

C

apítulo 46

Tratamientos psicológicos (V). Terapia de familia

P. Salorio del Moral, J. Rodado Martínez

INTRODUCCIÓN

La Terapia Familiar tal como la conocemos en la actualidad, comienza a desarrollarse en los Estados Unidos sobre los años 50. En esta época el Psicoanálisis era una de las principales orientaciones psiquiátricas, pero para muchos psiquiatras este método no era lo suficientemente útil, sobre todo en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, por lo que intentan buscar nuevas alternativas terapéuticas (Pereira, 1994). Esa nueva alternativa era la Terapia Familiar, cuyo objetivo en un principio no era cambiar unas percepciones individuales, sino cambiar la estructura de la familia y los patrones de conducta alterados. No era suficiente el tratamiento individual, ya que además de cambiar los conflictos internos de la persona era necesario cambiar el medio en el que la persona vive.

En este capítulo se tratará de dar una visión global de los abordajes teóricos de la familia en cuanto a evaluación y tratamiento psiquiátrico. Comenzaremos con una revisión histórica de los diferentes modelos teóricos que han dado lugar al movimiento de la Terapia Familiar, a continuación trataremos de definir qué se entiende por familia, su estructura y sus funciones, posteriormente revisaremos los principales enfoques en Terapia de Familia y la utilidad del enfoque sistémico en Psiquiatría. Finalmente cómo usar eficientemente los distintos tratamientos familia-

res sistémicos en diferentes patologías como: las toxicomanías, los trastornos de la alimentación, las psicosis y en el tratamiento con niños.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Hace años que la Psiquiatría reconoce la influencia crucial de la familia en el desarrollo del individuo y su psicopatología. Durante muchos años la atención se dirigió de forma primaria al impacto de la diada madre-hijo en la infancia temprana de este último, siguiendo un modelo de influencia causal que asumía que las deficiencias de la personalidad materna y su estilo maternal eran responsables de cualquier alteración en la descendencia. En este modelo los miembros de la familia eran vistos de una forma colateral y separada al tratamiento individual del paciente (si es que los veían). Un giro paradigmático ocurrió en los años 50 con el desarrollo de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1969; Grinker, 1967), la Teoría de las Comunicaciones (Ruesch y Bateson, 1951), y la Cibernética (Watzlawick y col., 1967). La observación directa de familias al completo en el estudio de la esquizofrenia (Bateson y col., 1956; Bowen, 1960; Lidz y col., 1965; Singer y Wynne, 1965; Wynne y col., 1958) y, posteriormente, bajo distintos grados de disfunción, impulsó que se pensara en el contexto familiar de los proble-

mas humanos y en una intervención terapéutica destinada a cambiar los patrones de interacción disfuncionales. Todas las investigaciones apoyaban la existencia de unos patrones transaccionales continuos y repetidos. Dejando de lado cuestiones como el origen de los problemas, se observó que las interacciones reales ocurrían en forma de ciclos que mantenían o reforzaban la conducta alterada en el paciente, y que existía una cadena de causalidad circular y compleja que conectaba las acciones y reacciones de los miembros de la familia. Asimismo, se comprobó que independientemente del tipo o la profundidad de la intervención terapéutica individual, los síntomas reaparecían regularmente cuando el paciente volvía a su vida anterior familiar en casa. El siguiente paso lógico fue concebir una intervención terapéutica destinada a alterar estos patrones de relación disfuncionales mediante sesiones con la familia al completo.

Los 60 fueron unos años de rápida expansión de la teoría y de experimentación de los distintos enfoques terapéuticos familiares sobre una gran variedad de problemas. Este rápido crecimiento con la proliferación de nuevas ideas, técnicas y escuelas teóricas, puede crear confusión sobre qué es una orientación sistémica y cómo se practica la terapia familiar. (Rolland y Walsh, 1996).

Desde un punto de vista general, Minuchin en 1975 reconocía la existencia de tres corrientes en EE.UU.:

—La *transicional* que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicionales y en el que el tratamiento tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente, poniendo énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación y en la utilización de la transferencia y la interpretación como técnicas.

—La *existencial*, que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona y en el tratamiento pone énfasis en la experiencia en el presente, entre el terapeuta y los miembros de la familia como instrumento de cambios para ambos.

—La tercera corriente tiene como objeto el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia y en la terapia el énfasis está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción.

LA FAMILIA. DEFINICIÓN

Hasta la actualidad, la familia era considerada el grupo primario más relevante de la sociedad, ya que es en la familia donde el individuo recibe las más eficaces y duraderas pautas de socialización. Su personalidad social se forma en parte con este contacto y comunicación (Fichter, 1990).

La familia ha sido estudiada en profundidad por diferentes ciencias, considerándola como un “alma-

cén económico, afectivo, educativo y social” (Garrido, 1995).

Es difícil establecer una definición de familia, ya que esta ha ido cambiando con el paso de los años y en función de las ideologías políticas. Si analizamos las definiciones propuestas por varios autores, podemos llegar a un intento de definición.

Levi-Strauss (cit. por Garrido, 1995) definía a la familia como “una sociedad formada por el marido, la mujer y los hijos de ambos, unidos por lazos legales, con derechos y obligaciones prescritas, así como por vínculos psicológicos y emocionales”.

Gough (cit. por Musitu y Herrero, 1994) considera que con el término de familia se hace referencia a “una pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de los cuales o todos ellos utilizan una morada común”.

Misitu y Herrero (1994) definen a la familia como “un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado y educación de los hijos”.

Para Garrido (1995) la familia es “un grupo que tiene una estructura básica (padre-madre-hijos) habitando en un espacio durante diversos ciclos vitales que tiene como fin cumplir con funciones sexuales-reproductoras, económicas, socioeducativas y afectivas abierta tanto a la familia extensa como a la comunidad”.

En todas estas definiciones podemos observar como se hace referencia a que la familia es un grupo de personas unidas por lazos de parentesco, que tienen una estructura y que realizan determinadas funciones.

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

En general en cuanto a la estructura, existen diferentes tipos de familia

- Familia extensa o amplia.
- Familia nuclear o conyugal.

Familia extensa

Se entiende por *familia extensa* un grupo formado por personas que están unidas por lazos de parentesco, que pueden pertenecer a distintas generaciones o que sean miembros familiares de una generación particular así como sus cónyuges. Este tipo de familia es característico de las sociedades preindustriales, en ellas los hombres y las mujeres se casan pero continúan perteneciendo a la familia de los padres de uno de los cónyuges.

En cuanto a las relaciones entre sus miembros, predominaban las jerarquías de los padres sobre los hijos, de los ancianos sobre los jóvenes, de los mayo-

res sobre los menores, correspondiendo a la mujer el papel de subordinación.

En relación a lo económico, este tipo de familia constituía la unidad de producción y de consumo, estableciendo una tácita división del trabajo.

Con la revolución industrial, la estructura de la familia empieza a cambiar, ya que a nivel económico se pasa de una unidad de producción a una de consumo solamente. La división del trabajo, el cambio del campo a la ciudad, lleva a que se amplíen las relaciones que antes estaban prácticamente reducidas al ambiente familiar, por lo que la familia extensa va a dejar de ser el eje sobre el que se organiza la vida familiar. Así el estatus del individuo no va a depender del de su familia sino también de sus capacidades.

Todas estas razones han dado lugar al nuevo tipo de familia que es la familia nuclear.

Familia nuclear

La *familia nuclear*, también denominada conyugal, elemental, básica o simple es el prototipo de familia que predomina en la actualidad. Es un grupo formado por un hombre, una mujer y sus hijos socialmente reconocidos.

Para Murdock (citado por Garrido, 1995) la familia nuclear es un grupo social humano universal, ya sea como la única forma de familia o como unidad básica integrante de formas familiares más complejas.

En general por familia nuclear se entiende aquella comunidad en la que predomina exclusivamente un principio de parentesco primario: marido, esposa y uno o más hijos. En este tipo de familia tiene lugar una prevalencia de lo afectivo sobre lo económico, lo que supone una gran riqueza y al mismo tiempo una mayor fragilidad desde un punto de vista sociológico, ya que está expuesta a mayores crisis psicológicas (Pastor, 1988).

En cuanto a los roles a desempeñar en este tipo de familia, cuando el que toma las decisiones e impone las normas es el marido, estamos ante la familia patriarcal, y cuando es la mujer es una familia matriarcal. En el primer caso el rol autoritario recae sobre el padre y el protector sobre la madre y en el segundo caso se invierten los roles. Esta atribución de roles tendrá una influencia decisiva sobre los hijos que conviven en este tipo de familia, ya que tenderán a reproducir en el futuro ese mismo tipo.

Funciones de la familia

Las funciones atribuidas tradicionalmente a la familia como: la productiva, de protección, educativa, religiosa, reproductiva, afectiva, sexual, recreativa y de control, han cambiado e incluso algunas han desaparecido.

Así, actualmente, en lo que respecta a la *función reproductiva*, ha perdido importancia en relación al pasado, ya que los matrimonios cada vez tienen menos hijos o las *funciones educativas* son responsabilidad de instituciones fuera de la familia, aunque siga siendo de gran trascendencia su mediación en el logro de los fines de estas instituciones (Musitu y Herrero, 1994).

Posiblemente las funciones de la familia que tengan más fuerza en el mundo de hoy son la económica, la afectiva y de apoyo y de socialización.

En relación a la *función económica*, podemos decir que la familia actual conserva esta función, pero no como una unidad de producción, sino de consumo.

La familia desempeñando su *función afectiva y de apoyo* proporciona, a través de ese conjunto de relaciones basadas en el afecto y en la expresión libre de los sentimientos, la sensación de seguridad y continuidad que el recién nacido necesita para continuar con su crecimiento y ser capaz de afrontar nuevas experiencias.

La *función afectiva* incluye las relaciones sexuales, las cuales son aprobadas socialmente en el marco del matrimonio.

Por último la *función de socialización*, va a posibilitar la formación de la personalidad y su estabilidad emocional, a través de las interacciones que el niño establece en el seno familiar.

EL CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR: CRISIS EVOLUTIVAS

Todas las familias, entendidas en un sentido amplio, experimentan cambios a lo largo del tiempo, que se pueden describir en términos de etapas, transiciones o de crisis.

Estas etapas o estadios comprenden desde la formación de la familia con el matrimonio (convivencia o forma análoga) de los cónyuges hasta su disolución con la muerte de los esposos. Cada ciclo evolutivo supone un cambio en la dinámica familiar, que conlleva un nivel de estrés en la familia y que por lo tanto requiere una serie de ajustes adaptativos por parte de todos los miembros para el mantenimiento del equilibrio familiar.

El estrés es un elemento inherente a la vida familiar y la salud familiar no se mide en función de la cantidad de estresores internos o externos, sino por la capacidad por parte de la familia de desplegar todos los recursos existentes con el fin de hacer frente a las dificultades de la vida diaria.

Fases del ciclo vital de la familia

Siguiendo a Beyebach y Rodríguez-Morejón (1995) y Rolland y Walsh (1995) y unificando las clasificacio-

nes de diferentes autores, se pueden establecer las siguientes fases en el ciclo vital familiar:

—*Abandono del hogar*: adultos jóvenes solteros. En este momento el sujeto asume su independencia económica y emocional. Tiene lugar una diferenciación de uno mismo en relación a la familia de origen; empiezan a desarrollarse relaciones de pareja y se comienza a trabajar.

—*Establecimiento de la pareja o matrimonio*. Comienza un compromiso con el nuevo sistema, el nuevo sistema marital.

—*La paternidad y el desarrollo de los roles parentales*. Se produce una aceptación de nuevos miembros en el sistema y se asumen nuevas tareas, de crianza, financieras, del hogar.

—*La escolarización de los hijos*.

—*Establecimiento de la pubertad y adolescencia de los hijos*. En este momento según algunos autores puede tener lugar dificultades matrimoniales de los años intermedios. En este momento debe tener lugar un aumento de la flexibilidad de las fronteras familiares para incluir la independencia de los hijos adolescentes, dándose lugar un cambio en las relaciones padres-hijos permitiendo una mayor movilidad dentro y fuera del sistema familiar.

—*La familia compuesta por los jóvenes adultos que se preparan para su independencia*. Es en este momento cuando la familia debe propiciar ese movimiento de individuación.

—*Enfrentamiento con la propia pareja*. Esta fase supone para algunos autores un cierto envejecimiento. Tiene que darse un cambio de roles generacionales. De nuevo el tipo de relación del sistema va a ser diádico, aunque en esa relación deben incluirse otros miembros: nietos, nueras, etc.

—*Envejecimiento de la familia*. Se produce la jubilación, el retiro de la vida activa, en definitiva los últimos años de vida familiar.

Estas etapas son cualitativamente diferentes entre sí, dándose constelaciones emocionales y relacionales distintas en cada una de ellas. También se tiende a pensar que cada etapa implica unas tareas evolutivas determinadas. El desplazarse a una nueva fase va a exigir siempre una verdadera transformación del sistema familiar, por lo que pasar de una etapa a otra en el ciclo evolutivo ofrece tanto oportunidades como peligros.

Funcionamiento familiar

El funcionamiento de cualquier familia se debe valorar de acuerdo con su efectividad para organizar su estructura y sus recursos frente a los retos que se le presentan a lo largo del ciclo vital. Al entrar en contacto con una familia se debe determinar la constelación familiar, que incluye todos los miembros del hogar actual, los sistemas familiares ampliados y los individuos clave que funcionan como si fueran miembros de la familia (Rolland y Walsh, 1995).

Para que los sistemas familiares funcionen es necesaria, según Olson (Rolland y Walsh, 1995) su *adaptabilidad familiar* y para conseguirla se precisa de *estabilidad* (homeostasis) y *flexibilidad* (morfogénesis).

Una familia necesita tener la habilidad suficiente para adaptarse a los cambios ambientales o a los que aparecen en la evolución del ciclo vital.

Los mecanismos *homeostáticos* son los medios por los cuales se delimitan y refuerzan las normas que mantienen continuamente firme y estable el sistema interactivo. Cuando surge algún conflicto entre los miembros del sistema, siempre algún otro miembro interviene con la intención de volver a mantener el equilibrio.

Una familia también requiere *flexibilidad* para adaptarse a los cambios internos y externos. La familia debe reorganizarse internamente frente a los nuevos acontecimientos de la evolución, a medida que sus miembros se desarrollan a lo largo del ciclo vital. Los acontecimientos críticos como pérdidas significativas o cambios en las relaciones con el mundo social, colocan a la familia en tensión y requieren importantes cambios adaptativos de las normas familiares que aseguren la continuidad de la vida familiar.

Otra de las dimensiones de la organización familiar es la *cohesión*. Las familias deben balancear las necesidades de proximidad y conexión con las diferencias individuales y el distanciamiento.

En una familia deben existir unas reglas que son las que determinan quién hace qué, dónde y cuándo y que son muy importantes en la estructura familiar, estas son las *fronteras*. Encontramos en una familia tres tipos de fronteras: las interpersonales que definen y separan a los individuos y promueven su diferenciación y funcionamiento autónomo; las *generacionales* que permiten diferenciar los roles paternos y filiales, así como sus derechos y obligaciones, manteniendo la organización jerárquica de la familia; las de la *comunidad familiar*, ya que las familias con buen funcionamiento se caracterizan por un claro sentido de la unidad familiar, con fronteras permeables que las conectan con la comunidad.

En las familias disfuncionales las fronteras interpersonales tienden a caracterizarse por extremos de sobreimplicación (*enmeshment*) o desligamiento (*disengagement*). Por *sobreimplicación* se entiende cuando se limitan las diferencias individuales con el fin de mantener el sentido de la unidad. Se espera que todos los miembros de la familia piensen y sientan igual, ya que lo contrario, las diferencias individuales, la privacidad y la separación son vistas como amenazas a la supervivencia de la familia.

El polo opuesto que también puede darse de forma extrema en las familias disfuncionales es el *desligamiento*, que consiste en la presencia de una baja cohesión que favorece las diferencias individuales, el distanciamiento y la separación a expensas de bajas relaciones familiares; representa el extremo máximo

de fragmentación familiar y de aislamiento de los miembros individuales.

Para un buen funcionamiento familiar es necesario una jerarquía generacional fuerte así como unas líneas de autoridad paterna claras. La fortaleza de la familia va a depender de la existencia de fronteras y subsistemas claros y flexibles, capaces de generar patrones alternativos en momentos de estrés de origen externo o interno.

Es importante señalar dos aspectos que están relacionados con los procesos de comunicación dentro de la familia, el primero hace referencia a las *reglas familiares* que permiten organizar la interacción y el funcionamiento del sistema, prescribiendo y limitando la conducta de sus miembros, de forma que este se mantenga estable y el segundo proceso es la *resolución de problemas*, que se refiere a la capacidad de una familia para resolver los problemas normativos y no normativos a los que se enfrenta para mantener un funcionamiento familiar efectivo. *Las familias con un buen funcionamiento no se caracterizan por la ausencia de problemas, sino por su capacidad para resolverlos juntos.* Las dificultades de una familia pueden estar relacionados con *problemas instrumentales* (cumplir ciertas rutinas, organizar el hogar después del divorcio) y con aspectos afectivos (resolución de un duelo, etc.).

Un último aspecto a tener en cuenta en la familia es su *sistema de creencias* con respecto a su competencia para hacer frente y dominar los desafíos vitales y en este sentido su concepto de lo que es normal. El sistema de creencias familiares proviene de una serie de factores que deberían valorarse rutinariamente. Los momentos críticos de las familias suelen terminar codificándose en guiones que van conformando patrones de conducta a seguir cuando se enfrentan a una crisis o ante la toma de una decisión.

Después de todo lo anterior podemos decir que la familia tiene unas funciones, una estructura y un funcionamiento interno que van a marcar la trayectoria familiar.

ABORDAJES TEÓRICOS EN TERAPIA FAMILIAR

A lo largo de las últimas tres décadas se han desarrollado diversos abordajes de terapia familiar. Aunque todos ellos comparten una orientación sistémica, difieren en el aspecto del funcionamiento familiar sobre el que fijan su atención, así como en sus visiones sobre el proceso del cambio. En esta revisión nos centraremos en los modelos de terapia familiar que han ejercido mayor influencia en la evolución de la teoría y la práctica. De una forma práctica pueden clasificarse en:

—*Abordajes orientados a la resolución de problemas*, que son intervenciones breves, focalizadas y pragmáticas.

—*Abordajes intergeneracionales*, que son más exploradores y orientados hacia el desarrollo.

Los abordajes encaminados hacia la resolución de problemas incluyen los modelos: *estructural, sistémico, estratégico, conductual y psicoeducativo*. Los abordajes intergeneracionales incluyen el enfoque *psicodinámico*, el de *Bowen* y el *vivencial*.

ENFOQUE CONDUCTUAL

El enfoque conductual de la terapia familiar se desarrolló a partir de las aportaciones de la Modificación de Conducta y el Aprendizaje Social. Este enfoque recalca la importancia de las normas familiares y los procesos de comunicación. Se centran en las condiciones y conductas funcionales bajo las cuales se aprende, se influencia y cambia la conducta.

Las familias son contempladas como contextos de aprendizaje creados y contestados por sus miembros.

En las relaciones familiares se producen una serie de posibilidades de intercambio de conductas, se dan muchas oportunidades para intercambios reforzantes, que probablemente van a mantener las relaciones. Se acentúa la importancia del refuerzo positivo de las conductas deseadas.

Cuando la familia tiene un funcionamiento correcto, la conducta adaptada se refuerza mediante atención, reconocimiento y aprobación, mientras que la conducta desadaptada no recibe ningún tipo de refuerzo.

Según este enfoque, el fracaso de las relaciones se explica a través de intercambios de refuerzos deficientes, por lo que tiende a reforzar los síntomas o conductas maladaptativas.

Los objetivos y tipos de tratamientos se especifican en términos de conductas observables y concretas. El enfoque conductual se basa en el aprendizaje de conductas, por lo que su objetivo es el de guiar a los miembros de la familia en el aprendizaje de modos más efectivos de relacionarse, mediante el cambio de las consecuencias de su conducta interpersonal o contingencias del reforzamiento.

El papel del terapeuta será el de enseñar a la familia o pareja, formas más efectivas y benignas de influir en las conductas ajenas reforzándolas de una manera positiva, así el objetivo es que aprendan a ofrecerse reconocimiento y aprobación de las conductas deseadas, en lugar de recompensar y reforzar las conductas maladaptativas mediante atención y preocupación. Por otro lado el terapeuta también debe analizar los procesos de comunicación, por tanto el objetivo de la intervención será el entrenamiento en habilidades para los procesos de negociación y resolución de problemas.

El fundamento teórico básico del aprendizaje que subyace es que el reforzamiento social sea aplicado de forma contingente a la conducta adaptativa y no a la conducta desadaptativa o sintomática. En este

proceso terapéutico un aspecto importante es el comportamiento imitativo o modelado, en este sentido, el terapeuta sirve a la vez de reforzador social y de modelo.

En cuanto a las aplicaciones de este enfoque sus mayores éxitos aparecen en los conflictos de pareja y en las familias con niños y adolescentes. En este sentido podemos comentar la revisión realizada por Finney y Bonner (1995), en el que se revisa la efectividad de la intervención conductual familiar en el tratamiento de los niños con una enfermedad física crónica.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Se puede considerar a H.S. Sullivan y su modelo interpersonal como el pionero de los enfoques psicoanalíticos en terapia familiar. Psicoanalista, se aparta de la I.P.A. y la ortodoxia Freudiana para formar con otros autores como E. Fromm, K. Horney y C. Thompson, lo que se conoció como la rama culturalista del neopsicoanálisis.

El culturalismo surgió a partir de los años 30 como consecuencia de la incorporación a lo individual y a la psicopatología de los hallazgos efectuados en las Ciencias Sociales. Sullivan organiza su pensamiento otorgando una importancia fundamental a los aspectos evolutivos y a la red interpersonal en la que estos se desenvuelven. Afirma que la psiquiatría debe ser la comprensión de la vida con el fin de hacerla más fácil; el objetivo debe ser lograr la maduración de la capacidad del paciente para las relaciones personales.

Visto desde esta óptica el trastorno mental es fruto de la perturbación de las relaciones interpersonales en las que el niño se mueve desde su nacimiento. Es defensivo, ya que es el resultado de maniobras para eludir la angustia pero al mismo tiempo es desadaptativo ya que consigue eludir la angustia a base de restringir el alcance de la conciencia de lo que ocurre.

Los padres son figuras significativas en la cristalización de la personalidad del niño, por tanto su responsabilidad en la salud mental del mismo es completa y es por esto que es a través de un tratamiento en el que estén implicados los padres y el propio individuo donde podrán aparecer y corregirse las distorsiones que ocurren en el proceso de crecimiento de este.

Garrido Fernández (1995) recoge los presupuestos teóricos en los que se basa la terapia familiar de orientación dinámica y que son los siguientes:

—*La psicoterapia familiar consiste en atender a la familia en su conjunto.* La familia será observada como unidad de interacción, con sus propias normas, mecanismos homeostáticos, vínculos, redes de comunicación, mitos, características regresivas y alianzas con sus sistemas de origen. La identidad del

adulto se forma a través de la internalización de las relaciones familiares. La introyección y la identificación son los mecanismos más primitivos y potentes en la configuración de la personalidad y el sistema familiar.

—Así como el aparato psíquico individual está siempre en conflicto, *la familia cuenta con “un aparato psíquico global”* que le permite manejar la realidad y conseguir cierta homeostasis. La familia cuenta con aspectos elloicos (expresión de afectos, sensibilidad grupal, etc), aspectos yoicos (cogniciones, sentido de realidad, idea o mito sobre el grupo familiar, etc.) y aspectos superyoicos (ética grupal, mensajes y exigencias transgeneracionales).

—*La patología no sólo está en el paciente identificado sino que este no es más que una representación de un sistema familiar que presenta disfunciones.*

—*Los síntomas cambiarán en función del contexto de relación que los mantiene.* El síntoma será el reflejo de conflictos intrapsíquicos pero puesto en clave relacional. Además se convierte en metáfora del funcionamiento familiar. La sustitución de síntomas en un miembro del núcleo familiar cuando este está cumpliendo una función homeostática puede conducir a la formación de síntomas en otros miembros.

—*Se ha de realizar un diagnóstico de las capacidades del sistema familiar,* con el fin de determinar si una familia es o no candidata al tratamiento. Debe de existir:

- Un buen nivel de interacciones entre los miembros del sistema familiar y la presencia de relaciones significativas (es decir una mínima estructuración de los límites, expresión de afectos, cercanía y división de roles) entre los mismos y al mismo tiempo que la mayoría de los miembros hayan tenido relaciones significativas con sus familias de origen.

- Cierta capacidad para experimentar y tolerar la ansiedad, la culpa y la depresión.

—*Utilización de los factores curativos propios del psicoanálisis clásico:* regresión, transferencia, interpretación y elaboración, así como las reglas fundamentales: asociación libre y abstinencia.

—*Utilización de los movimientos transferenciales y contratransferenciales* como indicador más fiable para construir interpretaciones. El terapeuta ha de ser activo, utilizar la confrontación y la interpretación como parte del desafío a las defensas grupales del sistema.

—*Utilización de la comunicación analógica como la mejor guía para el conocimiento del inconsciente familiar.* El trabajo terapéutico con el espacio y el cuerpo de los miembros de la familia permite estructurar las defensas de forma más funcional. Las técnicas hipnóticas, el uso de la metáfora y las dramatizaciones permiten trabajar con contenidos inconscientes evitando las resistencias y los bloqueos.

—*Tiempo y duración de las sesiones.* Es adecuado tener sesiones que duren entre una hora y hora y

media, con una frecuencia semanal o quincenal siendo preferible esta última. En cuanto a la duración del tratamiento, se suele introducir una limitación temporal como un recurso para solucionar el desequilibrio entre las demandas de los pacientes y la disponibilidad de los terapeutas, teniendo en cuenta además que existe un acuerdo generalizado en que esta limitación del tiempo tiene un impacto sugestivo que crea expectativas positivas tanto en el paciente como en el terapeuta. El número total de sesiones puede ir desde una sola hasta cincuenta en función de los “focos de conflicto” seleccionados. En general los límites rondan entre 5 y 40 sesiones.

—*La meta principal es devolver el poder de contención al propio núcleo familiar* cuanto antes. Por eso una de las tareas prioritarias es conseguir el “*insight*” de cada uno de los miembros de la familia, consiguiéndose a través de la reconstrucción histórica del conflicto y la redefinición por parte del terapeuta. El cambio de personalidad de los miembros del sistema familiar supone un proceso de continua individuación.

Junto a todas estas técnicas dinámicas, básicas para el tratamiento, pueden ser utilizadas otras como la coparticipación, la connotación positiva, la reestructuración, la intensidad, el desequilibramiento y la prescripción paradójica.

ENFOQUE ESTRUCTURAL

La Terapia estructural familiar tal y como la desarrollaron Minuchin y cols. (1974) y sus colaboradores en el *Philadelphia Child Guidance Center*, realiza la importancia de la organización familiar para el funcionamiento de la unidad familiar y el bienestar de sus miembros. El modelo centra su atención en el modelo de transacciones en el que se integran los síntomas, considera los problemas como indicadores del equilibrio de la organización familiar, y estudia particularmente los fallos en el ordenamiento jerárquico con fronteras inciertas entre los subsistemas de padres e hijos. Con frecuencia, los síntomas son un signo de reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o a las necesidades evolutivas, como por ejemplo, a las transiciones de los ciclos vitales. Los problemas de los niños son vistos como síntomas de los problemas del sistema y se piensa que desvían el conflicto entre los padres, o entre los padres y abuelos en los casos de familias con un solo progenitor.

El *modelo estructural* se basa en el concepto de familia como un sistema social, que opera dentro de otro contexto social específico y deriva básicamente de tres afirmaciones:

—*Primero*, que la estructura familiar es un sistema sociocultural abierto en transformación.

—*Segundo*, que la reorganización es imprescindible para que la familia se desarrolle a lo largo del tiempo a través de estadios sucesivos.

—*Tercero*, que la familia se adapta a los cambios circunstanciales con el objetivo de mantener su continuidad y el ulterior desarrollo psicosocial de sus miembros.

El abordaje terapéutico se basa en el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento familiar, en concreto en una apropiada jerarquía generacional, con padres que mantengan una unidad de liderazgo férrea y con unas fronteras claras, ni demasiado difusas (como en la sobreimplicación) ni demasiado rígidas (como en el desligamiento).

El objetivo del terapeuta es reparar o modificar los patrones organizativos disfuncionales, de forma que la familia pueda realizar mejor sus tareas funcionales básicas y afrontar con éxito las tensiones de la vida. Lo que se espera es que los problemas que presentan, que son síntomas del distrés familiar, se resuelvan una vez que se consiga la reorganización familiar.

Este abordaje se caracteriza por la *exploración, experimentación, y aliento de la respuesta espontánea entre sus miembros*. Para facilitar este proceso se utilizan ejercicios prácticos, tales como la representación de papeles o el esculpido familiar.

El papel del terapeuta es facilitador, siguiendo y reflejando el proceso de interacción familiar, y estimulando una comunicación auténtica y no defensiva por medio de su propia experiencia clínica con la familia.

MODELO ESTRATÉGICO

El *enfoque estratégico* en terapia familiar, tiene su máximo representante en J. Haley (1967) y se centra en atacar la unidad familiar, no la familia. No les preocupa ver unidos a todos los miembros de una familia, sino incluso si las circunstancias lo aconsejan pueden ver por separado un subgrupo dentro del grupo familiar, con el que a través de las consignas pretenden lograr el cambio.

En este tipo de enfoque el terapeuta se suele mostrar inactivo. El objetivo es detectar un problema e idear el método para resolverlo. Lo que se pretende es que el paciente cambie de costumbres, es decir, esa realidad “percibida” dando paso a otros comportamientos distintos.

Niegan todo interés en la familia como “sistema” pero a pesar de ello trabajan sistemáticamente y esperan que un pequeño cambio en una importante relación familiar tenga un efecto “dominó” sobre otras relaciones. Por ejemplo: “un matrimonio puede mejorar “por sí solo” después de que uno de sus hijos mejore, simplemente porque por primera vez en mucho tiempo, los padres dejarán de pensar en el niño y esto llevará a que se redescubrirán uno al otro”.

El procedimiento de este enfoque consiste en desafiar constantemente el deseo de cambiar que tiene

la familia e insisten en sus mínimos poderes para ayudar. Esto no sólo mantiene el control del terapeuta sino que se basa en las cualidades oposicionales de la mayor parte de las familias con síntomas psiquiátricos, obligándolas a cambiar al resistir toda orden de no hacerlo.

Con este enfoque se pretende un cambio en la organización familiar, pasando de una organización anormal a otra más normal, en la que el síntoma ya no es necesario (Navarro, 1996).

MODELO SISTÉMICO

Se puede considerar la Pragmática de la comunicación en la Teoría General de Sistemas y los modelos cibernéticos como el marco de referencia de donde se obtienen los conceptos principales de este modelo.

La patología no es considerada como un conflicto del individuo, sino como “una patología de la relación”. Parte del principio de que toda conducta es comunicación y que la persona se encuentra inserta en un sistema siendo los miembros de ese sistema interdependientes; por tanto el cambio en uno de los miembros afecta a todos los demás miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativa, es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los individuos que rodean al paciente y cumple una función de mantener el equilibrio del sistema.

Los principales presupuestos teóricos de este modelo son los siguientes:

—*La familia es tomada como un “sistema”, es decir como un conjunto de individuos, junto con las relaciones que se dan entre estos individuos y entre sus propiedades. Por tanto los componentes del sistema son los individuos, cuyas interrelaciones los cohesionan.*

—*Un sistema es una totalidad y sus componentes y propiedades sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total. Por tanto la “totalidad” estará formada por el grupo familiar más el terapeuta, constituyendo “el sistema terapéutico”.*

—*Como las familias son sistemas sociales, están por naturaleza orientados y dirigidos hacia un objetivo. Cuando el terapeuta trata a un sistema familiar, lo hace para ayudarlo a redirigirse hacia la realización de su única meta.*

—*Un sistema familiar funcional y sano requiere una medida de homeostasis para sobrevivir a los “ataques” del medio, y para mantener la seguridad y la estabilidad dentro de su medio físico y social. El sistema deviene fijo y disfuncional en su rigidez solamente cuando este mecanismo es “hiperfuncionante”.*

—*La solución de esta actividad disfuncional no es eliminar el regulador homeostático, ya que es conocido que cuando un paciente identificado o “regula-*

dor familiar” es llevado al hospital o se trata con éxito mediante psicoterapia individual, mejora pero la familia se derrumba. Si la familia fracasa en bloquear los esfuerzos del terapeuta, se le ofrece otra alternativa que es la descompensación a través de otro miembro de la familia; de esta manera nos encontramos con un nuevo “paciente identificado”. Por ello el tratamiento debe ir dirigido hacia toda la familia.

—*Frente al concepto de homeostasis (preservación de lo que es) existe otro llamado morfogénesis (referido a las modificaciones y el crecimiento). Un resultado de la morfogénesis es un aumento de la diferenciación de los miembros del sistema familiar, por medio del cual cada uno puede desarrollar su propia complejidad permaneciendo en relación funcional con la totalidad.*

—*Speer aunó ambos conceptos con el término de viabilidad. Esta describe un sistema capaz, en diversos grados de procesos homeostáticos y morfogénicos. El grado en que un sistema familiar sea capaz de utilizar ambos tipos de mecanismos apropiadamente para aproximarse a sus propios objetivos, es el grado en el cual puede describirse como sano y funcional.*

—*La curación y el cambio provienen de examinar cómo opera corrientemente el sistema familiar y de comprender la función que los problemas desempeñan en los procesos orientados hacia un objetivo, presentes en la existencia ordinaria del sistema. Se debe buscar qué mantiene el problema, o cómo se mantiene el problema más que buscar la causa que originó el problema.*

LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

Uno de los últimos desarrollos en terapia familiar son los *programas psicoeducativos*. La línea trazada por esta modalidad de terapia es la claridad conceptual, la posibilidad de su aplicación en Instituciones, la brevedad de los tratamientos, la sistematización y focalización en unos cuantos problemas bien definidos (Navarro, 1996).

Este tipo de abordaje a diferencia de los enfoques tradicionales, que daban por sentado las influencias patógenas de la familia sobre el paciente, consideran a la familia como un agente terapéutico activo en el proceso del tratamiento del individuo enfermo.

El desarrollo del modelo psicoeducativo ha representado el avance más prometedor en el campo de la intervención familiar en la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas graves y crónicas. La justificación de la intervención familiar se basa explícitamente en la importancia del apoyo a la familia, la información práctica y la ayuda para resolver problemas durante períodos previsiblemente estresantes. Este enfoque intenta corregir las autoatribuciones de culpa causales y las experiencias de tratamiento inútil de muchas familias de pacientes mentalmente enfermos (Rolland y Walsh, 1996).

Los primeros intentos de aplicación de estos programas se inicia en los años 70 con pacientes esquizofrénicos. En este sentido Goldstein (1995) realiza una revisión de la literatura encontrando dos generaciones de estudios. La primera son estudios llevados a cabo entre los años 1970-80 que comparan la eficacia clínica del tratamiento psicoeducativo familiar más medicación con tratamientos en los que sólo se administra medicación, encontrando como resultados positivos la superioridad del primer tipo de intervención sobre el segundo en el aplazamiento de la recaída en el paciente esquizofrénico. La segunda generación de estudios utilizan diseños experimentales más complejos, es decir, comparaciones entre programas psicoeducativos con grupos de familias y en una sola familia. Los resultados de estos estudios son menos concluyentes respecto a los anteriores y sugieren que la eficacia de la intervención familiar como algo añadido a la medicación en la esquizofrenia está en función del tipo y formato de la intervención, el ambiente del tratamiento y otras variables.

El objetivo principal de los primeros programas psicoeducativos en la esquizofrenia era identificar específicamente aquellos acontecimientos estresantes que preocupaban al paciente y su familia, para posteriormente desarrollar estrategias de afrontamiento que permitieran prevenir las recaídas y disminuyeran el impacto destructivo de tales sucesos.

El modelo psicoeducativo asume que el paciente padece una disfunción biológica central, pero las fuentes ambientales estresantes interactúan negativamente con esta vulnerabilidad para producir cogniciones y conductas alteradas, por ello cuando a las familias se les ayuda a hacer frente a ello mediante información y apoyos concretos, se convierten en un recurso básico en el manejo del paciente esquizofrénico a largo plazo (Rolland y Walsh, 1996).

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) desarrollaron un programa psicoeducativo para familiares de pacientes esquizofrénicos. El programa comienza con la educación y el apoyo intensivos a la familia. Todas las intervenciones van dirigidas a desarrollar una buena alianza terapéutica que sostenga a los pacientes dentro de la comunidad y reduzca al mínimo las recaídas sin someter a la familia a un estrés indebido.

Este modelo se basa en la creencia de que cada vez más se le exige a la familia que sea el soporte principal de este tipo de pacientes. Lo que se pretende con este programa es disminuir la vulnerabilidad, mejorar el funcionamiento cognitivo y aumentar la motivación en los pacientes en el uso de la medicación, así como procurar disminuir la angustia de los familiares mediante apoyo e información sobre la enfermedad.

Según los autores, este programa psicoeducativo familiar trata de romper el círculo de episodios repetidos, poniendo en práctica los siguientes principios:

—Crear una alianza de tratamiento que promueva una relación de apoyo con el paciente y la familia.

—Informar al paciente y a los miembros de su familia, acerca de la enfermedad y su manejo.

—Establecer un ambiente hogareño, laboral y social tranquilo, que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad.

—Integrar gradualmente al paciente en papeles familiares, sociales y profesionales.

—Crear, tanto en el paciente como en su familia, una sensación de continuidad de la atención que reciben.

Estudios más recientes, si bien continúan considerando importante la psicoeducación familiar para evitar o retrasar las recaídas del paciente esquizofrénico y otros pacientes mentales crónicos, introducen nuevos elementos en los programas e intentan comparar su efectividad combinándolo con otro tipo de abordaje terapéutico. En este sentido podemos comentar el trabajo realizado por Nightingale y McQueeney (1996) en el que se combinan la psicoeducación familiar y la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia, encontrando importantes cambios en las habilidades y conductas en los miembros que participaban en el grupo, e incluso pacientes esquizofrénicos más graves fueron capaces de participar productivamente en el grupo, realizando un trabajo de mayor independencia y logrando vivir en comunidad.

También recientemente se realizan estudios en cuanto al modo de aplicar la psicoeducación familiar, así McFarlane y cols. (1993, 1994, 1995) comparan la eficacia del tratamiento psicoeducativo familiar en un grupo multifamiliar con el aplicado en una única familia. Utilizaron como elementos para valorar la eficacia del programa, la recaída psicótica, los síntomas, el cumplimiento de la medicación, la rehospitalización y la adaptación laboral, durante dos años. Encontraron que los grupos multifamiliares proporcionaron significativamente a los dos años tasas de recaída más bajas que la otra modalidad.

Existen estudios que han aplicado programas psicoeducativos a otras patologías mentales como el realizado por Daley y cols. (1992) que aplica el modelo propuesto por Anderson y cols. en los familiares con trastornos afectivos, evidenciando un impacto positivo de estas intervenciones tanto en las familias como en los pacientes. En este mismo sentido podemos señalar el trabajo realizado por Van Gent y Zwart (1991) con la pareja de pacientes con un Trastorno Bipolar. Después de las sesiones psicoeducativas y con un seguimiento de seis meses se comprobó que tenían un mayor conocimiento de la enfermedad, de la medicación y estrategias sociales, aunque encuentran que este tipo de procedimiento aumenta inicialmente el nivel de ansiedad en los pacientes. Solomon (1996) realizó un estudio con 183 familiares de personas que padecían un trastorno mental, distribuyó aleatoriamente a los familiares en tres grupos: los que recibían una consulta individual, los que recibían psicoeducación en grupo y los que eran asignados a una lista de espera durante 9 meses. Encontró que el

grupo psicoeducativo ayudó a aumentar la autoeficacia en los familiares que nunca habían recibido ningún tipo de apoyo.

En los estudios actuales, si bien no se abandona la idea de que es un abordaje efectivo se critica la poca importancia que se le da a la evaluación de la eficacia de este tipo de tratamiento. En este sentido Walsh (1992) realiza una revisión de la literatura de los métodos existentes de la evaluación de los programas psicoeducativos.

De todo lo anterior podemos decir que los Programas Psicoeducativos han demostrado su eficacia en el tratamiento familiar de la esquizofrenia y otros trastornos mentales, aunque deben ir combinados con otros abordajes terapéuticos.

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA: PROCEDIMIENTO

Todo aquel que emprende una terapia familiar se ve constantemente impresionado por la enorme dificultad que existe para transformar un sistema familiar. Es por ello que ha de emprender una serie de acciones tendentes a relacionarse directamente con los miembros de la familia para buscar su alianza.

Para aliarse a un sistema familiar el terapeuta debe aceptar la organización y el estilo de la familia y fundirse con ellos. El terapeuta ha de reconocer el predominio de determinados temas familiares y participar juntamente con la familia en su exploración.

La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a este debiendo “acomodarse” a la familia e intervenir de un modo que la familia pueda aceptar. Para ello dispone de una serie de técnicas que si bien no siempre dirigen a la familia en la dirección de los objetivos terapéuticos, son exitosas en la medida que garantizan el retorno de la familia a la siguiente sesión. Estas técnicas son:

—El *mantenimiento*: se pretende proporcionar un apoyo programado a la estructura familiar, tal como el terapeuta la percibe y analiza. Para ello se requiere a menudo la confirmación activa y el apoyo de los demás subsistemas. Por ejemplo, cuando el terapeuta reconoce la posición etiquetada del paciente o la ejecutiva de los padres, tras unas entrevistas, debe aceptarla en principio permaneciendo en sintonía con ellos y expresando afecto, está consiguiendo reforzar la alianza. El terapeuta debe comentar cuan perceptivo es un niño a la hora de describir una situación o elogiar la habilidad con que algún miembro de la familia enfrenta una determinada situación.

Utilizando estas estrategias no sólo se consigue reforzar la alianza, sino que también pueden ser al mismo tiempo reestructuradoras, ya que cuando se apoya a un subsistema, el resto de las partes de la familia pueden verse obligadas a reestructurarse. Si el terapeuta apoya al cónyuge más débil, ello constituye un pedido de reestructuración dirigido al más fuerte.

—El *rastreo*: el terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia y los alienta para que continúen, mediante la repetición de lo que ha dicho una persona, mostrando interés por una determinada afirmación, realizando una pregunta para requerir clarificaciones o simplemente expresando un gesto de atención permanente a la conversación.

Con ello se estimula la información y se fortalece a los miembros de la familia. El terapeuta no inicia la acción, sino que la conduce siguiéndola atentamente; convalida a la familia, tal como es, estimulando y aceptando sus comunicaciones.

—El *mimetismo*: el terapeuta se asemeja a los miembros de la familia adoptando el ritmo familiar de comunicación. Así disminuye su ritmo en una familia habituada a pausas prolongadas o adopta una actitud jovial en una familia jovial.

En el intento de lograr un cambio terapéutico se deben poner en marcha una serie de estrategias llamadas de reestructuración. El terapeuta debe acomodarse a la familia, pero también debe mantenerse en una posición de liderazgo dentro de la unidad terapéutica. Debe resistir su absorción dentro del sistema familiar, adaptarse suficientemente a la organización familiar para poder comprenderla y buscar su alianza mediante las estrategias de “acomodación”, pero conservando la libertad de intervenir de un modo que cuestione la organización familiar obligando a sus miembros a un cambio, mediante las estrategias de “reestructuración”. Tanto unas como otras son interdependientes. La terapia no puede lograrse sin la “acomodación” pero no tendrá éxito sin la “reestructuración”.

Las técnicas de reestructuración son por tanto las que crean movimiento hacia las metas terapéuticas, con las que se consigue el cambio. Se pueden destacar siete tipos de intervenciones:

—*Captar las pautas transaccionales de la familia*: esto es, permanecer vigilante ante los indicios no verbales que confirman o contradicen lo que la familia dice. Toda comunicación es siempre reforzada, calificada o negada por el contexto interpersonal de la transacción. Es adecuado que los miembros de la familia, dramaticen y actúen cuando estén comunicando algo.

El terapeuta ha de estimular la comunicación intrafamiliar en la sesión. Puede insistir para que las personas hablen entre sí, puede mirar a alguien invitándole así a que hable, darse la vuelta para observar la escena que se actúa desde atrás, etc. Lo importante es que con estas actitudes los miembros de la familia comprendan y acepten que tienen que hablar entre sí como regla del sistema terapéutico.

La redistribución geográfica constituye otra técnica para dramatizar las descripciones de la familia. Cuando una familia acude a la primera sesión, la forma en que se ubica puede proporcionar indicios acerca de las alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento. La ubicación puede constituir también una

técnica para estimular el diálogo. La manipulación del espacio y la ubicación poseen una elocuencia gráfica que ayuda a esclarecer el mensaje que el terapeuta quiere dar a la familia.

—*Señalamiento de los límites*: el objetivo es el de lograr un grado correcto de permeabilidad de límites. En una familia aglutinada, los límites deben ser consolidados para facilitar la individuación de los miembros. El terapeuta se une a una familia aglutinada con la intención de clarificar los límites. Por otro lado en las familias desligadas, actúa para disminuir la rigidez de los límites, facilitando el flujo entre los subsistemas de un modo que permita un incremento de las funciones de apoyo y orientación de la familia.

El terapeuta trabaja siempre con su mapa de la familia total presente en su mente. Su meta es la reestructuración total de la familia, aún cuando trabaja en forma intensiva con un subgrupo.

—*Intensificación del estrés*: las familias que acuden a tratamiento han desarrollado habitualmente pautas transaccionales disfuncionales para enfrentar el estrés. El paciente identificado se encuentra en el centro de estas pautas y generalmente la familia es incapaz de recurrir a formas de relación diferentes. Los métodos de una familia para evitar el conflicto operan en forma rápida y automática. Así es posible que un esposo se ataque a sí mismo en toda ocasión en la que piense que su mujer está a punto de atacarlo, desarmándola y presentándose como un hombre débil que debe ser protegido; abandona toda posición de fuerza debido a que el subsistema conyugal no permite una confrontación que daría lugar al surgimiento de un conflicto oculto.

El terapeuta ha de producir estrés en diferentes partes del sistema familiar, tomando conciencia él y en algunos casos los miembros de la familia, de la capacidad de esta para reestructurarse cuando las circunstancias cambien. La maniobra más simple para producir estrés consiste en obstruir el flujo de comunicación a lo largo de los caminos habituales. Así en el ejemplo anterior, al percibir que el marido utiliza el menosprecio como una técnica para evitar el contacto, por tanto el conflicto, con su esposa, el terapeuta obliga a la pareja a establecer el contacto.

—*Asignación de tareas*: mediante esta técnica el terapeuta subraya su posición como el que fija las reglas. Las tareas asignadas dentro de una sesión pueden ser simplemente, señalar cómo y a quién de los miembros de la familia debería dirigirse, o bien estar relacionadas con la manipulación del espacio o utilizarse para dramatizar las transacciones de la familia y sugerir cambios.

Las tareas señalan las nuevas posibilidades de reestructuración de la familia. Pueden constituir un medio adecuado para poner a prueba la flexibilidad familiar. Al asignarlas proporcionan un nuevo marco para las transacciones, y el terapeuta observa los resultados con el propósito de lograr que surjan pautas transaccionales alternativas.

—*Utilización de los síntomas*: el terapeuta que trabaja dentro del marco de la familia considera que los síntomas de un miembro individual son una expresión de un problema contextual. Por tanto, puede combatir la tendencia de la familia a centralizarse en el portador de los síntomas, mientras que en otras ocasiones puede elegir trabajar en forma directa con el que presenta los síntomas.

Los síntomas del paciente identificado ocupan una posición especial en el sistema de transacciones de la familia, representan un nódulo concentrado del estrés familiar, constituyendo una de las formas de la familia de manejar este estrés.

El terapeuta puede utilizar su poder dentro de la unidad terapéutica para reforzar los síntomas del paciente identificado, aumentando su intensidad y por tanto apareciendo el estrés ante el cual los demás miembros de la familia se deberán mover, constituyéndose en una maniobra reestructurante.

—*Manejo del humor*: muchas familias presentan un afecto predominante; unas conservarán una cualidad apática, otras bromearán constantemente, etc. El afecto, que acompaña a las transacciones familiares constituye uno de los múltiples indicios que determinará la conducta del terapeuta. Este puede recurrir a una imitación exagerada del estilo familiar para suscitar mecanismos de enfrentamiento de la anomalía por parte de la familia.

—*Apoyo, educación y guía*: el terapeuta, a menudo, se verá obligado a enseñar a la familia de qué modo apoyarse mutuamente; puede verse obligado también a enseñar a los padres el modo de responder en forma diferencial a sus hijos.

Si el funcionamiento ejecutivo de una familia es débil, es posible que el terapeuta deba incorporarse al sistema, asumiendo funciones ejecutivas como un modelo, y luego abandonar esa posición para que los padres puedan reasumir estas funciones.

UTILIZACIÓN DE LOS ABORDAJES SISTÉMICOS EN PSIQUIATRÍA

Según Bower y McNally (1983) hay algunos factores que han frenado la utilización de la terapia de familia, entre ellos la orientación en lo que es el foco de disfunción en los diferentes desórdenes, la orientación de los psiquiatras, el entrenamiento en una aproximación psicodinámica, el énfasis en la medicación psicotrópica y la pérdida de la teoría basada en el entrenamiento del personal de enfermería.

Al valorar su utilización creemos que es importante diferenciar la utilidad del abordaje sistémico en la práctica general y en familias, parejas o tratamientos grupales multifamiliares.

De forma genérica, lo que caracteriza a una perspectiva sistémica es la atención a los individuos o los problemas en su contexto; a las interacciones entre individuos, subsistemas o sistemas completos; a los

procesos circulares frente a los lineales; y a los patrones que los conectan a lo largo del tiempo. El contexto de cualquier problema puede definirse de una forma global o restringida, pero en psiquiatría debería incluir como mínimo a la familia y el contexto terapéutico. La mayoría de los clínicos con una orientación familiar sistémica combinan o integran elementos de los distintos abordajes descritos anteriormente (Lebow, 1984).

Todos los abordajes, independientemente de las diferencias en las estrategias y técnicas particulares empleadas, se centran más en la valoración directa y el cambio de relaciones entre individuos, que en los problemas “internos” del individuo portador de los síntomas. Esta es, quizás, la principal distinción de una orientación familiar sistémica respecto a los modelos de tratamiento individual tradicionales. Se puede utilizar un punto de vista sistémico independientemente de la cantidad de gente que exista en una habitación. Implica un estilo clínico que incluye el interrogatorio sobre el contexto de un problema; sobre los procesos interactivos, comunicativos y circulares que lo envuelven; sobre el momento del ciclo vital familiar; y sobre los patrones multigeneracionales que pueden ser importantes respecto al motivo de consulta. Algunas partes de este proceso de rastreo se pueden simplificar si están presentes otros miembros familiares, sin embargo, el interrogatorio con un solo individuo infunde a la entrevista clínica un punto de vista sistémico y facilita la inclusión de la dinámica familiar en el cuadro clínico de una forma más sofisticada.

En los últimos años ha habido un desplazamiento desde la temprana preocupación por la esquizofrenia, hacia una nueva población diana como son las rupturas familiares por divorcio. La terapia de familia también está siendo utilizada a menudo en el tratamiento de pacientes hospitalizados y en toxicomanías. (Clarkin y Glick, 1982). Por ello a continuación vamos a recoger algunas consideraciones de su uso en diferentes patologías.

EN NIÑOS

Un creciente cuerpo de investigaciones y varios metaanálisis han demostrado la eficacia de las terapias familiares en una gran variedad de trastornos psíquicos en niños y adolescentes (Diamond and Serrano, 1996). En concreto se ha mostrado efectiva para el tratamiento de niños con desórdenes de conducta, con abuso de sustancias y con esquizofrenia. Mann y Borduin (1991) declaran que las evaluaciones de terapias sistémicas en niños y adolescentes revelan a menudo un desarrollo positivo de los mismos, manteniéndose los logros en un período largo de seguimiento.

No sólo se encuentran en la literatura referencias al tratamiento sistémico con niños y adolescentes

con desórdenes mentales sino también en el caso de niños y adolescentes con enfermedades médicas. Así Finney y Bonner (1992) señalan los factores familiares asociados con enfermedad crónica en niños y adolescentes, argumentando el éxito de intervenciones sistémicas. Han encontrado beneficios con este tipo de intervenciones en niños con artritis reumatoide juvenil, cáncer y diabetes insulínica dependiente.

A pesar de todas estas afirmaciones se debe realizar una valoración ponderada de los diversos factores etiológicos actuantes y de sus consecuencias específicas tanto médicas, como psicopedagógicas y psicoterapéuticas que se deriven de ella, para poder fijar las bases de una orientación terapéutica familiar (Nissen, 1996).

Las actitudes parentales conscientes o inconscientes, indican con frecuencia graves carencias en la propia educación, sobre todo un insuficiente control emocional y canalización afectiva. Muchos padres conocen sus defectos y los peligros que de ellos se derivan, pero no pueden suprimir su aparición sin ayuda exterior.

Tanto en la orientación como en la terapia familiar los padres determinan el contenido de la entrevista. No todos los padres están capacitados para articular de una forma precisa sus esperanzas, dudas y deseos. En estos casos el terapeuta intentará en primer lugar obtener datos concretos de los que se puede inferir sus preocupaciones e inseguridades. Se debe estar atento a la exposición de los padres acerca de la relación de ellos con el niño y de sus expectativas y esperanzas fallidas lo que nos permitirá sacar conclusiones de la estructura de su personalidad que se expresa en sus actitudes y reacciones de cara al niño.

En muchas ocasiones los padres plantearán al terapeuta resistencias que enmascaran o niegan consciente o inconscientemente el papel desempeñado por ellos en las alteraciones propias del niño. Estos mecanismos de defensa se expresan mediante fenómenos de represión, regresión, formaciones reactivas, desplazamientos, puestos en juego para reprimir, racionalizar o neutralizar la culpa y el remordimiento, pero también para negar el dolor y el duelo. El trato del terapeuta en estas ocasiones requiere en su propia configuración de personalidad unas actitudes críticas que posibiliten el nivel necesario de entendimiento, tolerancia y comprensión, ya que mientras no se consiga una concordancia emocional entre los padres y el terapeuta no podrán ser modificadas las actitudes de aquellos frente al niño o lo serán de forma pasajera. Los padres olvidarán, desatenderán e interrumpirán el tratamiento, rechazándolo en ocasiones y en otras descargándolo en el terapeuta sin comprometerse con él.

El terapeuta no debe jugarse, en interés del niño, la confianza de los padres mostrando una actitud crítica y de rechazo, pero sí debe registrar sus manifestaciones y comportamientos y discutirlos con ellos

cuando la actitud emocional de los padres hacia el médico se haya consolidado.

La primera tarea del terapeuta consiste en convencer a los padres de la psicogénesis de la alteración infantil pero procurando al mismo tiempo controlar la angustia y los sentimientos de culpa que genera ello en los padres, e intentando una alianza terapéutica con los mismos; una buena relación interpersonal entre padres y terapeuta facilitará la asunción de las decisiones menos aceptables. El éxito terapéutico depende en gran medida de la comprensión por parte de los padres de las alteraciones inducidas por ellos en sus hijos.

En definitiva se puede decir que el éxito de la terapia familiar en niños presupone que los padres están en condiciones de aceptar y realizar un proyecto de tratamiento elaborado conjuntamente.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La anorexia nerviosa manifiesta alteraciones en el sistema familiar, en el que el trastorno cumple un papel "homeostático y estabilizador" (Vandereycken, 1991). Esta es la idea sobre la que se fundamenta el uso de la terapia familiar en los trastornos de la alimentación.

Tanto desde la escuela Sistémica de Milán como desde el modelo estructuralista se han propuesto técnicas de abordaje y tratamiento de los trastornos de la alimentación.

Según Liebman y cols (1983), Minuchin, desde el modelo estructuralista identificó cinco características predominantes en las interacciones familiares de una familia con un miembro de ellos anoréxico, que serían las siguientes: *relaciones muy estrechas con demasiada implicación interpersonal, sobreprotección, rigidez, carencia en resolución de conflictos e implicación del miembro enfermo en los conflictos maritales y familiares*. El tratamiento propuesto por dicho modelo, sería por tanto identificar estas características o cuantas de ellas aparecen en la familia a tratar, desafiando aquellos patrones que impiden el crecimiento del paciente y demás miembros de la familia mediante el modelado de las actitudes de los miembros de la familia, proporcionando pautas para que puedan establecer patrones de interrelación más satisfactorios. En todo momento los miembros de la familia se deben sentir apoyados para vencer sus incertidumbres frente al cambio.

Desde una perspectiva sistémica, Selvini y cols. (1976) identifican las siguientes características interaccionales dentro de las familias con pacientes afectados de anorexia nerviosa:

—Todos los miembros rechazan o descalifican por lo general los mensajes emitidos por otros.

—Todos los miembros de la familia, y en especial los padres, son renuentes a asumir de forma abierta la dirección personal (conflictos de individualidad).

—Aunque las coaliciones son muy comunes, las alianzas entre dos miembros contra un tercero no se manifiestan abiertamente.

—Ningún miembro de la familia está preparado para asumir la responsabilidad del problema, los síntomas anoréxicos se aceptan porque la paciente no puede hacer nada (ella está enferma).

TOXICOMANÍAS

La práctica de la intervención clínica en las toxicomanías ha demostrado la temprana implicación de la familia en la demanda de tratamiento. Por tanto ha empezado a tratarse a los familiares no sólo como acompañantes sino como variables a veces indispensables en el tratamiento. Además la tendencia actual en el tratamiento de este trastorno se fija más en la asistencia ambulatoria (con hospitalizaciones parciales o programas vespertinos), que en la rehabilitación en residencias. Dado que estos programas mantienen al paciente en su hogar, los tratamientos basados en la familia llegan a ser incluso más importantes.

Son numerosos los estudios que han demostrado que diferentes versiones de intervención familiar pueden comprometer y retener a los toxicómanos y sus familiares en el tratamiento, reduciendo significativamente el uso de sustancias tóxicas así como otros problemas de conducta, realzando habilidades particulares en el funcionamiento social. Incluso algunos de ellos en los que se comparaba la eficacia, han mostrado que la terapia de familia puede ser más efectiva que aquellas terapias donde no se tiene en cuenta a la familia (Liddle y Dakof, 1995).

Se puede decir que las perturbaciones de la individuación relacional se manifiestan en los individuos con toxicomanías sobre todo en dos ámbitos:

—En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos (sobre todo con enojos, soledad y aburrimiento prolongado).

—En su menguada capacidad para guiarse a sí mismo con responsabilidad propia y orientados hacia el futuro.

Esto produce un bloqueo en el desarrollo evolutivo (impide un crecimiento sano del adulto) convirtiendo al toxicómano en dependiente de su familia; por tanto se puede decir que esta perturbación de la individuación, casi siempre se ve acompañada de una correspondiente perturbación del sistema familiar. Así los modos de interacción pueden estar caracterizados tanto por una ligazón extrema cuanto por una expulsión. Según prevalezca la ligazón o la expulsión, son necesarias distintas estrategias terapéuticas, es decir, bien una labor con la familia que tienda a la desligazón o bien un trabajo de grupo con jóvenes de la misma edad.

Wetchler y DelVecchio (1995) describen un modelo para el tratamiento de pacientes con adicción a

drogas. Consta de 12 sesiones, distinguiendo tres estadios. En el primer estadio (*creación de un contexto para el cambio*) se desarrolla la relación terapéutica y el asentamiento de una perspectiva centrada en el presente y transgeneracional. Un segundo estadio (*cuestionamiento de conductas y creación de alternativas*) permite alterar los patrones relacionales que mantienen las pacientes con abuso de sustancias. En el tercer estadio se consolidan los focos de ayuda así como los cambios para resolver problemas en el futuro.

Podemos concluir que el uso de la terapia de familia en toxicomanías es adecuado y exitoso, aunque hoy día, la terapia de familia en toxicomanías esté más desarrollada en adolescentes que en población adulta (Liddle y Dakof, 1995).

PSICOSIS

A menudo se ha sugerido que las variables familiares deben influir en el curso y desarrollo de la esquizofrenia. El impacto de la esquizofrenia en la familia está teniendo cada vez una mayor atención. Pese a ello tenemos que decir que la perspectiva biopsicosocial no se ha integrado todavía adecuadamente en el tratamiento de los pacientes y sus familias. Persiste una polarización entre posiciones divergentes (una enfatiza las variables individuales biológicas o dinámicas, y la otra los factores familiares) que impide el desarrollo de un verdadero abordaje sistémico que genere intervenciones más efectivas. La teoría clínica y la investigación sobre el papel de la familia en la esquizofrenia ejemplarizan esta controversia. En un extremo están aquellos que argumentan que la esquizofrenia es simplemente un mito o una metáfora, sintomática de un problema "real" de la familia que la ha causado o que, al menos, necesita que se mantenga. Estos individuos se oponen a todo etiquetado de enfermedad (es decir, al diagnóstico), a toda hospitalización y a toda medicación (Haley, 1980). En el otro extremo, los

deterministas biológicos tienden a confiar en las intervenciones psicofarmacológicas y no conceden ningún valor a la implicación de la familia en el tratamiento. Históricamente las teorías que atribuían a las familias un papel causal en la etiología de la esquizofrenia han tendido a hacerlas patológicas (Walsh, 1988). Las teorías psicoanalíticas y los estudios de características clínicas impresionistas de los años 40 y 50 asumían que se había dado una maternidad defectuosa en la infancia temprana y acusaban a la llamada madre esquizofrenógena de causar el trastorno. A finales de los años 50 una nueva concepción de la familia como un sistema transaccional condujo a la teoría del "doble vínculo" y a otras hipótesis del papel causal de la familia en el desarrollo continuado de la esquizofrenia, a través de alteraciones en las estructuras familiares, los procesos comunicativos y la dinámica de las relaciones. Con escasas excepciones estos estudios iniciales eran defectuosos y no han sido confirmados (Rolland y Walsh, 1996).

Más recientemente los estudios realizados han identificado diferencias entre familias de enfermos esquizofrénicos y familias de pacientes con otros diagnósticos y de individuos sanos (Waring et al, 1986). Hoy en día está aceptado el hecho de que la terapia de familia y la psicoeducación familiar, además de otras intervenciones psicosociales y cuidados usuales, proporcionan beneficios importantes en el pronóstico de enfermos psicóticos (Schooler et al, 1995).

Existe la evidencia de que la terapia familiar, cuando se añade a la psicofarmacología, reduce el porcentaje de recaídas así como que incrementa el funcionamiento social del paciente psicótico y el funcionamiento familiar (Dixon y Lehman, 1995). El entrenamiento en habilidades sociales y la psicoeducación familiar proporcionan interacciones entre los pacientes esquizofrénicos y sus familiares mejorando el pronóstico. Haldford y Hayes (1991) consideran la psicoeducación familiar como un componente importante del manejo clínico de la esquizofrenia.

Bibliografía

1. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Amorroutu. Buenos Aires 1986.
2. Bateson G, et al. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956; 1: 251-264.
3. Bertalanffy L Von. *General System Theory. Essays on Its Foundation and Development*. Revised Edition. New York, Braziller 1969.
4. Beyebach M, Rodríguez Morejón A. El ciclo evolutivo familiar. Crisis evolutivas. A. Espina, B. Pumar, M. Garrido (coord.). Problemáticas familiares actuales y terapia familiar. Promolibro, Valencia, 1994.
5. Bowen MA. A family concept of schizophrenia, in the Etiology of schizophrenia. Edited by Jackson D. New York, Basic Books, 1960.
6. Bowers J, McNally K. Family-focused care in the psychiatric inpatient setting. *Im J Nursing Scholrship* 1983; 15 (1): 26-31.
7. Chamberlain P, Rosicki J. The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. special issue. The effectiveness of marital and family therapy. *J of Marital Family Therapy* 1995; 21 (4): 411-459.
8. Clarkin J, Glick I. Recent developments in family therapy: a review. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33 (7): 550-556.
9. Daley DC, Bowler K, Cahalane H. Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Educ Couns* 1992; 19 (2): 163-174.
10. Diamond GS, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA. Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35 (1): 6-16.

11. Dixon L, Lehman A. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1995; 21 (4): 631-643.
12. Fichter JH. *Sociología*. Herder. Barcelona, 1990.
13. Finney JW, Bonner MJ. The influence of behavioural family intervention on the health of chronically ill children. *Behaviour-Change* 1992; Vol. 9 (3): 157-170.
14. Garrido M. Estructura, relaciones y funciones de la familia. A. Espina, B. Pumar, M. Garrido (coord.), *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Promolibro, Valencia 1994.
15. Garrido M, Espina A. *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Ed. M. Garrido y A. Espina. Madrid, 1995.
16. Goldstein MJ. Psychoeducation and relapse prevention. *Int.Clin. Psycho-pharmacol* 1995; 9 Suppl. (5): 59-69.
17. Goldstein MJ, Miklowitz DJ. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. Special Issue. The effectiveness of marital and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 1995; Vol. 21 (4): 361-376.
18. Grinker RR. Normality viewed as a system. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 17: 320-324.
19. Haley J. *Leaving Home*. New York, McGraw-Hill 1980.
20. Halford W, Hayes R. Psychosocial rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clin Psychol Rev* 1991; 11 (1): 23-44.
21. Lebow JI. On the value of integrating approaches to family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 1984; 10: 127-138.
22. Liebman R, Ziffer RL. Case consultation within a family system network. *Adjunctive techniques in family therapy*. De Ziffer RL. New York. Grune & Stratton 1985.
23. Liddle H, Dakof G. Efficacy of family therapy for drugs abuse: Promising but not definitive. Special issue: The effectiveness of marital and family therapy. *J of Marital and Family Therapy* 1995; 21 (4): 511-543.
24. Lidz T, Fleck S, Cornelison A. *Schizophrenia and the family*. New York, International Universities Press, 1965.
25. Mann BJ, Borduin CM. A critical review of psychotherapy outcome studies with adolescents. *Adolescence* 1991; 26 (103): 505-541.
26. Mcfarlane WR, Dunne E, Lukens E, et al. From research to clinical practice: dissemination of New York States's family psychoeducation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 (3): 265-270.
27. Mcfarlane WR. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv* 1994; 62: 13-22.
28. Mcfarlane WR, Lukens E, Link B, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (8): 679-687.
29. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa S.A. Barcelona, 1975.
30. Minuchin S. Structural family therapy. En *American Handbook of psychiatry*. Vol II: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and cominity psychiatry. Arieti S. (ed). 2ª ed. New York. Basic Books 1975.
31. Musitu G, Herrero J. *La Familia: formas y funciones*. G. Musitu Y P. Allatt (eds.) *Psicosociología de la familia*. Albatros (educación). Valencia 1994.
32. Navarro Góngora, J. *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona. Paidós 1996.
33. Nightingale LC, Mcqueeney DA. Group therapy for schizophrenia. Combining and expanding the psychoeducational model with supportive psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1996, 46 (4): 517-533.
34. Nissen G. Asesoramiento y orientación para padres. En *Psicopatología del niño y del adolescente*. J. Rodríguez Sacristán. Ed. J. Rodríguez Sacristán. Sevilla.
35. Pastor Ramos G. *Sociología de la familia. Enfoque institucional y grupal*. Sígueme, Salamanca, 1988.
36. Pereira Tercero R. *Revisión histórica de la terapia familiar*. *Psicopatología (Madrid)* 1994; 14 (1): 5-17.
37. Rolland JS, Walsh F. *Terapia familiar. Evaluación y tratamiento desde una perspectiva sistémica*. *Tratado de Psiquiatría*. RE. Hales, ST. Yudofsky, JA. Talbott. Ancora S.A. Ed. Mallorca, 1996.
38. Ruesch J, Bateson G. *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. New York, WW Norton, 1951.
39. Schooler N.R, Keith S.J, Severe J, Matthews S. Maintenance treatment of schizophrenia. A review of dose reduction and family treatment strategies. Special Issue: Seventh Annual New York State Office of Mental Health Research Conference. *Psychiatry Quarterly* 1995; 66 (4): 279-343.
40. Selvini Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo C. Hypothesizing circularity neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 1980; 19: 3-12.
41. Singer MT, Wynne LC. Thought disorder and family relations of schizophrenics, IV: results and implications. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 201-212.
42. Solomon P. Impact of brief family Psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr Bull* 1996; 22 (1): 41-50.
43. Sullivan HS. *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Ed. Psique, Buenos Aires 1974.
44. Vanderycken W, Castro J, Vanderlinden J. *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
45. Van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord* 1991; 21 (1): 8-15.
46. Walsh F. *New perspectives on schizophrenia and families. Chronic disorders and the family*. Edited by Walsh F, Anderson CM. New York, Haworth 1988.
47. Walsh J. Methods of psychoeducational program evaluation in mental health settings. *Patient Educ Couns* 1992; 19 (2): 205-218.
48. Waring E, Carver C, Moran P, Lefcoe D. Family therapy and schizophrenia. Recent developments. *Can J Psychiat* 1986; 31 (2): 154-160.
49. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. *Pragmatics of human communication*. New York, WW Norton 1967.
50. Wetchler J, DeVecchio D. Systemic couples therapy for female heroin addict. *J Fam Psychotherapy*. 1995; 6 (4): 1-13.
51. Wynne LC, Ryckoff IM, Day J, et al. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958; 21: 205-220.