



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Análisis del tratamiento familiar en
pacientes esquizofrénicos

N° 888

Ariana Martínez

Tutora: Mercedes Mazzulla

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 6 de octubre de 2015

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1: Esquizofrenia	9
1.1 Diversas definiciones de Esquizofrenia	9
1.2 Evolución histórica de la noción Esquizofrenia	10
1.3 Clasificación de los subtipos de Esquizofrenia según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	11
Capítulo 2: Abordaje sistémico	14
2.1 Breve introducción a las principales escuelas de terapia familiar	14
2.2 Introducción a la Teoría general de los sistemas	15
2.3 Acerca del modelo familiar sistémico	16
2.4 Conceptos centrales de los modelos sistémicos: propiedades de los sistemas abiertos	19
Capítulo 3: Familia y Esquizofrenia	21
3.1 El papel de la familia en la esquizofrenia: terapias psicológicas indispensables en el tratamiento	21
3.2 Consecuencias proyectadas en los familiares del paciente	22
3.3 La familia y su posible rol patógeno sobre el individuo	23
Capítulo 4: Terapias familiares, para la familia y el enfermo, utilizadas durante el tratamiento de la Esquizofrenia	26
4.1 Componentes de las intervenciones familiares	26
4.2 Efecto terapéutico positivo	30
Conclusiones	32
Referencias Bibliográficas	33

Resumen

El objetivo del presente trabajo es desarrollar y analizar las posibles intervenciones al núcleo familiar del paciente esquizofrénico, abordándolo particularmente desde la terapia sistémica. La esquizofrenia es una enfermedad de abordaje sumamente complejo, por su aspecto multifacético y por el modo en que afecta la calidad de vida del enfermo y de aquellos que lo rodean. Por este motivo, el modo en que se la entienda alterará el enfoque de tratamiento del sujeto y su familia; y por ende sus vidas y nivel de padecimiento subjetivo. Podría tratarse de un aporte por demás interesante para el rol del psicólogo con dichos pacientes.

Desde la sociedad en general, existe una tendencia al rechazo u horrorización hacia la enfermedad mental y particularmente hacia la esquizofrenia. En este trabajo serán explicados algunos aspectos de la patología. Lograr conceptualizarla, podría ayudar a las personas y, particularmente a los familiares del paciente, a entender en qué consiste, y trabajar para lograr un clima que conlleve al mayor bienestar posible para el enfermo y su familia.

Se reconocerá el ambiente familiar de estos pacientes, y la manera en que la enfermedad influye sobre los integrantes del mismo. Consideramos que es fundamental la utilización de tratamientos combinados para el abordaje de la enfermedad, entendiéndose las diferentes intervenciones como complementarias en el abordaje de la patología. Se pondrá énfasis puntualmente en la importancia de las terapias familiares sistémicas durante el proceso terapéutico, enfocadas a mejorar los logros de los pacientes y a reforzar las habilidades de afrontamiento de los familiares. Un medio familiar socialmente reforzador, podría promover una mejoría del funcionamiento del paciente.

Introducción

Presentación del tema

La esquizofrenia es una enfermedad que influye sobre el sistema familiar. Los motivos los encontramos por un lado, en los vínculos de dependencia que los pacientes crean con sus familias, exacerbados a veces como consecuencia de la enfermedad; y por otro, las necesidades de apoyo de las propias familias ante la tensión que genera el desarrollo de esta patología. Son frecuentes los programas combinados para el tratamiento de estas personas, es importante realizar diversas intervenciones desde la terapia familiar sistémica, que puedan beneficiar la calidad de vida tanto de los pacientes como de aquellos que los rodean, además de las intervenciones individuales necesarias.

Justificación de la temática

La concreción de este trabajo ha sido motivada por diferentes factores. Uno de ellos ha sido el nivel de importancia y valor atribuidos. Frecuentemente los pacientes que padecen la enfermedad y sus familiares, desconocen de qué manera encausar el tratamiento psico-psiquiátrico. Es realmente necesario que las familias tengan cierta información acerca del beneficio que implica la terapia familiar, además del tratamiento individual que debe recibir el paciente.

Por otra parte, el tema me resulta fascinante por temas de trayectoria y experiencia personal. Conmueve significativamente y promueve reflexiones en relación a ¿cuántas personas y familias convivirán con esta enfermedad sin saber de qué se trata? Resulta una cuestión perfecta para indagar ya que cotidianamente, la ignorancia suele relacionarse exclusivamente a los sectores socioeconómicos bajos de la sociedad, cuando en realidad se presenta en toda población.

Barlow y Durand (2009) explican la esquizofrenia como un trastorno grave que afecta de manera muy significativa la calidad de vida y genera un espectro amplio de disfunciones. Es una enfermedad severa que genera un deterioro significativo al núcleo familiar. Personalmente, creo que es sumamente importante la posibilidad de contar con un terapeuta familiar que ayude a estos miembros, que aunque no sean el paciente identificado, forman parte del contexto próximo.

Tradicionalmente los hospitales han funcionado dentro de sus propios contextos cerrados; mientras que los terapeutas familiares han tendido a apartarse de las instituciones. Sería de gran ayuda que esto pueda flexibilizarse. Es decir, que se coordine un plan de tratamiento entre el equipo psiquiátrico del hospital y el terapeuta familiar. La idea de poder viabilizar un tratamiento integral que proporcione un nivel de calidad de vida mayor al enfermo y su entorno, incita a realizar la presente exploración.

Objetivo General:

Desarrollar y analizar las posibles intervenciones al núcleo familiar desde la terapia sistémica en pacientes esquizofrénicos.

Objetivos Específicos:

- Describir aspectos psicopatológicos de la esquizofrenia.
- Reconocer el ambiente familiar de pacientes esquizofrénicos, describiendo en especial, el rol de la madre esquizofrenizante en tales casos.
- Desarrollar las terapias familiares sistémicas utilizadas habitualmente durante el proceso terapéutico.

Conceptos

De acuerdo a lo postulado por Barlow y Durand (2009), la esquizofrenia es un trastorno grave que se caracteriza por un amplio espectro de disfunciones cognitivas y emocionales: delirios, alucinaciones, habla y comportamiento desorganizados y emociones inapropiadas. Presenta sintomatología psicótica e incapacita al paciente de manera considerable. Su curso suele ser crónico y variable, causando una gran pérdida de calidad de vida del enfermo y sus familiares.

Eguiluz (2003) expone que la familia es el grupo social primario donde la mayoría de nosotros nos hemos formado; su objetivo básico es contribuir al bienestar de los seres humanos, creando un contexto de seguridad, confianza y amor, donde podamos crecer y desarrollar nuestras potencialidades. Sin embargo, puede también perjudicar y obstaculizar ese crecimiento.

Siguiendo un enfoque psicológico sistémico, expuesto particularmente por Eguiluz (2003), nos referiremos a la familia como sistema, lo que implica explicarla como una unidad interactiva, como un 'organismo vivo' compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema.

Estado del Arte

Algunos autores (Biagini Alarcón, 1994; Martínez Salazar, 2001; Betancur, 1994) han hecho referencia a distintas propuestas teóricas que aluden al rol de la madre esquizofrenizante o esquizofrenógena. Se creía que la raíz de la patología no debía buscarse en alguna experiencia traumática específica de la vida infantil, sino más bien en patrones secuenciales característicos de la comunicación madre – hijo, que se establecen desde la edad más temprana del niño. Ciertas características de la comunicación familiar, en especial el rol de la madre, precederían al brote esquizofrénico de un miembro de la familia y contribuirían a su desarrollo.

De acuerdo a lo expuesto por Betancur (1994), a mediados del siglo 20 se comenzó a pensar en la esquizofrenia como el producto anómalo de una interrelación madre-hijo. "En 1948 apareció el concepto de madre esquizofrenógena, expuesto por Frieda Fromm-Reichmann quien (...) sostenía que el origen de la esquizofrenia era definido por la relación del paciente con su madre" (1994, p. 23).

Los autores mencionados anteriormente sostienen que, lo verdaderamente enfermo sería el grupo familiar, mientras que el paciente, no sería más que un emergente de esta situación. Por otra parte y contradictoriamente, Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez (2005), señalan que las alteraciones en las relaciones madre-hijo, los conflictos matrimoniales, los problemas de comunicación o los trastornos familiares, se producen a raíz del enorme impacto destructor que tiene sobre la familia el que uno de sus miembros desarrolle esta enfermedad.

Méndez Blanca y Fallas Teme (2008), postulan que la familia es una herramienta básica y fundamental para el tratamiento de la esquizofrenia y, cuantos mayores conocimientos tengan éstos sobre la enfermedad, mejores serán los resultados para el tratamiento del paciente. Cuando la familia no comprende las implicaciones de su rol de tutelaje, se asegura que este paciente no contará con la supervisión requerida.

En su escrito de 1995, Troncoso, Álvarez y Sepúlveda reconocen los relevantes efectos específicos que se le han atribuido a las redes sociales para la salud psíquica del individuo, tales como "... participar en la satisfacción de las necesidades de afiliación y pertenencia, mantenimiento y mejoramiento de la identidad y la autoestima" (1995, p. 9). De este modo, se parte de la supuesta base que las patologías no siguen sólo un desarrollo interno, sino que también se ven influidas por las relaciones interpersonales que establece cada persona.

Se ha precisado que cuando los individuos sufren problemas psicológicos graves, los que cuentan con mayores posibilidades de mejoría son aquellos que tienen redes sociales extensas y activas. “Diversos estudios coinciden en que los sujetos esquizofrénicos tienen redes más restringidas y más densas que los individuos no psicóticos” (Troncoso, Álvarez y Sepúlveda, 1995, p.11).

Por otro lado, Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez (2005), postulan la psicoeducación como parte integral necesaria del tratamiento. “Su principal objetivo es mantener la adherencia al tratamiento y el desarrollo de actitudes y hábitos que prevengan las recaídas” (2005, p. 59). Coincide con lo expuesto por Méndez Blanca y Fallas Teme (2008), cuando sostienen que “... la psicoeducación constante y permanente debería ser la norma, ya que se traduce en el conocimiento necesario para crear conciencia de la enfermedad en la familia y el paciente, generando esto un buen apego a la medicación” (2008, p. 124).

Cibanal Juan (2006) sostiene que un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado, se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional. Señala que: “... la Terapia Familiar Sistémica trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación” (2006, p. 19).

De acuerdo a la investigación realizada por Espina Eizaguirre y González (2003), los resultados sugieren que la terapia familiar (acompañada de otros tratamientos), es eficaz para reducir la sintomatología general, positiva y negativa en pacientes esquizofrénicos. “Nuestros hallazgos sugieren que las intervenciones familiares se deberían incluir en programas integrales en los que se incorporen intervenciones en los niveles biológico, psicológico y social” (2003, p.57).

Metodología

En el presente trabajo nos proponemos realizar una revisión bibliográfica sobre el tratamiento familiar en pacientes esquizofrénicos, desde diferentes fuentes como: artículos científicos, libros de diferentes autores, manuales diagnósticos (DSMIV y DSMV) y tesis doctorales. A lo largo del trabajo se consultaron diferentes bases de datos bibliográficos: redalyc, scielo, dialnet y google académico.

En un primer apartado, se busca comenzar haciendo un recorrido histórico y conociendo con mayor profundidad de qué se trata la esquizofrenia. Luego se realizará una breve introducción a la Teoría general de los sistemas, y se analizarán específicamente conceptos centrales del abordaje sistémico. También se estudiará el rol de la familia respecto a dichos pacientes, y la manera en que la misma se ve afectada. Posteriormente se hará hincapié en la importancia de la terapia familiar en pacientes esquizofrénicos como parte de un tratamiento integral. Se mencionarán algunos componentes de las intervenciones familiares, y el efecto positivo de las mismas. Se entiende aquí, que la temática se observará no solo desde el sujeto que porta la enfermedad sino que también desde la familia, buscando conocer de qué manera impacta en la familia dicha patología. Para finalizar, se hará una conclusión exponiendo las ideas más relevantes en torno a este estudio.

Se trata de una temática por demás interesante y cautivadora. Se intenta poder abrir un debate sobre esta enfermedad, llamando a la reflexión y a la toma de conciencia frente al sufrimiento que causa la esquizofrenia.

Capítulo 1: Esquizofrenia

1.1 Diversas definiciones de Esquizofrenia

Aguilar-Valles (2011) sostiene que la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta aproximadamente el 1% de la población mundial. Colodrón (tal como se cita en Novella y Huertas, 2010, p. 206), expone que la esquizofrenia es “una condición que impregna la totalidad de la existencia y confiere a su portador un perfil psicológico constante y muy definido”. Se entiende aquí, que no se trata de una enfermedad mental como las demás, sino que estamos situados frente a una patología diferente.

Por otro lado, Barlow y Durand (2009) postulan que la esquizofrenia es un trastorno grave caracterizado por un amplio espectro de disfunciones cognoscitivas y emocionales: delirios¹ y alucinaciones², habla y comportamiento desorganizados y emociones inapropiadas.

Siguiendo a los autores, puede comprenderse que se trata de un síndrome complejo que genera inevitablemente un efecto devastador en la vida de los afectados y de sus familiares. Posiblemente distorsione la percepción, el pensamiento, el habla y el movimiento: casi todos los aspectos del funcionamiento cotidiano.

Tomando en cuenta la conceptualización del término esquizofrenia según Vallejo Ruiloba (2011), hace referencia a un trastorno del cerebro caracterizado por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos o de déficit, cognitivos y afectivos.

Walker et al (tal como se cita en Aguilar-Valles, 2011, p. 130) sostienen que:

Los síntomas positivos se refieren a aquellos que involucran exceso de ideas, experiencias sensoriales o comportamientos; estos incluyen alucinaciones, delirios y comportamientos atípicos. Por otra parte, los síntomas negativos están definidos como una disminución en ciertos comportamientos, como afectividad reducida, anhedonia³ y falta de motivación. Finalmente los síntomas cognitivos son una serie de deficiencias en prácticamente todos los dominios del funcionamiento cognitivo, desde las tareas cognitivas más simples de procesamiento de información sensorial hasta las tareas mentales más complejas.

En este mismo sentido, aclaran que los síntomas negativos son aquellos que indican la ausencia o insuficiencia de un comportamiento normal: pobreza del pensamiento y del habla, aislamiento social y emocional, apatía⁴, alogia⁵, anhedonia y afectividad plana⁶.

Vallejo Ruiloba (2011) coincide con Barlow y Durand (2009) al sostener que la esquizofrenia causa una gran pérdida de calidad de vida del enfermo y sus familiares. En este sentido, Aguilar-Valles (2011) resalta que dicho trastorno involucra un fuerte componente de disfunción social y falta de motivación.

Según Vallejo Ruiloba (2011), el inicio del trastorno suele situarse entre los 15 y los 30 años de edad, observándose también mayor precocidad en la aparición en hombres que en mujeres. Además sostiene que el curso suele ser crónico y variable.

A su vez, Novella y Huertas (2010, p. 206) exponen que, dicha patología “(...) remite a la inseguridad y al miedo, a lo anómico y heterodoxo, a lo oscuro e inefable, y que conduce a una destrucción de los vínculos interpersonales, a una ruptura con la historia y la tradición y a un abandono del territorio del lenguaje y los significados compartidos”.

¹ Síntoma psicótico que implica el trastorno del contenido del pensamiento y se observan creencias firmes que desvirtúan la realidad.

² Síntomas psicóticos de perturbación perceptual en que se ven, se oyen o se perciben las cosas en otra forma, aunque no sean reales ni estén presentes.

³ Incapacidad para experimentar placer, que acompaña a algunos trastornos del estado de ánimo y a trastornos esquizofrénicos.

⁴ La incapacidad de iniciar actividades importantes o persistir en ellas. Quienes sufren este síntoma manifiestan poco interés en realizar inclusive las funciones cotidianas más sencillas, entre ellas las concernientes a la higiene personal.

⁵ Deficiencia en la cantidad o contenido del habla. El individuo con alogia responde a las preguntas con respuestas breves de escaso contenido y quizá dando la impresión de que no le interesa la conversación.

⁶ Comportamiento en apariencia impasible (que incluye habla inexpressiva y mirada perdida) cuando se esperaría alguna reacción emotiva.

Siguiendo esta línea, la condición esquizofrénica constituye una forma distintiva de alienación que imprime un sello muy particular al conjunto de la experiencia del individuo.

Asimismo, los autores mencionados recientemente sostienen que se trata de una enfermedad que tiende a desencarnar el mundo y sustraerle todo aliento, vitalidad o trascendencia; desplazan al sujeto más allá de un orden compartido de sentido; reduciendo los fenómenos a su mera apariencia y transformando la vida en un simple mecanismo del que, en última instancia, sólo cabe ser un espectador desapasionado.

Estroff (tal como se cita en Novella y Huertas, 2010, p. 206) sostiene que: “no se tiene esquizofrenia, se es esquizofrénico”

Sin embargo, de acuerdo a Aguilar-Valles (2011), las causas de este trastorno se desconocen a ciencia cierta, aunque la evidencia acumulada indica que surge por alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central. Además, se encuentran diversos elementos del ambiente que incrementan el riesgo a desarrollar esta enfermedad, entre ellos: infecciones y malnutrición prenatal, así como complicaciones durante el parto. No obstante, estudios detallados han corroborado la existencia de factores genéticos involucrados en el desarrollo de esquizofrenia. De esta manera, la complejidad de la misma se extiende también a su etiología, ya que la evidencia epidemiológica sugiere que se trata de un trastorno de origen multifactorial, que involucra factores tanto genéticos como ambientales.

1.2 Evolución histórica de la noción Esquizofrenia

Hacia finales del siglo XIX el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (tal como se cita en Barlow y Durand, 2009, p. 471) se basó principalmente en los escritos de John Haslam, Philippe Pinel y Benedict Morel para brindarnos lo que es actualmente la descripción y clasificación más aceptada y perdurable de la esquizofrenia. Combinó diferentes síntomas de la demencia que hasta ese momento se habían considerado como reflejo de trastornos distintos: “(...) la catatonía (alternancia de inmovilidad y la agitación excitada), la hebefrenia (emocionalidad torpe e inmadura) y la paranoia (delirios de grandeza o de persecución) (...) Según Kraepelin esos síntomas compartían características subyacentes similares y los designó demencia precoz”. Se caracterizaba por aparecer a temprana edad y por un pronóstico negativo. El psiquiatra observó diversos síntomas en los pacientes con este tipo de enfermedad: delirios, negativismo, alucinaciones, y comportamiento estereotipado.

Novella y Huertas (2010, p. 207) refieren otros síntomas que habían sido instituidos por Kraepelin: deterioro afectivo, apatía, indiferencia, desorganización del pensamiento, disgregación psíquica, ideas delirantes, alucinaciones o trastornos psicomotores. Los autores señalan:

Kraepelin estableció entonces dos grandes grupos de psicosis endógenas: la psicosis maníaco-depresiva, curable, y la demencia precoz, incurable (...) Posteriormente, completó esta clasificación diferenciando dos formas evolutivas de la demencia precoz: la progresiva, que conduciría a un deterioro permanente, y la que cursaba con brotes y sin un déficit irreversible.

Como exponen Barlow y Durand (2009), el término *demencia precoz* es una designación obsoleta de lo que hoy conocemos como esquizofrenia, que subraya la frecuencia con que se manifiesta durante el periodo de adolescencia.

Un segundo pionero en la historia de este trastorno fue *Eugene Bleuler*, contemporáneo de Kraepelin y psiquiatra suizo que acuñó el término esquizofrenia en el año 1908. El nombre es significativo porque marcó la ruptura con Kraepelin sobre lo que éste creía que era el problema medular. Esquizofrenia, término griego formado por dos palabras: *skhizein* (escisión) y *phren* (mente), expresaba su idea de que una escisión asociativa de las funciones básicas de la personalidad era la causa subyacente de los comportamientos inusuales mostrados por los afectados por este trastorno. Ese concepto enfatizaba la “ruptura de nexos asociativos”, o sea la destrucción de las fuerzas que unen una función a la siguiente. Más aún, Bleuler creía que muchos de los síntomas se deben a la dificultad de mantener un flujo congruente del pensamiento.

Novella y Huertas (2010, p. 208) exponen los síntomas considerados fundamentales según Bleuler (las cuatro A):

Trastornos de las asociaciones (los pacientes operan con ideas y conceptos que no tienen relación y pierden su continuidad, produciendo asociaciones “ilógicas” y formalmente incoherentes), trastornos afectivos (con gran tendencia al retraimiento y aplanamiento emocional o a la aparición de una afectividad incongruente), ambivalencia (presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias) y autismo (una manifestación particular y característica consistente en el predominio morboso de la vida interior sobre la vida de relación).

De acuerdo a lo propuesto por Bleuler, dichos síntomas eran los constantes y exclusivos de la esquizofrenia, que podría presentar además delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria o trastornos del lenguaje.

A diferencia de Kraepelin que se centraba en el inicio temprano y en resultados poco satisfactorios, Bleuler subrayó lo que para él era un problema subyacente universal. Por desgracia, el concepto de “mente escindida” inspiró el uso común aunque incorrecto del término esquizofrenia con el sentido de personalidad escindida o múltiple (Barlow y Durand, 2009).

Posteriormente, Kurt Schneider “(...) invirtió la jerarquía entre los síntomas fundamentales y accesorios de Bleuler y aisló una serie de experiencias psicóticas que denominó de ‘primer rango’ por su utilidad para detectar la presencia de lo esquizofrénico (tal como se cita en Novella y Huertas, 2010, p. 209)”. Estos síntomas incluían:

La sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones.

Además, señaló que la mayoría de los síntomas de primer rango compartían un rasgo fenomenológico común, que consistía en una pérdida de los límites del yo o un aumento mórbido de la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo. El autor postula que dichos síntomas consistían en abarcar la experiencia de la propia actividad psíquica (lenguaje, pensamientos, sentimientos, intenciones, etc.) como ajena o impuesta.

De esta manera, el aporte de Schneider se torna importante, dado que suministró el tercer gran pilar sobre el que sigue descansando en la actualidad el concepto de esquizofrenia, añadiendo al deterioro kraepeliniano y a la desorganización bleuleriana de los llamados “trastornos del yo” como eje central de sus manifestaciones clínicas.

1.3 Clasificación de los subtipos de Esquizofrenia según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

En primer lugar, utilizaremos la cuarta edición, texto revisado (American Psychiatric Association, 1994), como ha sido expuesta por Barlow y Durand en su libro *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal* (2009, p. 479).

Los síntomas deben estar presentes al menos 6 meses para diagnosticar esquizofrenia, y de 1 a 6 meses para el trastorno esquizofreniforme.

Paranoide

Aquellos que sufren este tipo de patología se distinguen por sus delirios o alucinaciones; en cambio, sus habilidades cognitivas y afectos quedan relativamente intactos. Generalmente no muestran habla desorganizada, ni afecto plano o inapropiado y su pronóstico suele ser mejor que el de quienes tienen otras formas de esquizofrenia. Por otro lado, los delirios y las alucinaciones se centran usualmente en un tema como la grandeza o persecución.

Desorganizada

A diferencia del tipo de esquizofrenia paranoide, estos portadores muestran una notable alteración del habla y de la conducta; además presentan afecto plano o inapropiado. Por ejemplo, se ríen de forma bobalicona en momentos inadecuados, y se los ve absortos en sí mismos, pueden pasar mucho tiempo mirándose en el espejo. Si se presentan delirios o alucinaciones, no suelen organizarse en torno a un tema central –como sucede en el tipo paranoide– sino que son más fragmentarios. Quienes lo presentan suelen externar síntomas desde muy temprano y sus problemas son crónicos a menudo. No se observan las remisiones⁷ que caracteriza a otros tipos del trastorno. Este subtipo se conocía antes con el nombre de hebefrénico.

Catatónico

Además de las respuestas motoras extrañas de mantener la misma postura, de entregarse a una actividad motora excesiva sin un motivo aparente y de oponerse conservando una postura rígida para no ser movido, en el tipo de esquizofrenia catatónica, se observan manierismos raros con el cuerpo y el rostro, entre ellos las muecas. A menudo los afectados repiten o imitan las palabras de otros (ecolalia) o sus movimientos (ecopraxia). Asimismo, presentan inmovilidad motora que se manifiesta en catalepsia⁸. Su frecuencia tan escasa quizá se deba, por lo menos en parte, a la eficacia de los medicamentos neurolépticos.

Indiferenciado

Son aquellas víctimas que no encajan netamente en ninguno de los subtipos anteriores. Este grupo incluye a las personas que presentan los síntomas principales de esquizofrenia, pero no reúnen los criterios de los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

Residual

Se diagnostica a las personas que han tenido al menos un tipo de esquizofrenia residual pero que ya no manifiestan síntomas importantes. Aunque tal vez no sufran delirios o alucinaciones extrañas, muestran a veces síntomas residuales o “remanentes” -creencias negativas por ejemplo- o ideas extrañas que no son del todo delirios. Entre los síntomas cabe citar aislamiento social, pensamientos raros, inactividad y afecto plano.

Resulta importante referirnos a la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013), con el objetivo de subrayar los diversos criterios para diagnosticar esquizofrenia:

A- Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.

⁷ Mejoramiento de los síntomas.

⁸ Se caracteriza por la pérdida momentánea de la movilidad y de la sensibilidad del cuerpo.

3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B- Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C- Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses.

D- Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E- El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F- Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Capítulo 2: Abordaje sistémico

2.1 Breve introducción a las principales escuelas de terapia familiar

Según Cibanal Juan (2006) las principales escuelas de terapia familiar son:

Transicional: Ackerman, Bloch, Boszszormeny-Nagy, Framo

Busca integrar conceptos dinámicos tradicionales con planteos sistémicos; su objetivo es la reestructuración psicológica del paciente y pone énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación, la interpretación y la transferencia como instrumento de cambio.

Existencial: Satir, Duhl, Kempler y Whitaker

Se propone el crecimiento y la expansión de la persona, y en la terapia se acentúa la experiencia en el presente entre el terapeuta y los miembros de la familia, como instrumento de cambio.

Whitaker trabajó durante muchos años con personas que sufren de esquizofrenia, incorporando en la terapia el empleo de los estados emocionales y hasta los procesos irracionales del mismo terapeuta para atacar la rigidez defensiva de los miembros familiares.

Satir desarrolló la técnica de la “escultura de familia”, donde los miembros transforman sus emociones y percepciones de la familia en un cuadro viviente donde todos expresan en posiciones estáticas o movimientos corporales una metáfora de la visión familiar.

Corriente sistémica: Bowen, Minuchin, Haley

Se propone el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de sus miembros, poniendo en la terapia el énfasis en los procesos interpersonales disfuncionales.

Bowen estudió familias completas de pacientes que sufren de esquizofrenia, analizando la familia como factor etiológico. Ha requerido a los aspirantes a terapeutas que exploren su familia de origen hasta donde haya trazas históricas, y traten de producir cambios favorables en las relaciones familiares.

Resulta sumamente interesante el aporte realizado por Minuchin, Lee y Simon (1998, p. 87) quienes postulan que:

Durante mis cuarenta años de terapeuta de familia he descubierto lo que mucha gente ya había descubierto antes: la gente prefiere no cambiar. Se sienten cómodos con la seguridad de lo previsible, así que continuarán manteniendo sus modos preferidos de responder. Deben ser empujados para elegir respuestas más allá del rango establecido de lo permisible. Por lo tanto, casi siempre trabajo cuestionando lo que es costumbre. Pero sé que mi desafío en sí no es muy poderoso, así que lo que hago es crear una inestabilidad entre los miembros de la familia que les fortalezca, forzándoles a encontrar modos nuevos de responder (...)
Trabajo con el cambio familiar.

Desde este marco teórico-clínico, el terapeuta se encarga de explorar el potencial de cambio mediante la localización de áreas de conflicto e incrementando la intensidad del mismo, más allá del umbral acostumbrado de la familia. Esto implica, que las interacciones usuales se conviertan en algo difícil e imposible y abre a los miembros de la familia a la exploración o a nuevas formas de comportarse.

Minuchin y Fishman (1984) sostienen que, frecuentemente, los miembros de la familia y el terapeuta no entienden de la misma manera la localización del sufrimiento, su causa y el proceso de curación. Los miembros de la familia suelen individualizar en uno de ellos la localización del problema. Creen que la

causa es la patología internalizada de ese individuo. En cambio, para el terapeuta de familia, el paciente individualizado es solo el portador del síntoma; la causa del problema son ciertas interacciones disfuncionales de la familia.

A su vez, Minuchin (1985, p. 19) describe que:

El terapeuta familiar está siempre en presencia de imágenes cambiantes. Con frecuencia se centra en una pieza bien definida: el miembro de la familia que esta presenta como el paciente identificado. Pero hay centenares de otras piezas con bordes borrosos o claros que es preciso unir para ver la pauta y quizá cambiar el orden de las piezas.

El autor expresa que durante la terapia, las pautas de las familias van desarrollándose y cambiando. Ninguna de las estructuras de tránsito es inherentemente errada, sino que todos están haciendo experiencias de vida.

Minuchin y Fishman (1984, p. 15) explican:

¿En qué consiste el arte de la terapia de familia? En entrar en coparticipación con una familia, experimentar la realidad como sus miembros la vivencian y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta de las personas. En instrumentar esa coparticipación para convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar, con modalidades de intervención solo posibles en esta familia en particular y destinadas a producir un modo de vida diferente, más productivo.

Claro está que el concepto de coparticipación se torna relevante, refiriéndose a hacer saber a los miembros de una familia, que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Solo con esta protección puede la familia estar segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual, y cambiar. O sea que gracias a esto, es posible que cada familia despliegue su propia trama en un contexto de seguridad. Como sabemos, “el concepto primordial de ‘coparticipación’ se relaciona con dos sistemas sociales idiosincrásicos (la familia y el terapeuta) que se adaptan el uno al otro” (Minuchin, Lee y Simon, 1998, p. 24).

Para que el terapeuta sea eficaz como miembro del sistema familiar, “(...) debe responder a las circunstancias en armonía con las reglas del sistema, al tiempo que se utiliza a sí mismo de la manera más amplia posible. Es lo que se entiende por *espontaneidad terapéutica*” (Minuchin y Fishman, 1984, p. 16).

Los autores aseguran que un terapeuta espontáneo es aquel que ha sido entrenado para emplear diferentes aspectos de sí mismo en respuesta a contextos sociales diversos. El terapeuta puede reaccionar, moverse y hacer sus sondeos con libertad, pero sólo dentro de la gama de posibilidades tolerables en un contexto determinado.

Por otro lado, manifiestan que las intervenciones ineficaces no se vuelven caóticas ni destructivas, simplemente no producen cambio. Por este motivo, el terapeuta puede trabajar confiado, sabiendo que no necesita acertar siempre. Si sobrepasa el umbral de lo aceptado, el sistema mismo lo corregirá.

Minuchin (1985, p. 71) afirma que: “(...) las familias son organizaciones en un proceso de cambio continuo mientras intentan permanecer inalterados. Es posible lamentar la estructura perdida, pero tiene más sentido contemplar las posibilidades de la nueva”.

2.2 Introducción a la Teoría general de los sistemas

Von Bertalanffy (tal como se cita en García Cuadrado, 1995) ha expuesto que el sistema puede ser comprendido como un conjunto de elementos interrelacionados e interactivos. No se trata de un mero conjunto de elementos, que no contengan más que la simple suma de los mismos. Por el contrario, el

sistema es algo más, dado que a la suma de sus elementos añade las mutuas relaciones que los ligan entre sí, y las diferentes acciones y reacciones mutuas de unos elementos sobre otros.

Siguiendo la línea expuesta por el autor, un sistema consiste en: diferentes elementos que lo componen, y que cada uno de ellos posee determinadas propiedades; una interrelación entre los elementos; un todo, el sistema, que es distinto de la simple suma de los elementos, y cuyas propiedades son propias del sistema, no de los elementos componentes; y una subordinación de todos los elementos al todo organizado que es el sistema (e incluso una jerarquización de los elementos entre sí pues hay unos elementos más importantes que otros).

Asimismo, se establecieron diferentes clasificaciones acerca de los sistemas considerando aspectos diversos como propiedades, funciones, configuración, grado de complejidad, ámbito, etc. Es posible señalar la existencia de sistemas simples y complejos, teniendo en cuenta la simplicidad o complejidad de los elementos que se integran en el todo. Los complejos, se encuentran integrados por subsistemas, que a su vez pueden tener otros subsistemas y así hasta la unidad básica del sistema que constituye lo que denominamos sistema simple.

Von Bertalanffy (tal como se cita en Arnold y Osorio, 1998, p. 48) postula a través de dicha teoría, que un sistema es abierto cuando importa y procesa elementos (energía, materia, información) de sus ambientes y esta es una característica propia de todos los sistemas vivos. De esta manera, "que un sistema sea abierto significa que establece intercambios permanentes con su ambiente, intercambios que determinan su equilibrio, capacidad reproductiva o continuidad, es decir, su viabilidad (...)"

Por otro lado, el autor expone que un sistema es cerrado cuando ningún elemento de afuera entra y ninguno sale fuera del sistema. En algunas ocasiones el término es también aplicado a sistemas que se comportan de una manera fija, rítmica o sin variaciones.

Es decir, siguiendo esta línea, denominamos 'cerrado' a un sistema si no entra en él ni sale de él materia, y 'abierto' cuando, por el contrario, hay importación y exportación de materia.

Otra vertiente que vale la pena pensar, es la consideración del organismo como sistema. El autor continúa afirmando que no se trata de un sistema estático cerrado al exterior y que siempre contenga componentes idénticos. Por el contrario, es un sistema abierto en estado (cuasi) uniforme, mantenido constante en sus relaciones de masas en un intercambio continuo de material componente y energías: entra continuamente material del medio circundante, y sale hacia él.

Entonces, respecto a la obra de Von Bertalanffy (tal como se cita en García Cuadrado, 1995, p. 211) se podría concluir que:

Todo organismo viviente es un sistema abierto, que se caracteriza por importar y exportar sustancias sin descanso (...) Es decir, cualquier sistema viviente está abierto a la materia (como el comer) y a la energía (a través de los sentidos) y de retorno crea sonidos, emite calor, elimina residuos, etc.

2.3 Acerca del modelo familiar sistémico

Desde la perspectiva sistémica, la familia es una institución social en que las relaciones establecidas entre los miembros (...) posibilitan desarrollar habilidades, valores, actitudes y conductas que, en una atmósfera de cariño, apoyo, implicaciones emocionales y compromiso mutuo, permiten la integración y la funcionalidad de los seres humanos (...). Sin embargo, la familia también puede perjudicar y obstaculizar el crecimiento de un individuo. (Eguíluz, 2003, p.32)

Por otro lado, Minuchin, Lee y Simon (1998) consideran que una familia es un grupo de personas que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias

que justifican y explican tales patrones. Claro está que pueden estar unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre. En función de esto, podría decirse que es en sus interacciones modeladas con el otro, que los miembros de la familia se construyen entre sí. Esta construcción complementaria en la red familiar de intercambios es una circunstancia buena y mala a la vez. Haciendo referencia a las desventajas, exponen que los miembros de la familia siempre se encuentran funcionando por debajo de su capacidad. Es decir, existen aspectos del yo que no se activan en los papeles y patrones familiares habituales, y eso es considerado una pérdida. Pero sin embargo, el hecho de pertenecer a una familia, también tiene la comodidad de una cierta predecibilidad y el sentido de pertenencia.

Los miembros de la familia se desarrollan mediante una interacción continua, es decir, un marco compartido de la realidad. Este es el razonamiento que ha impulsado Minuchin, entendiéndolo aquí, que dicho modelo común filtra la experiencia de cada cual y, en consecuencia, restringe y facilita el desarrollo a la vez.

Minuchin, Lee y Simon (1998) manifiestan que los componentes de la familia adaptan a los papeles familiares esos roles y funciones asignadas, generando un funcionamiento fluido, la anticipación de respuestas, la seguridad, la lealtad, y la armonía. De esta manera, las novedades se convierten en rutina, la espontaneidad se coarta y el crecimiento se restringe. Es evidente, que puede llegar a implicar aprisionamiento en los moldes interpersonales y aburrimiento. Aunque siempre existen posibilidades para la expansión.

Los autores mencionan que las familias sostienen ciertas “verdades” acerca de su idiosincrasia mientras cambian otras a medida que evolucionan. Si bien la mayoría de las veces, los familiares permanecen previsibles el uno para el otro, también puede incrementarse la flexibilidad del funcionamiento familiar cuando descubren maneras alternativas de relacionarse.

Haciendo referencia a la patología, Cibanal Juan (2006) señala que no es considerada un conflicto del individuo, sino una ‘patología de la relación’. Puede comprenderse, que el punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación.

Además, la persona se encuentra inserta en un *sistema* siendo todos los miembros de ese sistema *interdependientes*. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativa, ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente, y al mismo tiempo, cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia dirigida a intervenir activamente en el sistema cumple un rol protagónico en este contexto, ya que el punto central sobre el que debe basarse el terapeuta es modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

Cibanal Juan (2006, p. 19) expone que la terapia familiar “(...) trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación”. Además, explica que “un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncionante”.

En base a esto se sostiene la idea de que para poder comprender el síntoma, es necesario comprender no solo al portador del mismo, sino también al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener su equilibrio.

Es curioso pensar que en los anteriores modelos de salud mental, la unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo, mientras que en el modelo interaccional o sistémico, dicha unidad es el sistema (díada, tríada o más personas).

Otro aspecto sobre el que vale la pena reflexionar es en relación al accionar del terapeuta. Minuchin, Lee y Simon (1998, p. 77) expresan:

Armado con su comprensión de la familia, su conocimiento de las normas sociales y de la diversidad familiar, limitado por sus teorías de la terapia y por sus propias experiencias vitales, el terapeuta se encuentra con la familia que le pide ayuda. La familia normalmente aborda el encuentro con esperanza (...) Ellos van a decir ‘somos quienes somos’ de una manera importante. Como consecuencia de esta sensación, y porque están bajo la observación del

otro, ellos se encuentran también bajo una intensa autoobservación. El terapeuta trae su propio equipaje vital. El también 'es quien es' y la combinación de su carácter y experiencia impone ciertos límites que no puede trascender.

Siguiendo a los autores, entendemos que el terapeuta posee ciertas ventajas y desventajas del entrenamiento. Sabemos que posee experiencias de encuentros previos con otras familias. Lo quiera o no, y lo sepa o no, mantiene algunos supuestos sobre las mismas. Mantener tales supuestos constriñe el entendimiento, pero ningún terapeuta puede trascender la estructuración que organiza su pensamiento. Lo que puede hacer es reconocerlos, usarlos de la mejor manera posible y saber que sus expectativas deben estar abiertas a una revisión de acuerdo a los datos que surjan en el encuentro.

"Mientras se ocupa de la familia, fomenta la revelación y busca los problemas y las posibilidades; asocia, intenta ajustar, prueba, modifica supuestos de acuerdo con los resultados y prueba de nuevo" (Minuchin, Lee y Simon, 1998, p. 77). Afirman que el clínico es el motor del cambio. Cuando incorpora el sistema terapéutico, introduce cambios en el patrón usual disfuncional de relación familiar.

Resulta interesante destacar un error reconocido por los autores, por parte de la terapia familiar. Explican que, desafortunadamente, la literatura de la terapia familiar ha puesto a menudo un interés mucho mayor en la técnica terapéutica que en la propia figura del terapeuta como motor de cambio. Esta división entre técnicas y el empleo del "yo" del terapeuta apareció muy temprano en el desarrollo de esta área. Esto constituyó un subproducto involuntario de la necesidad histórica de la terapia familiar de diferenciarse de las teorías psicoanalíticas. Por ejemplo: conceptos psicodinámicos de contratransferencia y transferencia que implican a la figura del terapeuta. Se han desechado tales conceptos al considerarlos irrelevantes, ya que los familiares del paciente se encontraban presentes en la sala de consulta. De esta manera, no pareció necesario considerar como podría éste proyectar sus sentimientos y fantasías vinculadas con miembros de la familia en la figura del terapeuta. Lamentablemente, el rechazo de estos conceptos, generó que la persona del terapeuta comenzara a hacerse invisible en los escritos de los pioneros de la terapia familiar. A medida que el clínico desaparecía, todo lo que quedó fueron sus técnicas.

Por el contrario, los autores sostienen que el clínico necesita ser capaz de acceder a diferentes aspectos de sí mismo, para poder responder de un modo diferencial a las necesidades de los miembros del sistema terapéutico. Debe ser autorreflexivo, conocerse a sí mismo y sentirse cómodo con la manipulación del yo en beneficio de la curación de la familia.

El terapeuta está en el mismo barco que la familia, pero él debe ser el timonel. El aporta un estilo idiosincrásico para comunicarse y un bagaje teórico. La familia necesitaría adaptarse a este bagaje de un modo u otro y el terapeuta necesitará acomodarse a ellos (Minuchin y Fishman, 1984).

El oficio del terapeuta es curar, se interesa terapéuticamente por sus prójimos en ámbitos y problemas que los hacen sufrir. Se entiende aquí, que la meta es trascender lo técnico, "esto impone olvidar técnicas tan laboriosamente aprendidas para que, al cabo, el terapeuta pueda llegar a ser el que cura" (Minuchin y Fishman, 1984, p. 18).

Kelmanowicz (2011) acentúa dos intervenciones que, según Minuchin, deben estar presentes durante el proceso terapéutico:

En primera instancia, sitúa la *acomodación*, haciendo referencia a las acciones del terapeuta tendientes a relacionarse con los miembros de la familia y a las adaptaciones del mismo tendientes a lograr la alianza. El terapeuta debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos para poder aliarse al sistema. La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a éste. Debe 'acomodarse' a la familia e intervenir de un modo que esta pueda aceptar.

Por otro lado, alude a la noción de *reestructuración*, haciendo referencia a aquellas intervenciones terapéuticas diseñadas específicamente para modificar aquello que el terapeuta considera que llevará a la consecución de metas: la estructura de una familia, su modo de pensar los síntomas, la relación entre los padres u otros subsistemas, la conducta sintomática, etc.

2.4 Conceptos centrales de los modelos sistémicos: propiedades de los sistemas abiertos

Totalidad

Este concepto hace referencia a la noción de que “el todo es más que la suma de las partes y sistema como conjunto de partes interrelacionadas” (Kelmanowicz, 2011, p. 169).

Asimismo, Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1995) señalan que dentro de la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella. Toda conducta es comunicación, y, por ende, influye sobre los demás y sufre la influencia de éstos. De esta manera, los cambios en el miembro de la familia identificado como paciente ejercen comúnmente algún efecto sobre otros miembros, sobre todo en términos de su propia salud psicológica, social o física.

No sumatividad

El análisis de una familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales. Hay características del sistema, esto es, patrones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales (...). Muchas cualidades individuales de los miembros, especialmente la conducta sintomática, son inherentes al sistema. (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1995, p. 130)

Homeostasis

Jackson (tal como se cita en Cibanal Juan, 2006, p. 19), “(...) conceptualiza la familia en términos de sistema interaccional poniendo el acento en el carácter equilibrador que posee todo síntoma individual”.

De acuerdo a lo postulado por Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1995), se utiliza el término homeostasis para referirse al estado constante de un sistema, que en general se mantiene mediante mecanismos de retroalimentación negativa. Las familias se caracterizan por cierto grado de retroalimentación negativa, a fin de soportar las tensiones impuestas por el medio y por los miembros individuales. Las familias perturbadas son refractarias al cambio y a menudo demuestran una gran capacidad para mantener el status quo, mediante una retroalimentación predominantemente negativa.

Los autores mencionan que el modelo homeostático puro resulta erróneo cuando se presenta cierto aprendizaje y crecimiento en la familia, dichos efectos se encuentran más cerca de la retroalimentación positiva. La misma lleva al cambio, esto es, a la pérdida de estabilidad.

En síntesis, el término homeostasis “(...) refiere al estado en el cual se logra un equilibrio estable entre la necesidad de cambio y la necesidad de control con el fin de mantener la integridad del sistema” (Kelmanowicz, 2011, p. 169).

Retroalimentación

“Es el mecanismo regulatorio mediante el cual el sistema mantiene la homeostasis y monitorea sus esfuerzos por alcanzar ciertos objetivos, es lo que conocemos como feedback” (Kelmanowicz, 2011, p. 170).

Como sabemos, el feedback puede ser positivo o negativo. El positivo desequilibra el estado homeostático del sistema y promueve continuos cambios y desviaciones; en cambio, el negativo se encarga de mantener la homeostasis del sistema mediante comportamientos que favorecen el retorno al estado previo.

En este mismo sentido, Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1995, p. 32) sostienen que: Los sistemas interpersonales (...) pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es, a su vez, afec-

tada por éstas. La entrada a tal sistema puede amplificarse y transformarse así en cambio o bien verse contrarrestada para mantener la estabilidad, según que los mecanismos de retroalimentación sean positivos o negativos.

Equifinalidad

En su globalidad, Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson expresan que dicho principio significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, dado que lo decisivo es la naturaleza de la organización.

Ludwig Von Bertalanffy (1968, p. 147) ha manifestado con respecto a este principio que: La estabilidad de los sistemas abiertos se caracteriza por el principio de equifinalidad, esto es, en contraste con los estados de equilibrio de los sistemas cerrados, que están determinados por las condiciones iniciales, el sistema abierto puede alcanzar un estado independiente del tiempo y también de las condiciones iniciales y determinado tan sólo por los parámetros del sistema. No sólo condiciones iniciales distintas pueden llevar al mismo resultado final, sino que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas. Así, en el análisis del modo en que las personas se afectan unas a otras en su interacción, consideraremos que las características del producto son mucho menos importantes que la organización de la interacción.

Causalidad circular

Para Kelmanowicz (2011), el término causalidad circular refiere al modo en que el comportamiento de cada miembro del sistema influye en los otros, entendiendo aquí que todo comportamiento es al mismo tiempo causa y efecto.

Capítulo 3: Familia y Esquizofrenia

3.1 El papel de la familia en la esquizofrenia: terapias psicológicas indispensables en el tratamiento

La familia se ha considerado un pilar fundamental en el desarrollo de la psique humana; y en relación con los trastornos mentales sabemos que ciertos aspectos del ambiente familiar modulan el curso de algunos de estos trastornos (Vidal, Cortés, Valero, Gutiérrez-Zotes y Labad, 2008).

La desinstitucionalización de los pacientes durante las dos últimas décadas favoreció la incorporación de sus familiares como un importante recurso terapéutico; sobre todo tras investigaciones que habían destacado la influencia de ciertas características del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia, como por ejemplo la emoción expresada (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2001).

Orradre (2000, p. 111) afirma que: “toda enfermedad grave crea una conmoción en la familia de quien la sufre. Y no es exagerado decir que las enfermedades mentales agudizan la sorpresa, el pasmo, el miedo al futuro, las preguntas sin respuesta y hasta la conciencia de culpabilidad”.

Siguiendo esta línea, los autores Méndez Blanca y Fallas Teme (2008) exponen que la esquizofrenia no solo afecta a quien la padece, sino que también influye notablemente en la vida de los familiares. Genera un cambio en toda la dinámica familiar, que lógicamente afectara a todos los miembros. La familia será fundamental para el paciente durante su rehabilitación. El camino se tornará aún más complicado si la familia se encuentra transitando una crisis y no es capaz de apoyarlo. Por este motivo, señalan los autores, es necesario que la familia aprenda formas de mantenerse en unas condiciones emocionales que les permitan realizar la labor de forma adecuada.

Sharma (2004, p.34) define a la rehabilitación como “la restitución de las personas discapacitadas a la mayor utilidad física, psíquica, social, ocupacional y económica de que son capaces”. Hace referencia al proceso de capacitar a una persona impedida para renovar habilidades antiguas o adquirir otras nuevas, con el fin de alcanzar una vida más plena, pese a la pérdida sufrida durante la evolución de una enfermedad. El proceso de rehabilitación implica tanto la mejora de competencias individuales como la introducción de cambios ambientales.

Como hemos mencionado recientemente, los autores Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000) señalan que durante las dos últimas décadas han acontecido procesos de desinstitucionalización que han proporcionado una nueva era en las relaciones terapéuticas entre familiares y profesionales de la salud mental. Además de pasar a ser los familiares de los pacientes un importante recurso terapéutico, la investigación ha subrayado determinantes influencias mutuas en el contexto familiar; entre ellas, la emoción expresada, como potente predictor de recaídas sintomáticas; la carga emocional y económica que supone hacerse cargo de un paciente crónico; y la insatisfacción manifestada por las familias por el trato recibido de los profesionales sanitarios, que ha producido un fuerte desarrollo de las asociaciones de auto-ayuda.

De esta manera, se evidencia que el papel de la familia es fundamental en la socialización y resocialización de los enfermos esquizofrénicos (Orradre, 2000).

A su vez, Vidal et al (2008) observan que la familia, por un lado, puede funcionar como potencial preventivo y curativo, pero por otro, puede contribuir a la etiopatogenia y mantenimiento de los trastornos mentales.

Si bien durante un largo periodo de tiempo se consideró (mayormente por parte de los psiquiatras) que las intervenciones psicológicas no debían incluirse en el plan de tratamiento, durante los últimos años esta situación ha cambiado notablemente. Actualmente, las terapias psicológicas se consideran parte fundamental del tratamiento de la esquizofrenia (Gutiérrez Ciceri, Ocampo Saldarriaga y Gómez Franco, 2008).

3.2 Consecuencias proyectadas en los familiares del paciente

Diversos autores (Espina Eizaguirre et al, 2000; Méndez Blanca y Fallas Teme, 2008; Muela y Godoy, 1997) destacan el hecho de que la emoción expresada actúa como un importante factor de predicción de recidiva esquizofrénica. “Dado que los pacientes que son dados de alta en hogares donde uno de los familiares tiene una elevada puntuación de emoción expresada presentan porcentajes de recaídas significativamente más elevados, la medida se ha considerado no sólo un factor de riesgo sino una variable explicativa de la recaída” (Méndez Blanca y Fallas Teme, 2008, p. 36). Siguiendo a los autores previamente mencionados, se considera que la emoción expresada incluye comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucración.

Tal como señalan Méndez Blanca y Fallas Teme (2008, p. 36):

El criticismo es una expresión directa del enfado. La hostilidad es una forma extrema de criticismo y representa un enfado muy intenso, que puede ir acompañado por un rechazo global del paciente. La sobreinvolucración está alimentada por una mezcla de ansiedad y culpa. El sentimiento de culpa puede llevar a los familiares a hacer todo lo posible por ayudar al paciente para compensar el impacto de la enfermedad en la vida de esta. Por desgracia, esto lleva a que los pacientes se vuelvan cada vez más dependientes de sus familiares y más preocupados por la incapacidad de valerse por sí mismos.

Espina Eizaguirre et al (2000) explican que los familiares críticos tienen menor apoyo social y a su vez, las madres críticas cuentan con peor calidad de apoyo.

Los autores Méndez Blanca y Fallas Teme (2008) declaran que el término emoción expresada no contribuye a la comprensión de la etiología de la esquizofrenia, sino que es un importante predictor de su curso. Se ha demostrado, a partir de estudios recientes, que profesionales que se mostraban críticos con un paciente a su cargo, no eran críticos con otros. Dicha observación demuestra que la emoción expresada es una medida interaccional no representativa de una actitud emocional que contamine todas las relaciones de las personas. Es decir, que el cambio de actitud siempre es posible.

Por otro lado, Caparrós, Barrantes Vidal y Obiols (2001, p. 111) observan que “(...) los padres de los pacientes con esquizofrenia obtienen puntuaciones significativamente más altas en las escalas de obsesividad, compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide”. Se ha demostrado que los padres de los pacientes muestran significativamente más pérdida del apetito, alteraciones del sueño (conciliación, mantenimiento y despertar prematuro) y más sentimientos de culpabilidad.

Además, los autores mencionados recientemente, observaron que muestran más rasgos de anhedonia introvertida, es decir, mayor incapacidad para sentir placer y disfrutar de las situaciones sociales y de otras actividades, así como mayor aversión a la intimidad emocional y física y mayor tendencia a la soledad.

Se ha encontrado en su estudio, una tendencia de los padres de esquizofrénicos a sufrir mayores dificultades en mantener la atención, en concentrarse, en tomar decisiones y también en presentar alteraciones del humor y ansiedad social. Se ha observado que las características comportamentales se dirigen básicamente a la evitación de situaciones que pueden ser estresantes, y más concretamente, en el caso de padres de pacientes con una enfermedad todavía hoy en día estigmatizada socialmente.

Barrowclough et al (tal como se cita en Espina Eizaguirre et al, 2000, p. 8) postulan que la depresión de los familiares de esquizofrénicos se asociaba a la cronicidad de la patología, lo cual podía deberse a un sentimiento de haber fracasado en el manejo de la enfermedad. Además sostienen que la depresión se asocia en los padres a alta sobreinvolucración emocional.

Se entiende aquí que “la sintomatología ansiosa y depresiva puede estar asociada a la carga familiar que supone convivir con un hijo esquizofrénico y a la desesperanza que supone el ver que no se cura,

con lo que implica de sufrimiento al verle mal, y de pérdida de un hijo sano con un proyecto de vida” (Espina Eizaguirre et al, 2000, p. 8).

Por otro lado, Orradre (2000) plantea que el nivel de estrés aumenta en una familia cuando encuentra entre sus miembros un enfermo esquizofrénico. La familia percibe claramente que lo que le ocurre excede y sobrepasa los recursos de respuesta a las dificultades que conocía y utilizaba hasta ese momento. Siente que se pone en peligro su bienestar.

Como dicen Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000, p. 671): “Los movimientos de defensa de los familiares y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, han sido determinantes para que fueran consideradas aliadas en el proceso terapéutico de la esquizofrenia”.

A modo de resumen, hemos observado a través de la investigación realizada por Caparrós, Barrantes Vidal y Obiols (2001, p. 215), que los padres de pacientes esquizofrénicos muestran:

(...) más sentimientos de tristeza, de desesperanza, de ansiedad, más nerviosismo, temor a que algo malo pueda suceder; reaccionan más sensiblemente a los comentarios y críticas de otras personas; muestran más irritabilidad y hostilidad hacia los otros; también presentan más características obsesivas-compulsivas, es decir, comprueban más, tardan más tiempo en realizar diferentes actividades, se fijan más en los detalles, etc., y presentan más ideación paranoide. Todas estas alteraciones están relacionadas con los síntomas de ansiedad y depresión. Los padres de los pacientes también refieren más sentimientos de culpabilidad.

Coincide con los resultados abordados a través de la investigación llevada a cabo por Espina Eizaguirre, Ortego Sáenz, Ochoa y Jaureguiar (2006), quienes presentaron que los padres de esquizofrénicos mostraron puntuaciones elevadas en ansiedad, depresión e inferiores en sinceridad. Especulan que la baja sinceridad puede deberse al temor a ser acusados de causar la patología de su hijo, lo cual les lleva querer parecer ser mejores de lo que creen que son.

3.3 La familia y su posible rol patógeno sobre el individuo

El medio ambiente humano es un medio ambiente social, regulado por normas, y el lugar donde se forma a los sujetos como sujetos de una cultura determinada es la familia; es en el seno de ésta donde el cachorro de hombre es introducido en lo que será su herencia más acendrada y se hará de él el sujeto de una sociedad, de una cultura (Biagini Alarcón, 1994).

Encontramos diversos autores que postulan el rol de la madre, como un responsable ejecutor del desarrollo de la enfermedad. Fromm-Reichmann (tal como se cita en Biagini Alarcón, 1994) acuña el término “madre esquizofrenizante”, haciendo referencia a una madre agresiva, dominante, insegura y rechazante.

Algunos autores (Biagini Alarcón, 1994; Eguiluz, 2003) sostienen que el pionero en el desarrollo de la presente teoría es Bateson. La hipótesis principal es que una persona atrapada en una situación comunicacional de doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. La raíz de la patología no debe buscarse en alguna experiencia traumática específica de la vida infantil, sino más bien en patrones secuenciales característicos de la comunicación madre-hijo que se establecen desde la más temprana edad del niño. De esta manera, la esquizofrenia podía ser entendida como un tipo de comunicación que respondía al aprendizaje derivado de la experiencia.

En el año 1985, Sieburg (tal como se cita en Eguiluz, 2003, p. 44) postuló que “el organismo solo puede aprender lo que le enseñan las circunstancias de su vivir y las experiencias de intercambiar mensajes con quienes lo rodean”. Es decir, no aprende al azar sino sólo a ser semejante o desemejante de quienes lo rodean.

De acuerdo a lo mencionado por Biagini Alarcón (1994), el patrón comunicacional de doble vínculo presenta las siguientes características: la existencia del niño despierta ansiedad y hostilidad en la madre; la madre no logra aceptar estos sentimientos y su manera de negarlos consiste en tener una conducta amorosa manifiesta para que el niño le responda como a una madre afectuosa, apartándose de él si no lo hace; ausencia de alguien en la familia, como una padre fuerte e intuitivo, capaz de intervenir en la relación entre la madre y el niño y apoyar a este frente a las contradicciones existentes.

En una situación con estas características, Bateson (tal como se cita en Biagini Alarcón, 1994) plantea que la madre de un esquizofrénico expresa simultáneamente dos órdenes de mensajes: conducta hostil o retraída que surge cada vez que el hijo se acerca a ella; conducta amorosa simulada que surge cuando el niño responde a la conducta de la madre para negar que se está re trayendo.

Biagini Alarcón (1994, p. 13) señala:

El niño se encuentra en una posición en la que debe evitar interpretar adecuadamente la comunicación de la madre si quiere mantener su relación con ella; en otras palabras, no debe discriminar acertadamente entre órdenes distintos mensajes, en este caso, la diferencia entre la expresión de sentimientos simulados y los sentimientos reales. Como resultado, el niño debe distorsionar de manera sistemática su percepción de las señales metacomunicativas. En otros términos, la madre controla las definiciones que el niño da a sus propios mensajes internos así como la definición de sus respuestas frente a la madre. Crece así sin haber adquirido la capacidad de comunicarse y, en consecuencia, para determinar qué quiere decir realmente la gente y expresar qué quiere decir él en realidad, lo cual es esencial para tener relaciones normales.

De esta manera, y siguiendo lo postulado por Bateson y su equipo a través de la teoría del doble vínculo, “el esquizofrénico era una ‘víctima’ unida a una ‘vinculadora’: su madre” (Eguiluz, 2003, p. 44).

Según Wynne y Singer (tal como se cita en Biagini Alarcón, 1994) el concepto de comunicación desviada en relación al rol patógeno de la familia incluye problemas para crear y mantener un foco compartido de atención. Han identificado dos formas comunes en los estilos de comunicación desviada en los que interviene un pobre foco de atención. Por un lado, sitúan el estilo amorfo en el que las comunicaciones son vagas, indefinidas y huidizas; y por el otro, denominan fragmentado, cuando la comunicación es fácilmente interrumpida, mal integrada y con faltas de cierre. Los autores argumentan que estas características de la comunicación familiar preceden al brote esquizofrénico de un miembro de la familia y contribuyen a su desarrollo.

Asimismo, Weakland (tal como se cita en Eguiluz, 2003) expone que lo mencionado anteriormente, llevó a asegurar que la esquizofrenia no es problema de una persona, sino reflejo del estado de un sistema familiar, que en todo caso podría identificarse como un ‘sistema familiar esquizofrénico’, ya que la comprensión de todo proceso humano no puede alcanzarse con aislar y analizar componentes, sino por medio de la descripción instrumental de las pautas significativas recurrentes.

Sin embargo, tal como menciona Biagini Alarcón (1994), se han encontrado diferentes desarrollos que refutan las hipótesis mencionadas recientemente. En 1975, Hirsch y Leff concluyeron que ninguna de las anormalidades en los familiares que se habían postulado como causa de esquizofrenia eran específicas de los padres de estos pacientes, sino que también fueron encontradas en los padres de pacientes con otras condiciones psiquiátricas. Los autores afirman que, además, todas las anormalidades detectadas podrían ser la expresión de una vulnerabilidad heredada a la enfermedad, sin significación etiológica directa.

Por lo tanto, ninguna variable singular del medio familiar ha sido identificada como factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia. La autora Biagini Alarcón sostiene que los terapeutas familiares deben aceptar que “doble vínculo” y “madres esquizofrenizantes” no causan esquizofrenia.

De este modo, a mediados de los años setenta comenzó a emerger un nuevo enfoque terapéutico hacia las familias de los pacientes esquizofrénicos. Los actuales tratamientos familiares se construyen

alrededor de un concepto de esquizofrenia como enfermedad cerebral. La familia, que representa las más intensas relaciones emocionales en el medio social del paciente, tiene la capacidad de aumentar este estrés o aliviarlo.

Basándonos en este enfoque, el paciente con esquizofrenia es considerado una persona enferma, y para asistirlo, la familia organiza sus recursos con mayor o menor éxito. Para concluir, podría decirse que la tarea del terapeuta consiste en maximizar el éxito de la familia.

Capítulo 4: Terapias familiares, para la familia y el enfermo, utilizadas durante el tratamiento de la Esquizofrenia

4.1 Componentes de las intervenciones familiares

Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias

Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000, p.671) sostienen: “Se ha evitado culpabilizar a las familias, enfatizando sus intenciones positivas y asumiendo su deseo de ayudar; incluso cuando sus conductas de afrontamiento no parecen acertadas para los profesionales”. Además se les enseñan las maneras más positivas de abordar todos los problemas, y se reconocen las cargas que les suponen los cuidados de un familiar que presente este tipo de patología.

Proporcionar estructura y estabilidad

“Se pretende establecer un ambiente terapéutico con contactos regulares y estables, que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude ante la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la esquizofrenia” (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000, p.671). Los autores resaltan la necesidad de generar climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.

Centrarse en el ‘aquí y ahora’

Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000) plantean que es importante trabajar con los problemas y con el estrés que encaran las familias, en identificar sus maneras de afrontamiento y sus puntos fuertes y débiles. Además, se analizan las relaciones mutuas dentro de cada familia y la forma cómo cada miembro percibe los problemas y ensaya un estilo individual de afrontamiento.

Informar y promover el conocimiento del trastorno esquizofrénico en familiares y afectados

Méndez Blanca y Fallas Teme (2008) sostienen que una familia bien informada, que cuente con conocimientos acerca de la enfermedad y posea las estrategias adecuadas para vivir todos los días con un esquizofrénico, será un factor fundamental para lograr un mejor cumplimiento del tratamiento, evitar una recaída y su posterior hospitalización, con todo el daño que conlleva al paciente. Además, agregan que para las familias es sumamente difícil aceptar la patología de su pariente, por lo que es importante educarlos con respecto a la enfermedad, tratamientos actuales, programas de ocio, centros diurnos, asistencia sociopsicológica y el descanso a los familiares.

A modo de síntesis, Méndez Blanca y Fallas Teme (2008, p. 33) asumen que:

Un principio ampliamente aceptado es que las familias desempeñan el papel de cuidadoras y que por lo tanto se pueden beneficiar de la información, del apoyo y de la ayuda, así como de un entrenamiento específico para el manejo de situaciones concretas derivadas de la convivencia con el paciente esquizofrénico.

Esto significa que la familia, al ser el lugar natural de convivencia, se convierte en un apoyo fundamental en la recuperación y rehabilitación del enfermo mental.

Sin embargo, Cassidy, Hill y O’Callaghan (2002) manifiestan que son muy pocas personas en la comunidad quienes conocen las múltiples aristas de la esquizofrenia. De esta forma, cuando una persona acude por primera vez al tratamiento, su familia sabrá muy poco acerca de las causas, los síntomas o el tratamiento de dicha enfermedad.

Los autores concluyen a partir de su investigación, que los programas educativos, son sumamente eficaces en la transmisión de conocimiento a los cuidadores de personas con esquizofrenia, y que probablemente logren cambiar la manera de ver a su familiar enfermo. Se cree que las actitudes de los miembros de la familia hacia una persona enferma mental influyen en la capacidad de esa persona para funcionar bien fuera del hospital y pueden incluso predecir la recaída. Efectivamente, las intervenciones familiares de mayor duración dirigidas a alterar estas actitudes han demostrado éxito en la disminución de las tasas de recaída.

Asimismo, afirman que una de estas intervenciones con los familiares comunicó reducción de los síntomas de estrés y temor del paciente, además de reducir la carga familiar percibida entre los familiares.

A su vez, Biagini Alarcón (1994, p. 14) postula que "(...) la educación sobre la esquizofrenia se hace de una manera deliberada, los miembros de la familia son tratados con respeto y se les ayuda a desarrollar estrategias para enfrentarse a la enfermedad".

De acuerdo a lo expuesto por García Cabeza (2008), el principio de la psicoeducación es intentar la prevención de recaídas disminuyendo el estrés familiar. Mientras tanto, Julian Leff (tal como se cita en García Cabeza, 2008) se centra en la disminución de la intensidad de la emoción expresada que sería una de las principales causas de recaídas.

Tal como sostienen Méndez Blanca y Fallas Teme, en los últimos años se han llevado a cabo algunos estudios sobre programas psicoeducativos en familias de pacientes esquizofrénicos, que han mostrado tener un impacto positivo en la prevención de recaídas psicóticas.

Reestructuración cognitiva

"Con los componentes educativos de las intervenciones se intenta proporcionar a las familias un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias, y les ayude a ser más hábiles y a disponer de mejores recursos de afrontamiento" (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000, p.671). Además, los autores señalan que se pone especial énfasis en exculpar al paciente de su sintomatología y en quitarle cualquier intencionalidad sobre la misma, mayormente sobre la negativa.

Utilización de conceptos familiares

Haciendo referencia a lo expresado por Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000, p. 671): Se pretende establecer límites inter-personales e inter-generacionales claros, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario; y se establece una visión de una familia como un todo, analizando el efecto que le producen los distintos problemas que soporta.

Aproximación conductual

De acuerdo a lo expresado por Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000), el trabajo clínico se centra en evaluar los recursos y necesidades de la familia, en establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos, establecer tareas entre sesiones para realizar en el hogar. Todo ello generalmente se realiza bajo una estructura de solución de problemas.

Mantener la adherencia al tratamiento

Giner et al (2006, p. 60) sostienen que "debido a la falta de introspección propia de la esquizofrenia, la adherencia al tratamiento resulta especialmente importante". A partir de una investigación, concluyen que la adherencia al tratamiento debería ser evaluada en ensayos clínicos, así como en las investigaciones de tratamiento de enfermedades, particularmente las enfermedades mentales crónicas como la

esquizofrenia. Señalan que parece evidente que los programas dirigidos a la detección y solución de problemas en relación con la adherencia al tratamiento serán capaces de mejorar el pronóstico de los pacientes esquizofrénicos.

Giner et al (2006, p. 61) sostienen que:

Cumplimiento y adherencia se utilizan de manera indistinta, a pesar de que algunos autores insisten en no considerarlos términos sinónimos. El cumplimiento en algunos trabajos se reserva al grado en que un paciente cumple con una prescripción farmacológica. La adherencia se referiría a un concepto más amplio, que incluiría hábitos de vida, dietas, e incluso a la actitud activa de colaboración del paciente con un conjunto de estrategias terapéuticas.

Por otro lado, es posible mencionar algunos factores que agravan el problema de la adherencia en psiquiatría. Estos son: la cronicidad de las patologías mentales, la falta de conciencia de enfermedad o el elevado grado de estigmatización que acompaña a los trastornos mentales. La falta de adherencia en los enfermos mentales evidencia diversas implicaciones: peor pronóstico, mayor cantidad de hospitalizaciones, peor calidad de vida, mayores tasas de recaídas y suicidio, entre otras.

Siguiendo lo expuesto por dichos autores, los trastornos esquizofrénicos ofrecen las cifras más altas de falta de adherencia al tratamiento. Se describieron como predictores de esta cuestión: la pobre introspección, actitudes negativas hacia el tratamiento, historia previa de falta de adherencia, abuso de tóxicos, corta duración de la enfermedad, pobre alianza terapéutica y una inadecuada planificación del alta en caso de hospitalización.

Dado que se ha instaurado la importancia de la adherencia al tratamiento en la evolución de la esquizofrenia, las investigaciones se enfocan a la identificación más precisa de los predictores de esta cuestión y al desarrollo de estrategias que contribuyan a mejorarla. Se tratará de ver si existen intervenciones clínicas eficaces que logren reducir la falta de adherencia.

Tal como sostienen Giner et al (2006, p. 64), “El adecuado abordaje de una enfermedad como la esquizofrenia requiere un tratamiento a largo plazo (...) Este tratamiento permite controlar los síntomas, prevenir las recaídas, disminuir las tentativas de suicidio y aumentar la calidad de vida del paciente, entre otros logros”.

Desarrollo de determinadas actitudes y hábitos

De acuerdo a lo expuesto por Méndez Blanca y Fallas Teme, algunos puntos sobre los cuales la familia debe poner especial empeño son: regular la higiene personal, la forma de vestirse, los horarios de comida, ir encomendándoles pequeñas tareas como comprar el pan, cuidar un animal doméstico, deberán hablarle despacio y con claridad, evitando escenas emotivas, darle cariño, no ignorar al enfermo, no intentar disuadirle de sus falsas creencias, facilitar las relaciones sociales y la intimidad, halagar los pequeños logros y controlar el tratamiento médico.

Enfatizar aspectos de comunicación e interacción familiar

De acuerdo a lo expuesto por Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000, p.2):

Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en solicitar los cambios a su familiar de un modo simple, claro y específico. Se pretende, además, que la comunicación sea un medio de corregir la erosión que producen los límites interpersonales dentro de la unidad familiar. El entrenamiento en expresiones de apoyo y de refuerzo es una de las técnicas frecuentemente utilizadas. Estos procedimientos comunicativos se entrenan por medio de ensayos de conducta previamente detallados, feedback, práctica repetida y generalización.

Movilización de los propios recursos de la familia

De acuerdo a Méndez Blanca y Fallas Teme (2008), varios estudios confirman la hipótesis de la influencia del clima emocional familiar en la evolución del trastorno. En contraposición a la alta emoción expresada, unos niveles elevados de calidez mejoran el curso de la enfermedad. Por este motivo, uno de los objetivos del trabajo con familias es incrementar la expresión de la calidez por parte de los familiares.

Biagini Alarcón (1994) afirma que un medio familiar carente de carga emocional y, socialmente reforzador, puede promover una gradual mejoría del funcionamiento del paciente mientras actúa como bloqueo contra los efectos nocivos del estrés. De esta manera, las intervenciones familiares efectivas en la esquizofrenia se enfocan no sólo a mejorar los logros de los pacientes, sino también a reforzar las habilidades de afrontamiento de los familiares.

Entrenamiento en habilidades sociales

Haciendo referencia al texto de Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001), las relaciones interpersonales son un elemento fundamental para lograr un adecuado desempeño y conservación de los diversos papeles sociales que una persona tiene que cubrir a lo largo de su vida. Se hablará de ellas como un factor determinante para la integración social y la adaptación a largo plazo. Por este motivo, necesitamos disponer de una serie de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que permitan y faciliten la convivencia y el intercambio social. La esquizofrenia es una enfermedad que incluye, como uno de sus rasgos distintivos, el déficit en el funcionamiento social e interpersonal, además de constituir una fuente de estrés y contribuir a las recaídas y exacerbaciones sintomáticas. Este déficit es relativamente estable a lo largo del tiempo y se correlaciona levemente con los síntomas positivos, y altamente con el síndrome negativo.

Por ello, a lo largo de las dos últimas décadas, el entrenamiento en habilidades sociales ha sido una técnica importante para remediar el pobre funcionamiento social de los esquizofrénicos y para potenciar sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social; con el fin de atenuar o eliminar los estresores ambientales y personales que pueden desestabilizar el frágil equilibrio o vulnerabilidad subyacente. Méndez Blanca y Fallas Teme (2008, p. 33) coinciden en que “la familia y la gente cercana al enfermo, cobra vital importancia ya que deberán ayudarlo a disminuir el nivel de estrés en las actividades cotidianas”.

Las habilidades sociales son destrezas cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, como el proceso de afrontamiento por el cual se logra la capacidad social; “(...) se concretan en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal; y posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social” (Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2001, p. 349).

A modo de resumen, basándome en el artículo de Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001, p. 348), las guías de consenso y agrupaciones de expertos, afirman que las intervenciones familiares deben proporcionar una combinación de los siguientes ingredientes comunes:

Compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa; educación sobre la esquizofrenia, en torno al modelo de vulnerabilidad al estrés, teorías etiológicas, variaciones en el pronóstico, motivos de los distintos tratamientos, y recomendaciones para enfrentarse con el trastorno; entrenamiento en comunicación, dirigido a mejorar la claridad de la comunicación en general y los modos de dar feedback positivo y negativo dentro de la familia (...); entrenamiento en solución de problemas, dirigido a mejorar el manejo de las discusiones y problemas del día a día, el manejo de los sucesos estresantes concretos de la vida, y la generalización de habilidades de solución de problemas; e intervención en crisis, entrenamiento en detección de señales tempranas de recaída e intervención en los

momentos de máximo estrés, implicando a los miembros de la familia cuando son evidentes los signos de incipiente agudización.

4.2 Efecto terapéutico positivo

De acuerdo a lo expuesto por Méndez Blanca y Fallas Teme (2008), la medicación es fundamental para el manejo de la esquizofrenia. El detalle está en que los antipsicóticos, como todos los fármacos, tienen sus claros efectos terapéuticos positivos, así como sus efectos adversos negativos. Las intervenciones con las familias deben ofertarse como un conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado multidimensional del paciente esquizofrénico, conjuntamente y de forma integrada, con el tratamiento farmacológico y el seguimiento psiquiátrico. Los autores sostienen que los terapeutas deben ser cálidos, empáticos y además deben trabajar activamente con las familias en la resolución de sus problemas.

Espina Eizaguirre et al (2006) sostienen que el tratamiento de la esquizofrenia debería ser complementado con intervenciones dirigidas a la ansiedad de los padres, para que puedan estar en mejores condiciones de ayudar a sus hijos enfermos. Dichas intervenciones se consideran sumamente importantes dado que, "si los hijos perciben a sus padres alterados, podrían expresar su propia ansiedad a través de un incremento de síntomas, o responder así a una falta de vigilancia y disciplina por parte de unos padres con alteraciones en su estado de ánimo" (Espina Eizaguirre et al, 2006, p.7).

Siguiendo lo expuesto por Espina Eizaguirre et al (2006), las familias de esquizofrénicos necesitan información, apoyo emocional y cuidado; aunque, generalmente, la ayuda asistencial se reduce a tratamientos farmacológicos. Diversos estudios han confirmado la eficacia de intervenciones en la esquizofrenia, que incluyen a los familiares, para reducir la tasa de recaídas y la sintomatología, para mejorar al ajuste social y las actitudes de los familiares hacia los pacientes es decir, la emoción expresada. Los resultados abordados por los autores mencionados, sugieren que es sumamente importante que los padres de esquizofrénicos reciban ayuda, ya que las intervenciones serían de gran utilidad para mejorar su calidad de vida y les permita estar en mejores condiciones para ayudar a sus hijos.

Muela y Godoy (1997) sostienen que la emoción expresada tiene un valor importante en el ámbito de la esquizofrenia, no sólo por ser el mejor predictor de recaídas, sino que además, permite una intervención psicológica directa en la familia del paciente. Reduciendo el nivel de emoción expresada, se consigue una notable mejoría del enfermo (sufre menos recaídas) y un mejor clima emocional familiar (disminuyen las críticas, la hostilidad y la sobreimplicación emocional).

En efecto, se ha demostrado que las intervenciones familiares han conseguido, en muchos casos, disminuir el nivel de emoción expresada, logrando de esta manera, reducir la tasa de recaídas (Eizaguirre et al, 2000). Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001) reafirman, al sostener que las intervenciones familiares, combinadas con medicación antipsicótica del paciente, "(...) han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada de familiares; la sintomatología clínica, las recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes (...)" (p. 348).

A la vez, Biagini Alarcón (1994) postula que un medio familiar socialmente reforzador, sin carga emocional, fomenta una mejoría del funcionamiento del paciente. Las intervenciones familiares efectivas en la esquizofrenia se enfocan tanto a mejorar los logros de los pacientes, como también a reforzar las habilidades de afrontamiento de los familiares.

Muestran los resultados de una investigación realizada por Espina Eizaguirre y González (2003), que la terapia familiar (en conjunto con otras), es eficaz para reducir la sintomatología general, positiva y negativa en pacientes esquizofrénicos. También se ha demostrado que la terapia familiar es eficaz con respecto al ajuste social, dado que los pacientes se encuentran más satisfechos con sus relaciones sociales, mejoran en el área laboral y salen más de casa. Los hallazgos sugieren que las intervenciones familiares se deberían incluir en programas integrales en los que se incorporen intervenciones en los niveles biológico, psicológico y social.

Tal como expresa García Cabeza (2008), es posible afirmar que todo es útil, que las diferentes intervenciones no deben entenderse como excluyentes sino como complementarias en el abordaje psicoterapéutico de la psicosis. Sostiene que posiblemente, sean los modelos comprensivos y globales de tratamiento, adaptados a cada paciente, su situación clínica y sociofamiliar, los que nos permitan encontrar soluciones, no siempre sencillas, para una enfermedad multifactorial, como es la esquizofrenia.

Conclusiones

Luego de haber transitado el desarrollo del presente trabajo, están dadas las condiciones de volver a pensar sobre la hipótesis inicial, la cual parecería ser válida: la esquizofrenia es una enfermedad compleja, que causa menoscabo en la calidad de vida del enfermo y su familia. Las terapias familiares sistémicas deberían estar presentes en la totalidad de los casos. Serán efectivas cuando no se las considere excluyentes sino que, formen parte de un tratamiento integral para el abordaje del trastorno.

Se trata de demostrar, a partir de la teoría sistémica, que cada parte del sistema familiar influye y es influida por otras que forman el mismo. Por lo tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. Se trata de mejorar no solo los logros del paciente sino también, las habilidades de afrontamiento de los familiares. A partir de la lectura de diversos artículos, es posible evidenciar que un medio familiar socialmente reforzador, podría promover una mejoría del funcionamiento del paciente. De esta manera, se aspiraría a lograr el mayor bienestar posible (biológico, psicológico y social) para el enfermo y su familia.

Me resulta por demás interesante destacar el papel del terapeuta como lo expone Salvador Minuchin (1998), situando al mismo como motor del cambio. Impone olvidar técnicas tan laboriosamente aprendidas para que al final, el clínico pueda llegar a ser el que cura. Resalta además el concepto de *coparticipación*, haciendo referencia al hecho de experimentar la realidad tal como sus miembros la vivencian y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta de las personas. De esta manera, el terapeuta logra convertirse en un agente de cambio que obra dentro de las reglas propias del sistema familiar, con modalidades de intervención únicamente posibles en esta familia en particular. Aquí pone en evidencia otro término relevante: un *terapeuta espontáneo* es aquel que ha sido entrenado para emplear diferentes aspectos de sí mismo en respuesta a contextos sociales diversos.

Es fundamental saber que, “doble vínculo” y “madres esquizofrenizantes” no causan esquizofrenia. Si bien a mediados del siglo 20 había comenzado a pensarse la esquizofrenia como el producto anómalo de una interrelación madre-hijo, posteriormente, diversos autores se encargaron de refutar dicha hipótesis a través de distintas investigaciones. Por el contrario, es considerada una enfermedad cerebral. La familia cumple un rol primordial, pero sin embargo, no contrae una significación etiológica directa. La familia organiza sus recursos con mayor o menor éxito. A partir del tratamiento, se intenta que refuercen sus habilidades para afrontar la enfermedad de sus hijos y de esta manera, se encuentren en condiciones de ayudarlos. En síntesis, se entiende aquí que ninguna variable singular del medio familiar ha sido identificada como factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia.

Se ha demostrado que, las intervenciones familiares han logrado disminuir el nivel de emoción expresada, consiguiendo una notable mejoría del enfermo, acompañado de un mejor clima familiar. Se ha logrado reducir la tasa de recaídas y la sintomatología. Como pudimos observar, es sumamente importante que los padres de esquizofrénicos reciban ayuda, tanto para mejorar su propia calidad de vida, como para ayudar a sus hijos.

Me resultaría interesante la búsqueda de nuevos desarrollos relacionados a: ¿qué ocurre cuando no hay familia? Es decir, cuando la familia abandona al paciente esquizofrénico, y éste se encuentra solo frente a una sociedad que lo rechaza. Se abre aquí la discusión para futuros estudios acerca del abordaje terapéutico del enfermo esquizofrénico carente de familia.

Por otro lado, nos hemos enfrentado a un obstáculo relevante en el abordaje de la esquizofrenia: la falta de adherencia al tratamiento. Se plantea aquí la posibilidad de realizar nuevas investigaciones enfocadas a identificar más precisamente cuáles son los predictores de esta cuestión; y a desarrollar diferentes estrategias que contribuyan a mejorarla.

Para concluir podría decirse que es posible lograr cierta mejoría con respecto al nivel de padecimiento tanto de la persona que sufre la enfermedad, como de aquellos que lo rodean. La terapia familiar, incluida en un plan de tratamientos combinados, se vuelve sumamente primordial y significativa. Como sabemos, las diversas intervenciones deben entenderse como complementarias en el abordaje psicoterapéutico de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

Aguilar Valles, A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. Acta biológica colombiana, 16 (3), 129-138.

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5a. ed). Barcelona: Masson.

Arnold, M. y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Cinta moebio, 3, 40-49.

Barlow, D. y Durand, V. (2009). Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal, (4a. ed). Ixtapaluca: Cosegraf.

Betancur, M. I. (1994). Esquizofrenia. Rehabilitación: Otro camino. Medellín: Prensa Creativa.

Biagini Alarcón, M. (1994). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. Salud Mental, 17 (4), 12-17.

Caparrós, B., Barrantes Vidal, N. y Obiols, J. (2001). Características de personalidad del espectro esquizofrénico y locus de control en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos. Revista de psicopatología y psicología clínica, 6 (2), 105-119.

Cassidy, E., Hill, S. y O' Callaghan, E. (2002). Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. European Psychiatry, 9, 117-122.

Cibanal Juan, L. (2006). Introducción a la sistémica y terapia familiar. Alicante: Club Universitario.

Eguiluz, L. de L. (2003). Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México D. F.: Pax México.

Espina Eizaguirre, A., Pumar González, B., González Peláez, P., Santos Morocoa, A., García Martín, E. y Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. Psiquis, 21 (4), 181-191.

Espina Eizaguirre, A. y González, P. (2003, febrero). Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. Salud Mental, 26, (1), 51-58.

Espina Eizaguirre, A., Ortego Sáenz, M. A., Ochoa, I. y Jaureguiar, J. (2006). Características clínicas y de personalidad en padres de esquizofrénicos. Anales de psiquiatría, 22 (5), 1-9.

García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28 (1), 9-25.

García Cuadrado, A. (1995). Notas sobre la teoría general de sistemas. Revista general de información y documentación, 5 (1), 197-213.

Giner, J., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodríguez, A., Burón, J. A., Rodríguez-Morales, A. y Roca, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas españolas psiquiátricas, 34 (6), 386-392.

Gutiérrez Ciceri, C., Ocampo Saldarriaga, M. V. y Gómez Franco, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37 (1), 164-174.

Kelmanowicz, V. (2011). El modelo sistémico de la terapia. En H. Fernández Álvarez (Ed.). Paisajes de la psicoterapia. Buenos Aires: Polemos.

Martínez Salazar, F. (2001, mayo). El subcomandante Marcos y la percepción de la realidad. Reunión anual Sigmund Freud, de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Morelos.

Méndez Blanca, O. y Fallas Teme, K. (2008). Factores individuales, familiares y profesionales que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Tesis doctoral. Universidad de Costa Rica. Mercedes.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (1985). Calidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S., Lee, W. Y. y Simon, G. M. (1998). El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós.

Muela, J. A. y Godoy, J. F. (1997). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. Revista electrónica de motivación y emoción, 4 (7).

Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. Clínica y Salud, 21 (3), 205-219.

Orradre, M. (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. Anales del sistema sanitario de Navarra, 23 (1), 111-122.

Rebolledo Moller, S. y Lobato Rodríguez, M. J. (2005). Cómo afrontar la esquizofrenia. Madrid: Aula medica.

Sharma, S. (2004). Rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico crónico: el papel de la familia. Rehabilitación psicosocial, 1 (1), 34-37.

Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S. y Reiss, D. (1989). La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa.

Troncoso, M., Álvarez, C. y Sepúlveda, R. (1995). Redes sociales, salud mental y esquizofrenia. Revista de psiquiatría, 3-4. 1-16.

Vallejo Ruiloba, J. (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Psicothema, 12 (4), 671-681.

Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema, 13 (3), 345-364.

Vidal, M. L., Cortés, M. J., Valero, J., Gutiérrez Zotes, A. y Labad, A. (2008). Ambiente familiar y emoción expresada en pacientes con esquizofrenia u otras psicosis y en sus familiares de primer grado. Actas Españolas de Psiquiatría, 36(5), 271-276.

Von Bertalanffy, L. (1976). Teoría general de los sistemas. (J. Almela, Trad.). México: Fondo de cultura económica. (Versión original publicada en 1968).

