



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Esquizofrenia, enfoque relacional desde la corriente familiar sistémica.

Eduardo Maximiliano Rozada Ponte

Tutor: Jorge Cohen

Montevideo, febrero de 2024

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Marco Teórico.	5
1. Concepción psicopatológica de la esquizofrenia	6
1.1 Conceptualización y sintomatología	6
1.2 Diagnóstico	7
1.3 Diagnóstico diferencial	8
1.4. Etiología. Comienzo o pródromo.	8
Curso de la enfermedad, evolución y pronóstico.8	
1.4.1 Comienzo de la enfermedad. Pródromo.	9
1.4.2 Curso de la enfermedad, evolución y pronóstico.	9
2. Tratamiento integral de la esquizofrenia, concepciones actuales.	10
2.1. Modelo de rehabilitación psicosocial.	10
2.2. Tratamiento farmacológico.	13
2.3. Tasa de emoción expresada.	14
3. Esquizofrenia y dinámicas familiares.	
Desarrollos conceptuales de la dinámica familiar.	15
3.1 Pasaje del modelo de abordaje individual al familiar.	15
3.2 Aspectos relacionales en las familias. (ver este título	16
3.2.1 Theodore Lidz. Cisma y sesgo conyugal.	16
3.2.2 Doble vínculo. Gregory Bateson.	17
3.2.3 Jay Haley. Triangulación Perversa.	18
3.2.4 Paul Watzlawick. Desconfirmación	18
3.2.5 Grupo de Milán. Juegos familiares.	19
4. Proceso de enfermar y modelos de tratamiento.	
4.1 Modelo de Milán.	
4.1.1 El embrollo	22
4.1.2 La instigación	22
4.1.3 Los seis estadios del proceso psicótico.	23
4.2 Modelo de tratamiento.	24
4.2.1 El encuadre y la conducción de las sesiones.	24
4.2.2 Pautas de conducción de la entrevista.	24
4.3 Terapia familiar: La prescripción invariable	25
4.4 Modelo de Linares.	26
4.5 Modelo terapéutico.	30
4.5.1 Intervención con las familias.	30
4.5.2 Grupos terapéuticos.	32
4.5.3 Grupos de pacientes.	32
4.5.4 Grupos de familiares.	32
4.5.5 Grupos de manejo de fármacos.	33
4.5.6 Sesiones individuales.	33
Conclusiones	34
Referencias bibliográficas	36

Resumen.

En el presente trabajo se propone una aproximación a la comprensión psicopatológica de la esquizofrenia. Se aborda la importancia de tratar la enfermedad desde una perspectiva integral, para lo cual se describen los tratamientos psicofarmacológicos y de rehabilitación psicosocial, el cual incluye a pacientes y familiares. Se expone desde una perspectiva histórica el pasaje de la concepción de tratamiento individual de la esquizofrenia al familiar, describiendo las primeras aportaciones teóricas surgidas a partir de la década de los años cincuenta del siglo pasado. Para finalizar se describen dos modelos de comprensión y tratamiento de la esquizofrenia desde la corriente familiar sistémica.

Palabras clave: esquizofrenia, tratamiento. familia. sistémica.

Introducción.

El presente Trabajo Final de Grado aborda la esquizofrenia desde su comprensión psicopatológica, exponiendo los principales lineamientos para su tratamiento desde una concepción integral. Profundiza el rol de las familias en el proceso de aparición de la enfermedad y la importancia de incluirlas en el proceso de recuperación, tomando aportaciones del modelo familiar sistémico.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2022) afecta al 1% de la población mundial, siendo la tercera causa de discapacidad entre todas las enfermedades en personas por debajo de 45. Presenta una constelación de síntomas que a pesar de ser abordados a través de múltiples fórmulas terapéuticas, muestran elevada resistencia y comportan un malestar significativo para quienes los padecen. (DSM V, 2014)

No se conoce exactamente la etiología de la esquizofrenia, siendo de consenso la explicación que adjudica su presencia a factores genéticos y ambientales, que generan un estado de vulnerabilidad, y la predisposición de las personas a padecer el trastorno. No existen pruebas de laboratorio para su diagnóstico de modo que se diagnostica a través de un análisis clínico de signos y síntomas característicos. (Sadock, Sadock y Ruiz, 2018)

Según la OMS (2022) una de cada tres personas afectadas se recupera por completo, existiendo hoy en día varias opciones de tratamiento eficaces.

En la actualidad se considera que el tratamiento de la enfermedad debe ser integral, combinando el uso de medicación antipsicótica, programas de rehabilitación psicosocial y psicoterapia individual y familiar. (Pereira, 1992; Tamminga, 2003b).

En el presente trabajo se abordan estos tratamientos desde diferentes autores, teniendo por objetivo principal la comprensión del rol que juegan las familias en la aparición de la patología y en el proceso de recuperación. Para ello se exponen, en primer lugar, los desarrollos de teóricos pioneros que a partir de la década de los años cincuenta del siglo pasado tomaron el núcleo familiar como marco explicativo de la aparición de la psicosis.

Luego se exponen dos modelos de comprensión y tratamiento de la patología desde la corriente familiar sistémica, ambos recogen las aportaciones iniciales mencionadas anteriormente.

Se describe el modelo de Milán, liderado por Mara Selvinni de Palazoli. El interés por este modelo obedece a la importancia de sus aportaciones en la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia en el trabajo con familias, consideradas revolucionarias a partir de la década de los años setenta del siglo pasado. Como resultado de sus profundas producciones teóricas y aplicación clínica, pasó a ser considerado una escuela en sí misma dentro de la corriente familiar sistémica (Hoffman, 1992).

También se aborda el modelo de comprensión y tratamiento de la esquizofrenia propuesto por Juan Luis Linares (2019.) Este modelo es incluido en el trabajo debido a que recoge para su conformación las principales líneas teóricas expuestas en secciones anteriores, que son eje del presente trabajo. Interesa además el hecho de ser una propuesta contemporánea.

El interés personal por la temática surge en el contexto de la práctica de graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar), denominada Rehabilitación Psicosocial en Esquizofrenia. El pasaje por el centro Montevideo de Rehabilitación Psicosocial despertó mi interés por este campo que hasta el momento sólo conocía superficialmente de una perspectiva teórica. El encuentro con la realidad vital de las personas afectadas por la esquizofrenia fue mi experiencia más significativa como estudiante de psicología. Así surge la necesidad de continuar la formación de cara al ejercicio profesional, donde debemos responder a demandas y necesidades de seres sufrientes, con responsabilidad y gran compromiso ético.

El particular interés por la corriente familiar sistémica surge del curso Introducción a las teorías psicológicas, donde de forma introductoria se exponen los principales lineamientos del modelo. En el año 2023, habiendo finalizado el plan curricular de la Facultad de Psicología y planeando el trabajo final de grado, comencé la especialización en el modelo sistémico que se dicta en la escuela Sistémica Argentina. Así encontré en los desarrollos de la corriente sistémica un nuevo campo de conocimiento, atrapante y novedoso para mí. que ha sido de gran ayuda para la comprensión de muchos fenómenos a los que me he visto enfrentado en la práctica pre profesional. Aprovecho el presente trabajo para profundizar la lectura y hacer una breve exposición de las propuestas de comprensión y abordaje de la esquizofrenia desde esta corriente.

Marco teórico.

Históricamente, y en función de las concepciones aportadas por el psicoanálisis y el enfoque biomédico, el tratamiento para la psicosis fue pensado a nivel individual, considerando únicamente a la persona afectada como sujeto de intervención (Bertrando y Toffanetti, 2004). A partir de la década del cincuenta del siglo pasado fueron surgiendo enfoques que postulan una nueva explicación etiológica de la enfermedad y la importancia de incluir a las familias en el abordaje terapéutico (Ochoa de Alda 1995) En este sentido se destacan las primeras propuestas hechas desde el modelo comunicacional sistémico de la escuela de Palo Alto, de la mano de Gregory Bateson, Don Jackson, Paul Watzalwick entre otros. Basada en una epistemología ecléctica y novedosa esta escuela influenció a múltiples investigadores en el desarrollo de enfoques y abordajes de los padecimientos psicóticos. Por su profusa producción teórica y práctica en la comprensión y tratamiento de la psicosis se destacan los aportes posteriores de la Escuela de Milán, la cual toma las conceptualizaciones de los modelos comunicacional y estructural sistémicos (Linares, 2019). Enfocándose en la estructura familiar y sus modalidades de relacionamiento estos modelos significaron un gran avance en la temática, y son hoy pilares para desarrollos contemporáneos que desde el modelo sistémico se proponen. Ejemplo de esto es el modelo teórico propuesto por Linares (2019) quien toma los aportes de las primeras teorías de terapia familiar en psicosis, del narrativismo (Linares 1996), y los aportes de constructos como el de emoción expresada en familias (Kuipers, Leff y Lam, 2002).

En su reciente obra “Terapia familiar de la psicosis” Linares (2019) propone un marco explicativo al proceso de enfermar. Así sostiene que la esquizofrenia es una enfermedad identitaria producto, entre otros motivos, de la influencia de una sostenida triangulación desconfirmadora que recae sobre la persona. Como consecuencia de este mecanismo relacional en el seno de la familia de origen, la identidad de la persona se ve hipertrofiada. Así propone un abordaje terapéutico familiar sobre las modalidades relacionales en la familia que luego tendrán repercusión a nivel individual. (Linares, 2019)

Capítulo 1

Concepción psicopatológica de la esquizofrenia.

1.1 Conceptualización y sintomatología.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, de gran impacto a nivel social y laboral, que perjudica significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Las personas con este padecimiento ven reducida su expectativa respecto a la población general debido a la prevalencia de enfermedades infecciosas, deterioro cardiovascular y alteraciones metabólicas (OMS, 2022). Su prevalencia ronda el 1% de la población mundial, manifestándose promediamente en la edad adulta temprana. No se conoce exactamente la etiología de la esquizofrenia, siendo de consenso la explicación que adjudica su presencia a factores genéticos y ambientales, que generan un estado de vulnerabilidad y la predisposición de las personas a padecer el trastorno. (Tamminga, 2023b) Actualmente no se conoce la cura de la enfermedad, y su evolución es muy diversa (Pardo, 2007)

Sus síntomas afectan procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto aplanado, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio. Ninguno de estos síntomas por sí solo es patognomónico de la enfermedad. (DSM 5, 2014). No todas las personas que padezcan la enfermedad presentaran los mismos síntomas, en cantidad ni en intensidad. (Sadock et al., 2018). Estos síntomas característicos se han clasificado históricamente como positivos (alucinaciones y delirios) y negativos (aislamiento social, abulia, apatía, etc.) a los que se agregan los de desorganización del pensamiento (conducta y habla afectada) y deterioro cognitivo. (Tamminga 2023b).

1.2 Diagnóstico.

No existen pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad y el mismo debe ser realizado por un profesional con experiencia, a través de la constatación de una mezcla de signos y síntomas característicos recabados en una entrevista clínica. (Sadock, et al., 2018)

Los dos manuales más utilizados para el diagnóstico de la enfermedad son el manual DSM, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, hoy DSM V, y la clasificación internacional de enfermedades CIE de la organización mundial de la salud. Estos manuales comparten básicamente los criterios al momento de diagnosticar pero presentan algunas diferencias. (Sadock et al., 2018)

Basándose en los criterios del DSM 5 para el diagnóstico de la esquizofrenia deben presentarse:

Criterio A:

1. Alucinaciones
2. Delirios
3. Discurso desorganizado
4. Comportamiento desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos como apatía, abulia, etc.

No es necesario que todos los síntomas y signos estén presentes para establecer el diagnóstico. Pero será requisito fundamental que se presenten delirios, alucinaciones, o discurso desorganizado, o al menos dos de estos por un periodo de un mes y de forma significativa.

Criterio B.

Debe constatarse un funcionamiento disminuido en áreas de trabajo, relaciones sociales, o cuidado personal luego del inicio de la enfermedad durante el transcurso de un periodo significativo de tiempo.

Criterio C.

Los signos y síntomas constatados deben persistir al menos por seis meses, incluyendo un mes de síntomas del criterio A tomando en cuenta los períodos prodrómicos y residuales.

Criterios D y E:

Se deben diferenciar los síntomas o signos consecuencia de otras patologías o del uso de sustancias.

Los síntomas psicóticos deben presentarse al menos un mes de forma permanente.

1.3 Diagnóstico diferencial.

Cuestiones que se deben descartar a la hora de hacer el diagnóstico:

Según el DSM V (2014) es necesario confirmar que los síntomas psicóticos, a los que remite el paciente o sus acompañantes, no se deben a otra enfermedad ya sea física o bien mental. Debe descartarse el uso de sustancias o drogas previo al comienzo de los síntomas. Conocer asimismo el patrón de consumo de la droga que refieren. En caso de consumo prolongado de una droga como la cocaína, marihuana u otra droga de abuso frecuente puede haber producido un daño a nivel del sistema nervioso central y estar generando síntomas que se emparejen con los de la esquizofrenia; en este caso lo más probable es que se descarte este diagnóstico. Se debe indagar sobre historia de la enfermedad en la familia ya que la

esquizofrenia comporta una importante carga genética, como así también la historia de cualquier otra enfermedad mental en familiares. (DSM V 2014)

1.4. Etiología. Comienzo o pródromo. Curso de la enfermedad, evolución y pronóstico.

Etiología.

Hoy en día no se conocen las causas de la esquizofrenia (Tammniga, 2023b). La autora afirma que el consenso actual se refiere a una combinación de factores hereditarios y ambientales que predisponen a las personas a desarrollar la enfermedad. Se mencionan también eventos traumáticos, consumo de sustancias, acontecimientos vitales estresantes, y factores sociales adversos como posibles desencadenantes sobre esta base de vulnerabilidad (Díaz, 2013).

Está ampliamente demostrada una tasa de prevalencia mayor entre parientes biológicos que desarrollan la enfermedad. Si bien no se ha podido determinar un gen específico para la esquizofrenia, distintos estudios han logrado demostrar la existencia de ciertos genes que pueden aumentar la predisposición. Según Sadock et al. (2018) hay una relación entre la probabilidad de desarrollar la enfermedad y la cercanía de parentesco de primer o segundo grado. En gemelos monocigóticos de grado genético idéntico se hallaron tasas de concordancia para la esquizofrenia del 50% aproximadamente (Sadock et al., 2018). Asociados a los factores ambientales se destacan complicaciones perinatales como infección por influenza durante el embarazo, bajo peso al nacer, falta de oxígeno al momento del parto. (López Ordieres, 2017; Tamminga, 2023b)

Por su parte, desde la corriente sistémica Linares (2019) afirma que el avance de las neurociencias ha echado luz sobre la interacción entre los factores ambientales y hereditarios. La epigenética ha demostrado la influencia de factores ambientales sobre la activación o no de determinados genes. En este sentido se ha establecido que las relaciones que establecen los individuos determinan la activación de ciertos genes permaneciendo otros en latencia. En el presente trabajo se expondrán desarrollos teóricos de diversos autores en cuanto a los aspectos relacionales en el seno familiar que subyacen en la aparición de la esquizofrenia.

Comienzo de la enfermedad. Pródromo.

La etapa prodrómica de la esquizofrenia es el periodo de tiempo que transcurre entre las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad y la aparición del primer brote psicótico. Se observan cambios en los patrones de conducta y pensamiento. Con un inicio promedio en la adolescencia tardía y primeros años de la juventud. Su fase de duración se ha establecido en 5 años aproximadamente (Pardo, 2007). Algunos de los síntomas característicos son: distanciamiento social, depresión y ansiedad, trastornos del sueño, alteraciones en la atención y concentración, ideas extrañas y obsesivas, entre otros. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009)

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) establece que a pesar de que se han observado estos síntomas prodrómicos en el 75% de los pacientes que desarrollan esquizofrenia, no se ha podido establecer este periodo como predictor de la enfermedad (AEN, 2003). Según la autora esto se debe a que estos síntomas o signos se presentan de forma sutil y coinciden con sintomatología presente en muchos adolescentes y jóvenes que no desarrollan la enfermedad. Es así que esta fase inicial tiende a pasar inadvertida para la gran mayoría de pacientes y familias. Si bien se han dedicado esfuerzos a la intervención primaria, los criterios para definir el pródromo plantean dificultades por tratarse de situaciones clínicas inespecíficas.

Curso de la enfermedad, evolución y pronóstico.

La evolución de la esquizofrenia es heterogénea, las etapas descritas por Pardo (2007) son: etapa premórbida, pródromo, episodio psicótico, curso temprano de la enfermedad, inicio del tratamiento, remisión, periodo residual. Posteriormente al periodo residual se pueden presentar nuevos empujes psicóticos y subsiguientes periodos residuales. Tras una revisión de los principales manuales diagnósticos utilizados en la actualidad, Vicente Pardo expone las siguientes posibilidades de evolución: “exacerbaciones y remisiones, remisión total o completa, estabilidad relativa, empeoramiento progresivo con incapacidad grave, cronicidad y evolución continua”. (Pardo, 2007, p.85).

El mismo autor en la citada publicación describe los predictores clínicos que suponen un mal pronóstico de la enfermedad y su evolución: “inicio insidioso, síntomas negativos prominentes, edad temprana al inicio de la enfermedad, deterioros cognitivos severos, pobre funcionamiento social premórbido, pobres adquisiciones educacionales previas y sexo masculino” (Pardo, 2007, p.85).

Debido a que se desconocen los factores que predicen su curso y pronóstico, estos no se pueden establecer con certeza a largo plazo. Los síntomas positivos de la enfermedad

aparecen en la adolescencia tardía y mitad de la juventud, relacionando la edad más temprana de comienzo con un peor pronóstico evolutivo (Sadock et al., 2018). La edad de inicio probablemente tenga relación con el género, siendo de peor pronóstico en varones donde se observa un pobre ajuste premórbido, menor rendimiento académico y una presentación sintomatológica más marcada. (DSM V, 2014)

Según el DSM V (2014) solo el 20% de los pacientes presentan un curso favorable y es mínimo el número de personas que se recuperan por completo. Estos pacientes crónicos presentan remisiones y exacerbaciones sintomatológicas, y en algunos casos un deterioro progresivo.

El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009) establece, además del periodo prodrómico, tres fases típicas de la enfermedad, las cuales presentan límites difusos. La fase aguda donde aparecen los síntomas positivos y la desorganización del pensamiento, donde la autonomía del paciente es prácticamente nula. En este momento suelen agudizarse los síntomas negativos de la enfermedad. Como segundo estadio se plantea la fase de estabilización donde los síntomas positivos remiten, permaneciendo la sintomatología negativa aún marcada. Y por último la fase de estabilidad o de mantenimiento en la cual la presentación de síntomas es variada aunque por lo general estable. Se observan pacientes asintomáticos, como también la persistencia de ansiedad, depresión, dificultades para dormir. En esta fase la sintomatología positiva suele presentarse en formas no psicóticas, ilusiones en vez de alucinaciones o formas menores de delirios como ideas sobrevaloradas. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009)

Capítulo 2

Tratamiento integral de la esquizofrenia, concepciones actuales.

2.1. Modelo de rehabilitación psicosocial.

A pesar de la multiplicidad de esfuerzos por comprender y tratar la esquizofrenia, esta sigue siendo una enfermedad grave y discapacitante. Es por ello por lo que su tratamiento debe ser global, atendiendo aspectos farmacológicos, individuales, familiares y de rehabilitación psicosocial de manera integrada (Pereira, 1992). Se destaca la importancia de comenzar a tratar la enfermedad ante los primeros síntomas (periodo prodrómico), los cuales suelen aparecer de manera insidiosa y estar asociados a deterioro social, depresión, síntomas

negativos y de desorganización cognitiva. (Pardo 2007). Históricamente las personas con trastornos mentales graves han sido aisladas en asilos o manicomios, sin posibilidad de recuperación. Además de ser privados de estas buenas prácticas, los pacientes en estas situaciones sufren la alteración de su red social, viéndose disminuidos sus vínculos, sus roles, sus relaciones afectivas, ocupacionales y con su entorno en general, sumando estas alteraciones a su patología (AEN, 2003). A mediados del Siglo XX surgen en occidente una serie de movimientos político-sociales que abogan por el acceso de estos pacientes a derechos humanos fundamentales, que aseguren un tratamiento humanitario y la posibilidad de recuperación. Surge entonces la necesidad de desinstitucionalización de estos para el tratamiento en su entorno social, basados en un modelo de rehabilitación psicosocial (AEN, 2003; Hernández Monsalve, 2017)

Resuelta la fase de crisis que lleva a la internación, muchos de estos pacientes encuentran obstáculos de variada índole para su reinserción fuera de los cuidados hospitalarios. El estigma social que recae sobre las personas afectadas de psicosis, la falta de continencia por parte de la familia de origen, la discontinuidad de los aspectos funcionales debido a las alteraciones causadas por la enfermedad, son algunos de los obstáculos que se presentan.

En este sentido la rehabilitación psicosocial debe atender las diferentes necesidades de las personas con esquizofrenia para su mejor reinserción a la comunidad (Florit Robles, 2006).

En Uruguay la Ley de salud mental (2018) promueve la desinstitucionalización, estableciendo la necesidad del cierre progresivo de establecimientos asilares, impulsando la creación de centros de atención a la comunidad, residenciales asistidos, y centros de rehabilitación psicosocial. Dentro de las prioridades para la protección de la salud mental propone: “acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.” (Uruguay, 2018, Art. 2). Así mismo se establece la inconveniencia de hospitalizaciones prolongadas que alejen a los pacientes de su entorno comunitario, social y familiar

La ley prevé la inclusión social de las personas con trastorno mental grave a través de programas y estrategias de rehabilitación psicosocial, que contemplen las necesidades básicas. Estos deben promover el acceso al trabajo, vivienda y educación, a la cultura, y el uso de tiempos de ocio, entre otras acciones tendientes a la promoción de la mayor autonomía posible, así como cambios culturales que mitiguen la estigmatización que recae sobre estas personas (Uruguay, 2018)

Objetivos y formas de intervención.

AEN, 2003 definen el proceso de rehabilitación psicosocial como:

...un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. (AEN, 2003, p.83)

El objetivo consiste en que las personas mejoren su calidad de vida y asuman las responsabilidades de la vida diaria actuando en la comunidad de forma activa con un manejo lo más autónomo posible en su entorno social. Para tales fines la rehabilitación deberá actuar sobre las distintas áreas de necesidades mencionadas anteriormente, abarcando la mayor cantidad de escenarios posibles. (AEN, 2003)

Intervenciones en rehabilitación psicosocial.

Los planes de rehabilitación serán líneas de acción ajustadas a cada individuo tomando en cuenta su realidad vital actual, incluyendo su entorno y redes de apoyo (Florit Robles, 2006). Luego de una revisión bibliográfica de las principales guías de práctica clínica en rehabilitación, González y Rodríguez (2010) exponen las intervenciones de mayor consenso para la consecución de los objetivos de rehabilitación.

- Entrenamiento en habilidades sociales que ayuden a la persona en sus competencias relacionales de interacción social.
- Programa de psicoeducación para ayudar a las personas en el conocimiento de la patología, que redunde en una mejora de las competencias necesarias de cuidado y control de recaídas.
- Adquisición de habilidades en el manejo de la ansiedad para el afrontamiento de situaciones estresantes. Programa de rehabilitación cognitiva tendientes a la recuperación de los procesos cognitivos deteriorados y al fortalecimiento de las funciones conservadas.
- Intervención psicoeducacional con familiares, procurando por un lado la involucración de estos en el proceso de recuperación y la mejora de sus habilidades en la consecución de este.
- El trabajo con familias aquí planteado debe cumplir los objetivos de reducción de la carga emocional negativa, y la mejora del clima familiar. (González y Rodríguez, 2010)

Coincidiendo con estos objetivos Florit Robles (2006) destaca la importancia adicional de enfocar las intervenciones no solo en los déficits sino también en la potenciación de las fortalezas y habilidades más conservadas de las personas afectadas así como en el aprovechamiento de las potencialidades de su propio entorno.

2.2. Tratamiento farmacológico.

En la década de los años cincuenta del siglo pasado se dio un cambio sustancial en el tratamiento de la psicosis. Hasta el momento los tratamientos utilizados no eran eficaces y muchos de ellos altamente riesgosos, siendo el confinamiento domiciliario o en hospitales el destino de la mayoría de estos pacientes (López, Álamo y Cuenca, 2002). El advenimiento del primer fármaco antipsicótico (clorpromazina) dio lugar a la estabilización de estos pacientes a través de la reducción de los síntomas positivos de la enfermedad, sin acción sobre los síntomas negativos, posibilitando el tratamiento ambulatorio. En las últimas décadas del siglo XX se desarrollaron los llamados antipsicóticos de segunda generación o antipsicóticos atípicos los cuales producen pocos o ningún efecto neuroléptico, que se asocian al enlentecimiento psicomotor y a efectos adversos que provocan deterioro en diversas áreas de funcionamiento. Los antipsicóticos de segunda generación a su vez actúan sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia (abulia, alogia, aplanamiento afectivo, etc.) (López Ordieres, 2017)

Son indicados en distintos tipos de psicosis: "esquizofrénica, esquizofreniforme, esquizoafectiva, delirante crónica, reactiva breve, depresiva o maníaca, o bien secundaria al uso de sustancias o de una afectación orgánica cerebral" (Bravo, 2003, p.35). También son indicados en trastornos de inestabilidad de la personalidad (Borderline), trastorno obsesivo compulsivo, trastornos generalizados del desarrollo, agitación en cuadros de demencia y otras afecciones (Bravo, 2003).

Bravo expone que la indicación más frecuente de estos fármacos es en la esquizofrenia y detalla los efectos de estos sobre la patología:

- a) Tienen una actuación específica sobre los delirios, las alucinaciones, los trastornos formales del pensamiento y los síntomas catatónicos.
- b) Reducen de forma importante la agitación y la inquietud psicomotora sin alterar el nivel de conciencia.
- c) Evitan el desarrollo de nuevos síntomas psicóticos y previenen las recaídas.
- d) Modifican ligeramente los síntomas deficitarios de la esquizofrenia cuando se utilizan antipsicóticos atípicos. (Bravo, 2003, p.39)

Según la autora la terapia farmacológica no es suficiente para el tratamiento tendiente a la recuperación de las personas afectadas, deben combinarse con tratamientos psicoterapéuticos. La combinación de psicofármacos y tratamiento psicoterapéutico se ha estandarizado en el abordaje de las afecciones mentales, estableciendo una relación sinérgica potenciadora (Sadock et al., 2018).

Si bien estos fármacos han demostrado su potencial beneficio no escapan a los efectos adversos y perjudiciales para la salud, sobre todo en consumos de largo plazo. Por ello deben utilizarse dosis mínimas efectivas, así como evitar la combinación de psicofármacos (polifarmacia) cuando sea posible. Tanto el comienzo de consumo como su abandono deben realizarse de forma gradual (Bravo, 2003). Carol Tamminga (2023a) advierte sobre sus efectos nocivos; entre las afecciones más conocidas de un patrón de consumo prolongado destaca el síndrome metabólico caracterizado por hipertensión arterial, resistencia a la insulina, exceso de adiposidad abdominal y dislipidemia (alteración de Colesterol y Triglicéridos). A su vez afirma que los antipsicóticos de ambas clases pueden generar síndrome de QT largo, una afección cardíaca que aumenta el riesgo de arritmias letales. (Tamminga, 2023a)

2.3. Tasa de emoción expresada.

En la década de los años sesenta del siglo pasado en la unidad de psiquiatría del Medical Research Council de Londres, investigadores orientaron su trabajo a determinar la influencia que ejercía el clima familiar en el curso de la enfermedad de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Las primeras conclusiones revelaron que los climas familiares donde predominaba un alto nivel de criticismo hacia el paciente o sobre involucramiento de alguno de sus integrantes se corresponden con mayor número de recaídas de estos (Kuipers et al., 2004). Cabe destacar que este concepto clínico se ha extendido en su uso y medición a otras entidades nosológicas como son la depresión, el trastorno de estrés post traumático, trastornos de alimentación, entre otros (Kuipers et.al., 2004).

Los componentes que mide la emoción expresada son *criticismo* o comentarios críticos, sobre involucramiento y *hostilidad* que expresan familiares o cuidadores hacia los pacientes.

El grado de *criticismo* está dado por el número de comentarios críticos que recibe la persona en su entorno, siendo estos comentarios expresiones de enfado dirigidos hacia una persona son signos de desaprobación hacia sus características personales o conductas (Rascón, Gutiérrez, Valencia y Murow, 2008). Incluyen reproches, desaprobación y censura, entre otros (Rangel Gómez 2019).

Por *sobre involucramiento* se entienden expresiones emocionales inapropiadas de cuidado y sobreprotección del paciente, que involucra mayormente a los padres. El paciente es tratado como incompetente, consentido como si fuera un niño (Rascón et.al.,2008). Los familiares se expresan con ansiedad y un excesivo autosacrificio de sobreprotección (Rangel Gómez 2019).

La *hostilidad* es el criticismo llevado al extremo, y comporta altos niveles de enojo hacia la persona (Kuipers et.al., 2004). No se refiere tanto a las conductas del paciente sino a su individualidad, a su ser, dejando en evidencia la falta de comprensión de la enfermedad del paciente por parte de sus cuidadores (Rascón et.al., 2008).

Por su parte Kuipers y colaboradores (2004) señala que las familias donde la emoción expresada es baja no necesariamente escapan a estos tres elementos, por el contrario conviven con ellos de mejor manera. Por lo general son familias que no comparten las experiencias del familiar enfermo, pero las comprenden y reconocen su realidad. La autora menciona dos aspectos relacionales que mejoran el curso de la enfermedad, estos son la calidez hacia la persona y los comentarios positivos.

Las familias y cuidadores de pacientes con esquizofrenia se ven enfrentados a una situación vital que genera un gran desgaste emocional lo cual puede conducirlos a actuar bajo estos parámetros causando un empeoramiento sintomatológico con sus consecuentes recaídas y re-hospitalizaciones (Kuipers et.al., 2004).

Capítulo 3

Esquizofrenia y dinámicas familiares.

3.1 Pasaje del modelo de abordaje individual al familiar.

En la década de los años cincuenta del siglo pasado se experimentaron cambios en la forma de comprender las enfermedades mentales a través de un corrimiento del interés centrado exclusivamente en aspectos intrapsíquicos hacia aspectos relacionales de la vida de las personas. Según Ochoa de Alda (1995) diversos terapeutas comienzan a entrevistar a grupos familiares para comprender mejor al miembro sintomático.

En palabras de la autora:

La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente. Una vez establecidas estas variables relacionales, que en un principio abarcan sólo a

algunos miembros de la familia y más tarde a toda ella, sus tratamientos se orientarán a cambiar dichas variables. (Ochoa de Alda, 1995, p.14)

Se comenzó a considerar la reacción esquizofrénica como síntoma de una patología familiar y se llevaron adelante internaciones hospitalarias de familias enteras por periodos prolongados con el fin de estudiar a fondo sus relaciones. (Framo y Boszormenyi-Nagy, 1976) P. 351

Theodore Lidz fue uno de los pioneros de este tipo de abordaje y como resultado surge su idea Cisma y Sesgo Conyugal en estas familias. (Pereira, 1992). Se destacan en la época también los trabajos de Gregory Bateson, en particular su concepto de Doble Vínculo, los aportes a la comprensión de las comunicaciones humanas de Paul Watzlawick y su concepto de desconfirmación, la idea de Triangulación Perversa de Jay Haley y los Juegos Familiares descritos por Selvini de Palazzoli y colaboradores.

En la presente sección se presentan estas concepciones, pioneras en la comprensión del papel que juegan las familias en el desarrollo de la esquizofrenia.

3.2.1 Theodore Lidz. Cisma y sesgo conyugal.

Theodore Lidz fue uno de los fundadores de la terapia familiar, se especializó en el trabajo con familias con un miembro esquizofrénico. Afirmó que la familia de origen de estos pacientes, en la mayoría de los casos, muestran una gran inestabilidad y una dificultad para definir roles y desarrollar sus estructuras internas. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Pionero en la investigación del rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia, estudió las relaciones destructivas entre padres e hijos. Para ello formuló los conceptos de cisma y sesgo conyugal, con los que describe la relación perturbada de la dupla parental. El cisma conyugal es un desequilibrio y discordia crónicos en la pareja. Destaca la incapacidad de los cónyuges de alcanzar una reciprocidad de roles, la imposición mutua de ajustarse a las expectativas del otro, desvalorización recíproca ante los hijos y un patrón de desconfianza mutua. En el caso del sesgo marital, el ambiente familiar se encuentra dominado por uno de los cónyuges portador de una psicopatología. Si bien se logra un equilibrio relativo, el conflicto entre ambos subyace pero no se hace explícito debido a que la otra figura conyugal genera una imagen distorsionada del primero, esto genera un ambiente donde lo dicho y lo admitido difiere de lo que se siente y se hace realmente. Los hijos de estas familias crecen en un ambiente irreal, lo cual asocia a una perturbación del niño en su orientación hacia las tradiciones

culturales y lo aceptado en una sociedad, viéndose potencialmente perjudicado su desarrollo cognitivo. (Simón, Stierlin y Wynne, 1993)

3.2.2 Doble vínculo. Gregory Bateson.

Gregory Bateson publicó en 1956 un trabajo titulado “Pasos hacia una ecología de la mente”. En el mismo presenta una teoría basada en el análisis de las comunicaciones, enfocada en las secuencias interpersonales que pudieran provocar una conducta que se ajuste al diagnóstico de esquizofrenia. Supuso que la persona con esquizofrenia: “debe vivir en un universo donde las secuencias acontecimientos sean tales, que sus hábitos comunicacionales desusados resulten adecuados de alguna manera” (Bateson. 1998, p.235)

A partir de la observación de pacientes esquizofrénicos describe una situación, y las condiciones necesarias para ella, en la que una persona haga lo que haga no puede ganar a la que denomina “doble vínculo”. Plantea la hipótesis de que quien esté apresado en esta situación puede desarrollar síntomas esquizofrénicos (Bateson, 1998).

La situación doble vincular se configura de la siguiente manera:

1. Se trata de una situación que involucra a dos o más personas, una de estas será la afectada. El doble vínculo puede ser infligido por parte de la madre o por una combinación de madre y padre y/o hermanos.
2. La experiencia debe ser repetida. Se descarta una experiencia traumática única, la estructura doble vincular debe ser una experiencia habitual.
3. Un mandato primario negativo. Como ejemplo: no hagas esto o te castigaré.
4. Un mandato secundario que entra en conflicto con el primero, pero difícil de percibir ya que se da en un nivel más abstracto, suele no ser verbal, y que también supone una amenaza o castigo.
5. Un mandato negativo terciario prohibiendo a la persona escapar de la situación.
6. La experiencia se generaliza y el individuo aprende a percibir su mundo bajo estas formas doble vinculares. Es suficiente cualquier parte de la secuencia para que la persona experimenta miedo o enojo. Estos mandatos pueden llegar a ser percibidos como voces alucinatorias.

La persona envuelta en una relación intensa necesita discriminar qué clase de mensaje se le comunica para poder responder adecuadamente, sin embargo se ve atrapada en una situación comunicacional en la cual le llegan dos mensajes, uno de ellos niega al otro. Así,

no le es posible hacer una intervención comunicativa, no logra hacer comentarios para discriminar el orden del mensaje al cual responder (Bateson, 1998).

3.2.3 Jay Haley. Triangulación Perversa.

La situación de triangulación se presenta cuando una relación diádica en conflicto se expande incluyendo a un tercero, dando como resultado la desviación o el encubrimiento del conflicto (Simón et al., 1993). En 1967 Jay Haley propone el término triángulo perverso. Se trata de la involucración de uno de los hijos en el conflicto de los padres, y supone el sacrificio personal de los primeros para estabilizar a la familia. (Linares, 2012). Según Simón et.al., (1993) lo más grave de estas situaciones es la transgresión de las fronteras generacionales que hace peligrar la jerarquía familiar.

Este aspecto es mencionado por Salvador Minuchin:

...se observa por lo general cuando los padres utilizan a un hijo para evitar o alejar conflictos entre ellos. El límite entre el subsistema parental y el niño se hace difuso, y el límite relacionado con la tríada padres-hijos, que debería ser difuso, se hace inadecuadamente rígido. (Minuchin, S, 2003, p.155)

Normalmente estas coaliciones son negadas, lo que lleva a la confusión dentro del ambiente familiar de lo que es real e irreal. Haley consideró que las estructuras triangulares en los sistemas sociales producen violencia, generan síntomas y llevan a la destrucción del sistema (Simón et.al., 1993).

3.2.4 Paul Watzlawick. Desconfirmación.

En la década del 60 del siglo pasado Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin y Don Jackson (1985) publican su obra Teoría de la Comunicación Humana sintetizando años de trabajos en el Mental Research Institute de Palo Alto, California. Trata sobre los efectos que tiene la comunicación humana sobre el comportamiento y en especial los trastornos en la conducta. Afirman que a través de la comunicación las personas conforman su autopercepción, de modo que nos comunicamos para autopercebirnos en relación con los demás, construyendo así nuestro self, quienes somos. Así aseveran: "La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro" (Watzlawick et.al, 1985, p.55).

Cuando ofrecemos una definición de nosotros mismos estamos meta comunicando a las personas: “así es como me veo”. A partir de ello hay tres respuestas posibles del interlocutor: la confirmación, el rechazo y la desconfirmación. (Watzlawick et.al, 1985)

La confirmación es el caso en que es aceptada la definición que la persona hace de sí misma, y es considerada como el factor más determinante en el desarrollo y la estabilidad mental. El rechazo es otra opción de respuesta a la autodefinición que se propone, en este caso el interlocutor reconoce a la otra persona sin negar la realidad que tiene de sí mismo. La desconfirmación es la tercera opción de respuesta, la cual es considerada la más importante en términos pragmáticos como psicopatológicos. Aquí no se trata de rechazar la propuesta del interlocutor sino de negar a la persona como fuente de definición, el mensaje es “tú no existes”, muy distinto del rechazo directo de la definición que el otro hace de sí mismo. Es un patrón comunicacional donde se niega la existencia del otro (Watzlawick et.al., 1985).

Al respecto Watzlawick et.al., citan a Laing:

El patrón familiar característico que ha surgido del estudio de familias de esquizofrénicos no incluye tanto a un hijo sometido a un descuido total o siquiera a un trauma evidente, sino a un hijo cuya autenticidad se ha visto sometida a menudo involuntariamente, a una mutilación sutil pero resistente. El resultado final de esto se alcanza... cuando, independientemente de cómo (una persona) actúe o se sienta, independientemente de qué significado de a su situación, sus sentimientos son tenidos en cuenta, sus actos son desconectados de sus motivos, intenciones y consecuencias, la situación es despojada del significado que tiene para ella de modo que queda totalmente confundida y alienada (Págs 135-6). (Watzlawick et.al, 1985, p.88)

Los autores consideran que la conducta alienada no es el resultado de una mente enferma necesariamente, sino quizás la reacción a un ámbito donde la comunicación no es clara.

3.2.5 Grupo de Milán. Juegos familiares.

En la década de los años sesenta del siglo pasado en el Centro de Estudios de Familias de Milán se gestó el conocido «Grupo de Milán». Conformado por Selvini de Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y Luigi Boscolo, con una concepción psicoanalítica el grupo se dedicó al tratamiento de familias con miembros anoréxicos y psicóticos. No conformes con los resultados obtenidos buscan nuevas formas de abordajes entrando en contacto con los desarrollos del grupo de Palo Alto, así incorporan las aportaciones de Bateson, Watzlawick y colegas y comienzan a trabajar en un marco de sistema familiar sistémico. Trabajando sobre

bases comunicacionalistas, entienden a las familias como sistemas: “la familia es un sistema autocorrectivo, auto gobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores” · (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1982, p.11)

Para los autores el sistema familiar se irá formando a través de reglas internas que delimitan lo que está permitido o no. Estas reglas se plasmarán en intercambios comunicacionales tanto a nivel verbal como no verbal. Tomando conceptos de Paul Watzlawick comprenden que toda conducta es una comunicación que genera una respuesta. Esta respuesta a su vez configura otra conducta-comunicación (Selvini et.al. 1982).

En el libro Paradoja y Contraparadoja (1982) desarrollan su teoría de las transacciones relacionales. Allí describen familias de transacción esquizofrénica donde los “juegos” relacionales son patológicos, sostenidos por reglas imperceptibles aplicadas por cada miembro en busca del beneficio personal, en una lucha de poderes que conduce a disfunciones en el sistema familiar (Selvini et.al., 1982).

Si bien el concepto de juego familiar no lo definen con precisión (Ochoa de Alda 1995), incluye: relaciones familiares (alianzas y escisiones), las reglas que conducen estas relaciones (lo permitido y no permitido) y cómo se define la relación en función del impacto del síntoma, de uno de sus miembros, en el sistema familiar. El juego cumple la función de regular el funcionamiento del sistema familiar, lo mantiene unido (Ochoa de Alda, 1995).

A través de la metáfora del juego familiar explican la aparición de un miembro psicótico en la familia, describiendo los juegos relacionales predisponentes para la patología. Tomando los desarrollos de Murray Bowen (1969) sostienen que se necesitan tres generaciones para el desarrollo de un miembro esquizofrénico. (Selvini et.al., 1982)

En la primera generación la incapacidad de los abuelos de encontrar soluciones saludables en sus relaciones vitales los conduce a establecer normas *rígidas y repetitivas* tendientes al dominio de uno sobre el otro. Selvini y colaboradores describen una lucha por la definición de la relación de forma exasperada, donde la necesidad de confirmación entre cónyuges es el tema central de la discordia. El hecho de confirmar al otro es tomado como un signo de debilidad y pérdida de autoridad, estableciendo un rechazo mutuo de sus definiciones y propuestas. (Selvini et.al., 1982)

La pareja de la segunda generación adopta estas normas rígidas y repetitivas y agregan otra forma de disfuncionalidad: “la cautela en exponerse por miedo al rechazo” (Selvini et.al., 1982, p.30)

En una permanente lucha por el poder los padres del futuro psicótico no logran establecer claramente si la relación es simétrica (igualdad de poder) o complementaria (donde se reparte

el poder en la pareja). No pueden sostener una simetría en la pareja, ya que el juego de poder los lleva a querer dominar la relación. Selvini y colaboradores describen esta situación como "explicitameHybris": "la tensión simétrica exasperada al punto de no rendirse ante la evidencia, incluso ante la inminencia misma de la muerte" (Selvini et al., 1982, p.32)

Así desde una posición radicalmente simétrica cada uno intentará dominar la definición de la relación, pero sentirán temor al fracaso en cada intento, entonces la tensión aumenta hasta ser insoportable. Para evitar este displacer la única solución será: "descalificando la propia definición de la relación, rápidamente, antes de que el otro lo haga. Prevenir el golpe insoportable" (Selvini et al., 1982, p.32). En esta configuración relacional se establecen reglas secretas, a través de mensajes crípticos evitando la exposición, así la lucha de poder queda enmascarada. Se evitan las contradicciones lógicas manifiestas o implícitas, y se abusa del uso de las paradojas estableciendo comunicaciones contradictorias en niveles verbales y no verbales y entre niveles lógicos de mensajes (situaciones de doble vínculo). Esta es la forma que toman las comunicaciones de las transacciones psicóticas: "descalificación de algunos o de todos los componentes del mensaje, tangencialidad, desplazamientos del tema, amnesias y, por último, la maniobra suprema, la descalificación" (Selvini et.al, 1982, p.33).

La tercera generación corresponde al "paciente identificado", quien crece en este ambiente relacional caótico. Para describir la situación de estos hijos los autores relacionan su teoría de los juegos familiares con las aportaciones de Gregory Bateson sobre el doble vínculo (Selvini et.al., 1982). A través de esta forma comunicacional, extendida en todo el núcleo familiar, se mantienen los desafíos desconfirmatorios, sin opción de salida y por tanto sin fin, donde el paciente identificado se encuentra atrapado sin posibilidad de salir indemne. Todos en el grupo familiar experimentan la sensación de haber hecho algo erróneo sin que se les comunique que es lo apropiado que hagan, configurando permanentes situaciones paradójicas que impiden la metacomunicación. (Selvini et.al 1982)

En palabras de los autores:

El mensaje esquizofrénico lleva entonces la paradoja al extremo, al "imposible absoluto" a través de la genial sustitución del hacer por el ser. "No es que no lo hagan como lo deberían hacer... Es que no son como debieran ser..." (dónde el cómo, por obvio, permanece indefinido" (Selvini et.al., 1982, p.45).

Capítulo 4

Proceso de enfermar y modelos de tratamiento.

4.1 Modelo de Milán.

A comienzos de la década de los años ochenta del siglo pasado el grupo original de Milán se escindió. Selvini de Palazzoli pasa a liderar un nuevo grupo de trabajo conformado por Mara Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino. Estos dedican sus esfuerzos en estudiar las tipologías familiares, cuyos resultados fueron publicados en el texto “Los juegos psicóticos en la familia” (1988). “El acento terapéutico se desplaza sobre la última generación y se basa en la hipótesis de que los hijos se entrometen en los problemas de los progenitores y tienden a indisponer a uno contra el otro”. (Selvini et al., 1988, p.34) De este modo se trabaja sobre las vicisitudes de las diferencias intergeneracionales, típicas en estas familias, basándose en los aportes del modelo estructural de la terapia familiar sistémica*. Para ello desarrollan un método de intervención y a su vez de investigación de elementos relacionales que denominaron la prescripción invariable.

Siguiendo esta línea de trabajo llegan a la descripción de dos tipos de juegos psicóticos en las familias, embrollo y la instigación.

4.1.1 El embrollo.

El embrollo consiste en que uno de los padres ostenta una relación privilegiada con uno de sus hijos, pero en realidad esto no es cierto. Los beneficios que recibe de su progenitor no son más que reclamos encubiertos destinados al otro cónyuge. Destacan que este juego incluye la participación de todos los miembros de la familia, cada uno con sus propios objetivos. La situación se vuelve crítica cuando el hijo pseudo privilegiado descubre que ha sido engañado, instrumentalizado por su progenitor e irrumpe la conducta sintomática. En este clima de transgresiones generacionales el hijo cómplice intuye que se encuentra en una situación ilícita, siente esta deslealtad hacia el otro progenitor lo cual aumenta la imposibilidad de revelarlo. Así la única salida ante esta desesperada situación es una reivindicación encubierta, esto es el síntoma. (Selvini et al.,1988)

4.1.2 La instigación.

El juego de la instigación es un proceso que consiste en una serie de actos que se suceden en el tiempo de forma sostenida. Uno de los padres, abrumado por desavenencias conyugales,

moviliza a uno de los hijos a tomar partido contra el otro. El cónyuge instigador muestra frente al hijo instigado el sufrimiento que el otro padre le hace padecer, configurando una instrumentalización en la que el hijo ataca al progenitor contrincante. Al igual que en el embrollo el hijo instrumentalizado descubre este juego y es allí donde se expresa el síntoma. (Selvini et al., 1988)

4.1.3 Los seis estadios del proceso psicótico.

La constatación de juegos como el embrollo y la instigación, fueron pasos intermedios para la elaboración de un modelo de los juegos familiares que desembocan en la eclosión de la psicosis en uno de sus miembros. Este modelo consta de seis estadios por los que transitan las familias (Selvini et al., 1988):

Primer estadio del proceso psicótico: el impasse en la pareja conyugal

Como punto de partida Selvini et al., proponen las vicisitudes de la pareja conyugal. El término impasse se refiere al juego de provocaciones en la pareja a través de una secuencia de ataques y contraataques en el que ninguno de los dos logra la victoria, derivando en una situación sin salida, que no tiene fin.

Segundo estadio: la intromisión del hijo en el juego de la pareja.

El hijo participa del juego de los padres tomando parte por uno de ellos, a quien considera el perdedor en la relación. El hijo experimenta una fuerte alianza que al ser negada por su progenitor elegido deja en evidencia su carácter de instrumento, utilizado en un conflicto que no le pertenece.

Tercer estadio: la conducta inusitada del hijo.

Aquí el hijo muestra una conducta inusual que por lo general apunta a ambos padres. Será desafiante ante el padre percibido como ganador, conducta con la que además mostrará al padre perdedor como debería haber actuado para ganar la contienda.

Cuarto estadio: el viraje del presunto aliado.

La conducta inusitada del hijo hace que la situación se vuelva insostenible. El padre vencedor pasa a ser atacado por su hijo, el supuesto perdedor al no comprender el accionar del hijo entra en alianza con su cónyuge. Así el hijo queda en posición de enemigo común de sus padres y es desaprobado e incluso castigado por su accionar.

Quinto estadio: la eclosión de la psicosis.

Al fracasar en su intento de someter al padre vencedor, y traicionado por su aliado original el hijo se siente solo y abandonado por todos. Selvini et al. (1988) presumen una mezcla de sentimientos entre la depresión por la traición y una sensación de impotencia que despiertan

furia destructiva y la necesidad de vengarse. Habiendo adquirido las formas relacionales del ambiente familiar dominado por el impase de los padres, no acepta la derrota y por ello la conducta psicótica es el arma que encuentra para prevalecer, eliminando la posibilidad de ser ignorado.

Sexto estadio: las estrategias basadas en el síntoma.

En este punto la psicosis está instalada. El juego familiar continua, cada miembro de la familia organiza su estrategia alrededor del síntoma manteniendo la conducta psicótica del paciente identificado. (Selvini et.al., 1988)

4.2 Modelo de tratamiento.

4.2.1 El encuadre y la conducción de las sesiones.

El grupo de Milán trabaja con un equipo terapéutico, dos terapeutas en trato directo con las familias y dos terapeutas detrás de una cámara Gesell. Establecen un mes de tiempo entre sesiones las cuales duran una hora, estas son muy ritualizadas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

4.2.2 Pautas de conducción de la entrevista. Recabar

Selvini y sus colaboradores establecen tres principios básicos que deben dominar los terapeutas para la realización de una correcta entrevista familiar: la hipotetización, la circularidad en la obtención de información y la neutralidad de los terapeutas. (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1982)

Con la información recabada en el primer contacto telefónico o durante las sesiones, los terapeutas deben ser capaces de formular hipótesis sistémicas, esto es, que incluyan a todo el núcleo familiar. La hipótesis será una guía para la actividad terapéutica que deberá ser confirmada o rechazada. Los modos de verificación serán el feedback inmediato, verbal o no verbal y el resultado de las prescripciones que se indiquen en función de la hipótesis formulada. A partir de la formulación y reformulación de las hipótesis se irán descubriendo los patrones relacionales de la familia.

El concepto de circularidad refiere a la forma de conducir la investigación basada en el feedback de la familia a partir de información que se les solicite acerca de sus relaciones. A cada miembro de la familia se le consulta cómo ve la relación entre otros dos miembros, posibilitando investigar una relación diádica a través de una tercera persona. Con este método de recolección de información se logra reducir la resistencia al no preguntarle a la persona

directamente acerca de su relación con otra. Es una invitación a metacomunicar que da lugar a respuestas acerca de las relaciones triádicas en la familia. (Selvini et.al., 1980)

La neutralidad del terapeuta es entendida por los autores como: “un efecto pragmático específico, derivado de la conducta total que él despliega ante la familia durante la sesión” (Selvini et.al., 1980, sección Neutralidad, párr.1). El hecho de consultar a un miembro sobre la relación de otros dos los puede implicar como aliado de ese miembro de la familia. Pero esto se desvanece al preguntar lo mismo a todos los miembros, cambiando la configuración a una supuesta alianza con cada miembro y al mismo tiempo con ninguno en particular. El terapeuta no deberá hacer juicios de ningún tipo respecto a la información que da la familia, sino alentar el feedback para obtener mejor información.

Combinando estos tres principios el equipo terapéutico obtiene la información para lograr el entendimiento de la modalidad relacional de la familia y llevar adelante el trabajo clínico y de investigación en paralelo.

4.3 Terapia familiar: La prescripción invariable.

La terapia presentada en los Juegos Psicóticos en la Familia (1998) es descrita como un juego dentro del sistema terapéutico (familia y terapeutas), las intervenciones estarán dirigidas a descubrir el juego que juegan estas familias y a modificarlo (Selvini et.al., 1988).

Como se mencionó anteriormente la prescripción invariable es el método a través del cual se investigan y determinan los juegos patológicos como el embrollo y la instigación, y a su vez se interviene sobre estos problemas de diferenciación entre los subsistemas filial y parental. (Ochoa de Alda, 1995) Este se basa en prescribir a la pareja conyugal una serie de rituales que deben seguir, dando cuenta al equipo terapéutico de los efectos de estas sobre el sistema familiar. La alianza terapéutica con los padres será el pilar fundamental de todo el proceso.

En la primera entrevista se cita a todos los miembros significativos de la familia, incluyendo a la familia extensa, con el fin de recabar información que revele el juego familiar. Al finalizar la entrevista se indica que para la siguiente concurrirán solo los padres e hijos, con el fin de reforzar los límites intergeneracionales entre la familia extensa y la familia nuclear. (Selvini et.al.,1988)

El develamiento del juego familiar continúa en la siguiente sesión, donde se obtiene valiosa información acerca del papel de los miembros excluidos de la familia extensa en el juego familiar, a través de los comentarios que realizan los convocados. El proceso terapéutico inicia con la eclosión de una crisis en el sistema familiar producto de la revelación del juego patológico por parte del equipo terapéutico, exponiendo las coaliciones intergeneracionales

negadas y el papel de cada miembro de la familia en el mismo (Ochoa de Alda, 1995). Finalizada la segunda sesión se informa que concurren a la siguiente entrevista solo los padres, despidiendo así a los hijos (Selvini et al., 1988).

A partir de la tercera sesión, en compañía solo de los padres, se buscará establecer una fuerte alianza terapéutica que los sitúe en posición de coterapeutas. Un aspecto importante en el trabajo con la pareja será intervenir en sus problemas de relación, intentando superar el impasse de la pareja. En este punto comienzan una serie de prescripciones que los progenitores deberán seguir. La primera prescripción es la de no comentar a los hijos el contenido de las sesiones, “mantener el secreto”. Se suman a esto la ritualización de ausencias de los padres del hogar, de las que no darán cuenta a los hijos, y ante preguntas de estos deberán responder “son cosas nuestras”.

Como coterapeutas, los padres deberán tomar nota de las reacciones de cada uno de los hijos ante estos cambios en el sistema, siendo esto valiosa información para la comprensión y develación del papel de cada uno en el juego familiar.

De este modo se refuerzan los límites intergeneracionales y por tanto la separación de los subsistemas familiares, obstaculizando coaliciones entre padres e hijos que mantienen los juegos en estas familias.

En lo terapéutico el equipo de Milán ha observado que estas nuevas situaciones modifican y mejoran el funcionamiento familiar. La ausencia de los padres refuerza las fratrias al no designar el cuidado del paciente identificado a nadie dentro del hogar, estableciéndose naturalmente un clima de colaboración entre los hermanos y poniéndolos en un plano de igualdad. Las desapariciones conyugales tenderán a ser más prolongadas en caso de que hayan dado resultado en cuanto a la autonomía de los hijos y el retroceso o desaparición de los síntomas del paciente señalado. (Selvini et.al., 1988)

Selvini y su equipo conceptualizan el cambio en las familias como un proceso en el que se suceden saltos evolutivos consecutivos a crisis, como también evoluciones graduales fundadas en la alianza terapéutica con los padres o en los resultados que los cambios en el sistema familiar ejercen sobre el paciente designado. (Ochoa de Alda, 1995)

4.4 Modelo de Linares

Juan Luis Linares es doctor en medicina por la Universidad de Granada, Psicólogo por la Universidad de Barcelona, y Psiquiatra por la Universidad Autónoma de Barcelona. En su carrera profesional se ha abocado al estudio y desarrollo del modelo sistémico, habiendo

publicado varias obras sobre la temática. Es fundador de la Escuela de Terapia Familiar Sant Pau y creador de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo de la ciudad de Barcelona. Ha desarrollado, producto de sus años de investigación y aplicación clínica, un modelo de trabajo denominado “Modelo de Nutrición Relacional o Teoría de las Relaciones Básicas” (Linares, 1996). En el mismo describe las formas de relacionamiento más comunes en las familias que presentan patologías graves y situaciones sociales complejas. Se agregan a su marco teórico los conceptos de desconfirmación de Watzlawick y triangulación de Jay Haley. De este modo en su trayectoria de trabajo con psicóticos y sus familias ha desarrollado una forma de comprensión relacional de la esquizofrenia y un modo de abordar la misma a través del método de destriangulación reconfirmatoria (Linares, 2019).

A través de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas, Linares brinda un marco de comprensión de la atmósfera relacional de las familias. Para el autor el elemento primordial de la experiencia relacional para la construcción de la personalidad es la experiencia de sentirse amado. Este sentimiento subjetivo debe verificarse en los planos cognitivo, emocional y pragmático, en lo que el autor define como Nutrición Relacional. Una falla de la nutrición relacional en cualquiera de los tres planos mencionados tendrá efectos en la salud mental de los hijos. (Linares, 2007)

4.1.1 Personalidad en la psicosis.

Como se mencionó anteriormente la conformación de la personalidad estará sujeta a la atmósfera relacional en el seno familiar. Linares describe la personalidad como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural.” (Linares, 2012, p.118)

En base a esta definición la construcción de la personalidad en la psicosis es explicada por el autor en tres pasos (Linares, 2019):

-Primero- La experiencia relacional.

La referencia al pasado, presente y futuro sugiere que las personas escapan a las vicisitudes del pasado reformulando las mismas desde el presente, basta encontrar nuevos significados a lo vivido, lo que posibilita los cambios psico relacionales. (Linares y cols. 2012) En las psicosis este mecanismo de reformulación se encuentra parcialmente obturado debido a que las experiencias relacionales están signadas por los efectos patógenos de ambientes trianguladores y desconfirmatorios. La desconfirmación desintegra la identidad generando la sensación de no existencia, estas vivencias explican los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Linares afirma que ante la imposibilidad de seguir viviendo sin “ser nadie” el individuo comenzará un proceso de reconstrucción de una identidad alternativa que lo blinde ante la desconfirmación. Aquí explica el autor, es donde los síntomas positivos de la esquizofrenia se harán presentes, en el intento de ser alguien único a través de una identidad mesiánica, o de vivencias únicas como el robo de pensamiento o delirios de abducción tan frecuentes en la esquizofrenia paranoide. Esta identidad alternativa y tan singular es la que conduce a la persona hacia la marginación social.

-Segundo: La narrativa e identidad.

La identidad es definida por Linares (1996) como:

El núcleo de la mente, el producto de la decantación de la experiencia donde el ser permanece constante. En torno a ese ser se establece la narrativa, fruto también de la experiencia relacional aunque menos fijada, con márgenes más amplios de fluctuación. (Linares, 1996, p.26)

A través de la narrativa las personas atribuyen significado a sus relaciones, construyendo historias que dan significado a los acontecimientos dando sentido a su existencia, siendo la base del psiquismo y de la construcción de la personalidad (Linares, 2019). La identidad entonces será fruto de la selección de una parte de la narrativa con la que las personas se sienten más identificadas, donde se definen a sí mismas. A esto Linares lo llama narrativa identitaria, caracterizada por ser relativamente inmutable. La parte de la narrativa considerada no identitaria por el contrario se caracteriza por ser flexible ya que no integra el núcleo duro de la personalidad, y según el autor deberá ser extensa, rica y variada sirviendo de anclaje a la identidad y favorecer a una personalidad sana.

La familia de origen será el terreno privilegiado de desarrollo narrativo e identitario. Según Linares (1996) la organización familiar, entendida como la estructura de esta y su forma de evolucionar en el tiempo, impactará en la identidad individual. Debido a la organización trianguladora característica de estas familias la narrativa identitaria en el psicótico se verá hipertrofiada.

Por otra parte define la mitología familiar como el espacio donde convergen y emergen las narrativas individuales en su conjunto (Linares, 1996). El resultado de estas narrativas son los mitos, que determinan el clima emocional, los valores y creencias, y los rituales familiares (Linares, 2007). Las mitologías serán compartidas o no por cada miembro, serán narrativas que tendrán impacto en sus vidas y en la narrativa no identitaria. En el caso de la psicosis la mitología familiar será desconfirmadora. (Linares, 2019) “Mitología y organización familiares se

condicionan mutuamente, a la vez que brindan un marco relacional riquísimo para la construcción y el desarrollo de la personalidad de los miembros del sistema” (Linares, 2007, p. 387)

El autor afirma que la psicosis es una enfermedad identitaria, donde la desconfirmación es eje central del proceso de enfermar. La identidad se vuelve delirante y se hipertrofia, relegando la narrativa no identitaria a un espacio mínimo. (Linares, 2019). De este modo la persona repite un patrón relacional basado en los síntomas en cualquier circunstancia.

-Tercero- Parentalidad y Conyugalidad

Este tercer nivel refiere al papel de los padres, y explica en gran medida el clima emocional de la familia y será decisivo en la construcción de la personalidad. Linares (1996) centra la atención en dos dimensiones relacionales básicas, la conyugalidad y la parentalidad, las cuales se influyen recíprocamente. La primera se refiere a las modalidades de interacción que los padres tienen entre sí y las formas de afrontamiento de sus conflictos. El autor afirma que la conyugalidad fluctúa entre la armonía y la disarmonía. La armonía se establece en la reciprocidad de los planos cognitivos, emocional y pragmático, en un pensar sentir y actuar amoroso (Linares, 2007).

Por parentalidad se entiende el desempeño de las funciones parentales, fluctuando entre los polos de parentalidad primariamente conservada o deteriorada. (Linares, 1996). En el polo conservado se destacan el reconocimiento, valoración, cariño y ternura. La parentalidad será motor de la socialización, preparando al individuo para una armoniosa inserción social.

La combinación de una parentalidad primariamente conservada y una conyugalidad disarmónica son las constantes observadas en las familias de origen de psicóticos. El autor afirma que la parentalidad, conservada primariamente, se ve degradada por el deterioro conyugal, configurando el clima para situaciones trianguladoras en un ámbito de desconfirmación (Linares, 2019).

En resumen la comprensión de enfermar en el modelo de Linares (2019) se explica como la hipertrofia de la identidad con una escasa narrativa propia no sintomática, producto de la influencia de una mitología desconfirmadora sobre la base de una organización familiar trianguladora. La triangulación pone al individuo en un sistema relacional disfuncional y la desconfirmación niega su existencia en términos de relación (Linares, 2007).

4.5 Modelo terapéutico.

El equipo terapéutico tendrá como objetivo primario, para neutralizar y reformar un sistema organizado por la triangulación y la desconfirmación, crear lo que Linares llama una

reconfirmación destriangulara. Dependiendo de las triangulaciones que muestre el sistema se incluirán en el trabajo al equipo de terapeutas, paciente, núcleo familiar y miembros significativos de la familia extensa (Linares, 2019).

Particularidades del encuadre.

El formato de aplicación terapéutica presentado por Linares (2019) consiste en cuatro niveles de intervención: terapia con el grupo familiar, grupos de abordaje farmacológico, terapia grupal para pacientes y terapia grupal de familiares y sesiones individuales.

Las primeras tres entrevistas se enmarcan en el proceso diagnóstico y su objetivo será indagar sobre el desarrollo del trastorno, forma de organización familiar, la modalidad vincular, la organización de la familia, comprensión del funcionamiento de los subsistemas parentales y fraternas, tratamientos previos, internaciones. Se presenta el modelo terapéutico a la familia, al mismo tiempo que se trabaja sobre las creencias sobre la enfermedad instruyendo a las familias acerca de su complejidad y multicausalidad, dejando claro que la ayuda de toda la familia aumenta las posibilidades de recuperación. Del proceso diagnóstico surge la hipótesis relacional y la terapia con el grupo familiar se enfoca en la intervención sobre la mitología y la organización. A partir de la cuarta sesión comienza la intervención terapéutica y es a partir de allí que los integrantes serán invitados a participar de los grupos terapéuticos antes mencionados. La duración del proceso, dependiendo de las necesidades de cada familiar, es de uno a cinco años (Rangel Gómez, 2019).

4.5.1 Intervención con las familias.

La hipertrofia de la identidad del sujeto y la escasa narrativa no identitaria dificultan en gran medida la intervención psicoterapéutica directa (Linares 2019). Linares plantea la necesidad de reconstruir y ampliar la narrativa no identitaria lo cual permitirá la modificación de la identidad. Para ello el modelo plantea la Mitología y Organización familiar como campos de intervención por excelencia. El trabajo sobre la mitología (desconfirmadora) apunta a que esta se vuelva confirmante, y sobre la organización (triangulara), el objetivo es abolir las triangulaciones. Los cambios que se sucedan en estos campos tendrán repercusión en la narrativa individual, con un primer momento donde la narrativa no identitaria se expande posibilitando ahora si el abordaje individual (Linares, 2019).

El trabajo sobre la organización familiar tendiente a la destriangularación consiste en la consolidación de los subsistemas, con énfasis en la pareja conyugal y la fratría. La mejora del sistema conyugal hará que disminuya la tendencia a incluir a los hijos en sus conflictos, lo cual tendrá una repercusión positiva en los vínculos de los mismos. Se suman a la estrategia de

consolidación de subsistemas, fomentar las relaciones diádicas, y el trabajo de reubicación de figuras de la familia extensa que puedan estar contribuyendo a la conformación de relaciones patológicas en el núcleo familiar (Linares, 2019).

Con respecto a las intervenciones sobre la mitología familiar debe trabajarse en un primer momento sobre los mitos desconfirmadores provenientes de la sociedad respecto a la enfermedad (Linares, 2019). Se redefine con la familia la concepción de la enfermedad, diferenciándose de la concepción psicopatológica clásica que la sitúa en el espectro de una enfermedad biológica y crónica. (Linares, 2019) Se incluye en este proceso psicoeducativo una redefinición del uso de la medicación como parte importante pero no exclusiva del tratamiento, que facilita el proceso terapéutico, además de brindar seguridad a la persona. Se considera indispensable comunicar a las personas que con un tratamiento psicoterapéutico exitoso la medicación puede llegar a no ser necesaria.

Los mitos desconfirmadores también provienen de las narrativas mitológicas generadas dentro de la familia. En el trabajo sobre estas se debe deconstruir los tres pilares sobre los que reposan: los “valores y creencias cognitivos, el clima emocional y los rituales pragmáticos”. (Linares, 2019, sección 5.2, La mitología familiar de la psicosis, párr.1)

En el plano cognitivo las creencias y valores desconfirmadores deben ser reemplazados por otros que apunten al reconocimiento y valoración de los miembros de la familia hacia el paciente. La intervención sobre el clima emocional tiene por objetivo la baja de la conflictividad, el criticismo y la hostilidad ajustándose al modelo de Emoción Expresada. Las familias deben aprender a modular sus reacciones y estados emocionales reconociendo cuando son negativos o positivos. Se incluyen en estas intervenciones estrategias para la resolución de conflictos y el mejor establecimiento para definir las relaciones.

A nivel pragmático, las intervenciones irán dirigidas a los rituales familiares, intentando sustituirlos por otros que sean reconfirmadores. Algunos ejemplos son incluir al paciente en las instancias colectivas de las que se ha emancipado (almuerzos, fiestas familiares), actividades exclusivas de la pareja conyugal, rituales contrarios a los que sostienen los beneficios secundarios de la patología, etc.

4.5.2 Grupos terapéuticos.

El establecimiento de relaciones genuinas es fundamental para el proceso de confirmación y los grupos terapéuticos se consideran espacios ideales para ello. El objetivo de estos grupos es sobre todo enriquecer el mundo relacional de los individuos, mediante la construcción de

una red microsocial de apoyo, que reduzca gradualmente sus miedos y preocupaciones. (Silva, 2019).

4.5.3 Grupos de pacientes:

Son de frecuencia semanal y sus participantes son invitados desde el espacio de terapia familiar. Se tratarán los temas que traigan los pacientes, preocupaciones, temas de interés, dudas, y todo tipo de tópicos vinculados o no al trastorno en un espacio relacional fuera del ambiente familiar (Badilla Briones, 2012). En el espacio grupal los pacientes deben sentirse libres de expresar todo lo que deseen sintiéndose valorados y reconocidos por los demás, experimentando paulatinamente un sentimiento de autoconfianza. El equipo debe explicitar la necesidad de compromiso individual con el espacio terapéutico y hacia el cambio, aclarando que se transitan momentos difíciles en el proceso que deben ser afrontados con deseos de superación. (Linares, 2019) El equipo también tendrá la tarea de poner en consideración de los participantes su capacidad de autonomía, por lo general anclada por la cómoda situación de vivir con su familia de origen. Deben poder visualizar e introyectar la necesidad de inserción laboral como una posibilidad firme y necesaria que les permitirá nuevas instancias de relacionamiento y consecución de una vida autónoma y de mayor prosperidad (Silva, 2019). Los proyectos personales generan nuevas redes de apoyo social favoreciendo los sentimientos de autovaloración en la sociedad y en consecuencia aportan al andamiaje de una nueva narrativa personal (Badilla Briones, 2012).

4.5.4 Grupos de familiares.

Como norma general los familiares de pacientes con psicosis suelen mostrar altos niveles de aislamiento social que debilita la perspectiva esperanzadora de la salud de sus hijos. (Linares, 2019) Los grupos de familiares tienen una frecuencia mensual. Resulta un nuevo espacio relacional donde los padres pueden compartir sus experiencias con pares, experiencia no frecuente y que resulta en sí terapéutica. En estos espacios los familiares deben nutrirse de sentimientos esperanzadores respecto a la enfermedad, aprendiendo estrategias reconfirmadoras y estrategias de resolución de problemas en el núcleo familiar (Rangel Gómez, 2019). Es un espacio donde se deben trabajar temas con los que no estén familiarizados, apuntando al trabajo sobre las mitologías y la organización familiar. Otros temas importantes son la dependencia de sus hijos y los beneficios secundarios, relacionando estas situaciones con la necesidad de fomentar la inserción laboral tan determinante en la autonomía y reconocimiento personal. Se destaca la importancia de trabajar sobre el clima emocional

familiar, en un trabajo psicoeducativo de manejo de las emociones positivas y negativas, apuntando a la disminución del criticismo y la hostilidad hacia el paciente con tendencia a la confirmación de este (Silva, 2019). Además el equipo buscará evitar que la patología y el cuidado de los hijos acapare las temáticas, redirigiendo los contenidos a los aspectos íntimos de sus vidas, vinculados a la pareja, trabajo, amistades, etc., buscando aumentar la valoración personal.

4.5.5 Grupos de manejo de fármacos.

Los grupos de medicación son abiertos, puede acudir quien tenga dudas e intereses sobre el uso de psicofármacos y son de frecuencia mensual. (Soriano, 2019) En caso de fases agudas las consultas serán semanales, estará a cargo del psiquiatra tratante del grupo, pero todo el equipo terapéutico tendrá participación (Rangel Gómez, 2019). Se tratarán temas variados sobre el uso de la medicación: la importancia de su uso y el porqué, efectos deseados e indeseados, riesgo de uso prolongado, incluso dosificación. El objetivo será despertar el interés de los pacientes de modo que tengan un rol activo en el consumo de estos, así mismo se considera que familias y pacientes se beneficiarán de esta información para mejorar la adherencia al tratamiento en caso de resistencias, miedos o rechazo. (Soriano, 2019) Se debe brindar tranquilidad y confianza acerca del uso de la medicación y presentar la posibilidad de prescindir de la misma conforme lleguen resultados positivos del proceso terapéutico.

4.5.6 Sesiones individuales.

El principal motor del proceso terapéutico será el vínculo entre el paciente y los terapeutas, por lo tanto trabajos individuales comenzarán en etapas avanzadas del proceso y en un principio serán alternadas con las sesiones familiares (Linares, 2019). Se realizan una vez que la familia y el paciente entienden los objetivos y la alianza terapéuticos está consolidada. El paciente debe sentirse seguro en un espacio individual para poder llevar adelante esta parte del proceso. También es condición necesaria que hayan quedado claras las formas de relacionamiento patógenas del sistema familiar (Ortiz, 2019) El momento de comienzo del trabajo individual suele ir en simultáneo con las transformaciones iniciales en la mitología y organización familiar y su repercusión en la narrativa no identitaria del paciente. (Linares, 2019) En este punto se trabajan de forma explícita las condiciones de triangulación a las que ha sido sometido, enseñando a distinguir las mismas y evitarlas en un movimiento de des triangulación. En este movimiento se juega al mismo tiempo un aspecto reconfirmador, ya que se está reforzando la capacidad individual y la confianza en sí mismo (Linares 2019). En estas

sesiones se buscará que el paciente se sienta protagonista de su vida, aprender a valorarse y visualizar una posibilidad de futuro esperanzadora (Ortiz, 2019)

Los grupos terapéuticos se enfocan más en el abordaje de lo social-cultural, mientras que la terapia familiar tiene como objetivo abordar las esferas individual y familiar. La confirmación del paciente es el eje rector del modelo, para lo cual el enfoque terapéutico familiar se centra en la organización (triangulada y trianguladora) y la mitología (desconfirmante) del mundo relacional del psicótico. El equipo terapéutico busca disminuir los conflictos desconfirmatorios en los que se ven envueltos pacientes y familiares, para luego generar un ambiente donde la nutrición relacional abra la posibilidad de generar mecanismos de vida saludables y adaptados a su contexto sociocultural. (Linares, 2019)

Conclusiones

La esquizofrenia es una enfermedad grave y discapacitante que afecta la calidad de vida de los pacientes a nivel personal, social, laboral y familiar. Es importante detectar la enfermedad ante sus primeros síntomas ya que el tratamiento temprano mejora el pronóstico y la posibilidad de recuperación.

Su tratamiento debe ser integral, abarcando todas las áreas de la vida del sujeto afectados por la patología. La prescripción de psicofármacos es el primer paso para su abordaje ya que permite la estabilización de los pacientes a través del control de sus síntomas, a su vez mejora las condiciones para el afrontamiento del plan integral de tratamiento. Es deseable y necesario que se avance en el desarrollo de estos fármacos, reduciendo los efectos secundarios perjudiciales para la salud, que hoy se presentan en su uso prolongado.

Los programas de rehabilitación psicosocial tienen por objetivo lograr las condiciones para la mejor inserción de los pacientes en su medio socio cultural, por lo tanto deben ser parte del tratamiento. Estos planes intervienen de forma individualizada sobre los aspectos deficitarios de las personas afectadas. A la vez brindan apoyo a las familias, a través de programas psicoeducativos para la comprensión de la patología y espacios psicoterapéuticos para afrontar el impacto que pueda tener la enfermedad en sus vidas. Estas intervenciones tienden a mejorar el clima familiar, elemento que se considera de vital importancia en el pronóstico de mejora de la patología y en la prevención de recaídas de los pacientes.

Es por ello que se consideran fundamentales las intervenciones propuestas desde el enfoque sistémico. Esta corriente encuentra las causas de las patologías como resultado de disfunciones en el sistema familiar. Los dos modelos desarrollados en este trabajo toman a la pareja conyugal conflictiva como principal debilidad de estas familias, y plantean la necesidad

de mejorar su relación, de modo que sean parte activa en la recuperación de sus hijos. También coinciden en el papel central que asignan a las triangulaciones intergeneracionales y sus efectos desconfirmatorios en los pacientes.

Es en las formas de tratamiento que adoptan donde se pueden apreciar mayores diferencias entre los modelos. El modelo de Milán propone una terapia familiar donde el trabajo se centra en la alianza terapéutica con la pareja conyugal, a través del cual se irán instalando una serie de cambios en la dinámica de la familia, con efectos terapéuticos sobre el paciente y todo el núcleo familiar. En el modelo de Linares se plantea un trabajo que incluye a toda la familia con el fin de modificar las dinámicas relacionales pero además se observa un modelo más contemporáneo que adopta las concepciones actuales de integralidad en el tratamiento. Así, abre espacio a la intervención individual sobre el paciente, se utilizan grupos terapéuticos para pacientes y familiares, incluyendo el manejo de la medicación.

Más allá de diferencias y similitudes ambos modelos sistémicos tratan en profundidad los estilos relacionales y comunicacionales dentro de las familias como generadores de la patología y se orientan a modificarlos.

Referencias Bibliográficas

- Alanen, Y., González de Chávez, M., Silver, A. L. y Martindale, B. (2008). Abordajes psicoterapéuticos de la psicosis esquizofrénica: Historia, desarrollo y perspectivas. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Española de Psiquiatría (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Recuperado de:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>
- Badilla Briones, Y. (2012). *Elementos relacionales en esquizofrenia: Comparación de los discursos de familiares*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
Recuperado en: <http://hdl.handle.net/10803/96790>
- Bateson, G. (1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: LOHLÉ-LUMEN
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós
- Bravo Ortiz, M. (2003). Psicofarmacología Para Psicólogos. España: Síntesis Editorial.
- Carretero Colomer, M. (2004). Esquizofrenia. El tratamiento con antipsicóticos atípicos. *Rev. Elsevier*. 23(2) 160-161 Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-esquizofrenia-tratamiento-con-antipsicoticos-atipicos-13095511>
- De Lourdes, L. (2004). Terapia Familiar su uso hoy en día. México D.F.: Editorial Pax.
- Díaz, M. (2013). Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares. Pozuelo de Alarcón. Madrid: Enfoque Editorial S.C.

Framo, J. y Boszormenyi-Nagy, I. (1976). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos*. P 257-290 México: Editorial Trillas.

Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 223–244. Recuperado de:
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>

González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&tlng=es

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2. Recuperado de:
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1791/gpc_esquizofrenia_trastorno_psicotico_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es

Hoffman, L. (1992) *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica

Kuipers, E., Leff, J., Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós Ibérica

Linares, J. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3) 381-399. ISSN: 1135-0806 Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300008

Linares, J. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna. La Inteligencia Terapéutica*. Barcelona: Herder Editorial

Linares, J. (2019). *La Terapia Familiar de la Psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación*. Madrid: Morata.

López Ordieres, M. (2017). Tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia. *Ciencia e Investigación*. 67(3), 5-12. Recuperado de: https://aargentinapciencias.org/wp-content/uploads/2018/01/RevistasCel/tomo67-3/1-Lopez_Ordieres_cei67-3-2.pdf

López Muñoz F., Álamo C. y Cuenca E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia* 2(1) 77-107. ISSN 1577-7200

Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Moreno Alicia (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Ortiz, D. (2019) El abordaje individual en la terapia familiar de las psicosis. En J.L. Linares (Comp.) *La Terapia Familiar de la Psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación*. s/n pp Madrid: Morata.

Pardo, V. (2007) Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(1) 83-98. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05_revision.pdf

Pereira, R. (1992) La terapia familiar en la esquizofrenia. *Información Psicológica* (48), .17-21. Recuperado de: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1197>

Rangel Gómez, M. V. (2019) *El tratamiento familiar sistémico en la esquizofrenia. Estudio basado en el modelo de confirmación comparado con un grupo de control*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/669404/mvrg1de1.pdf?sequenc>

Rascón. L, Gutiérrez. M, Valencia. M y Murow. E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental* 31(3), 205-212. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231306>

Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2018). Kaplan y Sadock, Manual de Psiquiatría Clínica Cuarta edición. Buenos Aires: Wolters Kluwer

Sanchez y Gutierrez, D.(2000). Terapia familiar: Modelos y técnicas. Ciudad de México: El Manual Moderno

Selvini Palazolli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980) Hipotetización-Circularidad-Neutralidad: Tres guías para el conductor de la sesión. *Family Proces*, 19, 3 – 12. Recuperado de: <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/04/HIPOTETIZACI%C3%93N-CIRCULARIDAD-NEUTRALIDAD-Tres-Gu%C3%ADas-para-la-conduccion.pdf>

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1982). Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Madrid: Paidós.

Selvini Palazolli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1988). Los juegos psicóticos en la familia. Madrid: Paidós.

Silva, V. (2019). Grupos terapéuticos con psicóticos: Redes reconfirmadoras. En J.L. Linares (Comp.) *La Terapia Familiar de la Psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación, s/n pp*, Madrid: Morata.

Simón, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993). Vocabulario de terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

Soriano, J. (2019) Manejo sistémico de la medicación en los trastornos psicóticos. En J.L. Linares (Comp.) *La Terapia Familiar de la Psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación, s/n pp*. Madrid: Morata.

Tamminga, C. (2023a). Agentes antipsicóticos. Manual MSD versión para profesionales.

Recuperado: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/agentes-antipsic%C3%B3ticos>

Tamminga, C. (2023b) Esquizofrenia. Trastornos de salud mental. Manual MSD versión para público general. Recuperado en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

Uruguay (2018, julio 16). Ley N.º 19.529. Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Editorial Herder