1- Agresión física o verbal: mensajes verbales y acciones en las cuales se manifiesta rabia y enfado en forma de golpes o insultos
- 2- Calificación ambivalente: que en la misma secuencia se expresen mensajes simultáneos de desconfirmación y validación.
- 3- Comparación desconfirmante: comparación con otro miembro de la familia que implica una crítica o restar valor al paciente.
- 4- Comentario sarcástico: comentarios en donde se pongan de manifiesto defectos, acciones, características a partir de burlas.
- 5- Comentario crítico: mensajes descalificadores dirigidos al sujeto, a sus cualidades como persona. No se ofrece un reconocimiento positivo en paralelo.
- 6- Discrepancias reiterativas: se apreciará en las pautas de interacción. Se considerara como desacuerdo frecuencias en donde se interrumpa la intervención de la persona: Se hable en paralelo

---

<sup>30</sup> Estas son las definiciones operacionales consensuadas para orientar la codificación de las entrevistas. Se han realizado estudios exploratorios para determinar aquellas categorías que se buscarían en el análisis posterior, con el fin de posibilitar el acuerdo inter-evaluadores.

---

o se comience a hablar antes del tiempo en que el otro acabe su intervención. A transcribirlo se ha especificado como "(interrupciones)".

7- Descripción crítica: describir al otro y sus acciones detallando los aspectos negativos.

8- Desvaloración: mensajes verbales en los que no se reconoce ni valora las acciones de cambio llevadas a cabo por el hijo

9- Desconfianza: los padres no creen lo que dice el hijo/a

10- Expectativas de futuro negativas

11- Hablar por boca del otro

12- Mediación descalificadora: intervenir en una discusión, invalidando a uno de los partícipes de la misma.

13- Percepción de que no se da la razón

14- Percepción de ser chivo expiatorio: el paciente expresa la percepción de que los problemas familiares, ajenos a temas de su enfermedad, también están relacionados con la idea de sentir que los conflictos son culpa de él.

15- Queja recurrente: mensajes que expresan desacuerdo con las acciones de los hijos

16- Rechazo activo: mensajes verbales y no verbales que implican la expulsión del otro.

#### Sobreimplicación o baja diferenciación:

1- Protección: se acompaña al hijo en tareas cotidianas, se comparten de manera constante actividades que habitualmente las personas realizan de manera individual o con redes extra familiares. El paciente no siempre lo vive con molestia.

2- Acompañamiento rígido: acompañamiento excesivo y poco flexible en el que no se considera si el otro está dispuesto a ser acompañado. El paciente lo vive con molestia.

3- Involucramiento en proyectos: Una de las figuras paternas participa y se involucra en los proyectos personales del paciente.

4- Justificación: actos donde los padres justifican los actos de los hijos

5- Victimización: actos donde los padres tratan a sus hijos como víctimas.

6- Defensa de un hijo respecto del otro cónyuge: intervenciones en donde una de las figuras paternas exprese desacuerdo con el hijo y el otro padre intervenga expresando su defensa del hijo.

---

Hipo protección:

- 1- Ausencias recurrentes: falta de compañía, ausencias. Se relatan historias de ausencias en momentos en los que se requirió cuidado.
- 2- Desvinculación: escasa o nula relación entre el hijo y unos de las figuras paternas: contactos telefónicos distanciados (sobre 6 meses), dificultad para contactar a padre. Percepción del hijo de ser poco importante para el padre, por temas relacionados con la falta de contacto. Distanciamiento físico.

Sentimientos vinculados al proceso de enfermedad del hijo/a:

- 1- Culpa: creencia de que acciones u omisiones en el ejercicio de la parentalidad se relacionan con la situación del hijo.
- 3- Negativismo: Ideas desfavorables de la familia respecto a la visión de la enfermedad y su curso.
  - Desesperanza: Negativa a emprender nuevas acciones en el manejo de la enfermedad por que no se cree que estas puedan ayudar.
  - Miedo al fracaso: Negativa a emprender nuevas acciones en el manejo de la enfermedad por temor a que no funcionen como se espera.

Creencia de la etiología de la enfermedad:

- 1- Comprensión contextual del problema: en la comprensión que se hace de los problemas de salud mental del hijo se reconoce en algún grado la posibilidad de que los temas de problemas familiares puedan influir o haber influido.
- 2- Comprensión medica de la enfermedad: la comprensión que se hace de los problemas de salud mental del hijo está asociada a aspectos biológicos, genéticos.
- 3- Comprensión psicológica de la enfermedad: la comprensión que se hace de los problemas de salud mental del hijo está asociada a aspectos de la personalidad, historia de vida, estresores, etc.

Elementos de la estructura familiar / Organización Familiar

- 1- Triangulación: Ocurre entre tres miembros del sistema familiar, uno de los tres se encuentra en medio de la relación.



- 
- 2- Alianzas: una unión de apoyo mutuo, pactos, cuidados, que se da entre dos miembros de la familia, posee cierto grado de incondicionalidad e implica lealtad.
  - 3- Alteración de los roles: un de los hijo cumple un rol de padre en relación a los hermano o en relación a los padres. Se puede vivir como una sensación subjetiva de sentirse comprometido y responsable de los padres.

#### Características de la co-crianza:

- 1- Acuerdos en la Co-crianza: las figuras paternas manifiestan acuerdos en la mayoría de los temas que respectan a la crianza.
- 2- Desacuerdos en la co-crianza: existen opiniones diferentes de las figuras paternas respecto a temas de crianza.
- 3- Paternalización: un miembro de la fratria ejerce roles de cuidado, apoyo o responsabilidad que no le corresponde por edad o por posición. La persona tiene la percepción de ser responsable de la o las figuras paternas. Hijo se encarga de temas médicos.

#### Compromiso del logro identitario:

##### 1- Deterioro Paulatino:

- a) Cambio adolescente, cambios egosintónicos por los que el paciente consultó en la adolescencia.
- b) Inicio con síntomas negativos; anhedonia, aislamiento, apatía, hostilidad, etc.
- c) Pérdidas Previas, deterioro significativo en el área ocupacional, de trabajo o escolar, según dependiera y en el área social.

##### 2- Compromiso de la autonomía:

- Sentimiento de falta de intimidad; sentimiento reportado por el paciente de falta de intimidad en relación a espacios físicos y psicológicos
- Sensación de pérdida de la libertad; vinculada con imposibilidad de desarrollar acciones en un plano personal sin tener el consentimiento familiar o médico.

##### 3- Inactividad: Es un contenido que fue explicitado de parte del paciente como un deseo de cambio y de parte de la familia como una crítica. Se relaciona con tres ideas centrales:

- Condición de desempleo

- Deshabitación ocupacional, referida a sensación de estar desacostumbrado de tener una actividad formal, lo que ocasiona estrés y miedo a realizar actividades nuevas.

4- Aislamiento: sensación del paciente de sentirse solo.

5- Auto victimización / Beneficio Secundario: reporte de elementos victimizadores por parte del paciente en la visión que posee de sí mismo. Estos elementos tienen relación con emplear la enfermedad para evadir responsabilidades, no creer viable cambios y transmitir continuamente el mensaje de ser incapaces.