

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: “Una mirada sistémica acerca del impacto de la esquizofrenia y las intervenciones terapéuticas sobre un sistema familiar”

Alumno: Claudio Alejandro Capamadjian

Tutora: Dra. Juliana Beatriz Stover

Buenos Aires, 25 de octubre 2018

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	4
3.1. Esquizofrenia	4
3.1.1. Hipótesis causales de la esquizofrenia	6
3.2. Impacto social de la esquizofrenia sobre consultantes y familiares	8
3.2.1. Impacto sobre los consultantes	8
3.2.2. Carga sobre los cuidadores	9
3.3. Tratamiento de la esquizofrenia	11
3.3.1. Tratamientos psicoterapéuticos	13
3.3.1.1. Terapia Cognitivo Conductual	14
3.3.1.2. Terapia Familiar Sistémica	15
3.3.1.3. Equipos terapéuticos y Grupos de Supervisión en Terapia Sistémica	21
3.3.1.4. Estrategias, objetivos e intervenciones para el cambio	23
4. Metodología	28
4.1. Tipo de estudio	28
4.2. Participantes	28
4.3. Instrumentos	29
4.4. Procedimiento	31
5. Desarrollo	33
5.1. Objetivo específico 1: Identificar los circuitos del sistema familiar que contribuyen al sostenimiento del trastorno	38
5.2. Objetivo específico 2: Describir las intervenciones que los terapeutas realizaron sobre el sistema familiar, con el objetivo de modificar dichos circuitos. ..	42
5.3. Objetivo específico 3: Analizar los efectos de las intervenciones realizadas, sobre el sistema familiar	46
6. Conclusiones	50
7. Referencias bibliográficas	56
Anexo I – Formulario de Entrevista de admisión	59

1. Introducción

En el marco de la materia Práctica Profesional y Habilitación de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, el tesista desarrolló sus prácticas profesionales en un centro privado de salud mental ubicado en la zona norte del Gran Buenos Aires, cuya orientación terapéutica es cognitivo conductual y sistémica, y brinda tratamiento psiquiátrico en modalidad multidisciplinaria.

Entre las actividades realizadas durante estas prácticas, el tesista participó de las reuniones de supervisión de los profesionales de la institución, donde se presentan los casos que ameritan seguimiento. Durante dichas supervisiones, se relató el caso de una persona joven con diagnóstico de esquizofrenia, el impacto que produjeron en sus familiares cercanos las crisis de dicho trastorno y las necesidades impuestas por el tratamiento.

La madre del joven comenzó tratamiento individual de tipo cognitivo conductual en la institución, a partir de lo que relataba como vivencias altamente ansiógenas en los vínculos con sus parejas, sus hijos y su trabajo. Durante una de las primeras sesiones, la consultante relató el primer episodio psicótico y posterior internación de su hijo mayor, el subsiguiente diagnóstico presuntivo de esquizofrenia y la carga que a partir de ese momento se volcó sobre el sistema familiar. A partir de esta información, la terapeuta tratante sugirió que el joven comenzara tratamiento en la institución, y luego de un par de meses de insistencia, éste inicia tratamiento individual, con un psicólogo de la misma institución. Del trabajo con el joven se obtienen datos de la dinámica vincular con la familia conviviente –madre y hermana- y con el padre -no conviviente-. En las supervisiones semanales se presentan estos datos y se acuerda continuar con el tratamiento en forma sistémica.

En resumen, el presente Trabajo Final Integrador, refiere los objetivos, el marco teórico y la metodología que se utilizaron para describir y analizar un sistema familiar, cuando uno de sus miembros se ve afectado por un trastorno psicótico, el impacto que el mismo produce en el sistema, las intervenciones terapéuticas dirigidas al cambio y la efectividad de éstas, desde una mirada sistémica.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Describir desde un enfoque sistémico, el impacto de la esquizofrenia en el sistema familiar de un joven de 20 años, que realizó tratamiento psicológico en una institución privada del norte del Gran Buenos Aires, y el efecto de las intervenciones realizadas por los terapeutas.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los circuitos del sistema familiar que contribuyen al sostenimiento del trastorno.
- Describir las intervenciones que los terapeutas realizaron sobre el sistema familiar, con el objetivo de modificar dichos circuitos.
- Analizar los efectos de las intervenciones realizadas, sobre el sistema familiar.

3. Marco teórico

3.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia se considera una alteración que evoluciona habitualmente de forma crónica y discapacitante, produciendo un apreciable déficit funcional, tanto personal, social y ocupacional (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013). Según Tamminga (2006), la esquizofrenia es uno de los síndromes psiquiátricos más debilitantes. Se representa por una cognición desordenada, un aumento de función en los síntomas psicóticos o positivos y una merma de funciones cognitivas como la memoria, aunque sin el deterioro neurodegenerativo progresivo que define a las demencias.

Según la Organización Mundial de la Salud en su estudio de 2011 (World Health Organization, 2011), en los países más desarrollados la esquizofrenia ocupa el quinto lugar en la lista de trastornos asociados a discapacidad grave.

Siguiendo a Beck et al. (2010), se pueden dividir los síntomas de la esquizofrenia en positivos -como las alucinaciones y delirios-, de desorganización -como conductas insólitas y trastorno del pensamiento-, y negativos -como el aplanamiento afectivo, la abulia y la anhedonia-.

En cuanto a su identificación y diagnóstico, en la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) se establecen los criterios a considerar para la identificación de la esquizofrenia. En esta versión del manual, la nueva categoría diagnóstica donde se la ubica, es el “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos”, con lo que se introducen cambios importantes en el diagnóstico, respecto de ediciones anteriores del manual (Rus-Calafell & Lemos-Giráldez, 2014).

El DSM-5, establece los criterios a considerar para el diagnóstico:

A.- Deben presentarse dos o más de los siguientes síntomas, por un período mínimo de un mes y al menos uno debe corresponder a alguno de los tres primeros: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

B.- Deterioro en el funcionamiento de uno o más ámbitos principales (trabajo, relaciones personales, cuidado personal).

C, D E y F. – Diagnóstico diferencial descartando otros trastornos y/o causas fisiológicas (American Psychiatric Association, 2014).

Asimismo, el DSM 5 estableció nuevas cuantificaciones para indicar el *Nivel de Gravedad de los Síntomas Psicóticos*, anulando la clasificación de los cinco tipos de Esquizofrenia de la versión anterior del manual, el DSM IV-TR (Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Desorganizada, Esquizofrenia Catatónica, Esquizofrenia Indiferenciada, Esquizofrenia Residual) (American Psychiatric Association, 2002). Este cambio permite evaluar el nivel de gravedad del síntoma psicótico en otros trastornos mentales donde también puedan manifestarse, ya que muchos de estos no son exclusivos de la esquizofrenia. (Rus-Calafell & Lemos-Giráldez, 2014).

Belloch, Sandín y Ramos (2008) resaltan que, a pesar que los criterios diagnósticos puedan parecer claros, dado que la esquizofrenia es un trastorno multifactorial, es muy difícil arribar a un diagnóstico certero. Aun cuando en un caso ya se haya arribado a un diagnóstico, no se puede establecer fácilmente un tratamiento y pronóstico, dadas las importantes diferencias entre los pacientes en cuanto a su edad, síndrome asociado, inicio del trastorno, etc.

3.1.1. Hipótesis causales de la esquizofrenia

Tanto Belloch et al. (2008), como Márquez López-Mato (2004) afirman que la esquizofrenia es un trastorno multifactorial que tiene distintas teorías que intentan explicar su causa. Las mismas se pueden categorizar en forma amplia entre biológicas y ambientales.

Dentro de las hipótesis biológicas, Belloch et al. (2008) consideran que la esquizofrenia es una enfermedad con claros factores genéticos, ya que los datos corroboran que la patología es más común entre miembros de familias con personas que padecen el trastorno que en la población general (donde la prevalencia es del 1%): cuando hay parentesco de primer grado la prevalencia llega hasta el 10%, llegando incluso hasta un 48% en el caso de gemelos monocigóticos. Además de las hipótesis de origen genético, también se reconocen hipótesis que involucran la neurotransmisión y sus circuitos entre los causales de esquizofrenia. La hipótesis dopaminérgica es la más aceptada, aunque es insuficiente para explicar todas las manifestaciones de esta patología, y existen hallazgos que implican otros sistemas de neurotransmisión.

Actualmente se acepta que la esquizofrenia también podría clasificarse como una enfermedad del neurodesarrollo, donde el proceso patológico se puede ubicar en el desarrollo cerebral, cuando se produce la diferenciación y migración de precursores neuronales, la propagación de dendritas y axones, la poda sináptica, etc., causando anomalías constitucionales genéticamente determinadas, daño cerebral pre y perinatal (Saiz Ruiz, de la Vega Sánchez & Sánchez Páez, 2010).

Las hipótesis de causación ambiental se pueden ubicar, de acuerdo al alcance de los factores actuantes, en el macroambiente y el microambiente. Como indican Anderson, Reiss y Hogarty (1986), las influencias del macroambiente, que constituyen presiones psicológicas derivadas de hechos sociales estresantes, como pertenencia a clases desfavorecidas, hechos catastróficos, etc., e influencias sociales y culturales específicas, están correlacionados con altos niveles de prevalencia de esquizofrenia.

En cuanto a los factores del microambiente, desde las primeras descripciones de la esquizofrenia se recogieron evidencias de algún tipo de influencia familiar en la aparición y curso del trastorno, por ejemplo, en la perturbación temprana de las relaciones madre-hijo, o pautas de comunicación familiar ambiguas y contradictorias. Es conocido el concepto de *interacción paradójica* introducido por Gregory Bateson, fundador del MRI de Palo Alto en los años 50. Este tipo de interacción paradójica al

que el autor denominó *doble vínculo*, donde la comunicación verbal contradice la comunicación no verbal, fue un intento de etiología de la esquizofrenia basado en la comunicación familiar. El *doble vínculo* no puede ser correlacionado con la aparición de la esquizofrenia en el ámbito familiar, pero el estudio de la comunicación en el sistema familiar abrió el camino para la conceptualización de otros constructos que demostraron ser de gran utilidad, como el de *Emoción Expresada* (EE) (Barbagelata, 1999).

El concepto de EE, surgido en la década de 1960, describe un estilo de comunicación que se manifiesta dentro de una familia con altos niveles de crítica, hostilidad y alta dosis emocional hacia la persona que sufre el trastorno, y está reconocido como uno de los factores ambientales que más influyen en la recaída en la esquizofrenia (García Ramos et al., 2012). Estudios recientes enfocados en la EE, muestran que las personas que sufren de esquizofrenia y conviven con una familia de alta EE, tienen hasta cuatro veces más probabilidades de recaer que los que tienen una familia de baja EE (Rascón et al., 2014).

Como se comprueba en la práctica, el genoma y el ambiente de una persona interactúan determinando al individuo durante el desarrollo vital, pero la contribución específica de los factores genéticos y ambientales es de difícil determinación para cada persona. A la fecha, la investigación sobre los factores genéticos, indica que éstos son factores de riesgo que no actúan de manera directa. Se acepta actualmente que se tratan de factores de vulnerabilidad, condición que se incrementa cuando se asocia con condiciones ambientales estresantes (Jensen Pennington, 2003).

Frente a esta multideterminación de la esquizofrenia, surgen los modelos dimensionales, entre los cuales está ampliamente aceptado el modelo de *Vulnerabilidad-Estrés* de Zubin y Spring (1977), que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales (García Cabeza, 2008). La vulnerabilidad resulta tanto de factores genéticos como de propensión adquirida, y los episodios psicóticos son luego precipitados por estresores ambientales. La condición de vulnerabilidad es distinta en cada persona, resultando en que, para ciertos sujetos, sólo un estresor muy grave puede producir síntomas psicóticos y en otros sería suficiente con la presencia de estresores menores (Zubin & Spring, 1977).

3.2. Impacto social de la esquizofrenia sobre consultantes y familiares

Por sus características, la esquizofrenia, como toda enfermedad grave, es un fenómeno que trasciende los síntomas y las conductas de las personas afectadas, transformándose en un hecho de impacto social (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

3.2.1. Impacto sobre los consultantes

La esquizofrenia es una enfermedad que usualmente toma forma crónica y es enormemente discapacitante, produciendo un considerable déficit funcional personal, social y ocupacional a la persona afectada. Estas características del trastorno, generan en las personas un importante impacto vital que deteriora su calidad de vida. Pero no solo son los síntomas y sus implicancias los que afectan a las personas que sufren el trastorno. Factores como el *estigma* producen barreras para la recuperación y la integración social de la persona con un trastorno psicótico. Los prejuicios y discriminación del entorno, así como la *autoestigmatización* de enfermos y allegados, impactan negativamente en la capacidad funcional y la calidad de vida de los afectados (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

Roca Benassar y Crespí Ginard (2013) identifican el estigma externo con una serie de actitudes sociales, como los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Pero no se deben perder de vista los factores originados en el mismo entorno, que refuerzan o contribuyen al estigma social, como la interpretación negativa de las conductas extrañas originadas por su trastorno o por los efectos de los fármacos, y las condiciones deficientes de la atención en el sistema de salud, o incluso el propio diagnóstico, que los identifica como diferentes. Las distorsiones de los medios de comunicación, que generalizan los episodios más violentos o resonantes, la separación de los servicios de salud mental del resto de los servicios sanitarios, y las mismas conductas de los profesionales, que no siempre están capacitados para tratar a las personas con un trastorno mental grave, son factores importantes para el refuerzo del estigma externo.

Para Barbagelata (1999) el acto del diagnóstico inicia la deshumanización de la persona, y en cierta forma constituye una negación de su identidad y la imposibilidad de identificación y la empatía de los otros con él. La persona se define como incomprensible, irresponsable por su conducta, y hasta los actos o pensamientos que el

sujeto expresa no le pertenecen, le pertenecen a algo que se le ha impuesto con el diagnóstico: la enfermedad.

Por otro lado, según Roca Benassar y Crespí Ginard (2013), el fenómeno de *autoestigmatización* provoca efectos muy significativos como: sentimiento de vergüenza, aislamiento social, dificultades para requerir ayuda, aumento del riesgo de recaídas y de suicidio. Incluso las personas que sufren el trastorno suelen adoptar contra sí mismos los estereotipos reinantes en la población general, como peligrosidad, incapacidad de administración e incurabilidad, con consecuencias altamente negativas para su pronóstico. Debido a las dificultades que presentan para adaptarse al medio, los enfermos de esquizofrenia sufren una discriminación agregada y es frecuente que se les niegue el alquiler de una vivienda o un contrato, situaciones que acentúan su aislamiento social.

En la actualidad, se está tomando en cuenta la gravedad del impacto del trastorno en la calidad de vida, y se están reevaluando las prioridades de los objetivos terapéuticos. En este sentido están tomando mayor relevancia los indicadores de impacto objetivo como discapacidad y funcionalidad, y los subjetivos como calidad de vida, por sobre los tradicionalmente enfocados en la disminución de los síntomas y en mejora de las alteraciones conductuales (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

3.2.2. Carga sobre los cuidadores

El cuidado de una persona que padece un trastorno mental grave impone desafíos importantes en el ambiente familiar. El soporte de la familia es esencial para la calidad de vida de la persona con esquizofrenia, ya que ayuda a prevenir las potenciales crisis psicóticas y está comprobado que contribuye a mejorar el funcionamiento global y el apego al tratamiento (Rascón et al., 2014).

Según García-Portilla González et al. (2013), muchos autores consideran a las familias como una extensión del sistema de salud mental, en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Incluso en muchos casos, la familia es el único recurso para los cuidados de la persona. Dadas las características citadas de la esquizofrenia y los desafíos que impone a las vidas de los pacientes, la calidad y la accesibilidad del sistema de salud, influirán en la carga que este trastorno imponga a los cuidadores, ya que todas las necesidades que el sistema no pueda cubrir (Rascón et al., 2014) aumentarán la carga de los cuidadores, en este caso del sistema familiar de la persona.

Los autores que han estudiado la adaptación de la familia a una enfermedad mental grave como la esquizofrenia, describen el proceso en cuatro estadios: encuentro inicial, confrontación, resolución y reacciones postraumáticas (García-Portilla González et al., 2013).

Por otro lado, en un estudio cualitativo reciente con familiares de personas con esquizofrenia citado en Rascón et al. (2014), se relevaron las principales situaciones de crisis de los cuidadores: la primera crisis psicótica, cuando aparecen los primeros síntomas y los familiares no pueden entenderlos, no saben qué hacer, a donde recurrir, y demoran el tratamiento de la persona; la crisis familiar ante el diagnóstico, a partir del cual se producen cambios en la dinámica familiar; y las recaídas posteriores, que incluyen entre sus causas la suspensión del tratamiento. Además, los familiares resaltan el agravamiento de la crisis familiar debido a las necesidades no cubiertas por los sistemas de salud.

Como se refiere más arriba, para el grupo familiar es casi imposible discriminar qué conducta pertenece a la enfermedad y qué conducta es propia del individuo, y esto hace que los allegados a la persona no sepan cómo actuar, generando estrés y sentimientos negativos hacia la persona (Barbagelata, 1999). En el estudio citado por Rascón et al. (2014), los familiares mencionan que los primeros síntomas que presentaron sus hijos se confundieron con las conductas típicas de los adolescentes, como flojera, aislamiento, actitud de lejanía emocional, cambios repentinos de humor o de la motivación para tareas que antes realizaban normalmente. Por lo tanto, es habitual que los familiares no busquen asistencia sino hasta que la persona presenta una crisis psicótica, actitudes extrañas, o tiene una conducta violenta. Eso pone a la persona en mayor riesgo, y normalmente la primera intervención del sistema de salud sobre la persona, es la hospitalización (Rascón et al., 2014).

Ante la presencia de trastornos, se observa que las familias acuden a la terapia con una percepción negativa de su propia capacidad de enfrentar y solucionar el problema. Andolfi (1985) advierte que es probable que la consulta resulte en una confirmación de la incapacidad de la familia de dar una respuesta satisfactoria. En particular, el consultante identificado puede presentarse algo resentido de acudir a la terapia al identificarse a sí mismo como el problema de la familia. Pero cuando el problema se cronifica, el síntoma está presente no sólo en el consultante, sino que se disemina por el sistema minando la autoestima de los miembros (White & Epston, 1993).

La carga sobre los familiares y allegados de las personas con esquizofrenia implica una merma en la calidad de vida, las expectativas personales, la mengua de la salud física y psíquica, presión social, agotamiento, mínimo reconocimiento, y sentimientos de vergüenza o culpa (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

Las consecuencias sobre los cuidadores son variadas: algunos familiares tienen que dejar su trabajo para cuidar de la persona, y otros no soportan la nueva situación familiar y evitan la convivencia (Rascón et al., 2014).

La situación de constante estrés que se experimenta en la familia con un miembro que sufre de esquizofrenia, y el hecho de que algunos familiares se desatiendan a sí mismos debido a la sobreprotección que le dan a su familiar afectado, los expone a ellos mismos a riesgos en su salud. Rascón et al. (2014) cita estudios cuantitativos que indican que más de la mitad (58,8%) de los familiares de personas con esquizofrenia tiene probabilidades de presentar un trastorno emocional, físico o psiquiátrico vinculados con su papel de cuidador informal. Entre estos trastornos predomina la depresión en las mujeres y problemas con el consumo de alcohol en los hombres.

En cuanto a las características más prevalentes de los cuidadores, se puede observar en varios estudios citados en García-Portilla González et al. (2013), que los cuidadores de enfermos con esquizofrenia tienden a ser mujeres, y que esta prevalencia de género hace que el impacto de la carga del cuidado sea más elevado. Como ejemplo, las cuidadoras tienen casi seis veces más probabilidades de desarrollar depresión o ansiedad que las mujeres que no lo son.

3.3. Tratamiento de la esquizofrenia

Según Tamminga (2006), aunque existen agentes farmacológicos para tratar la psicosis y las estrategias de remediación cognitiva para mejorar la función psicosocial, los efectores de salud no pueden asegurar por completo la recuperación de la salud a las personas con esquizofrenia. Las drogas antipsicóticas, incluidas la primera y la segunda generación, permitieron una mejora sustancial en la disminución de los síntomas psicóticos, pero no un retorno completo de la salud del cerebro, la capacidad de recuperación o la función mental.

Como reseña Bravo Ortiz (2003), los primeros antipsicóticos, agrupados en diferentes familias (fenotiacinas, butirofenonas, tioxantenos) se definían por su acción

de bloqueo de los receptores dopaminérgicos en distintas vías cerebrales, y los nuevos antipsicóticos, denominados *atípicos*, como la Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona, Aripiprazol, tienen una acción más amplia, con acción en otros neurotransmisores (serotonina, adrenalina, histamina), y con menos efectos secundarios extrapiramidales.

Se puede asegurar que respecto de los antipsicóticos no hay un tratamiento único, el tratamiento consiste en seleccionar cuál es la molécula que mejor se ajusta a la situación de una persona en particular, tomando en consideración los efectos motores secundarios de los antipsicóticos típicos, y el riesgo de producir un síndrome metabólico con los atípicos (Chinchilla Moreno, 2000).

En el manejo del episodio agudo, es importante la pronta administración de la medicación antipsicótica, siendo las moléculas atípicas la primera elección, por sus bajos efectos adversos que propician la adhesión al tratamiento. Resuelto el episodio agudo se considera una fase de estabilización, manteniendo la medicación en igual dosis durante tres a seis meses para mantener a la persona libre de síntomas y evitar recidivas. La fase de mantenimiento, que consiste en la continuidad de la medicación por dos años luego del primer brote y por tiempo indefinido después del segundo, busca la prevención de las recidivas, la mejor calidad de vida y la reinserción de la persona (Chinchilla Moreno, 2000).

Autores modernos citados en Sadock et al. (2009), están centrando los objetivos del tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos graves en la *recuperación*, a la que definen como un viaje de curación y transformación, que permite a una persona con un problema de salud mental vivir una vida significativa en una comunidad de su elección, mientras se esfuerza por alcanzar su potencial. Queda claro que el enfoque terapéutico actual busca trascender la mera disminución de los síntomas y apuntar a un desarrollo integral de la persona. Coincidentemente, Olin y Mednick (1996) evidencian la importancia de climas sociales favorables, a fin de mejorar el curso del tratamiento y su adherencia.

En la misma línea, según Bobes García y Sainz Ruiz (2013) y Bravo Ortiz (2003), los nuevos modelos de asistencia y rehabilitación deben basarse en el conocimiento del trastorno, ajustándose a las necesidades y los deseos de la persona de una vida propia, en la que pueda desarrollarse con autonomía personal y social. Por ello, consideran que el acceso al empleo y su mantenimiento deben ser parte de la atención en salud mental, integrándolo en los objetivos del tratamiento. Esto implica la

integración de la rehabilitación cognitiva y psicosocial, programas destinados a la inserción laboral, y un tratamiento farmacológico eficaz.

Por su parte, autores como Chinchilla Moreno (2000) y otros, resaltan la importancia del trabajo psicoeducativo con la persona afectada y con su familia, que les permita conocer la enfermedad y las estrategias terapéuticas, brindando información acerca de factores desencadenantes y protectores de las descompensaciones, como los efectos del estrés, asumiendo la vulnerabilidad a éste, la importancia de cumplir con las indicaciones psicofarmacológicas, la reducción de la EE en la comunicación intrafamiliar, la posibilidad de recidivas, etc.

3.3.1. Tratamientos psicoterapéuticos

Según Kane (citado en Sadock et al., 2009), la mayoría de los pacientes con esquizofrenia responden muy bien a una combinación de farmacoterapia y tratamientos psicosociales. Tanto los estudios como la experiencia clínica, sugieren que los tratamientos psicosociales son probablemente más eficaces, cuando los pacientes se han recuperado de episodios psicóticos graves mediante el tratamiento farmacológico adecuado.

Dentro de los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia, se han probado mayormente y con diferente eficacia, tres enfoques: la Terapia Psicoanalítica, la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Sistémica. Según García Cabeza (2008), desde hace años, varios autores han venido evaluado la eficacia de la Terapia Psicoanalítica en el tratamiento de la esquizofrenia, mediante varios estudios. Si bien algunos de dichos estudios avalaron cierta efectividad en casos específicos, investigaciones subsiguientes no han encontrado resultados eficaces en personas tratadas con intervenciones psicodinámicas. Los estudios que más repercusión han tenido, mostraron que esta modalidad no muestra ventajas versus al uso exclusivo de tratamiento farmacológico (May et al., 1981). Otros, como Gunderson et al. (1984) concluyen que no se revelan diferencias significativas en los resultados entre psicoterapia de orientación al *insight* y la llamada de apoyo. García Cabeza (2008) resalta que, en adición a su cuestionada efectividad, los avances en otros enfoques psicoterapéuticos, e incluso los intereses económicos que hacen inconvenientes los programas terapéuticos de larga duración, ponen en cuestión a las psicoterapias psicodinámicas.

En los últimos años, el respetado Equipo de Investigación sobre Externación de Pacientes de Esquizofrenia (*Schizophrenia Patient Outcome Research Team, PORT*) ha venido publicando sus recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia. En dichas recomendaciones, que se publican desde 1998, el PORT ha excluido a la psicoterapia psicoanalítica de los tratamientos psicosociales recomendados, manteniendo sin embargo la Terapia Cognitiva Conductual y las intervenciones familiares basadas en diferentes enfoques de Terapia Sistémica (Kreyenbuhl et al., 2010).

3.3.1.1. Terapia Cognitivo Conductual

Conjuntamente con el ineludible tratamiento con psicofármacos, hay consenso en considerar a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como efectiva en la reducción de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (Hansen, Kingdon & Turkington, 2006).

Como se refiere más arriba en este trabajo, aunque no existe un modelo de enfermedad único sobre el que se apoyan estas técnicas en los enfermos esquizofrénicos, el modelo de *Vulnerabilidad-Estrés* de Zubin y Spring (1977) está ampliamente aceptado como hipótesis de trabajo, ya que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y es el que permite a los psicólogos clínicos elaborar estrategias de tratamiento efectivas, mientras que la TCC evoluciona hacia modelos más centrados en la persona y su entorno, y menos en los síntomas (García Cabeza, 2008).

La TCC permite al clínico un modelo para entender a la persona que padece esquizofrenia y su manera de percibir el mundo, y brinda herramientas a la persona para sobrellevar la enfermedad y el malestar procedente de sus síntomas, mediante el entrenamiento en habilidades para la mejora de sus relaciones interpersonales y familiares, fundamentales para fortalecer la red de apoyo (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

Según García Cabeza (2008), esta terapia permite a la persona visualizar alternativas más realistas al pensamiento persecutorio y a realizar atribuciones no estresantes para las alucinaciones. Incluso permite un afrontamiento de los síntomas negativos, por ejemplo, planteando actividades más gratificantes. Además, la TCC busca mejorar el conocimiento del trastorno en su totalidad y del tratamiento farmacológico y su adherencia al mismo.

Sabatés y Garay (2016), describen varios estudios realizados para medir la eficacia de la TCC en pacientes con esquizofrenia, que han revelado los beneficios de aplicarla. En dos de ellos se ha demostrado la disminución de los delirios cuando se usa este enfoque terapéutico sumado la medicación adecuada, siendo esta combinación la recomendada de forma rutinaria. Más aún, se ha demostrado que la TCC puede usarse con personas con esquizofrenia, aunque éstas no estén tomando medicación antipsicótica, y por tanto podría ser una alternativa al tratamiento farmacológico.

García Cabeza (2008) describe los objetivos principales a plantear en la TCC de la esquizofrenia: promoción de una alianza terapéutica basada en la persona afectada; explicaciones alternativas a los síntomas de la esquizofrenia, reducción del impacto de síntomas positivos y negativos, y facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico.

En los tratamientos cognitivos de pacientes esquizofrénicos es fundamental la participación de su familia (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007), ya que las intervenciones familiares garantizan la efectividad del tratamiento (Gabbard, 2002).

3.3.1.2. Terapia Familiar Sistémica

Implícito en la denominación de Terapia Familiar Sistémica, está el concepto de sistema familiar. Un sistema familiar está compuesto por un conjunto de personas que se relacionan entre sí, y constituyen para el medio externo una unidad. Pueden definirse los límites del sistema como aquellos que definen quienes pertenecen a un sistema, y como lugares de intercambio de comunicación entre los sistemas o subsistemas. Estos límites pueden delimitar al sistema del medio externo, en cuyo caso son llamados extrasistémicos, e intrasistémicos cuando separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema mayor (Ochoa de Alda, 1995).

La persona identificada como portador de un problema, debe ser interpretado en la consulta psicológica como un sistema familiar. Este sistema ha encontrado un equilibrio con el problema, y ha estabilizado el síntoma como parte normalizada del mismo. El síntoma es sostenido por el sistema, y a pesar de causar malestar, termina organizando las conductas de todos los sujetos que lo componen (Minuchin et al., 2011).

Por lo tanto, siguiendo a Andolfi (1985), la sintomatología de los sujetos debe ser considerada como un emergente del sistema, y el terapeuta o quien analiza desde

esta perspectiva debe incluir la observación de las conductas e interacciones de todos los miembros del mismo (Des Champs, 1995).

En resumen, el enfoque sistémico considera que el problema no es de la persona que acude a una consulta psicológica, sino que ésta debe verse como un elemento en relación con otros elementos que se organizan en sistemas a los que pertenece y con los que interactúa, como es la familia (Wainstein, 2006a).

Según Barbagelata (1999), la aplicación del enfoque sistémico en la esquizofrenia nace del fracaso de la psiquiatría, la que no logra impedir la marginación y cronificación de la persona psicótica y no consigue evitar los brotes sucesivos que llevan al deterioro de la persona, porque el psiquismo no es solamente biología, y la esquizofrenia se introduce en la historia de la persona afectada y la de su familia, alterando su desarrollo. El modelo sistémico intenta integrar la esquizofrenia en la totalidad del desarrollo evolutivo del ser humano, y desde ese lugar, la interpreta como un fracaso en la individuación de la persona, y en la independencia de su sistema familiar. El yo se vuelve no confiable, y no le es posible desarrollarse, diferenciarse y crecer.

Los vínculos exacerbados de dependencia que las personas que sufren esquizofrenia crean con sus familias como consecuencia del trastorno, hacen a la terapia familiar sistémica una de las indicaciones terapéuticas más frecuentes. Las propias familias tienen una gran necesidad de apoyo ante los problemas que genera el desarrollo del trastorno, por lo que es frecuente la implementación de terapias combinadas para la esquizofrenia que además de las intervenciones individuales incluyan terapias familiares, tomando en cuenta tanto los esfuerzos de independencia de la persona, así como para evaluar los problemas familiares, su fortaleza y capacidad de apoyo y explorar cómo se concibe la psicosis entre los miembros de la familia (García Cabeza, 2008).

Para poder evaluar los recursos que se podrán disponer para la introducción del cambio del sistema, es indispensable que la terapia incorpore a todos los miembros de la familia, y observe las conductas relacionales y los modos de organización (Des Champs, 1995).

En este sentido, serán productores de cambio, todos los sucesos que el sistema no pueda neutralizar o naturalizar, a los que se denomina *cambios de segundo orden* (Wainstein, 2006b). Según Minuchin et al. (2011), el cambio de segundo orden y la evolución del sistema hacia un nuevo equilibrio más funcional, es producto de la

introducción de algún desequilibrio en el sistema que interrumpa el mecanismo homeostático.

Ochoa de Alda (1995) reseña que la terapia sistémica desde su comienzo ha ido introduciendo constructos distintivos, que son claves para la concepción de los sistemas familiares y el tratamiento de sus problemas. Las distintas corrientes sistémicas han ido utilizando estos conceptos de manera diferente, en función de cada enfoque. El concepto de *sistema familiar* cambia de relevancia relativa, y es mayor cuanto más se acerca cada enfoque a la ortodoxia sistémica, como sucede en la terapia del Grupo de Milán. Por su lado, la Terapia Estructural de Minuchin y Fishman utiliza mayormente el concepto de *límites*. Todos los enfoques utilizan el concepto de *causalidad circular*, por el que se determina que el problema se basa en patrones conductuales afectados por una *retroalimentación negativa* y, en consecuencia, las intervenciones se dirigen a alterar el ciclo recurrente. Finalmente, la noción de *teleología* lleva a los mecanismos de *morfostasis* y *morfogénesis* que determinan el ciclo vital de la familia, concepto este último que ha sido un hilo conductor de la terapia familiar sistémica en todos sus enfoques. Entre los diferentes enfoques que se reconocen dentro del paradigma sistémico, se pueden mencionar los siguientes: el enfoque del MRI de Palo Alto, el del Grupo de Milán, la Terapia Centrada en las Soluciones, la Terapia Estructural, la Estratégica y las Terapias o Prácticas Narrativas, de las cuales, en adelante se detallan los más relevantes para el presente trabajo.

La terapia desarrollada por el Centro de Estudios de la Familia de Milán, grupo del que formaron parte Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo, se ha aplicado desde su comienzo en casos de trastornos mentales graves, incluyendo las psicosis. Es una terapia breve, de un máximo de 10 sesiones con un intervalo de un mes entre las entrevistas. Se entiende a las familias con un problema como regidas por una *causalidad circular*, un *juego familiar* que gobierna las conductas de los miembros. Este juego se infiere a partir de la información obtenida de la llamada entrevista circular, donde se evidencian alianzas y exclusiones, reglas de vinculación familiar a partir del impacto del síntoma. La meta terapéutica consiste en modificar la visión cognitiva que la familia tiene de sus propias conductas, para lograr el cambio sintomático. Al examinar alternativas en los nexos relacionales y en las conductas y creencias de la familia, se revela información implícita, y eso ayuda a elaborar el problema y a encontrar por sí mismos soluciones eficaces (Barbagelata, 1999).

Beyebach (1999) describe la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) como una modalidad de terapia breve, que trabaja con sistemas familiares, subsistemas o individuos que asisten a terapia. Se considera que, en mayor o menor medida, las personas que acuden a consulta están motivados al cambio. La terapia trabaja en crear soluciones adecuadas, cambiar la creencia de los consultantes, que hasta ese momento siguen intentando la solución ineficaz, y por eso creen que son incapaces de resolver el problema. Lo sustancial es restituir a las personas una imagen de competencia para resolver los problemas de su transcurrir vital. En la TCS se considera que es suficiente con introducir un pequeño cambio en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema, los que entonces *retroactuarán* sobre el sistema, ampliando el cambio.

La Terapia Estructural es un tratamiento breve, de una duración de tres o seis meses con entrevistas semanales, y se concentra en variables estructurales como los *límites* y las *jerarquías*. El modelo estructural desarrollado por Minuchin en su trabajo terapéutico con familias en la década del 70, sirve de marco para la comprensión de las interacciones en contextos sociales lo suficientemente organizados como para definir fronteras y coaliciones (Wainstein, 2006b).

De acuerdo con Minuchin y Fishman (2004), el abordaje estructural considera a la familia como un sistema complejo con un mal funcionamiento, un organismo que se ajusta y sostiene homeostáticamente una disfuncionalidad. Es función del terapeuta que trabaja desde este modelo intervenir sobre ese patrón, produciendo una crisis que fuerce a la familia a reorganizarse para mejorar su funcionamiento.

Para el modelo estructural hay tres conceptos claves: *estructura*, *subsistema* y *frontera*. Se entiende por estructura a los patrones que median la interacción familiar, que son estables, y que tienden a repetirse rígidamente. Las estructuras son el conjunto de reglas que utiliza la familia y organiza las interacciones (Wainstein, 2006b). En cuanto a los subsistemas y las fronteras, el entorno familiar está conformado por una superposición de subsistemas que se diferencian y cumplen distintas funciones. Las conductas de los miembros de las familias son reguladas por pautas transaccionales como la existencia de una jerarquía y las expectativas mutuas de los miembros de la familia, y es a partir de estas pautas que se definen las reglas que versan sobre quienes pueden participar y de qué manera, en cada subsistema (Minuchin & Fishman, 2004).

La demarcación de quienes participan en cada subsistema se denomina frontera y éstas regulan el intercambio entre los subsistemas. Estas fronteras pueden presentar

límites difusos, claros o rígidos, en función de la flexibilidad y el tipo de relación que establezcan con individuos u otros subsistemas dentro de la familia (Wainstein, 2006b). Las familias pueden clasificarse de acuerdo a la rigidez y claridad de sus límites en una dimensión continua que va desde las *desligadas* a las *aglutinadas*. Las primeras presentan límites rígidos con poca comunicación entre los subsistemas y poca capacidad de adaptación, y las segundas presentan límites difusos que impiden la diferenciación a sus miembros. La situación más frecuente es que la familia presente subsistemas aglutinados y desligados en su interior, lo que determinará las pautas relacionales entre sus miembros (Minuchin & Fishman, 2004). Según Barbagelata (1999), si no se puede lograr que la persona sea responsable de sus conductas, el problema se elevará jerárquicamente dentro del sistema familiar y será el que determine la conducta de todos sus miembros.

En la evaluación se encuadran los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, la que, debido al estrés provocado por los cambios evolutivos, adhiere a modelos anteriores de conducta que no se adaptan a los requerimientos actuales. El terapeuta debe ubicarse en el momento evolutivo familiar y comprobar si las conductas, los límites y las jerarquías corresponden al nuevo estado. El objetivo terapéutico es adecuar la comunicación y los vínculos, para lo cual provoca una crisis que exija a la familia a un nuevo equilibrio más adecuado. Las metas del tratamiento se determinan en cooperación con los consultantes, de manera que exista un acuerdo colectivo sobre los resultados deseados (Ochoa de Alda, 1995).

La Terapia Estratégica se focaliza en la adecuación de los medios a los fines, con el objetivo de interrumpir los circuitos formados por las soluciones intentadas fallidas del consultante, y modificar el encuadre que él ha hecho hasta ahora del problema (Wainstein, 2006b).

De acuerdo con la formulación del modelo estratégico de Haley y Madanes, las técnicas tienen como meta mitigar aspectos disfuncionales específicos en la familia, entendiendo que la reordenación de un subsistema familiar en torno a un síntoma, puede introducir cambios isomórficos en todo el sistema (Minuchin & Fishman, 2004).

En esta terapia se considera que la conducta sintomática es adaptativa, y responde a estructuras sociales anómalas, por lo que una persona debe actuar de manera anómala para adaptarse. El síntoma de una persona es una forma de comunicación analógica que enuncia un problema familiar, pero también actúa como solución insatisfactoria para los implicados. En la entrevista, el terapeuta establece una hipótesis

sobre la potencial función de la conducta sintomática en el sistema familiar o social (Ochoa de Alda, 1995).

Para este enfoque, las complicaciones de la esquizofrenia son indicativas de una paralización en el ciclo evolutivo familiar, que interrumpe la emancipación juvenil. La situación se refuerza por una definición impropia del poder en el sistema familiar, donde la persona afectada por el trastorno se ubica al mismo tiempo en dos posiciones jerárquicas incompatibles, por encima y por debajo de sus padres. El intento de mediación entre los padres termina generando sintomatología, la que llega como “solución” cuando éstos se unen para ayudarlo. En su intervención, el terapeuta no debe aliarse con el joven contra los padres, ya que de esa forma reforzaría su sensación de incompetencia y culpa. Hará visible que el extraño comportamiento del hijo tiene la finalidad de ayudar a sus padres. Este enfoque expuesto busca aumentar el poder y la autoridad paterna con respecto al joven afectado, para lo que desalentará los mensajes que emplacen al joven como el individuo con el poder familiar, promoviendo la congruencia de las relaciones. También se buscará impedir que los padres utilicen al joven con esquizofrenia como dispositivo de unión y mediación en sus conflictos. Una intervención especialmente importante será la sugerencia y apoyo para que el joven pueda dejar el hogar y manejarse independientemente (Ochoa de Alda, 1995).

Siguiendo a Wainstein (2006b), las Terapias o Prácticas Narrativas surgen con la intención de tomar el texto literario como metáfora para la organización del trabajo del terapeuta. Esto supone entender a la realidad subjetiva desde el *construccionismo social* y poner el énfasis en el lenguaje, y el acento en el significado que los sujetos dan a su experiencia. Las personas atribuyen significado a su experiencia cotidiana, y el resultado de este proceso es lo que en mayor parte determina sus vidas (Tomm, 1994).

La intervención en el enfoque narrativo consiste en establecer un proceso de reflexión, en el cual el consultante puede tomar conciencia del proceso involucrado en su propia representación, *deconstruyendo* su propio relato y reescribiéndolo a través de la *reconstrucción* (White & Epston, 2013). Michael White trabajó durante más de 10 años con familias cuyos hijos eran proclamados como portadores de un problema, y en ese recorrido, recogió de su observación clínica que los problemas de los niños y jóvenes pueden llegar saturar al sistema familiar de tal manera que todos se vean desbordados por la situación. La persistencia del síntoma frente a innumerables intentos fracasados de solución, puede ser interpretada por la familia como un indicador de la

propia negligencia, y actuar como reforzador de sentimientos negativos a nivel individual y relacional.

En los trastornos, durante el proceso de asignación de significados, puede suceder que la persona afectada adopte la creencia de que él mismo es el problema confundiendo *ser el problema* con *tener el problema*. Esta creencia normalmente es sostenida y reforzada por la repetida aparición del síntoma y por el ambiente, que presenta ciertas expectativas respecto de la conducta del consultante (White & Epston, 1993). Por este motivo la técnica de *concretización* es especialmente útil para instaurar una distancia reflexiva entre el sujeto y su síntoma.

Las terapias o prácticas narrativas sostienen una visión construccionista social de la realidad. El terapeuta se centra en las palabras que dicen las personas para construir nuevos significados. Esto está en línea con las ideas de los escritores construccionistas sociales como Berger y Luckmann. Los terapeutas narrativos apuntan a *re-autorar* una historia saturada de problemas, co-creando una nueva historia preferida por la persona con problemas (Seikkula et al., 2006).

De acuerdo al propio White (White & Epston, 2013), los terapeutas narrativos no desconocen que en pleno brote la persona pierde el control sobre sí mismo, y en esos períodos no es capaz de poner en juego su imaginación o focalizar sobre su historia, pero lo que buscan es devolverle el máximo control posible sobre su vida, bien dándole significado al trastorno en la historia del sujeto, o *externalizando* los síntomas para reducir al máximo la acción del delirio o las alucinaciones sobre la persona.

3.3.1.3. Equipos terapéuticos y Grupos de Supervisión en Terapia Sistémica

Una de las características comunes a todo dispositivo de Terapia Sistémica, es que los profesionales no actúan solos, sino que conforman equipos de diversos formatos, y que en todos ellos se incluye algún tipo de supervisión (Andersen, 1994).

Minuchin y Fishman (2004) reseñan que, cuando los terapeutas sistémicos comenzaron a abordar a la familia como un todo, necesitaron investigar la incorporación del propio terapeuta al campo de la familia, y el riesgo asociado de que éste lo absorbiera, hasta hacerle perder su capacidad terapéutica. Varios autores han relevado la confusión y la angustia que experimentan los terapeutas cuando trabajan con familias con un miembro que sufre de esquizofrenia. Una de las soluciones propuestas

para conservar el poder terapéutico es recurrir a un *coterapeuta*, ya que se considera que un terapeuta solo no posee el poder necesario para entrar en la familia, cambiarla y volver a salir.

Con un *coterapeuta* y/o con un equipo de terapeutas tratando el caso, el proceso terapéutico se convierte en la relación recíproca de dos sistemas. El equipo formado por *coterapeutas* permite una *visión estereoscópica* que brinda profundidad, y aporta a la familia una suerte de *extensión creativa* del sistema. A la vez el terapeuta puede aceptar el influjo que inevitablemente ejerce el sistema sobre él, pudiendo rescatar sus aspectos benéficos. Como plantea Donoso Castillo (2005), citando a autores clásicos de la terapia sistémica, la mejor forma de aprendizaje del trabajo terapéutico en el enfoque sistémico es aprender haciendo, en colaboración con un colega, a través de la *coterapia*. De esta forma se tiene la libertad para la crítica recíproca del trabajo, y para ser creativamente diferentes, con una retroalimentación natural, y no intelectual (Leff, 1997).

En el enfoque del Grupo de Milán, los terapeutas participan en un grupo propio formado por dos *coterapeutas*, que son observados y apoyados por otros dos miembros del equipo. El primer grupo de terapeutas se “integra” al grupo familiar como amigos, pero planificando una estrategia contraria debajo de la superficie. La idea es producir resistencia en la familia, lo que por reacción generará la conducta que se considera terapéutica (Minuchin & Fishman, 2004).

Por otro lado, la actividad de *supervisión* en terapia familiar a lo largo de los diferentes enfoques sistémicos, tiene en general dos modalidades distintas: *supervisión directa* utilizando espejo de visión unidireccional, y *supervisión indirecta*, también llamada diferida, o en seco. Esta última, a su vez puede implementarse mediante la *revisión de videos o audios*, o bien mediante la *supervisión del relato del terapeuta* (Donoso Castillo, 2005).

Focalizando en esta última modalidad, que es la utilizada en la institución del caso analizado en el presente trabajo, se puede ver que, en comparación a la revisión de videos, lo visual está restringido a la forma en que el terapeuta que presenta el caso lo relata, pero esto puede ser enriquecido empleando juego de roles o recursos *psicodramáticos*. Es importante para el terapeuta, prestar atención a las *expresiones paraverbales*, para poder transmitir las adecuadamente en el relato ante el dispositivo de supervisión (Donoso Castillo, 2005).

Los *grupos de supervisión*, dispositivos que eventualmente son utilizados por otras orientaciones de psicoterapia, en las que no constituye una necesidad, sino más bien una herramienta de elección, son casi un requisito obligatorio en las Terapias Sistémicas, a fin de dotar a los terapeutas del suficiente apoyo frente al desafío de adentrarse en los sistemas familiares, y contribuir a los cambios que el sistema resiste. Usualmente los grupos de supervisión tienen el formato de reuniones semanales entre pares de una institución, y quienes participan pueden ser terapeutas que tratan, o no, los mismos casos (Andersen, 1994).

El proceso habitual de los *grupos de supervisión*, es la presentación de los casos que revisten interés por parte de los terapeutas tratantes, con dos objetivos principales: hacer sugerencias a la persona que presenta un caso, con la intención de aportar soluciones a los problemas planteados, y servir como dispositivo de formación y actualización para todos los profesionales asistentes (Andersen, 1994). Como cualquier persona, los terapeutas dependen unos de otros, y la consulta sobre temas clínicos en las reuniones semanales de supervisión, pueden salvar situaciones de estancamiento o impasse en el trabajo terapéutico.

3.3.1.4. Estrategias, objetivos e intervenciones para el cambio

Como refieren Kreyenbuhl et al. (2010), en la estrategia terapéutica de la esquizofrenia actualmente se suele recurrir tanto a aquellas originadas en la TCC como en los enfoques sistémicos, integradas en la medida adecuada a cada persona y su sistema familiar.

La estrategia utilizada en la TCC para la esquizofrenia, incluye las etapas de valoración, identificación de problemas clave, intervención y prevención de recaídas, incluyendo durante todo el proceso apoyo y psicoeducación. La terapia empieza evaluando los síntomas positivos y negativos, los vínculos sociales, el aislamiento y los estresores del entorno, como problemas económicos, cotidianos, etc. Seguidamente el terapeuta y la persona identifican el correlato cognitivo y conductual entre los síntomas principales, las creencias y estrategias de afrontamiento implicadas. A partir de la información obtenida, se plantean diferentes técnicas: *focalización, reatribución, modificación del pensamiento, cuestionamiento inductivo, distracción, exposición, role playing, imaginación, asignación de tareas*, etc. (García Cabeza, 2008).

Siguiendo a Leff (1997) y Barbagelata (1999), se pueden conocer las estrategias terapéuticas en el tratamiento sistémico de las familias con un miembro que padece esquizofrenia. Pueden implementarse todas o varias de las siguientes etapas en el trabajo con las familias: 1. Identificar el nivel de necesidades de la familia (Rascón et al., 2014), 2. Crear una alianza con la familia, 3. Psicoeducación, 4. Mejorar la comunicación, 5. Aprender a resolver problemas, 6. Abordar la *Emoción Expresada*; 7. Expandir las redes sociales y 8. Graduar las expectativas. Las familias que requieren de mayor asistencia son aquellas que reúnen ciertas características, como alto nivel de EE (que puede determinarse mediante instrumentos específicos o con la observación clínica), que han realizado llamadas a la policía frente a crisis psicóticas, que el miembro afectado ha tenido recaídas en el año a pesar de estar medicado, entre otras. La *psicoeducación* consiste, en general, en informar acerca de las causas, los síntomas, el curso, el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia. Se les informa que la esquizofrenia es un trastorno que vuelve a la persona muy sensible al estrés, y cómo el estrés se puede reducir. Se les explica la naturaleza de los síntomas negativos y su curso crónico, en contraste con los síntomas positivos agudos.

En cuanto a la *comunicación*, un arte que generalmente se pierde en familias con alto nivel de EE, se establecen reglas básicas: una sola persona puede hablar por vez, todos tienen la misma oportunidad para hablar y la comunicación debe ser directamente con la persona en cuestión. Esto ocurre frecuentemente en relación a la persona afectada con esquizofrenia, del cual se suele hablar en términos de "él" o "ella". El aprendizaje en la resolución de problemas se focaliza mayormente en familiares con nivel de EE elevada, que tienden a insistir en conductas que, generalmente, llevan a un empeoramiento del problema que están intentando erradicar. Se les ayuda a focalizar en un problema a la vez y a dar voz a todos los miembros acerca de las posibles soluciones, incluso colocando al miembro que padece esquizofrenia como experto en su problema, ya que en general es el menos escuchado. Los intentos de solución se tratan como experimentos, de modo que, si fallan, la familia no sentirá que es responsable del fracaso. Los terapeutas luego analizan junto a la familia los resultados (Barbagelata, 1999; Leff, 1997).

En el abordaje de la EE, se trabaja con la familia, apoyándose en la psicoeducación del trastorno, para disminuir el alto *criticismo* que suele presentarse, y en la *sobreinvolucración* de alguno de los padres en el cuidado de su hijo, que suele obstaculizar sus posibilidades de autonomía. Incluso puede sugerirse en algunos casos,

que la persona que padece de esquizofrenia reduzca el contacto con sus familiares en sistemas con alta EE. A medida que el trastorno progresa, se suelen reducir las redes y contactos sociales de la familia, en parte por la vergüenza y el desconcierto por la conducta de la persona. Los terapeutas alientan a los familiares a redesarrollar su vida social. Son de mucha ayuda los encuentros con otras familias que comparten sus problemas, en ámbitos externos que les permitan a la vez salir de su casa y dar sentido a las redes sociales otra vez. Es importante también que el tratamiento ayude a las familias a *graduar las expectativas* sobre el curso del trastorno. Los familiares a menudo esperan que la persona afectada esté curada a su regreso del hospital, particularmente si es la primera admisión. Se les explica que mientras los síntomas positivos son controlados por la medicación, los síntomas negativos toman de uno a dos años para mejorar. Desgraciadamente, pocas personas con esquizofrenia serán capaces de cumplir las expectativas de sus padres, previas al trastorno. Consecuentemente, los padres necesitan tener su duelo por deseos y aspiraciones perdidas. Los encuentros grupales con otros familiares pueden ser de gran ayuda para transitar estas crisis (Barbagelata, 1999; Leff, 1997).

Para todos los enfoques que se reconocen como sistémicos, resulta muy importante la confección de un *genograma* (Ceberio, 2002), el que a partir de la etapa inicial del tratamiento será una herramienta útil para visualizar la estructura del sistema analizado, y realizar hipótesis e inferencias acerca de la indagación que se realice en el proceso psicoterapéutico. Un *genograma* tiene la forma de un árbol genealógico en cuyos ramales se sitúan los diferentes miembros de la familia. Este gráfico puede completarse con datos de relevancia en relación con la familia, y los que describen sus dinámicas de funcionamiento. Otro formato de este gráfico es el *genograma de relaciones* que se focaliza en los vínculos y la dinámica familiar en el período evolutivo actual, permitiendo mostrar las jerarquías, los roles, las funciones, los límites, crisis, etc. en el periodo observado.

En última instancia, a fin de implementar las estrategias terapéuticas planteadas, los terapeutas lo harán a partir de *intervenciones*, que buscan promover el cambio en el sistema (Wainstein, 2006b).

En cuanto a cómo se desarrollan las intervenciones, Minuchin y Fishman (2004), postulan que el terapeuta debería producir intervenciones dentro de la gama tolerable, y por eso debe conocer la realidad y las reglas de la familia desde dentro del campo. Así, las intervenciones infructuosas no se tornan confusas ni destructivas y la

familia las asimila sin producir cambio, por lo que puede trabajar tranquilo, sin necesidad de acertar siempre, y sabiendo que los sondeos siempre producirán información útil. Últimamente, si sobrepasa el umbral de lo aceptable, el mismo sistema lo corregirá.

Según Des Champs (1995), el terapeuta que sigue un modelo sistémico puede utilizar tanto intervenciones de ese modelo, como de otros modelos que sean compatibles y pertinentes con el caso, como por ejemplo las originadas en la TCC. Por ende, el terapeuta puede incluir intervenciones no sistémicas, pero en sentido sistémico, poniendo en práctica un eclecticismo técnico que adecúe las herramientas para el logro de los objetivos terapéuticos.

Según García Cabeza (2008), las intervenciones cognitivo-conductuales se pueden clasificar en las que están específicamente orientadas a tratar los síntomas y las que buscan una mejor adaptación de la persona, intentando intervenir en su desarrollo y recuperación. Entre estas últimas, numerosos estudios avalan la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de la esquizofrenia, por lo que es altamente recomendado incluir estas intervenciones en la estrategia terapéutica, orientada directamente hacia adaptación de la persona al entorno social y laboral. Chadwick et al. (1996) recomiendan tener en cuenta los factores estresantes en sus intervenciones cognitivo-conductuales, al comprobarse que los síntomas suelen aparecer en períodos de ansiedad y sensación de amenaza.

Las intervenciones sistémicas pueden ser de diversos tipos: intervenciones directivas, prescripción del síntoma, intervenciones paradójales, reencuadre, reestructuración y externalización, entre otras (Wainstein, 2006b).

Las intervenciones más sencillas provienen simplemente de la atención del terapeuta a lo que cuentan los consultantes, y de marcar cualquier excepción que pueda aparecer, por pequeña que parezca. Muchas veces no se trata de convencer al consultante de que la situación es mejor de lo que él cree, sino de hacer patentes elementos potencialmente útiles (Beyebach, 1999).

Por ejemplo, en el MRI de Palo Alto se diseñaron dos grandes tipos de intervenciones: las específicas y las generales o estratégicas. Se incluyen entre éstas las redefiniciones, las tareas directas y las tareas paradójicas. También emplean metáforas, técnicas hipnóticas y otras (Ochoa de Alda, 1995).

Beyebach (1999) menciona un tipo de intervención que busca empatizar con la persona, empleando las llamadas *preguntas de afrontamiento*: "¿cómo lograste

sobrellevar eso?", "¿cómo es que no te derrumbaste ante la situación?", "¿de dónde obtuviste el valor para seguir intentando?".

En las intervenciones *directivas*, el terapeuta le solicita a la persona que realice determinadas tareas fuera de la sesión, para observar su comportamiento sobre este pedido. Es una manera de que el terapeuta continúe el vínculo y el acompañamiento de la familia fuera del espacio de la consulta (Wainstein, 2006b).

Beyebach (1999) describe una de las intervenciones más conocidas de la Terapia Centrada en la Soluciones (TCS): la *pregunta del milagro*, que es una invitación para que las personas puedan saltar de un pensamiento y relato saturados del problema, a imaginar cómo sería su vida cuando esta situación se encuentre resuelta. Para esto, el terapeuta habla pausada y amablemente, dando a las personas tranquilidad y confianza para pasar del problema a la solución, e introduce a continuación la *pregunta del milagro* como una pregunta extraña e inusual. Se hacen pausas para que la persona tenga tiempo para comprender la pregunta y pensar su respuesta desde su propia experiencia. Las preguntas son dirigidas al futuro: "¿Qué sería distinto?", "¿Cuáles serían las señales del milagro?", "¿Qué sería mejor?". Se enfatizan frases que dan por resuelto el problema en el futuro, porque de esta manera se puede iniciar una conversación libre del problema.

En la intervención por *prescripción del síntoma* se le pide al consultante que ejecute conscientemente el síntoma, impidiendo la característica espontaneidad de éste, y de esta forma modificar su pauta de aparición, haciendo que el síntoma se produzca en ausencia de la pauta (Wainstein, 2006b).

Las *intervenciones paradójales* son aquellas que hace el terapeuta con el objetivo de que el consultante no las realice, y en forma no consciente actúen sobre el circuito que provoca el síntoma (Watzlawick et al., 1984).

El *reencuadre* consiste en formular una modificación del punto de vista o encuadre que el consultante tiene sobre el problema, al cual éste asigna un estatus de realidad (Minuchin & Fishman, 2004).

Con la intervención que intenta *deconstruir la queja*, se busca introducir dudas en la forma de pensar de las personas, abriendo posibilidades para nuevas interpretaciones. Se trata de un proceso de tipo socrático, en el que el terapeuta plantea interrogantes desde dentro del propio marco de los consultantes. Un efecto similar se logra con la *redefinición*. En esta intervención, el terapeuta no solo pone en duda los significados que el consultante atribuye a una situación, sino que directamente propone

uno alternativo. Podría, por ejemplo, preguntar los beneficios de las obsesiones del padre para la familia, o definir la debilidad de la hija deprimida como una forma sutil de provocación (Beyebach, 1999).

La intervención de *externalización* implica la separación del síntoma de la identidad de la persona, colocando al problema como un objeto externo, de manera tal que la persona afectada pueda maniobrar como agente de su propio cambio (White & Epston, 1993). Una vez que la persona puede ver al problema como algo externo a su identidad, el terapeuta puede movilizarla contra el mismo, con preguntas como: "¿Cómo reaccionas cuando la ira reclama su lugar y se mete de nuevo entre ustedes?", "Veo que la caca de Mateo consiguió escapar de nuevo y está causándole problemas con su familia otra vez, ¡que astuto!". Cuando se externaliza el problema, el terapeuta puede poner el foco en los recursos de la persona, preguntando en qué ocasiones la familia ha derrotado a su enemigo: "¿Como hicieron en esa oportunidad para derrotar a la ira?, ¿Y cuando lucharon unidos contra ella, como fue?" (Beyebach, 1999).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente Trabajo Final Integrador tuvo carácter descriptivo, de caso único.

4.2. Participantes

En el presente trabajo, se analiza el caso del sistema familiar de un joven con diagnóstico de esquizofrenia, cuyos integrantes acudieron para su tratamiento a un centro de salud mental de la zona norte del Gran Buenos Aires (que en adelante se denominará como "la institución"), en el cual el tesista realizó sus prácticas profesionales.

Cabe aclarar que, en el presente trabajo, a fin de mantener la debida confidencialidad de los participantes, se utilizaron seudónimos para denominar a las personas en tratamiento y a los profesionales intervinientes. Asimismo, donde se consideró necesario, se alteró toda información de los participantes que pudiera hacerlos reconocibles.

La familia analizada estaba compuesta por Bautista, que convivía con su madre Nadia y su hermana Silvina, y por Sandro, su padre no conviviente. Bautista es un joven que al momento de la consulta tenía 20 años, es músico aficionado, trabaja como

profesor de música, y vive en un barrio de la zona norte del Gran Buenos Aires, en el que predomina una población de recursos económicos medios a bajos. Cuando acudió a la consulta referida en el presente trabajo, Bautista ya había sido diagnosticado con esquizofrenia y se encontraba en tratamiento con psicofármacos acordes a ese diagnóstico. Nadia, la madre biológica de Bautista, tiene 40 años y trabaja como personal no docente en una escuela cercana. Silvina, la única hermana de Bautista, es una estudiante secundaria de 15 años. Sandro, el padre biológico de Bautista y Silvina, tiene 40 años, es instructor deportivo, y vive al momento del tratamiento con Wanda, su nueva pareja y las dos pequeñas hijas de ambos, Sofía y Guadalupe.

Durante su paso por la institución en la que tuvo lugar el tratamiento, los miembros de la familia fueron entrevistados durante la admisión por dos profesionales, y a partir de allí fueron derivados y tratados por otros cinco profesionales del centro. La orientación de los/las siete psicólogos/as es la Psicología Cognitivo Conductual y/o la Psicología Sistémica. Todos cuentan con experiencia clínica en la atención de adultos y adolescentes. En el presente trabajo, se denominó a estos profesionales con una sigla alfanumérica desde P#1 a P#7 (Profesional #1 al #7), indicando su género (F o M) y edad entre paréntesis. Los roles en que intervinieron los profesionales con cada uno de los consultantes de este caso se detallan a continuación: en el tratamiento de Bautista: adisor: P#1 (F, 45), tratantes: P#2 (M, 35) y P#1 (F, 45), con Nadia: adisor: P#3 (M, 41), tratantes: P#4 (M, 48) y P#1 (F, 45), con Silvina: adisores: P#3 (M, 41) y P#1 (F, 45), tratantes: P#5 (F, 30) y P#6 (F, 32) y con Sandro: adisor: P#1 (F, 45), tratantes: P#1 (F, 45), y P#7 (M, 35).

4.3. Instrumentos

Los instrumentos que la institución puso a disposición de este tesista para la realización del presente trabajo, fueron de cuatro tipos: el formulario de registro de *entrevistas de admisión*, los registros de las sesiones que realizaron los terapeutas (ambos componentes de la *historia clínica*), las entrevistas realizadas por el tesista a los profesionales actuantes, y los registros de las reuniones del *grupo de supervisión*.

En la institución, el registro de la *entrevista de admisión* se realiza sobre un formulario predefinido (ver Anexo I). En el mismo, el adisor vuelca los datos sociodemográficos, grafica el genograma del sistema familiar, detalla el historial médico y del consumo de sustancias, los tratamientos psicológicos y psiquiátricos

previos, los datos de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), el motivo de consulta, el diagnóstico presuntivo según la nosografía del DSM IV-TR (sólo cuando es solicitado por el médico en casos de derivación, o por la obra social), y los objetivos del tratamiento.

La *historia clínica* de las personas que se encuentran en tratamiento en la institución, se compone del mencionado registro de la *entrevista de admisión*, de los registros que los terapeutas realizan de cada sesión, y de documentos anexos como protocolos e informes de evaluación psicodiagnóstica, copia de oficios judiciales, como por ejemplo medidas de protección (restricción de acercamiento), y otros documentos relevantes al tratamiento.

El tesista realizó *entrevistas semi-estructuradas* a los profesionales actuantes de la institución: dos entrevistas con los admisores del caso y cinco con los terapeutas que siguieron el tratamiento. Las primeras tuvieron una duración aproximada de treinta minutos cada una, y estuvieron centradas en los motivos de consulta, los diagnósticos presuntivos y los objetivos del tratamiento planteados en la admisión. Por otro lado, las entrevistas realizadas a los terapeutas, tuvieron una duración aproximada de una hora y media, y estuvieron centradas en los objetivos específicos del presente trabajo, es decir, la identificación de circuitos de la dinámica familiar que podrían sostener la sintomatología del joven Bautista, en las intervenciones sistémicas y cognitivas tendientes a producir cambios de segundo orden en el sistema familiar que se realizaron en función de éstos, y en los efectos que dichas intervenciones tuvieron en el sistema consultante.

Los registros de las reuniones semanales del *grupo de supervisión*, se realizan en forma manuscrita sobre un libro de registro foliado y firmado por los participantes. En dichos registros se detallan las presentaciones de los casos que realizan los profesionales de la institución, las consultas de los terapeutas tratantes y las intervenciones sugeridas desde el marco sistémico o cognitivo.

Por último, para poder analizar el tercer objetivo específico de este trabajo, esto es, analizar los efectos de las intervenciones realizadas sobre el sistema familiar, el tesista realizó una *entrevista semi-estructurada* a uno de los profesionales tratantes de Bautista, en el hospital público al que se hizo la derivación desde la institución. La misma se centró en conocer las características del tratamiento de los trastornos mentales graves en ese servicio dedicado a adolescentes, y el estado de situación de Bautista y su familia, a siete meses de su ingreso en dicho dispositivo.

4.4. Procedimiento

Los instrumentos descritos en el punto anterior se analizaron en detalle, y posteriormente se integraron adecuadamente, a fin de poder responder a los objetivos planteados en el presente trabajo.

De las *entrevistas de admisión* de los cuatro miembros del sistema familiar, se extrajo la información necesaria para la confección del genograma (ver Figura 2), el que permitió una rápida percepción de la estructura familiar de ese momento.

Se analizaron las historias clínicas de los cuatro integrantes del sistema conformado por Bautista, su hermana y sus padres, destacando los emergentes más significativos como queja inicial, motivo de consulta, indicadores de los tipos de vínculos, de las jerarquías, los límites, y en resumen de la dinámica familiar. Asimismo, se relevaron las hipótesis volcadas en las historias clínicas y el tipo de intervenciones puestas en práctica.

Se estudiaron también las entrevistas con los admisores y los terapeutas del caso. Se trabajó con los admisores acerca de sus impresiones e hipótesis respecto del caso en las *entrevistas de admisión* y sobre la estrategia de acción recomendada al terapeuta. Las entrevistas con los terapeutas tratantes permitieron profundizar acerca de los detalles iniciales del caso, la información sobre la persona afectada y su familia, de la sintomatología y de los aspectos relacionales y observaciones que los terapeutas registraron a lo largo del tratamiento. También se indagó sobre las estrategias e intervenciones, y las conductas que la familia desplegó alrededor de las tareas y los logros e indicadores de cambio en el sistema familiar a lo largo del tratamiento.

También se indagó en el proceso de supervisión y en las intervenciones sugeridas a los terapeutas de la persona afectada y su familia, durante las reuniones del *grupo de supervisión*. Dado que el tratamiento del caso en la institución había concluido antes del inicio de las prácticas de este tesista, se consultaron los libros de actas del período en cuestión, obteniéndose los registros de los planteos situacionales o problemáticos que relataron en supervisión los terapeutas del caso, y las sugerencias realizadas por los integrantes del *grupo de supervisión*, que luego se pudieron ver reflejadas en el tratamiento. Esta información se complementó con la observación participante de las reuniones del *grupo de supervisión* de la institución. En conjunto con los instrumentos mencionados anteriormente, estas observaciones participantes

permitieron integrar y conocer de modo más acabado las modalidades terapéuticas que implementa la institución en el tratamiento sistémico de los trastornos graves, como la esquizofrenia.

La información recabada de acuerdo a lo descrito, fue ordenada cronológicamente en una línea de tiempo (ver Figura 1), que permitió resaltar los procesos que se desarrollaron, poniendo énfasis en los circuitos disfuncionales del sistema, las conductas emergentes, su momento de aparición y duración, las intervenciones realizadas por los terapeutas, y los cambios percibidos.

5. Desarrollo

Como se indicó en el apartado de Procedimiento del presente trabajo, el sistema no se abordó unificadamente desde el comienzo, sino que tuvo una cronología particular, donde una gran parte de la información relevante se obtuvo durante las terapias individuales de sus miembros, por lo que el tesista consideró necesario ordenar la información de los registros de las historias clínicas y las supervisiones en forma cronológica, siguiendo la secuencia en que fue conocida y comprendida desde la institución. Para ello se planteó gráficamente una línea de tiempo (ver Figura 1).

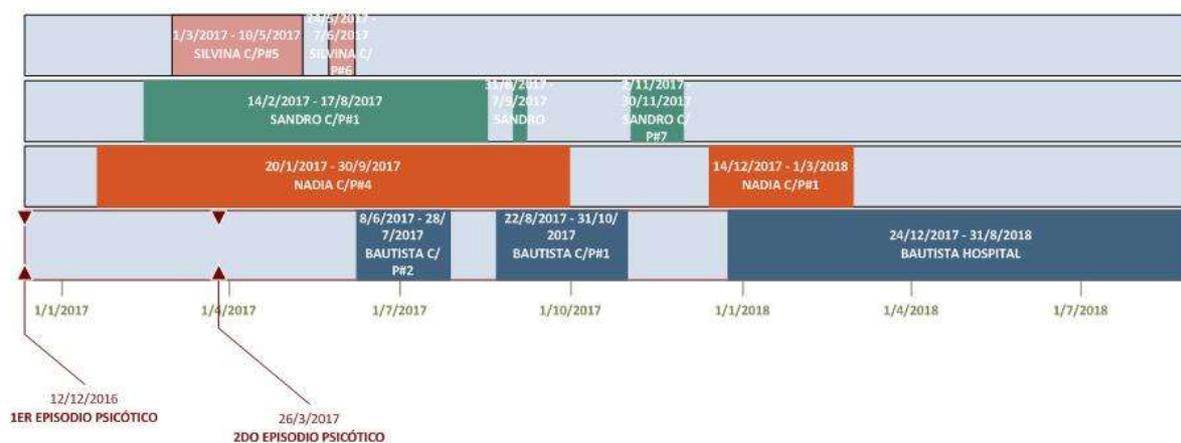


Figura 1. Línea de tiempo de los tratamientos del sistema analizado

La secuencia del caso comienza con Nadia, que acude a consulta en forma individual debido a la angustia y frustración que le producen, en este orden, las crisis con su actual pareja, un novio no conviviente, problemas de adaptación en su trabajo, y el desborde familiar que existe en su casa, especialmente desde que su hijo Bautista tuvo que ser hospitalizado por una crisis.

Poco tiempo después que Nadia, acude a la institución Sandro, la ex pareja de Nadia y padre de sus dos hijos, Bautista y Silvina, también para consulta individual. Sandro, que al momento de acudir a la institución se encontraba separado de Nadia desde hacía cinco años, y en ese momento se encontraba viviendo con su madre, presentó como motivo de consulta su deseo de obtener un informe de psicodiagnóstico, que le ayudara a rebatir una orden judicial de restricción en su contra por violencia doméstica, solicitada por su pareja Wanda. Sandro se atendió un tiempo en terapia

individual, durante la cual se centró básicamente en los problemas con su pareja Wanda, con la que tiene dos hijas pequeñas: Sofía y Guadalupe.

Como se indica en el apartado de metodología, con la información de las entrevistas de admisión, se elaboró el genograma inicial (ver Figura 2), que permitió visualizar la estructura de los sistemas analizados.

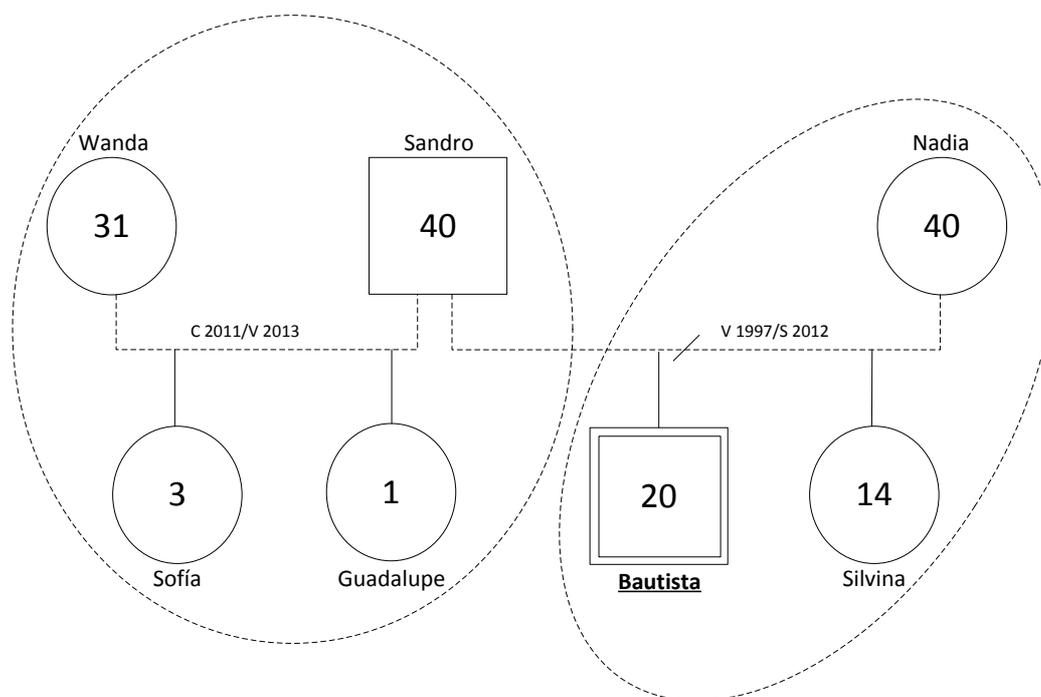


Figura 2. Genograma del sistema familiar al momento de consulta

A instancia de la terapeuta de Nadia, acude a terapia individual Silvina, en ese momento de 14 años, a terapia individual con la terapeuta P#5. Los temas tratados con Silvina son las constantes peleas con su madre Nadia por la falta de colaboración en las tareas domésticas, y su deseo de abandonar el colegio, porque en sus palabras “no entiende para qué va”.

En esta etapa se percibe en la supervisión que, en ambas terapias parentales, la de Nadia y la de Sandro, surge la preocupación por las conductas extrañas de Bautista. Ambos relataron independientemente estar preocupados por no saber cómo manejar la situación, no saber qué le sucede a su hijo desde que tuvo su primera internación, ya que ha multiplicado su sintomatología y les resultaba imposible de entender y manejar.

En ese momento, a cinco meses del tratamiento individual de Nadia y cuatro del tratamiento individual de Sandro, cuando las únicas intervenciones de corte sistémico se

habían dado entre los terapeutas de Nadia y Silvina para la organización de las tareas domésticas, y luego de mucha insistencia por parte de la terapeuta de Nadia, se logra que Bautista concurra a consulta. Aún en su discurso a veces delirante y distanciado de la realidad, Bautista fue el miembro del sistema que proporcionó la información más relevante para poder realizar hipótesis sistémicas acerca del estado de situación, y en base a ellas, realizar intervenciones sobre el sistema. Durante su tratamiento, se trabajó tanto desde técnicas cognitivas como sistémicas sobre los pensamientos delirantes, la sexualidad, la privacidad versus promiscuidad, los roles familiares y sus jerarquías.

Coincidentemente, la obra social a través de la que se atendía la familia, suspendió los pagos durante varios meses, obligando a los socios a hacerse cargo de la totalidad de los costos del tratamiento, lo que introdujo un nuevo estresor a la situación y obligó a la institución a replantear la estrategia de tratamiento. Con la salud de Bautista como prioridad, el equipo llegó a la conclusión de que el dispositivo de la institución, no era el más adecuado para el tratamiento del caso y se decidió recomendar la derivación a un hospital público de la zona norte del Gran Buenos Aires.

En cuanto a las condiciones de la vivienda del núcleo conviviente formado por Nadia, Bautista y Silvina, se pudo determinar que es una casa muy chica de una sola planta, con un fondo libre, que era propiedad de Nadia y Sandro. Originalmente la casa constaba solo de una cocina comedor, un baño y un dormitorio, que en ese momento ocupaba Nadia. A posteriori le fue agregado un entrepiso abierto sobre la cocina comedor, donde tienen su espacio Bautista y Silvina. La casa no contaba con puertas en las aberturas interiores, impidiendo la privacidad de los habitantes.

Nadia tenía 40 años al momento de la consulta y trabajaba como personal no docente en una escuela. Cinco años antes se separó de Sandro, el padre de sus hijos, luego de muchos alejamientos y reconciliaciones desordenadas, dentro de un período de un par de años. De la anamnesis, se relevó que la familia de origen de Nadia fue altamente disfuncional, y que predominó un panorama de vivencias violentas y trastornos de conducta, que se sostenían en la actualidad, causándole mucha ansiedad. Su padre fue descrito como una persona irascible, que ejerció violencia física al interior de la familia, y que aún al momento de consulta la denigraba en las visitas que ella les realizaba. Su madre sufría de demencia temprana, y su hermana tenía diagnóstico de trastorno bipolar.

La vivencia de Nadia, al momento de la consulta individual, es de un gran monto de angustia: “me siento desbordada”. Nada en su entorno (hijos, ex pareja,

novios, trabajo) parecía tener orden ni límites, el medio se imponía sin posibilidad de acción ni comprensión. Paradójicamente, la realidad obligó a Nadia no solo a sobrellevar esas vivencias tan conflictivas, sino que la crisis de Bautista terminó situándola como la única cuidadora realmente disponible en el sistema familiar. Nadia, como otros familiares de personas con trastornos graves, debió hacer frente a estos desafíos con su capacidad de maniobra ya comprometida, tanto por la falta de recursos del entorno, como de su propia personalidad (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

Sandro tenía 40 años cuando acudió a consulta individual. Trabajaba en forma discontinua como profesor de artes marciales y diferentes tipos de box, pero no lograba una formalidad o mantener durante mucho tiempo estos trabajos o estas posiciones. Relató proyectos de independencia económica abriendo su propio gimnasio, pero no manifestó planes realistas para alcanzar esos objetivos. Al momento de la consulta se encontraba viviendo con su madre, ya que Wanda, su pareja y madre de sus pequeñas hijas, le interpuso una orden judicial de restricción. Se comprobaron varios índices de que a Sandro le costaba entender los límites y cómo ubicarse. Las cosas a él “le pasaban” y no tenía ninguna responsabilidad sobre sus acciones.

Silvina, de 14 años, era estudiante secundaria. Cuando acudió a consulta lo hizo acompañada por su madre. Refirió que la pasaba mal en el colegio, y que no entendía por qué iba. Al referirse a la relación con sus padres, dijo que con Nadia tenía discusiones muy frecuentes, que ella le gritaba todo el tiempo.

Finalmente, Bautista fue el último de los miembros de la familia que acudió a consulta a la institución, cuando tenía 19 años. Trabajaba como profesor de música en un colegio, siendo además músico y cantante aficionado. Al momento de su primera crisis también estaba estudiando profesorado de música. Relata en las primeras sesiones que sufrió una descompensación psicótica en un recital, que en esa oportunidad consumió pastillas por primera vez, y que luego del evento lo internaron en una clínica. Dice que le recetaron Risperidona (antipsicótico de segunda generación), Sertralina (antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina -ISRS-), y Clonazepam (ansiolítico, anticonvulsivante del grupo de las benzodiazepinas) (Bravo Ortiz, 2003). Que desde antes del episodio consumía marihuana recreacionalmente y que nunca le trajo consecuencias.

El terapeuta P#2 refirió que el relato de Bautista acerca de su biografía y estado actual fue complejo y desorganizado, pero, de todas maneras, desde las primeras sesiones se advirtieron situaciones de posible abuso intrafamiliar, hacinamiento y

ausencia de límites claros en el sistema. Cuando se trabajó con Bautista el episodio que motivó su primera internación, él refirió que hacía un tiempo había venido sintiendo una conexión permanente con Dios, el que, aunque no le hablaba verbalmente, le hacía percibir que se iba a producir una comunicación. Indicó que el día del primer episodio, aumentó la intensidad de esta conexión, y que en esos momentos él se encontró tirado en la cama con los brazos abiertos en cruz y sintiendo que era Jesús, que era Dios. Bautista contó que hasta ese momento tuvo dos episodios psicóticos, que en ambos casos se siguieron de una breve internación, y en el segundo caso con reajuste de la medicación. El segundo episodio fue confuso, ya que se lo encontró caminando descalzo por la ruta, con el pensamiento y el discurso muy desorganizados, y fue llevado al hospital por la policía. Sin embargo, de la interpretación de su relato en supervisión, surgió la sospecha de una tercera crisis, no de carácter maníaco o psicótico, sino de índole depresiva. Este episodio, que no llamó la atención de la familia en su momento ni fue motivo de consulta, se caracterizó por una sensación de angustia muy fuerte, y la imposibilidad de salir de la cama por un par de días. Siguiendo este indicio, se preguntó en sesión acerca de los tiempos previos al primer episodio psicótico, y en el relato tanto de Bautista como de su madre, ellos dieron cuenta de síntomas relacionados con depresión leve a moderada. En supervisión se formó la hipótesis de que esta sintomatología podría ser compatible con un síndrome prodrómico del trastorno (Olin & Mednick, 1996), y se presumió un estado depresivo de base.

Desde las primeras sesiones, Bautista refirió recuerdos infantiles traumáticos al escuchar las relaciones sexuales de sus padres, debido a la ausencia de puertas en el interior de la casa, que para sus padres nunca constituyó un problema. Bautista lo relató como algo que fue relevante para él y que lo perturbó siempre. Esta situación de promiscuidad se mantuvo aún después de que Sandro dejara la casa, ya que Nadia llevaba a sus novios y mantenía relaciones sexuales allí, mientras sus hijos estaban presentes. Era frecuente que Bautista expresara su enojo con Nadia sobre la entrada de sus novios a la casa, y se observaron indicios de que, en esos momentos de tensión, Bautista ha tenido alucinaciones auditivas.

En cuanto a sus vínculos con los demás, Bautista dijo en sesión que “soy una persona que siempre está pendiente de lo que piensan de mí”.

5.1. Objetivo específico 1: Identificar los circuitos del sistema familiar que contribuyen al sostenimiento del trastorno.

A partir del análisis de las historias clínicas, de los registros del grupo de supervisión y de las entrevistas con los terapeutas, fue posible identificar ejemplos de *causalidad circular* (Barbagelata, 1999), que han sido naturalizados dentro del sistema, y clasificarlos de acuerdo a los constructos sistémicos que se pusieron en juego, en siete categorías: límites extrasistémicos débiles o ambiguos, límites intrasistémicos y jerarquías indiferenciados, conductas no compatibles con el ciclo vital, alto nivel de EE y criticismo (García Ramos et al., 2012), interacción paradójica, falta de comprensión sobre las características y consecuencias del trastorno, y carga sobre los cuidadores (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

Comenzando con los límites extrasistémicos, como refieren Ochoa de Alda (1995) y Minuchin y Fishman (2004), desde el enfoque estructural se presta especial atención a las particularidades de las fronteras tanto internas como externas, ya que la forma en la que se estructura el sistema y los subsistemas determinan las conductas, y en la rigidez o labilidad de dichos límites pueden encontrarse factores relevantes para la aparición y sostenimiento de trastornos en sus miembros. En el caso de este sistema familiar conviviente, del que Sandro no forma parte desde hace 5 años al momento de consulta, se notó sin embargo que su presencia e injerencia no ha respetado los límites, y que Nadia no los percibió como importantes y no tomó acciones para sostenerlos.

Se observó en la línea temporal que hay una correlación, no necesariamente causal, entre la crisis de pareja entre Sandro y Wanda, en la que se genera la orden de restricción, y la primera crisis psicótica de Bautista. En estas circunstancias, Sandro se mudó un tiempo a la casa con Nadia y los hijos, manifestando que el propósito era colaborar en el cuidado de su hijo. Nadia aceptó a regañadientes, porque debió continuar con su rutina de trabajo y Sandro podía quedarse porque no estaba trabajando en ese momento. Nadia no sabía que él tenía otra pareja (Wanda) y que tenía hijas también con ella. Cuando Nadia se enteró, se comportó como si no le interesara demasiado. Sandro frecuentemente llevaba a sus dos hijas pequeñas para pasar tiempo con ellas, pero planteaba excusas para ausentarse y Nadia o Silvina terminaban a cargo de las niñas. Las dos se sentían mal con la situación, pero no podían establecer límites.

Otro aspecto de la dinámica familiar en el que se vieron vulnerados los límites extrasistémicos, fue la presencia frecuente de los novios de Nadia y las conductas que

se desarrollaban. El terapeuta P#2, comentó que la presencia de estas personas, le causaba a Bautista mucha perturbación, no solo por estar expuesto a la situación de promiscuidad ya relatada más arriba, sino que en al menos una oportunidad uno de los novios que tenía acceso a la casa, opinó en voz alta frente a Bautista y Nadia, que Bautista era un caprichoso y un maleducado.

Los límites intrasistémicos y las jerarquías familiares del sistema se observaron como altamente lábiles e indiferenciadas (Minuchin & Fishman, 2004). La relación de Bautista con Sandro era casi simétrica, más propia de amigos o hermanos. Su papá buscaba prioritariamente su aceptación, tocaban juntos la guitarra y hacían actividades juntos, olvidando las responsabilidades de cuidado, como por ejemplo controlar la medicación, aun habiendo antecedentes de que Bautista se olvidaba o rechazaba tomarla. En una sesión Bautista manifestó en relación a su padre: “Yo tengo cierto miedo con él, porque él le pegaba a mi mamá”. En otra oportunidad se relató en sesión grupal, que, ante una diferencia, Bautista “agarró a trompadas al padre”.

Se observaron conductas sobreprotectoras (Rascón et al., 2014) de ambos padres, que manifestaron que nunca le pudieron poner límites a Bautista ni a Silvina, según ellos siempre dijeron que sí a sus demandas.

La situación de promiscuidad ya mencionada, fue otro índice de la indiferenciación de los espacios, la privacidad y las jerarquías familiares. Como se indicó, la casa en la que viven no tiene puertas. En línea con esta indiferenciación de espacios y la privacidad, Silvina relató en una sesión, que en una oportunidad entró en la habitación y encontró a su madre mirándose la entrepierna con un espejo de mano. No quedó claro si Nadia estaba desnuda en ese momento. En este contexto, no causó extrañeza el relato de Bautista en sesión individual, contando que ha tenido deseos sexuales hacia su hermana. Dijo que Silvina lo vio masturbarse en una oportunidad mientras la miraba, y que se sintió muy mal y muy culpable. No se comprobaron referencias a algún episodio en que esto se haya puesto en acto, pero aun así se evaluó que la situación era de riesgo y desprotección, tanto para Silvina como para Bautista.

Según Minuchin y Fishman (2004), las familias pueden clasificarse de acuerdo a la rigidez y claridad de sus límites, entre desligadas y aglutinadas, las primeras exhiben límites rígidos con poca comunicación entre los subsistemas (Wainstein, 2006a) y poca capacidad de adaptación y las segundas muestran límites difusos que impiden la diferenciación a sus miembros. Como se observó, el sistema analizado es una familia

aglutinada, ya que se pudieron comprobar la indiferenciación de roles, de las jerarquías, de los espacios vitales y de la privacidad.

De acuerdo a Ochoa de Alda (1995), un indicador de disfuncionalidad del sistema familiar es la observación de conductas no acordes al ciclo vital. En concordancia con las distorsiones de la estructura del sistema, las desviaciones del ciclo esperado para sus miembros, causan grandes desajustes. En el caso del sistema analizado, ambos padres, en diferente medida, mostraron conductas desajustadas respecto de su ciclo vital. Sandro no lograba tener empleo ni vivienda estable, no tenía planes, a pesar de haber pasado por dos parejas con las que tuvo en total cuatro hijos, no podía enfocar en las responsabilidades del rol paterno, habiendo quedado estancado en una etapa adolescente. Nadia, por su lado trabajaba, y mantenía a su familia. En su caso no fue tan claro hablar de un desajuste del ciclo vital, sino más bien de características de la personalidad que le dificultaban los vínculos y en consecuencia su funcionalidad en el rol parental. Silvina no presentaba desajustes en ese momento, pero se discutió en supervisión que debía ponerse atención a las dinámicas familiares que pudieran impedir un cambio en el momento adecuado. La aparición del trastorno en un punto crítico del desarrollo de su autonomía, puso a Bautista en un estado de estancamiento vital, cuya resolución fue el objetivo prioritario del tratamiento.

Según Leff (1997) y Barbajelata (1999), el concepto de EE, describe un estilo de comunicación familiar (Wainstein, 2006a), con altos niveles de crítica, hostilidad y dosis emocional hacia la persona que sufre el trastorno, y es uno de los factores ambientales que más correlacionan en la esquizofrenia con las recaídas (García Ramos et al., 2012). Nadia tenía un estilo de comunicación violento en momentos de frustración y agobio, que reproducía el de su familia de origen, según ella misma describió. Los episodios de gritos e insultos eran casi diarios, y sus hijos los relataron en sus respectivas sesiones de tratamiento. Normalmente se producían por la comprobación por parte de Nadia, de que las tareas domésticas prescriptas o supuestamente prescriptas, no se habían realizado en su ausencia. A Nadia le costaba recordar, en esos momentos, lo tratado en varias sesiones psicoeducativas acerca de los síntomas negativos del trastorno de Bautista. Nadia se quejaba a los gritos de Bautista, diciendo que se negaba a colaborar, que pedía las cosas de mala manera y esperaba ser servido por su madre: “¡duerme hasta las 15 hs!”. En una sesión Nadia dijo “me enojé tanto, me enoja tanto que no haga nada (por Bautista) que no le hice la comida”, “¡Bautista, me quitas mi vida!”.

Como describe Barbagelata (1999), en los vínculos donde la comunicación verbal contradice la comunicación no verbal, se produce un tipo de interacción de tipo paradójico, que es altamente perturbador para los miembros más vulnerables. Durante el análisis del caso se encontraron múltiples ejemplos de este tipo de interacción. Sandro se presentaba siempre con actitud afable y cordial. Esta actitud era contradictoria con su discurso, que estaba lleno de promesas. En la práctica esto hizo recaer mayor carga sobre Nadia, que no tenía de por sí mejores recursos personales que Sandro, pero que, por cuestiones culturales de género, le hicieron difícil eludir las responsabilidades como él lo hacía. Adicionalmente, la frustración y el enojo que esta asimetría produjo, hacía reaccionar a Nadia de forma violenta y destemplada, y entonces resultaba muy fácil que se le atribuyeran características de “loca”. En otras oportunidades, cuando Nadia se quejaba agobiada de la carga doméstica por la falta de ayuda de Silvina o Bautista, Sandro, desde una posición pasiva, acusaba de las faltas de disciplina a “los nervios de Nadia”. En una sesión, Bautista relató un episodio que le resultó angustiante. En un momento en el que se encontraban en la cocina de la casa Silvina, Nadia, y él, y su hermana se estaba arreglando para salir, Bautista le dijo, según él a modo de elogio: “Estás buena, ¿sabés cómo te daría?”. Inmediatamente Nadia se levantó violentamente y le gritó: “¡Yo te mato!”. Él quedó muy angustiado y culposo durante varios días. Teniendo en cuenta la situación de promiscuidad permanente que vivieron los hijos en esa casa, la reacción de Nadia se interpretó como una comunicación paradójica.

De acuerdo al estudio citado por Rascón et al. (2014), una característica muy común que complica el pronóstico de las personas con esquizofrenia, es que los padres no identifican que está pasando con sus hijos, lo que retarda la consulta inicial. En apartados anteriores se ha relatado como, en el marco desordenado del sistema familiar, se descartaron muchas de las señales de alarma que deberían haber hecho recomendable la consulta más temprana. Sin embargo, como se desarrolla en Rascón et al. (2014), es muy común que las familias asignen las conductas extrañas y desagradables a la adolescencia. En consecuencia, no se prestó adecuada atención a que Bautista se encontraba frecuentemente solo en su casa, cuando lo que necesitaba era, que una vez que ya había tenido su primer episodio psicótico e incluso los siguientes, se hiciera un control estricto de la medicación.

Como expresan Bobes García y Sainz Ruiz (2013), los trastornos mentales graves, imponen a la familia una multiplicación de los estresores que afectan la vida diaria, a veces de por vida. Los cuidadores, sin embargo, se hacen cargo sin remedio de

la mayor parte de esa carga. En el caso analizado, Nadia no solo fue el único miembro que se ocupó dificultosamente de los cuidados de Bautista, sino que Sandro, que se mudó a la casa para colaborar en el cuidado, le impuso con sus conductas una carga adicional de angustia y desborde, con sus ausencias y promesas incumplidas (Rascón et al., 2014). Nadia permanentemente decía “soy yo la única que carga con esto, la carga siempre va sobre mí”. En las sesiones individuales, Nadia mostró variaciones de ánimo considerables, se reía y lloraba de un momento al otro, decía que ella no había querido tener a sus hijos y que necesitaba que el padre se hiciera cargo. En esas condiciones, a Nadia le resultó difícil planificar las mínimas tareas para el ordenamiento de la situación, y tampoco pudo ordenar sus pensamientos y sentimientos. Para Nadia como única cuidadora, el trastorno de Bautista y la subsiguiente reacción del sistema (principalmente las conductas de Sandro), significaron una merma en la calidad de vida, en sus expectativas personales, la afectación de su salud física y psíquica, agotamiento, nulo reconocimiento, y sentimientos de ira y frustración (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013). En coincidencia con García-Portilla González et al. (2013), los cuidadores de personas con esquizofrenia tienden a ser mujeres, y esta prevalencia de género hizo que el impacto de la carga del cuidado fuera más elevado.

5.2. Objetivo específico 2: Describir las intervenciones que los terapeutas realizaron sobre el sistema familiar, con el objetivo de modificar dichos circuitos.

El segundo objetivo específico propuesto para este trabajo, fue describir las intervenciones que los terapeutas realizaron sobre el sistema familiar para modificar la *causalidad circular* del sistema (Barbagelata, 1999).

Como se expuso en la presentación del caso, el planteo realmente sistémico comenzó cuando Bautista acudió finalmente a consulta y, a través de su relato, se comenzaron a evidenciar las características altamente disfuncionales del sistema familiar, ya que, hasta entonces, si bien habían concurrido a terapia individual los otros tres miembros, éstos solo habían revelado relatos aislados y parciales, centrados en las propias vivencias individuales. Desde el punto de vista sistémico, no habían proporcionado información relevante acerca de las dinámicas y la funcionalidad de los vínculos, porque para ellos éstas se encontraban naturalizadas y por ende no pudieron ser visibilizadas (Minuchin et al., 2011). Según palabras de uno de los terapeutas en

espacio de supervisión, fue necesario que el “enfermo”, el emergente de su sistema, fuera el portavoz de la familia a través del síntoma, para que se pudiera hilvanar la información, y darle significado y utilidad en forma de una estrategia terapéutica (Wainstein, 2006b).

Las intervenciones implementadas por los terapeutas surgieron a partir del planteo de estrategias en el *grupo de supervisión*, tal como se expone en García Cabeza (2008) y Leff (1997). En palabras de la terapeuta P#1: “La supervisión fue el terapeuta sistémico en este caso, porque fue el dispositivo que permitió aunar todas las estrategias y las intervenciones, aunque se realizaran con terapeutas distintos y en momentos distintos, sea en la terapia individual o familiar”. Las estrategias que se definieron en este caso consistieron en el trabajo para el ejercicio de la jerarquía parental, de reglas y límites, la psicoeducación de los padres (Anderson, et al., 1986), el trabajo sobre la EE (García Ramos, et al., 2012) a través de la mejora de la comunicación (Wainstein, 2006a), y la promoción de la autonomía de Bautista.

Con el trabajo para reforzar la jerarquía del subsistema parental y el establecimiento de reglas y límites, se buscó abordar el que se consideró como principal problema de este sistema familiar: la carencia de límites claros, tanto para diferenciar el sistema del medio, como los subsistemas entre sí y de las jerarquías necesarias para el funcionamiento adecuado de los miembros. Concretamente se trabajó en proteger la diferenciación de los integrantes del grupo familiar, mediante el fortalecimiento de los límites que demarcan el espacio entre las familias de Nadia y de Wanda, y entre los subsistemas parental y filial. Con el trabajo sobre la estructura del sistema (Minuchin & Fishman, 2004), también se esperaba ajustar las conductas incompatibles con el ciclo vital y reducir la carga sobre Nadia, la única cuidadora dedicada a Bautista (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013). Se consideró importante que no solo se indicara la importancia de los límites, sino que se pusieran en práctica en las propias sesiones. Los terapeutas intervinieron ante las mínimas disrupciones del orden de las sesiones, insistiendo en que los padres lo mantuvieran. Buscaron *redefinir* el caos conductual de la interacción, *resignificarlo* como miedo, dolor o necesidad, de manera que reconocieran y pudieran abordarlo (Ochoa de Alda, 1995).

Con Nadia se trabajó el ejercicio de la jerarquía, el posicionamiento de la madre como autoridad, el establecimiento de normas y reglas claras, el empoderamiento y la reflexión acerca de su propia historia de vida (Minuchin & Fishman, 2004).

Siguiendo con el trabajo sobre las jerarquías parentales, el equipo terapéutico comprobó que, a pesar que las conductas desordenadas de Sandro funcionaban muchas veces como factores estresores, en su relación con Bautista pudo proveer cierto tipo de contención, porque Bautista siempre lo escuchó. Por ejemplo, cuando el padre le ordenaba tomar la medicación y seguir los tratamientos prescritos, Bautista prestaba más atención que cuando su madre lo retaba a los gritos. Se fomentó la intervención de Sandro, resaltando el valor del cuidado, como forma de marcar la jerarquía paterna y dar a Bautista una estructura parental más contenedora (Wainstein, 2006b). Al mismo tiempo, se trabajó con Bautista la relación con su padre, y los límites sobre el dinero de su sueldo.

Mediante el trabajo en psicoeducación (Anderson, et al., 1986), se operó en proveer información y superar los problemas originados en la falta de comprensión del trastorno que afecta a Bautista. Los padres de Bautista nunca habían escuchado hablar de la psicosis. Esto es coincidente con los estudios que cita Rascón et al. (2014), acerca de que los padres se sienten desorientados, no pueden entender qué es lo que está pasando con sus hijos y básicamente se generan pensamientos negativos hacia la persona que tiene estos episodios.

En un momento, desde la supervisión se sugirió abrir un espacio familiar, en principio con Nadia y Sandro, y a posteriori incluyendo a Silvina, dado que empezaron a aparecer situaciones que la incluían. Se trabajó en psicoeducación (Barbagelata, 1999) y se notó la descompresión de Nadia. En este dispositivo familiar no se sumó a Bautista, porque una vez se lo incluyó y terminó desorganizado. En las sesiones se trató información sobre la enfermedad, información sobre la medicación, el manejo eficaz en situaciones difíciles, e inclusive el reconocimiento de la importancia de preocuparse por uno mismo.

Una característica que se daba en la conducta de Bautista, era la limitada flexibilidad cognitiva, que pudo asociarse al deterioro producido por la psicosis (Tamminga, 2006). En la práctica, esto se comprobó en las rigideces mostradas en la vida cotidiana de Bautista, por ejemplo, la necesidad de sentarse en un determinado lugar de la mesa, o hacer las cosas de una determinada manera sin poder cambiar ni el mínimo detalle. Estas conductas fueron resignificadas como conductas de control frente al desorden que le producía el trastorno. Según el terapeuta P#3, fue un aprendizaje difícil para la familia comprender que “la certeza del delirio no se desarma con una explicación racional”, eso significó aprender hasta donde escucharlo literalmente y

cuando percibir que puede tratarse de un comentario delirante y dejar que pase el tiempo antes de reaccionar. “A diferencia de otras patologías que son evidentes desde la niñez y permiten a los padres una preparación y adaptación temprana y gradual, el trastorno de Bautista no fue evidente hasta la adolescencia, y los comportamientos extraños de la etapa prodrómica (Olin y Mednick, 1996) se enmascararon fácilmente con las actitudes propias de esa etapa vital. En el caso de Bautista, él venía con mucho impulso para hacer una carrera en la música, y de un momento a otro se brotó”.

Se trabajó sobre la necesidad de no dejar solos a Silvina y Bautista en la casa. Silvina decía que sentía un poco de miedo porque no sabía cómo él iba a reaccionar, reclamo que tenía justificación. Se enfatizó a Nadia que Silvina también necesitaba de su cuidado. Para poder lograr coordinar los tiempos, mantener presencia parental en la casa y que ambos pudieran colaborar con parte de la carga, apareció la sugerencia de construir una pieza en el fondo de la casa de Nadia para que Sandro tuviera su lugar cerca de Bautista. El terreno y la casa eran de ambos padres, y hasta el momento no se había realizado separación ni subdivisión del terreno. Nadia puso sus prevenciones de que, si Sandro entraba nuevamente a la casa, no sólo no iba a aportar, sino que “nos va a vivir”. Se le preguntó de qué manera sería esto: “bueno, se va a comer todo lo que hay en la heladera, se va a pasar todo el día tocando la guitarra con Bautista”. Entonces, parte de las intervenciones fueron las de establecer límites, incluso físicos, porque la primera opción que se planteaba era que Sandro entrara directamente a la casa, y, aún sin ser ideal, surgió como alternativa la construcción de dicha pieza en el mismo terreno, pero sin posibilidad de ingreso irrestricto a la casa. Por lo tanto, esta idea fue un intento de intervención con doble objetivo: uno fue el cuidado de Bautista, en el sentido que obtuviera mayor presencia de alguno de los dos padres, la que él requería para todo tipo de orden: levantarse, hacer las actividades de la vida diaria, y muy principalmente para sostener la adherencia a la medicación. El otro objetivo, fue establecer límites al ingreso irrestricto a la casa por parte del padre.

Al trabajar sobre la comunicación entre los miembros de la familia (Wainstein, 2006a), el equipo de terapeutas buscó reducir los efectos desfavorables de la alta EE y criticismo, y poner luz sobre las interacciones paradójicas. Se trabajaron la comunicación no verbal, el inicio de conversaciones, la discusión constructiva, la clarificación de mensajes (Watzlawick et al., 1984), la expresión de sentimientos, realizar preguntas claras y escuchar activamente, con la finalidad de reducir la *Emoción*

Expresada (García Ramos et al., 2012) y ayudar a la reducción de la carga sobre la cuidadora (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

En consonancia con Sadock et al. (2009) y otros autores modernos, los objetivos del tratamiento de Bautista, se centraron en la *recuperación* y la promoción de su autonomía. En el caso de Bautista, esto significó plantear una estrategia para retomar el desarrollo de su ciclo vital, que se vio interrumpido desde su primer episodio psicótico. Este objetivo quedó supeditado a otros más prioritarios, de estabilización, del mejoramiento de las condiciones de vida familiares, etc., pero, sin embargo, desde el inicio se incluyeron intervenciones tendientes a la autonomía.

Se empezaron a trabajar planes y emociones sobre retomar el estudio de profesorado, el trabajo en el colegio y la carrera musical. Cuando aparecieron señales de ansiedad con estas temáticas, se le enseñaron ejercicios de mindfulness para lograr relajación.

5.3. Objetivo específico 3: Analizar los efectos de las intervenciones realizadas, sobre el sistema familiar.

En el análisis de los efectos terapéuticos sobre este sistema familiar, se encontró que, al analizar a primera vista los resultados de las intervenciones realizadas en la institución sobre el sistema familiar de Bautista, éstos no lograron los resultados esperados. Varios ejemplos extraídos de los registros de las sesiones posteriores a las intervenciones parecieron señalar la falta de efectividad de éstas:

“Se le tiene que reiterar repetidas veces a Nadia que le dé la medicación a Bautista. Por ejemplo, si ella no va a estar en todo el día, se le dice que le dé la medicación más temprano, antes de salir, para estar segura de que la tomó, porque ella se olvida, no logra ordenarse”. Los intentos de la terapeuta P#6 estaban dirigidos a focalizar a Nadia sobre el cuidado de su hijo Bautista, que ya había tenido el primer episodio psicótico cuando ella fue a consulta, porque estaba desesperada y no sabía qué hacer. Sin embargo, la terapeuta relata que “los intentos fueron de muy pocos resultados, ya que a ella le costaba focalizar, y terminaba siempre hablando de sus novios y de los problemas que ella tenía que sobrellevar”.

“No quedó claro del relato de Nadia y del relato de Bautista en su propia terapia, si le habían dado o no antipsicóticos. Aparentemente le dieron ansiolíticos, pero no antipsicóticos, y esto causó mucha preocupación en el equipo de terapeutas de la

institución”. “Costó aproximadamente 5 meses de tratamiento convencer a Nadia de que tome un día en el trabajo y acompañara a Bautista al psiquiatra para enterarse de primera mano cuál era su diagnóstico y cuál era la situación y el pronóstico y los cuidados que debía tener”.

“Nadia se muestra escéptica de lograr modificaciones”.

“Sandro abandonó la casa y fue a vivir con su madre. Sigue sin colaborar con el cuidado de Bautista. Respecto de la construcción en el fondo de la casa, se comenzó a acopiar materiales, pero en realidad nunca se llegó a concretar”.

Otros registros contienen resultados positivos, pero que no terminan de constituir cambios relevantes para el sistema, y para Bautista en particular:

“Nadia está tranquila y contenta: se lleva muy bien con su novio, ha integrado a su hija a la relación y suelen compartir salidas ambos con Silvina y el hijo de él, sin problemas. Incluso se ocupa de llevar a la niña a practicar patinaje, a cumpleaños y otras salidas, sin quejas y mostrándose siempre disponible. Nadia siente que tiene una familia”.

“Nadia ha asumido que está “sola” para sostener a sus hijos. A veces consigue ser firme con sus hijos y tiene buenos resultados. Asume que tiene muchos altibajos emocionales y empieza a aceptar consulta psiquiátrica. A solas ella cuenta que se ha alejado de su novio, al tomar conciencia de su total falta de atención”. “Nadia está más tranquila. Hay noches en que quiere quedarse tranquila y no ir a pasarla con su novio. Siente que eso ya no le sirve y quisiera otra clase de pareja”.

“Los hijos están bien. Reflexiona sobre su familia. Acordamos que no verá por ahora a su padre, quien la critica constantemente”.

“Nadia es receptiva a las sugerencias y permeable a las observaciones. Acepta de a poco la realidad de lo que padece su hijo. Nadia toma mejores decisiones”.

“Nadia relata diversos episodios vividos con su ex pareja en los que se ha visto decepcionada e incluso confundida. Reconoce que debe alejarse y no seguir creyendo en su ayuda”. Acepta lentamente su condición de “dueña de casa” y mujer “sola”.

“Bautista está mejor y ella se seguirá ocupando de llevarlo a control, aunque deba pedir frecuentes permisos en su trabajo.”

“Muy bien con sus hijos. Retomó natación.”

Luego de varios meses de tratamiento, el equipo terapéutico de la institución (Andersen, 1994), evaluó que la baja efectividad de las intervenciones, podía correlacionarse con las características altamente disfuncionales de la personalidad de

ambos padres. Desde un aspecto puramente nosológico, se consideró que este sistema tenía a un miembro afectado con un trastorno grave del Eje 1, con necesidades de cuidado que deben proveerse en forma sostenible en el tiempo, quizás de por vida, y que sus cuidadores tenían características de personalidad que eventualmente podrían ubicarse (sin constituir diagnóstico de trastorno) en el Eje 2 (American Psychiatric Association, 2002). En palabras de uno de los terapeutas del caso: “La familia hace diagnóstico y hace pronóstico”. Por estos momentos se empezó a discutir en supervisión, si la institución estaba preparada para un caso como éste, dado que el trabajo con los padres se dificultaba muchísimo.

El equipo decide hacer una intervención directiva, sugiriendo que la familia sea derivada al servicio de atención de salud mental de jóvenes y adolescentes, de un hospital de la zona norte del Gran Buenos Aires. Allí se había consolidado un dispositivo más rígido que el de la institución, que le podría proporcionar a esta familia la estructura necesaria, priorizando, ante todo, el cuidado adecuado de Bautista. Se comunicó a los padres que la derivación iba a ser gradual, que el hospital tenía el dispositivo adecuado, no sólo de atención multidisciplinaria, sino también con grupos para los familiares y se eligió dadas las grandes necesidades de cuidado que requería Bautista, que no podían ser satisfechas convenientemente por la familia, por lo menos en su estado actual. La oferta que se le hizo a la familia fue que Bautista empezara con el dispositivo del hospital, mientras Nadia continuaba con una terapia individual en la institución, atendiendo a los problemas de su carga como cuidadora (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

Con el inicio del tratamiento en el hospital, la primera mejora que se percibió fue el ordenamiento del tratamiento farmacológico (Chinchilla Moreno, 2000), y esto dio una cierta tranquilidad respecto de las recaídas y de la sintomatología positiva. Sin embargo, no tuvo efectos aparentes sobre la sintomatología negativa como la abulia y la falta de interés, con lo cual la madre no encontró en un principio que se le estuvieran facilitando las cosas (Barbagelata, 1999; Leff, 1997). Se notaron avances, pero muy a largo plazo, con el correr de las semanas y los meses. A diferencia de Nadia, Sandro tomó conciencia de la situación de Bautista en forma más rápida, pero se entendió que esto respondía a que compartía muy pocos momentos con Bautista y el peso de las responsabilidades no recaía sobre él.

Por inconvenientes de cobertura de la obra social, Nadia finalmente discontinuó el tratamiento individual que venía realizando en la institución. De todas formas, ella

fue sintiéndose contenida por el dispositivo del hospital, que le fue sacando parte de la carga, y finalmente se pudieron percibir resultados de las intervenciones psicoeducativas. Nadia pudo dar significado a la situación dentro de sus posibilidades, cosa que ayudó mucho a bajar su monto de ansiedad. Se consideró en supervisión que estos avances eran parte de un proceso que ya se había iniciado al derivar a Bautista al hospital público, que constituía un cambio que trajo orden y límites. O sea que, finalmente, el equipo pudo constatar la efectividad de una intervención, y que ésta produjo un *cambio de segundo orden* en la estructura del sistema. Ante la enorme labilidad parental, la elección de un dispositivo rígido como el del hospital llegó a ser la intervención más importante.

El pronóstico para Bautista, en palabras del profesional entrevistado que lo atiende en el hospital, es “difícil”. Bautista continuó con pensamiento rígido, propio de su trastorno, el que a veces siguió siendo malinterpretado por su madre como tozudez o capricho. Continuó con sintomatología que incluye alucinaciones auditivas.

Sin embargo, con la estabilidad de la medicación, pudieron trabajar con Bautista el retorno al trabajo, comenzando por dar unas pocas horas de clases, que fue el inicio hacia una nueva condición de normalidad. Bautista quiso anotarse en varias materias de la carrera del profesorado, pero se consideró que eran demasiadas. No obstante, se le incentivó a anotarse en una materia, esfuerzo que él podía sostener en ese momento, y que le proporcionaba la ventaja de una cobertura de salud, con la que podía obtener descuentos para la medicación que estaba tomando, y el aumento de la interacción social fuera del medio familiar, que tanto le hacía falta.

Resumiendo, del análisis sobre los efectos de las intervenciones, en un principio pudo pensarse que las mismas habían sido fallidas, dado que no habían tenido pregnancia los aspectos o efectos buscados. Sin embargo, siguiendo a Minuchin y Fishman (2004), se tuvo en consideración que ninguna intervención es fallida en su totalidad, aún las intervenciones “fallidas” tienen algún efecto. La derivación al hospital no pudo ser planificada como intervención inicial, ya que las respuestas del sistema a las intervenciones solo se pudieron conocer en la práctica, y, por lo tanto, la planificación tuvo que ser dinámica. En ese sentido pudo plantearse una cadena de intervenciones, monitoreo de efectos y replanteo de estrategias que han producido efectos, que han producido cambio, y que ese cambio ha tenido como consecuencia la mejora en las condiciones de Bautista y de su familia.

6. Conclusiones

El objetivo general del presente trabajo, fue describir desde un enfoque sistémico (Minuchin et al., 2011), el impacto de la esquizofrenia en el sistema familiar de un joven de 20 años (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013), que realizó tratamiento psicológico en una institución privada del norte del Gran Buenos Aires, y el efecto de las intervenciones realizadas por los terapeutas (Wainstein, 2006b). En términos generales, este tesista considera que el objetivo general y los objetivos específicos se han cumplido, habiendo sido éstos detallados ampliamente en el apartado Desarrollo, y contando con un marco teórico que permitió clasificar y fundamentar lo observado a través de los instrumentos utilizados.

Como se puede comprobar en los apartados de Metodología y Desarrollo del presente, para poder realizar el análisis del caso elegido desde un enfoque sistémico, fueron necesarias largas horas de trabajo, no solo en la transcripción digital de los registros de las historias clínicas de los cuatro miembros del sistema, escritas en forma manuscrita por siete terapeutas diferentes, en la desgrabación de otras tantas entrevistas a dichos terapeutas, y en la búsqueda y transcripción de los registros relevantes de las reuniones del grupo de supervisión (Donoso Castillo, 2005), sino principalmente en ordenar toda esta información de manera que ésta se unifique en un formato analizable sistémicamente, aun cuando durante el tratamiento dentro de la institución no lo fue estrictamente, sino hasta comenzada la terapia individual de Bautista. La línea temporal (ver Figura 1) es una construcción original de este trabajo, y con la misma fue posible tener siempre presente una referencia rápida que permitió estructurar mejor los objetivos y hacerlos más comprensibles para el eventual lector.

En cuanto al primer objetivo específico planteado para este trabajo, que consistió en identificar los circuitos del sistema familiar que contribuyeron al sostenimiento del trastorno (Ochoa de Alda, 1995), el trabajo fue intenso en la identificación y clasificación de los registros, ya que se trata de una familia en la que la estructura y el orden son escasos, y la secuencia de consulta en la institución y los relatos de sus miembros fueron un claro ejemplo de dicho desorden. De dicha tarea de ordenamiento de los registros utilizando una mirada sistémica, éstos se pudieron consolidar en siete categorías coherentes con lo esperado, para las familias en las que hay un miembro que sufre de esquizofrenia, de acuerdo al marco teórico recopilado: límites extrasistémicos débiles o ambiguos (Minuchin et al., 2011), límites

intrasistémicos y jerarquías indiferenciados (Wainstein, 2006b), conductas no compatibles con el ciclo vital, alto nivel de EE y criticismo (García Ramos et al., 2012), interacción paradójica, falta de comprensión sobre las características y consecuencias del trastorno, y carga sobre los cuidadores (Bobes García & Sainz Ruiz, 2013).

El ordenamiento realizado sobre los circuitos “sostenedores” del trastorno, permitió en consecuencia comprender las estrategias propuestas para el tratamiento, y ordenar a su vez las intervenciones para poder cumplir así el segundo objetivo específico del presente trabajo: describir las intervenciones que los terapeutas realizaron sobre el sistema familiar con el objetivo de modificar dichos circuitos.

Las intervenciones sistémicas que se pusieron en práctica con el sistema, se pudieron condensar para su mejor comprensión en cuatro ejes principales: trabajo para el ejercicio de la jerarquía parental (Wainstein, 2006b), de reglas y límites, la psicoeducación de los padres (Anderson, et al., 1986), el trabajo sobre la *Emoción Expresada* (García Ramos et al., 2012) a través de la mejora de la comunicación (Wainstein, 2006a), y la promoción de la autonomía de Bautista.

Se comprobó que estas líneas de abordaje terapéutico estaban en concordancia con las recomendaciones actuales sobre el tratamiento de la esquizofrenia (Sadock et al., 2009). Estos enfoques modernos, dan cuenta de la enorme influencia de los factores macro y micoambientales sobre el curso y pronóstico de la esquizofrenia (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986). En este sentido, los objetivos del tratamiento buscaron trascender la simple disminución de los síntomas y pusieron como meta el desarrollo integral de la persona.

A fin de desarrollar la respuesta al tercer y último objetivo específico de este Trabajo Final Integrador, donde el tesista debió analizar los efectos de las intervenciones realizadas sobre el sistema familiar, fue necesario hacerlo en dos partes, que representaron un resumen del trabajo que realizó el equipo terapéutico en su propio análisis de resultados y replanteo de estrategias. En la primera parte del análisis se recuperaron los registros del *grupo de supervisión* y de los terapeutas tratantes (Donoso Castillo, 2005), sobre los efectos de las intervenciones realizadas en las sesiones previas, incluyendo aquellas que se hicieron en forma anterior al tratamiento sistémico de Bautista. Se comprobó que, en general, los resultados de las intervenciones no fueron los esperados. Fuera de cambios menores o estados transitorios de tranquilidad, los planteos, el criticismo, la evidencia de falta de límites, volvían a ser los mismos y a tener casi la misma intensidad que en las sesiones previas a las intervenciones. En una

segunda parte del análisis de los efectos de las intervenciones, y teniendo en cuenta el estado de riesgo en el que seguían Bautista y su hermana Silvina, se investigó la disponibilidad en la zona de un dispositivo de salud con características más rígidas y efectivas. Se contactó al servicio de salud mental de un hospital público del que se conocían buenos antecedentes, y desde la institución se facilitó a la familia toda la información necesaria para el acompañamiento en este cambio.

Los terapeutas del grupo consideraron que la derivación hacia el hospital, fue la intervención más importante realizada desde la institución en este caso. Gracias a la entrevista concedida a este tesista por uno de los terapeutas actuales de Bautista en el hospital, fue posible relevar que esta última intervención estaba teniendo efectos positivos y sostenibles, que posibilitaron a Bautista iniciar un camino de *recuperación* y autonomía (Sadock et al., 2009).

En cuanto a las limitaciones encontradas para la realización de este Trabajo Integrador Final, una de las más importantes fue la corta permanencia y la consecuente alta rotación de los profesionales en la institución. El tesista no pudo obtener datos suficientes para hipotetizar sobre las causas, pero es probable que una de las fortalezas de la institución, la formación de profesionales sistémicos en un ambiente clínico, sea también una de sus flaquezas para los tratamientos prolongados. La institución es una opción muy buena para los practicantes y los profesionales jóvenes, que desean comenzar su práctica clínica en condiciones reales y con un dispositivo que proporciona tanto contención, como la experiencia condensada de otros profesionales más experimentados, en el *grupo de supervisión* (Donoso Castillo, 2005). La práctica que ofrece la institución es no rentada para los practicantes y de pago básico para los profesionales jóvenes. Quizás estas circunstancias determinan las condiciones para la corta permanencia de los mismos, que una vez adquirida cierta experiencia, deben privilegiar sus ingresos. Esta alta rotación pareció derivar en tratamientos cortos y desarticulados, no aptos para personas con demanda de tratamientos prolongados como la esquizofrenia, que requiere de un marco estable, mucho más en el caso de este sistema, falta de límites y jerarquías (Wainstein, 2006b). El dispositivo de supervisión (Andersen, 1994), que permite la visión sistémica de los casos, no pudo articular estrategias sólidas que superaran unos pocos meses de tratamiento. Las estrategias en el tratamiento de familias tienen una mirada sistémica (Minuchin et al., 2011), pero la institución no adscribe a un enfoque en particular, que quizás podría dar solidez teórica a las estrategias y en general, el trazado de las mismas depende de la particular

combinación del grupo de supervisión de cada momento, que como se indicó, tiene alta rotación de sus miembros. En el caso analizado, uno de los problemas que no pudo ser resuelto en la institución, fue la información precisa acerca del tratamiento farmacológico de Bautista. A pesar que la institución cuenta con dos psiquiatras en su planta de profesionales, por cuestiones administrativas de la obra social de Bautista y familia, éstos no fueron consultados, impidiendo la articulación multidisciplinaria recomendada para estos casos (Kreyenbuhl et al., 2010). Otra dificultad para la realización de este trabajo, se encontró en que los registros de las sesiones volcado en las historias clínicas, son escuetos y poco detallados. No es infrecuente que un registro de una sesión completa de 40 minutos tenga apenas tres renglones escritos en forma manuscrita.

En cuanto a las limitaciones relativas a la práctica del tesista, el caso elegido no pudo ser observado en forma directa, y esto dificultó el ordenamiento de la información, y generó dudas acerca de la correcta interpretación de los documentos. Por otro lado, un tratamiento típico de esquizofrenia tiene una duración de varios años, el que no puede seguirse en forma acabada desde una práctica que tiene una duración de un semestre.

Como aporte personal al posible tratamiento del caso en forma diferente, el tesista, considerando las limitaciones que se observaron, propone que una forma de sostener la fortaleza de la institución en la formación de profesionales sistémicos, y a la vez de mejorar las capacidades de tratamiento para personas con trastornos graves como la esquizofrenia, sería la conformación de equipos de terapeutas experimentados, a los que se proveyera de condiciones que contribuyeran a su permanencia más prolongada. Estos equipos experimentados podrían constituir también espacios de investigación, que fortalecerían la actualización permanente y permitirían el seguimiento de los casos en forma sistemática, y la elaboración de protocolos que permitan la rápida acción mediante la capitalización de la experiencia. Los equipos podrían tener su costado formativo, que también enriquecería la práctica realizada en la institución. Otro aspecto que podría potenciar la efectividad de la institución en el tratamiento de la esquizofrenia, sería reformular los grupos de supervisión, haciéndolos interdisciplinarios (Kreyenbuhl et al., 2010), incluyendo en ellos a los psiquiatras de la institución. Un aspecto a mejorar, aunque de menor importancia terapéutica, son los registros manuscritos utilizados en las historias clínicas y en las actas de las reuniones de supervisión (Donoso Castillo, 2005). Estos no permiten la utilización de la

información en forma rica y sistemática, por lo que el tesista propone que se realicen en formato digital.

El trabajo permitió comprobar que, en la práctica clínica actual de enfoque sistémico, se aplican las prácticas desarrolladas tanto por los autores clásicos de la década de 1970 en adelante, como las actualizaciones y desarrollos realizados en los últimos años. En cuanto a estos últimos y focalizando en el tratamiento de la esquizofrenia, se observó que los mismos han ido modificando su foco, para ponerlo no tanto en el problema, sino en la persona. En palabras de White y Epston (1993) (pág. 55), “La persona no es el problema. El problema es el problema”.

El desarrollo del trabajo también permitió poner en perspectiva la aplicación de la teoría en la práctica. La aplicación de estrategias planteadas en el marco teórico generó un nivel alto de expectativas de “éxito”. La posterior “falla” de las intervenciones (Minuchin & Fishman, 2004), puso a prueba a los profesionales y a la institución. Estos problemas pudieron ser resueltos con el esfuerzo de los profesionales tratantes, que debieron usar un criterio amplio y flexible para no limitar el tratamiento a una sola institución, y optar creativamente por las opciones que se tuvieron a mano, contando con los recursos de la familia. En ese sentido el desarrollo de los objetivos del trabajo, no solo abrió una perspectiva amplia y dinámica acerca del tratamiento de la esquizofrenia, sino también acerca de las personas. Así como los tratamientos tienen un curso, pero no un destino determinado, lo mismo ocurre con la vida de las personas que han desarrollado la esquizofrenia. Ambos estarán en curso, sin poderse definir a priori un destino, si la ruta terminará nuevamente en circuitos autoperpetuantes, o en algún tipo de salto cualitativo.

Analizando la posibilidad de que los resultados de este trabajo pudieran aportar al marco teórico actual, el tesista considera que no se han encontrado circunstancias novedosas, o aspectos que no se hayan visto reflejados en las publicaciones consultadas. Un futuro estudio sobre la prevalencia de la esquizofrenia en sistemas familiares con trastornos de la personalidad en el subsistema parental (García-Portilla González et al., 2013), quizás pudiera constituir un aporte, si se incluyeran también estrategias de abordaje terapéutico específico.

Para finalizar, el tesista considera que la institución en la que realizó la práctica y que permitió la concreción de este Trabajo Integrador Final, ha cumplido sus objetivos de formación, ya que ha sido un espacio que planteó desafíos en forma gradual y manejable, modelando profesionales a través de la generosa integración de

practicantes en sus equipos de trabajo, en acción sobre la clínica. En ese espacio, el tesista encontró que cada caso tratado en supervisión o *coterapia* (Donoso Castillo, 2005), fue un disparador de búsqueda de información científica sobre los temas en cuestión. Se pusieron en evidencia durante la práctica, inseguridades ligadas al cambio y a la entrada a una institución, a un equipo de trabajo, al encuentro con los consultantes y otros desafíos que operaron en el terreno siempre inestable de la autovaloración. Las características favorables de la institución permitieron que estas situaciones nunca se convirtieran en dilemáticas, y en consecuencia fueron transformándose en resolubles y enormemente valiosas.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa Muntaner.
- Anderson, C., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Madrid: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Barbagelata, N. (1999). Intervención familiar en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: la terapia familiar y la psicoeducación. *Redes, diciembre 1999*, 9-27.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Beyebach, M. (1999). *Prevención e intervención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Bobes García, J., & Sainz Ruiz, J. (2013). *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Bravo Ortiz, M. F. (2003). *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis.
- Ceberio, M. (2002). *El taller del genograma. Un viaje en las interacciones y juegos familiares*. Buenos Aires: De los cuatro vientos.
- Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). *Wiley series in clinical psychology. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Chinchilla Moreno, A. (2000). *Guía Terapéutica de las Esquizofrenias*. Barcelona: Masson.
- Des Champs, C. (1995). *Teoría y técnica de la terapia sistémica*. Buenos Aires: ECUA.
- Donoso Castillo, A. (2005). La supervisión en terapia familiar sistémica: mirar y ver y verse y volver a mirar. *Revista Trabajo Social*, 1(6), 123 - 140.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 28(101), 9 - 25.
- García-Portilla González, M., Pilar Saiz Martínez, A., Bascarán Fernández, M., Díaz-Mesa, E., Galván Patrignini, G., García Álvarez, L. & Bobes García, J. (2013). *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- García Ramos, P. R., Moreno Perez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 32(116), 739 - 756.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564 – 598.
- Hansen, L., Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2006). The ABCs of cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. *Psychiatric Times*, 23(7), 90 - 114.
- Jensen Pennington, H. (2003). Esquizofrenia, genética y complejidad. *Actualidades en Psicología*, 19(106), 139-145.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan R. W., Dickerson, F. B. & Dixon L. B. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94 – 103.
- Leff, J. (1997). Trabajando con las familias de Pacientes Esquizofrénicos. *Perspectivas Sistémicas*, 45(9), 37 - 55.
- Márquez López-Mato, A. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos.
- May, P. R. A., Tuma, A. H., & Dixon, W. J. (1981). Schizophrenia: A Follow-up Study of the Results of the Five Forms of Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38(1), 776 - 784.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M., & Lee, W. (2011). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México D.F.: Paidós.
- Muñoz Molina, F., & Ruiz Cala, S. (2007). Terapia cognitiva-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98 - 110.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

- Olin, S., & Mednick, S. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 223 - 240.
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, (37), 239 - 246.
- Roca Benassar, M., & Crespí Ginard, G. (2013). *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Rus-Calafell, M., & Lemos-Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (111), 89 - 93.
- Sabatés, J., & Garay, C. J. (2016). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Investigaciones en Psicología*, 21(3), 67 - 77.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saiz Ruiz, J., de la Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235 - 254.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214 - 228.
- Tamminga, C. A. (2006). Practical Treatment Information for Schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, (163), 563 - 565.
- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. D. (1984). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability 2011*. Ginebra: WHO.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103 - 126.

Anexo I – Formulario de Entrevista de admisión

Entrevista de admisión

Admisor: _____

Fecha: _____

Derivado:

- Espontáneo
- Servicio _____
- Institución _____
- Profesional _____

Datos Personales

Apellido y Nombre: _____ F. Nac: _____ Edad: _____

DNI: _____ H.C. _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfonos: _____ OBRA SOCIAL: _____

Emergencias:

Genograma

Actividad Laboral / Estudio:

Antecedentes psicoterapéuticos / psiquiátricos:

- Primera consulta a Psicología
- Tratamiento psicológico anterior (Año/s) _____ Alta: _____ Abandono: _____
- Psiquiatría (Año/s): _____ Medicación: _____

Profesional tratante: _____

- Internación psiquiátrica (Año): _____ Lugar: _____

Antecedentes de salud / medicación actual: _____

Motivo de consulta: _____

¿Por qué ahora? _____

Uso de sustancias/alcohol/conducta compulsiva: _____
 Sí _____
 No
 Grupo autoayuda _____

Sueño:	Actividad Física:	Actividad de tiempo libre
<input type="radio"/> Conservado	<input type="radio"/> Sí, regularmente	<input type="radio"/> Sí ¿Cuál? _____
<input type="radio"/> Insomnio	<input type="radio"/> Esporádica	<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Irregular	<input type="radio"/> No	

Plan Terapéutico:
 Individual Flia / Pareja Grupo Terapéutico Taller _____

Lic:

¿Derivación a Psiquiatría? Sí No

Objetivos de Tratamiento