



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Departamento de Psiquiatría y
Medicina Legal

Doctorado en Psiquiatría

TESIS TITULADA:

**EL TRATAMIENTO FAMILIAR SISTÉMICO
EN LA ESQUIZOFRENIA**

Estudio basado en el Modelo de Reconfirmación
comparado con un grupo control

Doctoranda: María Virginia Rangel Gómez

Director 2015 -2017: Juan Luis Linares Fernández

Director 2018- 2019: José Soriano Pacheco

Tutor: Víctor Pérez Solá

Septiembre del 2019 en Barcelona, España

DEDICATORIA

*Te la dedico a ti, mi amor.
Porque tu amor me da fuerza.
Gracias Alberto, por dejarme
volar a tu lado.*

Se la dedico a aquellos que sueñan y les llaman "locos". A todos aquellos que han sido diagnosticados y que se atreven a desafiar y ser más allá, que una fotografía instantánea del peor momento de su vida. A los que son valientes, piden ayuda y se esfuerzan por mejorar. Gracias por enseñarme a ser mejor persona y compartir su resiliencia.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento y admiración a aquellas personas que a pesar de tener un diagnóstico de Esquizofrenia, han luchado incansablemente por buscar una vida mejor. He aprendido mucho de las innumerables personas que han pasado por la Unidad de Terapia Familiar en el Hospital de Sant Pau en Barcelona. Me siento profundamente agradecida con tantas familias, que me abrieron las puertas de su casa y de su corazón. Compartiendo con nosotros la profundidad de sus secretos, miedos y problemas. Pero también, me han hecho descubrir cuán fuertes pueden llegar a ser las personas frente a la adversidad. Esa sensibilidad tan grande frente al mundo, esa reconstrucción Identitaria, me hace valorar la capacidad del ser humano por orientarse a la salud. Vienen a mi mente muchos nombres de personas que he llegado a admirar profundamente. Mi más grande admiración, agradecimiento y cariño para las personas que me dejaron acompañarlas como terapeuta, como Investigadora y como persona, a lo largo de la vida. Mi agradecimiento más profundo con las familias que participaron en este estudio. Confío en que este estudio tenga una aplicación clínica y que su experiencia llena de flores, pueda ayudar a otros. Gracias por dejarme entrar en sus vidas y cambiar la mía.

Quiero agradecer en segundo lugar a mi Director de Tesis, Juan Luis Linares, que ha sido mi Maestro y guía en el mundo de la Terapia Familiar y los Trastornos Psicóticos. Sin tu apoyo, no habría sido posible realizar esta tesis. Gracias por creer en mí y por permitirme desarrollar esta gran pasión en el contexto donde gestaste y desarrollaste tu Modelo. He visto la luz, al ver florecer a muchas personas, tratadas desde la calidez y la igualdad terapéutica. Gracias por permitirme aprender de ti como Terapeuta, Docente e Investigadora. Te debo gran parte de quién soy como Profesional. Mis honores y agradecimiento siempre. Gracias por todo Maestro.

También quiero agradecerle su apoyo a mi Director de Tesis actual, José Soriano. Gracias por tu ayuda tan solidaria en tramos muy complejos del desarrollo de éste trabajo, gracias por tu apoyo y tus consejos. Por las facilidades prácticas. Por tu sabiduría desde el ámbito de la Psiquiatría y por acompañarme a finalizar este proceso. Sin tu ayuda, no habría sido posible finalizar este trayecto y por tanto agradezco enormemente tu acompañamiento.

Quiero agradecer a la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau, especialmente a Iluminada Corripio por facilitar el acceso al grupo control, tan fundamental para este estudio. Y también a Víctor Pérez por ser mi tutor de la UAB, gracias por todos los apoyos prácticos.

Gracias, al Departamento de Psiquiatría y Medicina legal de la UAB, por el apoyo en las diferentes fases de la realización del Doctorado.

Quiero agradecer a mis compañeras(os) de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau. Muchas gracias por compartir esos martes emblemáticos y por todas tus enseñanzas desde diferentes ópticas, Dora Ortiz. Gracias a Francesca por nuestras comidas y apoyo moral en el Hospital. También agradezco a Javier Ortega e Isabel Cárdenas por compartir espacio de docencia, en el que aprendí mucho de ustedes como profesionales y como personas. Vitor Silva, gracias por compartir la pasión por la Psicosis.

No quiero dejar de mencionar a todo el Equipo de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau en Barcelona, a mis Maestros(as) y compañeros(as). También a quienes fueron mis alumnas(os) y “sufrieron mi pasión por la Esquizofrenia”. Gracias por todo.

Más amor

No habría podido realizar esta tesis sin amor. Gracias Alberto Zúñiga, por ser mis mañanas que iluminan la vida. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu comprensión, por tu amor y por existir. Amo que seas mi familia creada, mi compañero y entretejer contigo mis sueños en nuestro nido. Gracias por las comidas, por soportar mi ausencia, por las aspirinas, por nuestras conversaciones nocturnas, por tu ayuda práctica y por acompañarme en este trayecto lleno de obstáculos. Gracias por vivir a mi lado el choque cultural inverso y por toda tu afectividad, amor y comprensión. Sin tu amor no habría tenido fuerza para culminar este trayecto. Te debo mucho, *Mon amour*.

A mi familia de origen, Mamá, gracias por darme la vida y mi educación. Sin ti, no habría sido una persona con tanta dedicación, te lo debo todo.

A mis hermanos a Regina y a Martín y a mis sobrinos, Aris, Alan y Andrés, gracias por su paciencia respecto a mi ausencia en el último tiempo, volví a mi tierra sin volver. Gracias por entenderlo y a pesar de ello quererme.

Gracias a mis primos, Fabiola Camargo y Eli Rangel, sin su complicidad mi vida no sería igual. Siempre en el primer nivel.

Gracias a mi familia política Zúñiga Rodríguez, por su solidaridad, calidez y buenas charlas. Gracias por entrar en mi vida y acogerme de forma tan emblemática.

Quiero agradecer a mis amigos(as) de Barcelona, que son mi otra familia elegida, todo mi cariño para Ana Michelena, Judit Abad, Mónica Antequera y Sergio Ponce. *Moltes gràcies per tot*. Gracias por su apoyo moral y práctico en varias gestiones de la tesis. Gracias por acompañarme en todas mis mudanzas y procesos migratorios, por participar en mis sueños. Los echo mucho de menos y los llevo en mi corazón a donde voy.

Gracias a Claudia por tu amistad en los dos continentes. Gracias a mis amigas del doctorado Victoria, Gloria y Olga, gracias por lo que hemos compartido siempre.

Irene y Puri, gracias por su amistad y compañía cuando estudiamos el Master y después.

Gracias a Javier Enciso, por su apoyo emocional y por ayudarme a descongelarme frente a tantos duelos. Gracias por tu calidez humana y por tu amistad. Mi admiración y agradecimiento siempre.

A mi gente de México, muchas gracias Karla Echeverría, por ser mi amiga y familia toda la vida, por tu solidaridad y empatía siempre. Por acompañarme mientras crezco gracias.

También quiero agradecer a Blanca Pérez, a Katia, Karlita, Noemí y Ariadna, gracias por ser mis amigas a pesar de mi ausencia, esta vez, por mi trabajo intensivo con la tesis.

Una mención muy especial a todas mis maestras de danza (Gitana, Oriental y Tribal) y a mis compañeras que han bailado conmigo en Barcelona y en México. Gracias por alimentarme de Sororidad. Mi vida sin bailar y sin la música de los Balcanes, no sería igual. Gracias por ser mi espacio de Resiliencia.

Este doctorado, empezó hace muchos años, en otra Universidad... Por fortuna encontré mi lugar en la UAB y en el Hospital de Sant Pau.

Ha sido un camino largo y arduo. Donde la lucha por estudiar y aprender de lo que más me apasiona, la Esquizofrenia y la Terapia Familiar, me ha desafiado continuamente.

Esta Historia comenzó renunciando a una beca FI y continuó en el despacho del Dr. Linares pidiéndole ser mi Director de Tesis y permitiéndome evaluar su Modelo de Intervención.

He aprendido mucho como Investigadora, como Terapeuta, como experta en Psicopatología y como docente. He aprendido de la esquizofrenia, desde un ámbito terapéutico, individual, familiar y grupal. Hacer investigación en un ámbito clínico es una maravillosa experiencia. Valoro enormemente los aprendizajes profesionales y los personales.

Hacer un estudio longitudinal es un viaje lleno de emociones, también de adversidades. He aprendido de los desafíos del tiempo y a resolver todo tipo de problemas a lo largo del estudio. Nadie ha escrito que el Investigador puede ser un obstáculo en algunos momentos, pero he ido aprendiendo.

He cambiado con mi tesis, transformándonos continuamente. El tiempo fue un desafío para los pacientes, para el diseño de Investigación, para los cambios en los Programas de Doctorado. Además de ser una Investigación sin subvenciones y con lo que esas circunstancias supone. Este estudio superó, mis procesos Migratorios. Me hizo emocionarme y enfadarme. Vivir y aprender infinito.

Ha sido un viaje interesante, lleno de aprendizajes y un homenaje particular a lo que tanto me apasiona, el estudio de la Esquizofrenia.

Gracias a todas y todos los que me acompañaron a lo largo del trayecto.

Vicky

TESIS DOCTORAL

EL TRATAMIENTO FAMILIAR SISTÉMICO EN LA ESQUIZOFRENIA.

Estudio basado en el modelo de Reconfirmación comparado con un grupo control

María Virginia Rangel Gómez

Resumen

El objetivo del presente estudio es conocer las características sintomatológicas, familiares y de calidad de vida, antes, después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar sistémico en personas diagnosticadas de esquizofrenia. Se trata de un estudio comparado con un grupo control. Se realizó un programa de tratamiento familiar basado en el modelo de de la reconfirmación (Linares, 2007) con una duración de cuatro años.

La muestra está compuesta por 108 participantes que acudieron a pedir ayuda a la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau. De los cuales 46 eran personas diagnosticadas de esquizofrenia y 62 familiares (Padres N=36, hermanos N=26). Estudio con una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. Estudio descriptivo y longitudinal. Controlado no aleatorizado. Con un diseño de Investigación de medidas repetidas con dos grupos de comparación. 1) Un grupo de paciente que fueron tratados con terapia familiar (N=23) y abordaje farmacológico, 2) Un grupo control de pacientes (N=23) que recibían abordaje farmacológico. Se evaluaron tres medidas de tiempo, la primera medida se realizó antes de iniciar el tratamiento familiar, la segunda medida después de dos años y la tercera medida al finalizar el tratamiento familiar (a los 3 o 4 años de iniciar la intervención). Los resultados muestran una disminución estadística y clínicamente significativa en los síntomas negativos, psicopatología general y un aumento del Funcionamiento social y laboral en los pacientes del grupo en Tratamiento. La calidad de vida de los familiares muestra una mejora en las relaciones sociales después de dos años y al finalizar el Tratamiento Familiar.

Palabras clave. Esquizofrenia, Tratamiento familiar, Terapia Sistémica.

Systemic Family Treatment in Schizophrenia

Study based on the reconfirmation model compared to a control group.

Maria Virginia Rangel Gómez

Abstract

The aim of the present study was to assess the symptomatological, family and quality of life characteristics during preintervention, after two years, and at the end of the systemic family treatment in adults diagnosed with schizophrenia. A family treatment, of more than four years duration, was carried out based on the reconfirmation model (Linares, 2007). The intervention group was compared to a control group.

The sample was composed of 108 participants who came seeking help from the Psychiatry Unit of the Hospital de Sant Pau. Of which 46 had been diagnosed with schizophrenia and 62 were relatives (parents=36, siblings=26). A mixed methodology was used, both quantitative and qualitative techniques were employed. A descriptive and longitudinal study with a repeated measures design was carried out, comparing the intervention and control groups. 1) A group of 23 patients who were treated with family therapy and a pharmacological approach. 2) A control group of 23 patients who were treated with a pharmacological approach. Three measures were taken: at pretreatment, two years later, and at posttreatment (three or four years after starting the intervention). The results showed a statistically and clinically significant decrease in negative symptoms and general psychopathology, and an increase in social and occupational functioning in patients in the treatment group. The quality of life of family members showed an improvement in social relationships after two years and at the end of family treatment.

Keywords: *Schizophrenia, Family therapy, Systemic therapy*

SUMARIO

Introducción.....	1
Capítulo I. La Esquizofrenia.....	9
1.1. Historia de la Esquizofrenia.....	9
1.1.1. Primer periodo: De Willis a Morel.....	13
1.1.2. El segundo periodo: Era pre-científica.....	14
1.1.3. El tercer periodo: Era Kraepeliana.....	15
1.1.4. Cuarto periodo: Era científica.....	17
1.1.5. Del psicoanálisis a la actualidad.....	18
1.1.6. Movimiento de Recuperación.....	25
1.2. Definición de Esquizofrenia.....	25
1.2.1. La Esquizofrenia como trastorno Identitario.....	28
1.3. La Sintomatología en Esquizofrenia.....	29
1.3.1. Alteraciones en el lenguaje.....	33
1.3.2. Alteraciones en la comunicación.....	34
1.3.3. Alteraciones en el pensamiento.....	34
1.3.4. Alteraciones en el contenido del pensamiento.....	35
1.3.5. Alteraciones en la percepción.....	36
1.3.6. Alteraciones en el afecto.....	36
1.3.7. Alteraciones en el sentido de sí mismo.....	36
1.3.8. Alteración de la voluntad.....	37
1.3.9. Alteración en la relación con el mundo externo.....	37
1.3.10. Alteración de la conducta motora.....	38
1.4. Tipos de Esquizofrenia.....	38
1.4.1. Esquizofrenia Simple.....	38
1.4.2. Esquizofrenia desorganizada.....	39
1.4.3. Esquizofrenia catatónica.....	39
1.4.4. Esquizofrenia Paranoide.....	40
1.4.5. Esquizofrenia Residual.....	43
1.4.6. Tipo Indiferenciado.....	43
1.5. Etiología de la Esquizofrenia.....	44
1.5.1. Causas Orgánicas.....	44
1.5.2. Causas Genéticas.....	46
1.5.3. Factores Ambientales.....	48
1.5.4. Factores Metabólicos.....	49
1.5.5. Factores Bioquímicos.....	49
1.5.6. Factores Conductuales y Cognitivos.....	51
1.5.7. Factores sociales.....	52
1.5.8. Multicausalidad.....	52
1.6. Calidad de vida en Esquizofrenia.....	53
1.6.1. Calidad de vida subjetiva.....	54
1.7. Calidad de vida en los familiares.....	55
1.8. Calidad de vida y recuperación.....	56
1.9. Factores Terapéuticos y cambio en la Terapia.....	58
Capítulo II. Esquizofrenia y familia.....	61
2.1. La familia.....	61
2.2. Del individuo a la familia.....	62
2.2.1. La personalidad.....	62
2.2.2. La narrativa.....	63
2.2.3. La Identidad.....	64

2.3. Los sistemas de pertenencia: Organización y Mitología Familiar.....	64
2.3.1. La Organización familiar.....	65
2.3.2. La Estructura familiar.....	65
2.3.3. La Adaptabilidad familiar.....	66
2.3.4. La Mitología familiar.....	68
2.3.5. La Nutrición Relacional.....	68
2.4. Los Modelos teóricos Familiares.....	69
2.4.1. La familia como un miembro con Esquizofrenia.....	69
2.4.2. La Teoría de la Comunicación familiar.....	69
2.4.2.1. Teoría del doble vínculo.....	69
2.4.2.2. Otras teorías de la Comunicación humana.....	72
2.4.3. Teorías de las características de los padres	73
2.4.3.1. Madres.....	73
2.4.3.2. Padres.....	74
2.4.4. La pareja de los padres	75
2.4.5. El juego familiar.....	76
2.4.5.1. La prescripción invariable.....	76
2.4.5.2. Los juegos psicóticos en la familia.....	78
2.4.5.3. Los estadios del proceso psicótico.....	78
2.4.6. Teoría del clima emocional.....	80
2.4.6.1. Emoción Expresada.....	80
2.4.7. Teorías de la desvinculación.....	80
2.4.7.1. Teoría de Cancrini.....	80
2.4.8. La teoría de la Desconfirmación.....	83
2.4.8.1. Identidad y Narrativa en la Esquizofrenia.....	84
2.4.8.2. La organización y la mitología familiar.....	85
2.5. Programas de Intervención familiar sistémico en la Esquizofrenia.....	87
2.5.1. Intervenciones psicoeducativas.....	87
2.5.2. Terapia familiar en crisis.....	87
2.5.3. Modelo de MacFarlane.....	88
2.5.4. Terapia familiar Conductual.....	89
2.5.5. Intervención en Emoción Expresada.....	89
2.5.6. Programa de Carol Anderson.....	90
2.5.7. Intervención comunitaria.....	91
2.5.7.1. Intervención adaptada a las necesidades.....	91
2.5.7.2. Dialogo abierto.....	91
2.5.8. Intervenciones familiares recientes.....	92
2.5.8.1. Modelo de Selvini “La prescripción invariable”.....	92
2.5.8.2. Modelo de Cancrini.....	94
2.5.8.3. Modelo de Linares “Modelo de Reconfirmación”.....	95
2.6. Investigaciones de la Intervención familiar.....	105
2.6.1. Recaídas y ingresos Psiquiátricos.....	105
2.6.2. Síntomas y funcionamiento social y laboral.....	107
2.6.3. Las características familiares.....	108
Capítulo III. Método	110
3.1. Objetivos.....	110
3.1.1. Objetivos Generales.....	110
3.1.2. Objetivos específicos.....	110
3.2. Hipótesis.....	111
3.3. Metodología.....	112
3.3.1. Participantes.....	112
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión grupo en tratamiento.....	113
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión grupo control.....	114

3.4. Instrumentos.....	114
3.4.1. Instrumentos de sintomatología.....	114
3.4.2. Instrumentos de calidad de vida.....	116
3.4.3. Instrumentos de variables familiares.....	118
3.4.4. Instrumentos para evaluar la terapia y el cambio.....	120
3.5. Protocolo de Evaluación y Procedimiento.....	121
3.5.1. Pacientes del Grupo en Tratamiento	121
3.5.2. Pacientes del grupo control.....	124
3.5.3. Protocolo de evaluación de los familiares.....	125
3.5.4 Evaluación del equipo de terapeutas.....	126
3.5.5. Mejora y Recuperación en Terapia.....	126
3.5.6. Análisis de los Resultados.....	127
3.5.6.1. Estadísticos descriptivos.....	127
3.5.6.2. Correlaciones bivariadas.....	128
3.5.6.3. Análisis de contraste.....	128
3.5.6.4. Análisis Univariado de Medidas repetidas.....	128
3.5.6.5. Análisis Multivariante de medidas repetidas.....	129
Capítulo IV. Resultados.....	130
4.1. Análisis Descriptivos de las variables sociodemográficas de la Muestra Total.....	132
4.1.1. Análisis Descriptivos de los datos sociodemográficos de los pacientes.....	132
4.1.2. Análisis Descriptivos de los pacientes del Grupo control.....	136
4.1.3. Análisis Descriptivos de los pacientes del Grupo en Tratamiento.....	138
4.1.4. Análisis Descriptivos de las variables familiares del Grupo en Tratamiento.....	142
4.1.5. Análisis Descriptivos de los(as) Hermanos(as).....	145
4.2. Variables Familiares del Grupo en Tratamiento.....	146
4.3. Variables cualitativas de la Estructura y Organización Familiar	149
4.4. Síntomas de los Pacientes y variables familiares del Grupo en Tratamiento.....	187
4.4.1. Correlaciones.....	188
4.4.1.1. Sintomatología de los pacientes.....	188
4.4.1.2. Variables Familiares de los pacientes.....	188
4.4.1.3. Correlaciones entre las variables familiares de los padres y las madres.....	189
4.4.1.4. Correlaciones de la sintomatología de los pacientes y variables de los familiares.....	190
4.4.1.5. Sintomatología y Calidad de vida.....	191
4.5. Análisis de contraste estadístico entre grupos en el pre-tratamiento	193
4.5.1. Pruebas de contraste entre Grupos.....	193
4.6. Contrastes Estadísticos entre el Pre-tratamiento y a los dos años de Intervención.....	194
4.6.1. Análisis de contraste estadístico en el Grupo en Tratamiento.....	194
4.6.2. Análisis de Contraste estadístico en el Grupo control.....	195
4.7. Análisis Multivariante de Medidas Repetidas.....	196
4.8. Análisis Univariado de Medidas repetidas: Funcionamiento social y laboral.....	204
4.9. Análisis Multivariante de Medidas Repetidas de las variables familiares.....	205
4.10. Análisis Multivariantes de Medidas	

Repetidas de la Calidad de vida de los Familiares.....	210
4.11. Análisis Cualitativos.....	216
4.11.1. Análisis cualitativos de la Terapia.....	216
4.11.2. Abandonos.....	216
4.11.3. Derivaciones.....	216
4.11.4. Altas.....	217
4.11.5. Recaidas.....	217
4.12. Evaluación de la Terapia familiar.....	217
4.12.1. Pacientes.....	218
4.12.2. Madres.....	224
4.12.3. Padres.....	228
4.12.4. Hermanos.....	232
4.13. Cambios Familiares.....	235
4.14. Mejora y Recuperación del grupo en Tratamiento.....	236
4.14.1. Cambios desde la percepción de los co-terapeutas.....	236
4.14.2. Mejora Clínica.....	237
4.14.3. La Recuperación.....	238
Capítulo V. Discusión.....	240
5.1 Pacientes.....	240
5.2. Familias.....	243
5.3. Efecto de la Intervención.....	246
5.3.1. Medicación.....	246
5.3.2. Recaidas.....	247
5.3.3. Funcionamiento Social y Laboral.....	248
5.3.4. Sintomatología.....	249
5.4. El Tratamiento Familiar.....	250
5.4.1. Número de sesiones.....	250
5.4.2. Abandonos.....	251
5.4.3. Variables Familiares.....	252
5.4.4. Creencias.....	254
5.4.5. Terapeutas.....	254
5.4.6. Calidad de vida de los Pacientes.....	254
5.4.7. Calidad de vida de los Familiares.....	256
5.5. Mejora Terapéutica.....	257
5.6. La Recuperación.....	259
5.7. Limitaciones y Estudios Futuros.....	261
Capítulo VI. Conclusiones.....	265
Bibliografía.....	270
Anexos.....	288

SUMARIO DE TABLAS

Tabla 1. Primer periodo: Visión Animista, Démoníaca, Visión de Castigo Divino, Era de La Sin Razón, Visión de las Pasiones Humanas.....	13
Tabla 2. Segundo periodo: Era pre-científica o Prekraepelina.....	15
Tabla 3. Tercer periodo: De Kraepeling a Bleuler.....	16
Tabla 4. Era científica y Antipsiquiatría.....	17
Tabla 5. Desde Jung hasta 1970.....	18
Tabla 6. Tipos de Esquizofrenia y sus características (adaptado de Sarason, 1975).....	41
Tabla 7. La Identidad, La Narrativa, La Organización y la Mitología Familiar.....	64
Tabla 8. Clasificación de la Psicopatología de Jaspers, Kenberg y Cancrini.....	81
Tabla 9. Modelo de Identidad y Narrativa en la Esquizofrenia.....	84
Tabla 10. Cuestionarios administrados en las tres medidas de tiempo.....	123
Tabla 11. Cuestionarios del grupo control en las tres medidas de tiempo.....	124
Tabla 12. Cuestionarios administrados a los familiares del grupo en tratamiento.....	126

SUMARIO DE FIGURAS

<i>Fig. 1. Evolución histórica concepto de Esquizofrenia</i>	12
<i>Línea del tiempo desde Willis (1667) a Bleuler (1911)</i>	12
<i>Fig. 2. Tipología de Familias. Modelo Circumplejo de Olson</i>	67
<i>Fig. 3. Género de la muestra total de pacientes</i>	132
<i>Fig. 4. Nacionalidad de la Muestra total de pacientes</i>	133
<i>Fig. 5. Estado civil de la muestra total de Pacientes</i>	134
<i>Fig. 6. Diagnóstico de la muestra total de Pacientes</i>	134
<i>Fig. 7. Nivel de gravedad del trastorno de la muestra total de pacientes</i>	135
<i>Fig.8. Género de los pacientes del grupo control</i>	136
<i>Fig. 9. Diagnóstico de los pacientes del grupo control</i>	137
<i>Fig. 10. Estado civil del Grupo en Tratamiento</i>	138
<i>Fig. 11. Tipo de Diagnóstico en los pacientes del Grupo en Tratamiento</i>	139
<i>Fig. 12. Gravedad del Trastorno en los pacientes del grupo en tratamiento</i>	140
<i>Fig. 13. Estado civil de los Padres de los Pacientes</i>	143
<i>Fig. 14. Género de los(as) hermanos(as)</i>	145
<i>Fig. 15. Cercanía familiar del Paciente</i>	149
<i>Fig. 16. Lugar de prestigio en la familia. Pacientes</i>	150
<i>Fig. 17. Percepción de prestigio familiar de la Madre</i>	151
<i>Fig. 18. Lugar de Prestigio Familiar. Padre</i>	151
<i>Fig. 19. Percepción de los hermanos sobre la Figura de más prestigio familiar</i>	152
<i>Fig. 20. Influencia de la familia Extensa desde la percepción del Paciente</i>	153
<i>Fig. 21. Influencia de la familia Extensa desde la Percepción de la Madre</i>	153
<i>Fig. 22. Influencia de la familia Extensa desde la Percepción del Padre</i>	154
<i>Fig. 23. Influencia de la familia Extensa desde la Percepción de los hermanos</i>	154
<i>Fig. 24. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción del Paciente</i>	155
<i>Fig. 25. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción de la Madre</i>	155
<i>Fig. 26. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción de los Padres</i>	156
<i>Fig. 27. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción de los (as) hermanos (as)</i>	156
<i>Fig. 28. Vivienda de la familia Extensa. Percepción del Paciente</i>	157
<i>Fig. 29. Vivienda de la familia Extensa. Percepción de las Madres</i>	157
<i>Fig. 30. Vivienda de la familia Extensa. Percepción de los Padres</i>	158
<i>Fig. 31. Vivienda de la familia Extensa. Percepción de los(as) hermanos(as)</i>	158
<i>Fig. 32. Actividades en Familia. Pacientes</i>	159
<i>Fig. 33. Actividades en Familia. Madres</i>	159
<i>Fig. 34. Actividades en Familia. Padres</i>	160
<i>Fig. 35. Actividades en Familia. Hermanos</i>	160
<i>Fig. 36. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Pacientes</i>	161
<i>Fig. 37. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Madres</i>	161
<i>Fig. 38. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Padres</i>	162
<i>Fig. 39. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Hermanos</i>	162
<i>Fig. 40. Adaptación a los cambios. Pacientes</i>	163
<i>Fig. 41. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Madres</i>	164
<i>Fig. 42. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Padres</i>	164
<i>Fig. 43. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Hermanos</i>	165
<i>Fig. 44. Toma de decisiones importantes entre los padres. Pacientes</i>	166
<i>Fig. 45. Toma de decisiones entre los padres. Madres</i>	167
<i>Fig. 46. Toma de decisiones entre los padres. Padres</i>	167

Fig. 47. Toma de decisiones entre los padres. Hermanos.....	168
Fig. 48. Toma de decisiones de los padres. Pacientes.....	168
Fig. 49. Toma de decisiones de los padres. Madres.....	169
Fig. 50. Toma de decisiones de los padres. Padres.....	169
Fig. 51. Toma de decisiones de los padres. Hermanos(as).....	170
Fig. 52. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Pacientes.....	171
Fig. 53. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Madres.....	171
Fig. 54. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Padres.....	172
Fig. 55. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Hermanos(as).....	172
Fig. 56. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de los Pacientes?.....	173
Fig. 57. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de las Madres?.....	173
Fig. 58. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de los Padres?.....	174
Fig. 59. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de los Hermanos?.....	174
Fig. 60. Reconocimiento de los padres. Pacientes.....	175
Fig. 61. Reconocimiento de los padres. Madres.....	175
Fig. 62. Reconocimiento de los padres. Padres.....	176
Fig. 63. Reconocimiento de los padres. Hermanos(as).....	176
Fig. 64. Valoración de los padres. Pacientes.....	177
Fig. 65. Valoración de los padres. Madres.....	177
Fig. 66. Valoración de los padres. Padres.....	178
Fig. 67. Valoración de los padres. Hermanos(as).....	178
Fig. 68. Participación en las Celebraciones Familiares. Pacientes.....	179
Fig. 69. Participación en las Celebraciones Familiares. Madres.....	180
Fig. 70. Participación en las Celebraciones Familiares. Padres.....	180
Fig. 71. Participación en las Celebraciones Familiares. Hermanos(as).....	181
Fig. 72. Síntomas de los Pacientes. Pacientes.....	181
Fig. 73. Síntomas de los Pacientes. Madres.....	182
Fig. 74. Síntomas de los Pacientes. Padres.....	182
Fig. 75. Síntomas de los Pacientes. Hermanos(as).....	183
Fig. 76. Actividades del Hogar. Pacientes.....	173
Fig. 77. Actividades del Hogar. Madres.....	184
Fig. 78. Actividades del Hogar. Padres.....	184
Fig. 79. Actividades del Hogar. Hermanos(as).....	185
Fig. 80. Tipo de relación con las personas que conviven. Pacientes.....	185
Fig. 81. Tipo de relación con las personas que conviven. Madres.....	186
Fig. 82. Tipo de relación con las personas que conviven. Padres.....	186
Fig. 83. Tipo de relación con las personas que conviven. Hermanos(as).....	187
Fig. 84. Sintomatología Positiva de los pacientes del Grupo control y el Grupo en tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	198
Fig. 85. Síntomas Negativos de los Pacientes. Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.....	199
Fig. 86. Psicopatología General de los Pacientes. Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.....	200
Fig. 87. Adherencia a los Antipsicóticos. Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.....	201
Fig. 88. Escala de calidad de vida Favorable de los Pacientes del Grupo en Tratamiento en las tres medidas del tiempo.....	203
Fig. 89. Escala Desfavorable de Calidad de vida de los pacientes. Falta de Control en las tres medidas del tiempo.....	203
Fig. 90. Funcionamiento Social y Laboral de los Pacientes.....	205

Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo	
<i>Fig. 91.</i> Crítica de los Padres. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	206
<i>Fig. 92.</i> Cuidados de las Madres. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	207
<i>Fig. 93.</i> Crítica de las Madres. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	207
<i>Fig. 94.</i> Cohesión Familiar Hermanos. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	208
<i>Fig. 95.</i> Adaptabilidad Familiar Hermanos. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	209
<i>Fig. 96.</i> Calidad de vida Padre: Salud Física. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	211
<i>Fig. 97.</i> Calidad de vida Padre: Estado Emocional. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	211
<i>Fig. 98.</i> Calidad de vida Padre: Relaciones Sociales. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	212
<i>Fig. 99.</i> Calidad de vida Padre: Trabajo. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	213
<i>Fig. 100.</i> Calidad de vida Madre: Relaciones Sociales. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	213
<i>Fig. 101.</i> Calidad de vida Hermanos(as): Tiempo Libre. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	214
<i>Fig. 102.</i> Calidad de vida Hermanos(as): Cursos o clases. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	215
<i>Fig. 103.</i> Calidad de vida Hermanos(as): Relaciones sociales. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.....	215
<i>Fig. 104.</i> Problemas que motivaron la solicitud a Terapia familiar. Pacientes.....	218
<i>Fig. 105.</i> Otros problemas que motivaron la solicitud a Terapia familiar. Pacientes.....	219
<i>Fig. 106.</i> Expectativas de la Terapia familiar. Pacientes.....	219
<i>Fig. 107.</i> Expectativas de Cambio de Terapia Familiar. Pacientes.....	220
<i>Fig. 108.</i> Cambios producidos por la Terapia familiar después de 2 años. Pacientes.....	221
<i>Fig. 109.</i> Otros cambios producidos por la Terapia familiar después de 2 años. Pacientes.....	221
<i>Fig. 110.</i> Cambios producidos por la Terapia familiar al Finalizar el Tratamiento. Pacientes.....	223
<i>Fig. 111.</i> Otros Cambios producidos por la Terapia familiar al Finalizar el Tratamiento. Pacientes.....	223
<i>Fig. 112.</i> Problemas por los que pide ayuda a Terapia familiar. Madres.....	225
<i>Fig. 113.</i> Expectativas de Terapia familiar. Madres.....	225
<i>Fig. 114.</i> Cambios en el ambiente Familiar Madres.....	226
<i>Fig. 115.</i> Cambios después de dos años de Terapia familiar. Madres.....	227
<i>Fig. 116.</i> Problemas por los que pide ayuda a Terapia familiar. Padres.....	229
<i>Fig. 117.</i> Expectativas de Terapia familiar. Padres.....	229
<i>Fig. 118.</i> Expectativas de cambio de la Terapia familiar. Padres.....	230
<i>Fig. 119.</i> Cambios de la Terapia familiar después de dos años. Padres.....	231
<i>Fig. 120.</i> Problemas por los que pide ayuda a Terapia familiar. Hermanos(as).....	233
<i>Fig. 121.</i> Cambios después de dos años de Intervención. Hermanos(as).....	234
<i>Fig. 122.</i> Nivel de Sociabilidad del Paciente al finalizar la Terapia.....	236

ABREVIATURAS

OMS Organización Mundial de la Salud

DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición revisada.

DSM-V Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición.

PANSS La escala de síntomas positivos y negativos

EEAG Escala de Evaluación de la Actividad Global

ICG Impresión clínica Global

EE Emoción Expresada

CV Calidad de vida

Q LESQ Cuestionario sobre Calidad de Vida de Satisfacción y Placer

CSCV Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida

FACES II Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

PBI Parental Bonding Instrument

IRQ Influential Relationships Questionnaire

APA American Psychiatric Association

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es considerada uno de los trastornos mentales graves que más afecta a la calidad de vida de los individuos y sus familiares. Los síntomas psicóticos son probablemente los síntomas con más limitaciones y consecuencias que se tratan en el ámbito de la salud mental.

La esquizofrenia es la novena causa de discapacidad en las personas entre 15 y 44 años y la cuarta en los países desarrollados (Murray, O'Callaghan., Castle, y Lewis, 1992). Por lo tanto, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo (Rössler,Salize y Riecher-Rössler,2005; Schultze-Lutter, *et al.*, 2015), ya que supone un enorme coste económico, tanto de manera directa (por ejemplo, los gastos en tratamientos) como indirecta (por ejemplo, los costes derivados de la disminución de la productividad) (Gustavsson *et al.*,2011; Rice, 1999; Yeh, Hwu, Chen,Chen y Wu, 2008).

En España, en el ámbito de la atención psiquiátrica son los Trastornos Psicóticos los que se asocian con los costes más elevados (Schultze-Lutter, *et al.*,2015) y se ha estimado que el Tratamiento de la esquizofrenia supone casi el 3% del gasto sanitario nacional (Oliva y Osuna,2009).

Los trastornos mentales y del comportamiento se están convirtiendo en un problema de salud pública cada vez más grave, lo que representa un alto coste económico y social, directo e indirecto para el paciente, la familia y la sociedad en general. La Esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, representando del 40% al 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, había en el mundo 45 millones de personas mayores de 15 años de edad, que en algún momento de su vida habían presentado un cuadro Esquizofreniforme o Esquizofrenia (OMS,2001), calculándose 25 millones de personas en el mundo con este padecimiento (OMS,2002).

A nivel mundial, la esquizofrenia tiene una prevalencia de entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existiendo en general poca variación cultural.

La proporción según el género, difiere según la muestra y la población, pero hay una incidencia ligeramente mayor en hombres.

Los síntomas suelen a parecer en los hombres durante la adolescencia hasta los 35 años de edad. En las mujeres suelen aparecer los síntomas entre los 27 y 29 años. La edad de inicio más temprana suele predecir un peor pronóstico en el desarrollo del trastorno. Así como los síntomas negativos están asociados a un peor pronóstico (DSM-V).

La ruptura con la realidad y la pérdida de cualquier relación (Minkowski, 2001) son los aspectos que pueden deteriorar más la vida de las personas que padecen Esquizofrenia. Sin dejar de mencionar el impacto que esto puede tener en la identidad de la persona y en la paralización del ciclo vital de la familia y en el sufrimiento que conllevan todos estos aspectos.

La esquizofrenia continúa siendo uno de los trastornos mentales más severos (Murray, O'Callaghan, Castle y Lewis,1992) debido a su inicio en edad temprana, su cronicidad y curso (Watt 1990). El inicio de la sintomatología psicótica aparece en la adolescencia, teniendo consecuencias en algunas de las decisiones más importantes de la vida adulta, tales como la elección de la profesión o el trabajo, la elección de pareja y los vínculos afectivos, las cuales pueden quedar truncadas y tener repercusiones graves en la vida de la persona.

Hasta el momento, el abordaje más utilizado en los trastornos psicóticos es el abordaje farmacológico. Hay una gran cantidad de investigaciones y subvenciones económicas para el estudio orgánico y biológico de la Esquizofrenia.

En investigaciones recientes se han encontrado, que la mayoría de los pacientes dejan la medicación antipsicótica, después de dos años de tomarla (Read, Geekie,y Codony,2013). Esto ha dado cabida a nuevas líneas de investigación e intervención, que consideran los abordajes psicológicos, familiares y sociales como fundamentales. Inicialmente como un punto de apoyo para la toma de medicación y la mejora de la adherencia a los psicofármacos. En algunos estudios se ha observado que las intervenciones psicológicas potencian la adherencia a los fármacos y mejoran la calidad de vida de las personas que sufren Esquizofrenia (Pilling *et al.*, 2002; Pitschel, Leucht, Baum, Kissling, y Engel,2001).

Se ha llegado a la conclusión de que el abordaje farmacológico es indispensable, pero puede resultar insuficiente a la hora de tratar un fenómeno tan complejo y multidimensional. Los estudios de eficacia y efectividad, apuntan al abordaje multidimensional y a los tratamientos biopsicosociales.

En la actualidad, los tratamientos psicológicos más investigados son de orientación cognitivo conductual y en formato individual (Fallon, Laporta, Fadden, Graham y Hole,1993;TARRIER, Sommerfield y Pilgrim,1999). Las diferentes investigaciones se han centrado en episodios agudos y durante los ingresos hospitalarios (Philling *et al.*,2002). Y por tanto, se puede afirmar que los tratamientos psicológicos evaluados, se han mostrado efectivos como elemento coadyuvante al modelo de vulnerabilidad-estrés. Así como han mostrado su eficacia en contextos hospitalarios y episodios psicóticos breves, habiendo limitaciones en la generalización de los resultados a otras fases del trastorno y en otros contextos de relación.

Los tratamientos psicológicos, más allá de ayudar a la adherencia a la medicación y al abordaje en episodios de crisis, puede ser un herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar.

El tratamiento antipsicótico temprano y de mantenimiento (Birchwood, Todd y Jackson,1998), así como las intervenciones psicosociales, han probado su efectividad (Tandon, 2011).

La gran cantidad de tratamientos psicológicos existentes en la actualidad, hacen que la evaluación y el control de la calidad de los mismos sean tareas imprescindibles para la práctica clínica. Las naciones deben de disponer de un sistema más efectivo para identificar, propagar y aplicar tratamientos que demuestren la eficacia o prácticas basadas en evidencias en la atención de la salud mental (Bellack, 2007). Es por ello que evaluar el efecto de los tratamientos psicológicos es primordial para valorar si un tratamiento es exitoso en términos de mejora y recuperación de los pacientes. Así como valorar qué tipo de tratamientos benefician a diferentes tipos de pacientes, los efectos deseados y los no deseados en éstos. Resulta de interés conocer si los tratamientos son creíbles y tienen efectos beneficiosos que se puedan comprobar entre poblaciones y en ambientes determinados (Nathan, Stuart y Dolan, 2000).

Entre el 20% y 70% de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, mejoraron en la sintomatología y calidad de vida, así como un mejor funcionamiento en la vida cotidiana después de recibir tratamiento psicológico (Bellack 2007).

Estudios de eficacia en la esquizofrenia (Philling, *et al.*,2002) evaluaron la mejora de los pacientes que han recibido tratamiento psicológico a través del número de recaídas e ingresos psiquiátricos.

Brown (Brown y Birley,1968) ha sido uno de los pioneros en realizar investigación en el área de Terapia Familiar sistémica, él intentó evaluar el efecto de las intervenciones familiares en Esquizofrenia. Encontró que familias con altos niveles de censura, hostilidad o implicación excesiva (Emoción Expresada alta) los pacientes tenían recaídas más frecuentes, comparados con pacientes que provenían de familias con bajos niveles de hostilidad y sobreprotección(Emoción Expresada baja) quienes tenían menor índice de recaídas (Brown y Rutter,1966).

Algunos estudios que realizaron Tratamiento Familiar en el abordaje de la esquizofrenia, como los estudios cognitivo-conductuales familiares (Fallon, Laporta, Fadden, Graham y Hole,1993), los estudios focalizados en intervenciones psicoeducativas y orientados en el entrenamiento de habilidades sociales (Hogarty *et al.*,1991), así como estudios de psicoeducación familiar (Tarrrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Watts y Freeman,1989), han encontrado resultados que muestran una disminución en la tasa de recaídas de los pacientes tratados con sus familias.

Un meta-análisis de 25 estudios, concluyó que la participación familiar en el tratamiento de la esquizofrenia, disminuía la tasa de recaídas en un 20% en los pacientes, así como mejoraba la adherencia y cumplimiento de la toma de medicación antipsicótica (Pitshel, *et al.*,2001). En la misma dirección se encontró en un meta-análisis de 18 estudios controlados, en el cuál se evaluaron intervenciones familiares en Esquizofrenia, que el efecto de estas intervenciones era la disminución del número recaídas y los ingresos hospitalarios en los pacientes (Pilling *et al.* 2002).

Un meta- análisis de 15 estudios, concluyó que las intervenciones familiares muestran un efecto significativo en disminuir el tiempo de hospitalización, mejorar la toma de la medicación antipsicótica, disminuir la tensión familiar y mejorar el funcionamiento social (Pharoah, Mari, Rathbone y Wong, 2007).

MacFarlene, Dushay y Deakins (2000) realizaron un estudio centrado en mejorar el ajuste del paciente en la comunidad. Obtuvieron como resultado, una mejora de la actividad laboral y se asocia a la implicación de la familia en el tratamiento.

Los estudios que incluyen a la familia en el tratamiento disminuyen el número de recaídas, los ingresos psiquiátricos (Glynn, Cohen, Dixon y Niv,2007), así como el tiempo de hospitalización, mejora la adherencia a la toma de medicación antipsicótica, disminuye la tensión familiar y mejora el funcionamiento social (Pharoah, *et al.*,2007)

y laboral (MacFarlene y cols, 2000).

A pesar de que el tratamiento psicológico reduce sustancialmente los síntomas y puede disminuir el deterioro, aproximadamente el 40% de los pacientes no reciben tratamiento (OMS, 2001).

Hay algunos estudios que aseguran que el 50% de las personas que padecen esquizofrenia presentan buenos resultados si reciben Tratamiento psicológico considerando a la familia. En el *International Study of Schizophrenia* encontraron que el 48,1% de los pacientes se recuperaban después de ser tratados, no eran percibidos por sus familiares como enfermos y no mostraban sintomatología psicótica (Bellack ,2007).

Se encontró que el 40% de los pacientes que se recuperaban, no necesitaban tomar antipsicóticos de mantenimiento 15 años después de finalizar el tratamiento (Bellack,2007). Estos resultados muestran que el Tratamiento psicológico con un enfoque familiar puede ser de utilidad para la mejora de personas que padecen Esquizofrenia.

Los principales estudios empíricos y estudios controlados publicados en la actualidad, han sido estudios desde una perspectiva cognitivo-conductual. Hay pocos estudios desde el ámbito familiar sistémico que evalúen el efecto del tratamiento en personas con esquizofrenia y sus familiares. Los estudios que hay en la actualidad, son estudios que evalúan intervenciones psicoeducativas y las variables que han sido estudiadas son: Número de Recaídas, Ingresos Psiquiátricos, Tiempo de Hospitalización Psiquiátrica, Funcionamiento Social, Emoción Expresada, entre otras.

Existe poca evidencia empírica sobre el efecto de los tratamientos psicológicos realizados en contextos clínicos u hospitalarios naturales, de pacientes derivados por rutas habituales, con características heterogéneas, que reflejen la realidad clínica. Sólo un 14% de los estudios de efectividad del tratamiento psicológico en los síntomas psicóticos consideran a la familia. Esto también refleja el tipo de intervenciones que se realizan en España, en el ámbito de la salud mental, donde se priman intervenciones individuales y se consideran muy poco a los familiares.

Por tanto, hay pocos estudios que evalúen intervenciones psicológicas en contextos clínicos reales. Es por ello, que el presente trabajo, pretende realizar una aportación teórica y de evaluación de un tipo de intervención familiar en esquizofrenia.

Hay una falta de estudios que evalúen intervenciones psicológicas que duren más de dos años, que tengan técnicas de intervención diferentes a los modelos psicoeducativos, que consideren la evaluación de variables sintomatológicas del paciente, calidad de vida del paciente y los familiares y variables familiares de estructura y clima familiar.

El presente trabajo ha tenido como objetivo teórico, hacer una recapitulación histórica de la esquizofrenia, así como incluir todas las consideraciones sintomatológicas, las diferentes teorías etiológicas y definiciones que permiten comprender de forma multidimensional el Trastorno. Incluyendo los nuevos Modelos teóricos sobre la Recuperación, así como conceptos importantes respecto a la Calidad de Vida en Esquizofrenia. También se han incluido los diferentes Modelos Teóricos y de Intervención dentro del ámbito de la Terapia familiar, ya que existen muy pocos documentos que incluyan una integración de los modelos teóricos y sus propuestas de Intervención, así como los resultados de diferentes Investigaciones. Se finaliza con la el Modelo de Reconfirmación, que es la base teórica principal del Tratamiento evaluado en éste trabajo. El presente estudio ha tenido como objetivo hacer una integración de diferentes teorías como una aportación e integración entre el mundo de la Psicopatología y la Terapia familiar.

Considerando el trabajo práctico, el objetivo del presente estudio, es conocer las características de los familiares con un miembro diagnosticado de Esquizofrenia que pidieron ayuda en el servicio de Terapia Familiar en el Hospital de Sant Pau en Barcelona entre el 2012 y 2014.

Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal (de 4 años de duración), estudio controlado no aleatorizado, con Metodología Mixta, con un Diseño de Investigación de medidas repetidas, con dos grupos de comparación: 1) Un grupo que recibía Tratamiento Familiar basado en el Modelo de la Reconfirmación y Abordaje farmacológico, 2) Un grupo control que recibía Abordaje farmacológico, sin tratamiento psicológico. Se evaluaron tres medidas de tiempo, la primera medida se realizó antes de iniciar el Tratamiento familiar, la segunda medida después de dos años y la tercera medida al finalizar el tratamiento familiar (a los 3 o 4 años de iniciar la intervención).

Un segundo objetivo es conocer las características Sintomatológicas, las Creencias acerca del trastorno y la de Calidad de Vida antes de la intervención, durante

(a los dos años de intervención) y al finalizar el Tratamiento familiar sistémico en personas diagnosticadas de Esquizofrenia y sus familiares.

El tercer objetivo es comparar las características Sintomatológicas (Síntomas Positivos, Negativos, Psicopatología general, Gravedad y Funcionamiento Social y laboral), la actitud hacia la toma de medicación, tanto en el grupo en Tratamiento como en el grupo Control, en las tres medidas de tiempo (antes, después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar).

No hay estudios de tratamiento familiar en la Esquizofrenia en los que se considere el porcentaje de mejora y de la recuperación de los pacientes. Por lo que el cuarto objetivo es conocer el porcentaje de Mejora, Recuperación y la percepción de cambio terapéutico de los pacientes que recibían Tratamiento familiar basado en el modelo de Reconfirmación y sus familiares.

Las Hipótesis del presente estudio son las siguientes:

H1. El tratamiento familiar sistémico en la Esquizofrenia puede tener un efecto en la disminución de las siguientes variables: a) Síntomas negativos, b) Psicopatología general, c) Gravedad del trastorno. No obstante, el grupo control no presentará la disminución de puntuación en estas variables. Así como puede tener un efecto en la mejora del grupo en tratamiento de: 1) La actitud en la toma de medicación 2) Creencias acerca del trastorno con una visión más esperanzadora, 3) Calidad de vida de los pacientes (funcionamiento social y familiar).

H2. El grupo en Tratamiento tendrá un mejor Funcionamiento Social y Laboral, así como una disminución de la dosis de medicación antipsicótica; habiendo diferencias significativas en las tres medidas de tiempo.

H3 La intervención familiar en la Esquizofrenia puede tener un efecto clínicamente significativo en la disminución de las siguientes variables familiares: a) crítica y sobreprotección, b) Desconfirmación y Triangulación. Y un aumento de 1) Calidez, 2) Adaptabilidad familiar y 3) Mejora de la calidad de vida de los familiares.

H4. El grupo de pacientes y familiares que recibieron tratamiento familiar sistémico tendrá la percepción subjetiva de mejora familiar, disminución del sufrimiento y esperanza respecto al futuro (después de dos años y al finalizar el tratamiento).

El presente estudio inicia con dos capítulos teóricos: 1) El primer capítulo considera todos los elementos en relación a la Esquizofrenia, 2) El capítulo 2 considera todos los elementos sobre Familias y Terapia Familiar en Esquizofrenia. Con posterioridad, en el capítulo 3 se describe el Método, en el cuarto capítulo los resultados y para finalizar la discusión y conclusiones.

CAPÍTULO I. LA ESQUIZOFRENIA

1.1. HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Los trastornos mentales han existido desde el inicio de la humanidad, la llamada enfermedad mental ha variado en su definición en función de la evolución histórica del hombre y de la cultura de cada país (Vidal, 1991). En registros como el papiro Ebers (1550 a. C.), el Talmud, el Ayur-Veda (1400 ac) y en el Antiguo Testamento, se describieron síntomas que en la actualidad se podrían clasificar como Esquizofrenia. Los Griegos, Asirios y Egipcios también describieron ese tipo de síntomas y todos coincidían en dar atribuciones demoniacas y de castigo divino a las personas que los padecían.

La esquizofrenia ha tenido diferentes nombres, Celso (25 a.c.) la llamó “la estupidez adquirida” o “accidental” diferenciándola de la “estupidez *congénita*” destacada por Plater (1602) y por Seunest (1628). También se le denominó *insania*, *sin razón*, *insensatez*. Cabe destacar que la Esquizofrenia se definía según sus características o posibles causas.

Paracelso (1530) realizó la clasificación de *lunatici*, *vasani*, *melancholici*. Lunatici correspondería a un tipo de Esquizofrenia cuya causa es el mundo exterior, *Vasani* se debería a la herencia y al nacimiento y *Melancholici* sería causada por los defectos de alimentación y trastornos internos. Se puede observar que en la actualidad, existen estas tres teorías acerca del origen de la Esquizofrenia.

Fue la época de oro Griega, la más trascendental en el estudio de la psicopatología ya que fue la primera en utilizar un tipo de razonamiento más objetivo en sus descripciones psicopatológicas. Hipócrates (460-377 a.c.) realizó una clasificación de las enfermedades de la mente, utilizando como método la observación de los pacientes, esto sería un método con una base empírica. Hipócrates afirmó que el cerebro es el intérprete de la conciencia y que de él proceden placeres, alegrías, risas, burlas, penas, dolores y temores, consideró que éstas pueden ser afectadas por un exceso de humedad, calor o frío, podría producirse “*locura*”. Escribió sobre psicosis puerperal, los delirios, el delirium y un deterioro mental llamado paranoia. Hipócrates trató de explicar las causas de las enfermedades mentales a partir de aspectos naturales y ambientales, también tomo en cuenta el factor hereditario.

En la época clásica, la esquizofrenia, también llamada *locura*, se investigó desde dos vertientes predominantes 1) La moral-social y 2) La médico-objetiva, estas dos vertientes tuvieron repercusiones directas tanto en el tratamiento, como en la visión convencional de la enfermedad (Foucault, 1988). Se definió a la locura como una desorganización de la familia, por tanto una consecuencia de la desorganización del orden social y un peligro para el estado.

Galeno de Pérgamo (129-199 a.c.) analizó las diversas causas de las enfermedades mentales y pensó que podrían deberse a lesiones de la cabeza, alcoholismo, miedo, adolescencia, fracasos amorosos, etc. Existe una transición importante entre la etiología basada en explicaciones mágico-animistas o de índole naturalista o demoniaca y las explicaciones basadas en observaciones de síntomas y factores ambientales.

Constantino el Africano (1020-1080) definió a la esquizofrenia como un trastorno causado por los abscesos de los ventrículos cerebrales. En la misma línea de la clasificación diagnóstica y causal, los árabes realizaron observaciones clínicas bien definidas en los trastornos mentales. En 1450 *Najab un din Unhammad* describió un cuadro de delirio febril y un cuadro de esquizofrenia paranoide (Díaz, 1973).

En el siglo XIII y XIV se comienza a acentuar la idea de que las enfermedades físicas eran de causa naturales y las mentales de causa sobrenatural. Posteriormente se volvió a aceptar la visión demoniaca como la etiología de los trastornos mentales y en Europa la locura se percibía como “una existencia errante” (Foucault, 1988).

En el siglo XV se expulsaron a *los locos* de las ciudades para preservar la imagen de las mismas. Y se les enviaba a las *Stultifera Navis* (naves de los locos), los cuales eran grandes barcos donde llevaban a las personas definidas como *poseídas o raras*, estos barcos se quedaban naufragando en el mar. Desde la edad media hasta el Renacimiento, a los “*locos*” se les encarcelaba o se les llevaba a prisión, eran azotados públicamente. También se les relacionaba con brujería y eran quemados o asesinados de diversas formas. *La locura* estuvo en la misma categoría que los leprosos, los suicidas, las personas con enfermedades venéreas, los delincuentes, los pobres y todo lo que era diferente a la mayoría poblacional.

En el Renacimiento, Descartes (1685) describió a la locura definida por el error (Foucault, 1988), relacionando a la razón y a la locura como partes opuestas, ya que “no

se puede suponer con el pensamiento estar loco, porque la locura es una condición de imposibilidad del pensamiento” (Foucault, 1988). Con éste razonamiento cartesiano se discriminó la posibilidad de estar loco, si existe razón y hay duda, no hay locura. En ésta época se les denominó *insensatos*, a las personas con esquizofrenia, también se les exhibió como parte de un espectáculo “*Los locos siguen siendo monstruos, seres que merecen ser exhibidos*” (Foucault, 1988). Se relacionó a la locura como bestialidad, se les veía como humanos que se convirtieron en animales y en el tratamiento se vio reflejado esa forma de percibirlos.

Se pensó que la causa de la locura eran las pasiones y se pensó que era producto del castigo de la pasión. En el siglo XVII se relacionó a la locura con la profanación sexual, con el libertinaje, con las enfermedades venéreas, con el pecado y con la homosexualidad. Se identificaba a las personas sinrazón (esquizofrenia) por apartarse de las demás personas. La locura perdió su individualidad al ser mezclada con todo lo apartado de la razón. Continuaban encerrándolos, en nuevos contextos tales como internados, hospitales, calabozos, casas de fuerza. Se les desnudaba, los alimentaban mal y eran maltratados.

La figura del médico comenzó a tomar importancia ya que con anterioridad eran los jueces, los clérigos y los policías los que determinaban qué persona estaba *loca*, estableciendo sus criterios diagnósticos aleatorios y sin consenso. *La locura* era parte de la conciencia social y no de la médica. Pero, el médico comenzó a tener el poder de juzgar qué hombre estaba *loco* y su grado de afectación. Los médicos comenzaron a ver a la locura o Esquizofrenia como un mal entre las enfermedades y comenzaron a realizar investigaciones.

En los siglos XV y XVIII la tendencia hacia la observación se hizo más marcada, la era de los descubrimientos científicos como los de Kepler (1604), Galileo (1609) y Newton (1667) quienes realizaron aportaciones en el estudio de la física. Bacon (1671) y Locke (1605), optaron por el empirismo radical y el método deductivo. Con esto inició el pensamiento científico. Las ciencias biológicas progresaron y se tendía hacia la clasificación o taxonomización. En el ámbito de los trastornos mentales, se pensó que la principal causa era orgánica y se realizaron teorías e hipótesis al respecto. Por ejemplo, se pensó que la esquizofrenia estaba relacionada con el peso del cerebro y la dilatación de las pupilas, etc. Se creía que la esquizofrenia tenía que ver con los órganos de los sentidos. Entre el siglo XVII y el XVIII se comenzó a identificar *la demencia*

diferenciándose de otras enfermedades y se pensaba que era el producto de golpes o malformaciones congénitas. En los últimos veinte años del siglo XVIII nació la psiquiatría como especialidad independiente de la medicina. Se comienza a hacer una clínica sistemática y se efectúan pruebas de laboratorio para diagnosticar enfermedades mentales.

A continuación se muestra una propuesta realizada de diferentes periodos o épocas, con la finalidad de mostrar las diferentes aportaciones de distintos autores a lo largo de la historia. Se muestra una línea del tiempo con visiones que muestran las construcciones teóricas y los modelos que predominaban en cada momento histórico (véase Figura 1).

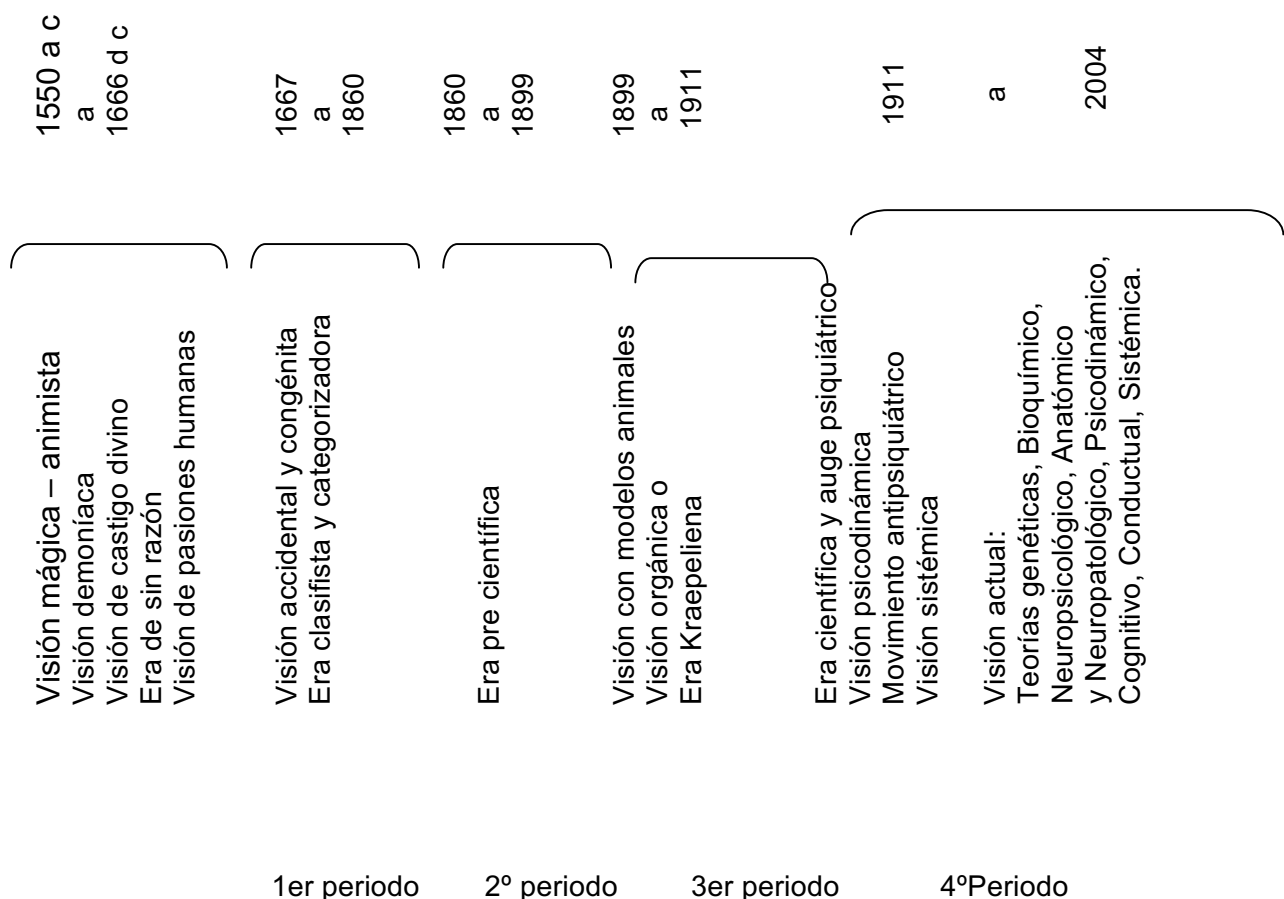


Fig. 1. Evolución histórica concepto de Esquizofrenia Línea del tiempo desde Willis (1667) a Bleuler (1911).

1.1.1. Primer periodo: de Willis (1667) a Morel (1860)

En éste periodo hubo una evolución tanto en la descripción psicopatológica como en el estudio de la etiología en la Esquizofrenia.

A mediados o finales del siglo XIX las causas físicas de la *locura* tomaron mucha importancia y se describió a través de la observación de los pacientes. Fue Pinel (1809) quién le devolvió el sentido humano a las personas con Esquizofrenia, también fue el pionero en efectuar tratamientos para dicho padecimiento.

En éste tiempo las enfermedades mentales se veían como enfermedades de los nervios; cambió el término de *locura* y se denominó como *estupidez adquirida*, *demencia crónica* y *precoz*, hasta que Bleuler (1910) utilizó la palabra “*Esquizofrenia*” para denominarla.

Se puede observar en la siguiente tabla los autores y eventos más importantes en el estudio de la Esquizofrenia durante el primer periodo.

AÑO	AUTOR	APORTACION
1672	Willis	En <i>De anima</i> , realizó un análisis de los trastornos mentales y comenzó a mezclarlos. Distinguió entre <i>estupidez postraumática</i> y <i>estupidez adquirida</i> que desembocaban en demencia.
1759-1813	Reil	Reconoció la etiología sexual de algunas enfermedades mentales. Afirmó que la psicosis del idealista platónico se curaba por medio de sus delirios al efectuar el acto sexual.
1785	Colombia Doublet	Daba consejos diagnósticos y pronósticos de la Esquizofrenia.
1809	Philippe Pinel	En su " <i>Tratado sobre la Manía</i> " distinguió los cuadros de <i>estupidez adquirida</i> y <i>estupidez congénita</i> , de los que había hablado Willis (1672) dividió a las enfermedades mentales en: <i>melancolía</i> , <i>manía</i> , <i>demencia</i> , <i>idiotez</i> , <i>hipocondría</i> <i>sonambulismo</i> , <i>hidrofobia</i> (Berretoni, 1958). Le devuelve el sentido humano a los esquizofrénicos y los comienza a tratar.
1814	Esquirol	Añade la <i>melancolía</i> , a la división de enfermedades mentales, la <i>manía</i> , la <i>melancolía</i> , la <i>demencia</i> ,

		<i>imbecilidad</i> (Foucault, Michel, 1988); separó la <i>idiotéz adquirida</i> de la congénita y describió bajo el nombre de <i>demenia crónica</i> y consecutiva a estados iniciales de lepomanía, manía, melancolía (correspondientes al cuadro de esquizofrenia).
1820	Etienne Jean Georget	Separó algunos de los casos de demencia en jóvenes para incluirlos en los cuadros del estupor (Berretoni, 1958).
1822	Antoine Laurent Bayle	Estudió la Parálisis General Progresiva, su causa era debida a la lesión de las meninges lo que explicaba las fallas motoras y de los delirios (Berretoni, 1958).

Tabla 1. Primer periodo: Visión Animista, Demoníaca, Visión de Castigo Divino, Era de La Sin Razón, Visión de las Pasiones Humanas.

1.1.2. El Segundo Periodo: Era Precientífica ó Prekraepeliana

La primera mitad del siglo XIX corresponde al Romanticismo, en el cuál hubo un desarrollo importante en en la física y la química con autores como Lamarck (1801) y Schleiden (1838). La ideología fue influenciada por Kant (1788), Hegel (1807) y Schelling (1796). Inició el periodo de industrialización, así como el capitalismo y la burguesía liberal. Las posturas intelectuales fueron naturalistas e historicistas. La tendencia en la medicina era ser una ciencia exacta, se comenzó a describir cada enfermedad por sus síntomas y signos. Comenzó el positivismo naturalista y se explicó y evaluó todo partir de la ciencia. La visión que se tenía hasta este momento de la esquizofrenia era controlada por un orden social. Con posterioridad se pasó a un control familiar que velaba por la razón en todos los aspectos que trastocan al individuo. En el siglo XIX se le denominaba loco a aquella persona que hacía algo en contra de la familia. La familia podrá constituir un día el lugar de los conflictos de dónde nacen las diversas formas de locura (Foucault, 1988) es interesante este giro en el cual se comienza a cuestionar no solo al individuo sino también se observa a la familia y a la sociedad donde detonan los síntomas de esquizofrenia.

En la siguiente tabla de pueden observar las principales aportaciones y autores de la era Pre-científica.

AÑO	AUTOR	APORTACIÓN
1863	Kahlbaum	Denominó el término hebefrenia como una enfermedad relacionada a un desarrollo puberal, que aparecía entre los 20 y 30 años de edad (Rodríguez, 1991). Aportó los términos Presbiofrenia (la misma enfermedad que hebefrenia pero, en ancianos) Neofrenia (el mismo cuadro sintomatológico en niños). En 1874 describió bajo el nombre de catatonia a <i>la locura de tensión</i> , definiéndola como una perturbación mental cuyas características eran: fenómenos motores, episodios de manía, melancolía, estupor, delirios incoherentes, estereotipias, mutismo, negativismo, estados catalépticos patetismo (Rodríguez, 1991).
1868	Sander	Introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados. En éste mismo año se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica).
1871	Ewald Hecker	Discípulo de Kahlbaum, señaló la influencia de la edad en la génesis de la enfermedad mental. Describió la Hebefrenia. Publicó <i>Die Hebeephrenie</i> , "Psicosis de la pubertad".

Tabla 2. Segundo periodo: Era pre-científica o Prekraepelina.

1.1.3. Tercer periodo: Era Kraepeliana

Este periodo se caracterizó por los diversos descubrimientos en diversas disciplinas, como la hidrodinámica, la fotografía, las radiaciones, los rayos X, las aportaciones de Darwin (1859) y de Mendel (1865) sobre la importancia de la genética y de los caracteres hereditarios. Se comenzaron a realizar investigaciones experimentales en el plano de la patología. Las investigaciones médicas en este tiempo pasaron de lo empírico al evolucionismo. Se estudió la herencia. En este periodo cabe destacar Jean Pierre Falret (1851) definió a la "locura circular" y Lasege la "*la folie a deux*". En esta época destacaron los psiquiatras alemanes quienes predominaban en la corriente organicistas, tales como Meynert (1870), Wernicke (1874) y Kraepelin (1883). Se puede observar en la siguiente tabla, los principales autores y aportaciones de la era Kraepeliana.

AÑO	AUTOR	APORTACIÓN
1883	Kraepeling	Formó en la escuela organicista y neuropatológica alemana del siglo XIX cuyo espíritu formalista correspondía a su carácter lógico y riguroso. Aportó el concepto de <i>demencia precoz</i> . Clasificó los principales tipos de esquizofrenia, <i>la catatonía</i> , <i>la hebefrenia</i> , y la <i>paranoia</i> . Estudió también la <i>psicosis maniaco-depresiva</i> . Se dedicó a realizar descripciones y clasificaciones de las psicosis de causa "endógena", cuyo origen debía buscarse en la organización interna predisponente de la personalidad.
1894 - 1900	Carl Wernicke	Habló de Psicosis de la Motilidad Acinética, con atonitud pura (inmovilidad rígida, con rostro atónico y mirada fija), coincidiendo con Kahlbaum en el sentido estricto de la definición de catatonía. Además realizó un diagnóstico diferencial entre organicidad y psicosis funcional.
1904	Diem	Describió la Esquizofrenia Simple por su cuadro clínico de alucinaciones, convicciones delirantes, estereotipias y alteraciones del humor.
1906	Adolf Meyer	Afirmó que la <i>Demencia Precoz</i> no es sólo una entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de una dificultad previa para adaptarse. La esquizofrenia es vista por Meyer como "un ajuste patológico progresivo" oponiéndose de ésta manera a Kraepelin. Recalcó la importancia de estudiar al paciente de una forma longitudinal y observó los factores psicógenos.
1909	Serieux y Capgras	Describen una psicosis sistematizada constitucional, caracterizada por la multiplicidad y la organización de las interpretaciones delirantes, la ausencia de alucinaciones. Los pacientes se mantienen lúcidos pero con muchas interpretaciones paranoicas.
1909	Regis	Distinguió dos tipos de demencia: de tipo <i>constitucional</i> , que engloba a todas las personas que tienen herencia de trastornos psicopáticos y taras y otra de tipo accidental o adquirido la cual se inicia bruscamente y causa debilidad intelectual.
1910	Binet y Simon	Utilizaron los tests para medir la demencia precoz y notaron que se debilitaba a nivel mental en general.

1911	Eugen Bleuler	Introduce el término <i>Esquizofrenia</i> para sustituir al de demencia precoz, etimológicamente significando “espíritu desgarrado o escindido”. Él observó que el elemento más importante de la enfermedad era la desintegración de las funciones psíquicas y el trastorno de la asociación; pero consideró que ésta enfermedad no siempre conduce al deterioro. Para Bleuler los esquizofrénicos estaban afectados en el proceso de dislocación que desintegraba su capacidad asociativa, proceso que llevaba a la alteración del pensamiento y conllevaba a una vida autística. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de las cuatro A’s: aplanamiento afectivo, autismo, aislamiento y ambivalencia afectiva. Diferenció un nuevo subtipo de esquizofrenia: el simple. Y clasificó los síntomas (dándoles una explicación) en dos: <i>fundamentales</i> (presentes en todos los tipos de esquizofrenia) y <i>accesorios</i> (los que pueden o no presentarse, manifestaciones agudas de las psicosis).
------	---------------	---

Tabla 3. Tercer periodo: De Kraepeling a Bleuler.

Se puede observar que en este periodo, la descripción sintomatológica y los tipos de Esquizofrenia están acorde con la sistematización y clasificación actual.

1.1.4. Cuarto Periodo: Era Científica y época de la Antipsiquiatría

En este periodo, continuó la visión científica. Los modernos métodos de microquímica, microscopía electrónica y genética permitieron un mayor conocimiento de las enfermedades mentales. Son relevantes los autores franceses y Freud (1937) es un elemento esencial, aunque no haya estudiado de una forma directa a la Esquizofrenia, aporta la visión psicoanalítica en el ámbito de la Psiquiatría.

AÑO	AUTOR	APORTACIÓN
1912	Chaslin	Llamó a la demencia precoz “discordancia” se percató de que la inteligencia no disminuía y le dio importancia a los trastornos de afectividad. Este autor, ve a la demencia precoz como un trastorno que puede ser reversible.
1913	Karl Jaspers	Publicó “Psicopatología General” (<i>Allgemeine Psychopathologie</i>), diferenció entre desarrollo, fase, brote, proceso orgánico y psicológico de las psicosis. Su obra constituyó en un aporte trascendental para la comprensión de los delirios desde un enfoque fenomenológico.

1914	Sigmund Freud	Aunque se centró en el estudio de las psiconeurosis, tuvo algunas aportaciones en las psicosis. Freud publicó " <i>Introducción al Narcicismo</i> ", donde aborda la megalomanía. En 1896 habló de la proyección (como mecanismo mental) en un trabajo sobre demencia precoz paranoide. En 1911 publicó el caso Schreber, en donde describió otros mecanismos de defensa en la psicosis. Freud afirmó que en la esquizofrenia toda la libido se aparta de objetos externos y no es posible la transferencia con lo externo (ni con el terapeuta) por tanto no dió opción de tratamiento en las psicosis.
1963	Searles	Intento desarrollar ciertas estrategias terapéuticas para desintoxicar un estado delirante mediante la relación paciente- analista.
1969	Zapparoli Giovanni.	Publicó su libro <i>Psicoanálisis del delirio</i> , basado en la literatura psicoanalítica específicamente acerca del problema de la psicoterapia de la psicosis esquizofrénica.

Tabla 4. Era científica y Antipsiquiatría.

Se puede observar que Chaslin (1912) y Searls (1963) aportan una visión de posibilidad de mejora al trastorno. Así como le dan importancia a la relación terapéutica para la mejora del paciente.

1.1.5. Psicoanálisis y Autores Actuales

El psicoanálisis se centró en el estudio de las neurosis, por lo que se apartó de la investigación o del tratamiento de a esquizofrenia. No obstante, hubieron autores post-psicoanalistas y diferentes autores que se enfocaron en el estudio orgánico o psicológico de la Esquizofrenia.

AÑO	AUTOR	APORTACIÓN
1903	Carl Gustav Jung	Afirmó que los síntomas de la esquizofrenia se debían a la actividad del complejo que no podía ser dominado o corregido por la conciencia. Y habló de que " <i>El trastorno emocional en la demencia precoz, podría engendrar un metabolismo anormal que dañara el cerebro</i> " (Arieti, 1965). Fue el primero en ver una participación psicósomática del sistema nervioso central en la esquizofrenia. Intentó hacer una descripción de la personalidad del esquizofrénico identificándolo con el tipo introvertido.

1920	Minkowski		Pensó que la esquizofrenia era una perturbación esencial de la pérdida del contacto con la realidad, opuesto a lo que pensaba Bleuler (como la relajación de las asociaciones). Intentó estudiar la estructura interna del psiquismo a través de la comprensión de la pérdida del contacto vital con la realidad. Entendió a sintomatología del trastorno como la manifestación de la ruptura con la realidad perdiendo así su sintonía y separándose del mundo.
1923	Mayer Gross		Describió los Estados Oniroides. "El paciente siente y se comporta como si estuviera en un sueño, puede hallarse profundamente perplejo y desorientado en tiempo y espacio. Reconoce las realidades de cada día pero da prioridad a su mundo de experiencias alucinatorias y delirantes".
1929	Harry Sullivan	Stack	Fue el psicoanalista que realizó más aportaciones a la comprensión y tratamiento de la Esquizofrenia. Desde una perspectiva psiquiátrica analizó las relaciones interpersonales y vio la importancia de éstas como causa de la esquizofrenia, debido a las relaciones interpersonales deficientes entre padres e hijos. La principal aportación de Sullivan es el inicio del tratamiento con psicóticos.
1930	Carl Scheneider		Publica " <i>Die Psychologie der schizophrenen und ihre Bedeutung fur die Klinik der Schizophrenen</i> " en el cual describe a la Esquizofrenia como una fragmentación patológica de tres funciones básicas: sentimiento de identidad no alterado, continuidad de los procesos psíquicos y contacto con la realidad.
1933	Kasanin		Introdujo el término <i>esquizoafectivo</i> para designar un grupo de Esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión. Siendo un estadio anterior a la esquizofrenia.
1939	Langfeldt		Distinguió entre proceso esquizofrénico y la reacción esquizofrénica. El proceso esquizofrénico tenían un inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro. La reacción esquizofrénica consistía en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, un mejor ajuste social y laboral, siendo capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.
1942	Karl Leonhard		Publicó un trabajo en el cuál encontró que un grupo de esquizofrénicos era muy difícil de categorizar separándose del grupo central (típico) a este grupo particular lo llamó atípico.

AÑO	AUTOR	APORTACIÓN
1949	Polatín	Aportó el término <i>Pseudoneurótica</i> para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero tenía síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad, que no evolucionaba de esta manera.
1950	Enri Ey	Definió esquizofrenia como "una forma de existencia patológica que altera completamente el existir en el mundo y conduce progresivamente a la destrucción de sus relaciones con la realidad"; separa nítidamente de ella los estados delirantes y alucinatorios agudos.
1950	Arieti	Hace varias aportaciones en el estudio longitudinal de la Esquizofrenia. Ve ésta última como "una reacción específica a un estado de extrema angustia, que tiene su origen en la infancia, y más tarde, a lo largo de la vida, es reactivada por factores psicológicos" (Arieti, 1965).
1957	Huber	Describió por primera vez la " <i>esquizofrenia cenestésica</i> " como un subtipo de esquizofrenia (realizó dicha clasificación con 50 casos descritos). Distinguió 3 niveles de cenestesias y las clasificó en subtipos según características específicas y diferenciales.
1960	Karl Leonhard	Describió las Esquizofrenias Atípicas: Esquizofasia, Parafrenia afectiva y Catatonía Recurrente.
1972	Demangeat Bargues	Estudiaron los discursos familia-sujeto desde una perspectiva existencial y analítica.

Tabla 5. Desde Jung hasta 1970.

En 1948, Sechehaye publicó *La réalisation symbolique* (en un caso de Esquizofrenia). Esta autora fue de los primeros psicoanalistas que realizaron intervenciones psicológicas con personas diagnosticadas de esquizofrenia, considerando que podría haber una mejora en estas personas si realizan tratamiento psicológico. Sechehaye (1948) considera a la familia como una influencia de la condición patológica

En 1952, se realizó la primera edición del *Diagnóstic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la Asociación Psiquiátrica Americana, clasificó a la Esquizofrenia como "*reacciones esquizofrénicas*" y se incluyeron los tipos: simple, tipo hebefrénico,

catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual.

Rosen (1953) en el libro *Análisis directo*, escribe un concepto llamado “*madre perversa*” en el que relaciona a la madre con los síntomas de esquizofrenia. En la misma línea Sullivan (1932) consideró las consecuencias de una madre que no ha sido buena satisfaciendo las necesidades de su hijo y su influencia en la parte constructiva y deconstructiva de la esquizofrenia.

En 1955, Frieda Fromm-Reichmann propuso el término de madre *Esquizofrenógena*, “*El paciente con Esquizofrenia es dolorosamente desconfiado y resentido frente a otras personas, debido a la severa deformación y al rechazo que ha padecido tempranamente de manos de personas importantes, en su infancia y niñez, por lo común principalmente de una madre esquizofrenógena*” (Fromm-Reichmann, 1954). Este concepto fue el primero en relacionar la sintomatología del paciente con el entorno familiar, en concreto con la madre.

Sullivan (1931), Rosen (1953) y Frieda Fromm Reichman (1954), influyen en el desarrollo de la terapia familiar, ya que plantean aspectos interaccionales y de relación materno filial en el estudio de la Esquizofrenia.

Entre 1949 y 1959, se cerraron varios hospitales psiquiátricos en Inglaterra, habiendo el movimiento de desinstitucionalización. Se comenzó a tratar a la esquizofrenia dentro de las Instituciones y fuera de ellas (este movimiento continúa aun en la actualidad) con el surgimiento de medicamentos antipsicóticos eficaces, se da el “*revolving door*”, era un fenómeno que luchaba por no tener ingresos hospitalarios de larga estancia, ya que implicaba un coste económico muy alto.

En 1950 se realizaron varios estudios sobre esquizofrenia. En Palo Alto, California, había subvenciones económicas para realizar investigaciones en el ámbito de la Esquizofrenia. Se tenía como objetivo conocer lo que sucedía cuando las personas que padecían esquizofrenia terminaban un ingreso hospitalario y se integraba con la familia. Todas estas investigaciones, tenían como objetivo disminuir el coste económico en medicación.

Bateson (1956) y Watzlavick (1967) pensaban que la esquizofrenia era el resultado de una comunicación desviada y dobles mensajes comunicacionales, es decir un problema a nivel comunicacional y por tanto relacional. La esquizofrenia era la

manifestación de un sistema que funcionaba de forma distorsionada, siendo la manifestación de la patología familiar.

La terapia familiar nació inspirada por el trabajo realizado con esquizofrenia. Había tres líneas de investigación más importantes:

1. Lidz y Fleck (1965) desarrollaron una línea de Investigación en la Universidad de Yale. Ellos definían a la esquizofrenia como Parentogénica, la familia era una correa de transmisión de la irracionalidad, se remontaban a las causas retrospectivas y de la infancia del paciente. Estudiaron a jóvenes con Esquizofrenia y en el artículo el Medio intrafamiliar de los pacientes Esquizofrénicos, desarrollarlo el concepto de *cisma marital* y *sesgo marital* (Lidz,1971) en el que describieron los hallazgos encontrados en la relación conyugal de los pacientes esquizofrénicos. Esa relación de pareja estaba gravemente desestructurada e influía en el trastorno del hijo. Lidz (1971) fue de los primeros en tratar familias completas en el ámbito de la Esquizofrenia.
2. Guíñe y Sineger quienes desarrollaron otra línea de investigación cuyo objetivo era conocer la personalidad de los padres de los pacientes. Se realizaron aportaciones teóricas tales como la de comunicación desviada, estilo transaccional desviado, teoría de la variabilidad, teoría del ciclo vital de la familia (Haley).
3. Proyecto Bateson (1952) y la creación del MRI en la universidad de Palo Alto. Tenía como objetivo fundamental conocer la comunicación centrándose en la importancia de la personalidad-roles-comunicación. Jay Haley (1963), John Weakland (1965) y Don Jackson (1972) se unieron al equipo de Bateson (1952) y realizaron teorías sobre el funcionamiento familiar. En 1954 se pidió una beca para estudiar los errores de comunicación en la esquizofrenia, se realizó la teoría del doble vínculo asociada a la etiología de la esquizofrenia.

En 1962 la escuela de Palo Alto, destacó la condición necesaria, pero no suficiente del doble vínculo en la etiología de la esquizofrenia.

Wynne (1965) inició en 1954 un programa de investigación a largo plazo de pacientes con Esquizofrenia y lo plasma en el trabajo de pseudo-mutualidad. Éste término es un tipo de relación encontrada en las familias con pacientes con cuadros psicóticos agudos y atribuía esa sintomatología al tipo de relación definida como pseudomutual.

Wynne y Singer (1965) realizaron un instrumento para medir las alteraciones de la comunicación en los padres de pacientes con esquizofrenia. Hipotetizaron que los pacientes aprenden la alteración de la comunicación de los padres. Realizaron entrevistas individuales, para medir la alteración de la percepción con la prueba de Rorschach y el T.A.T. observando si tenían alta o baja comunicación desviada.

Wynne y Singer (1965) realizaron un estudio longitudinal con una muestra de familias con hijos no esquizofrénicos pero con características premórbidas afines, y a los 5 años el nivel de predicciones sobre la incidencia del trastorno, fueron acertadas en base a la Comunicación Desviada de los padres.

Murray Bowen (1960), psicoanalista y psiquiatra, trabajó con niños psicóticos. En 1954 trabajó con Wynne (1958), internó familias completas entre uno y tres años, para estudiarlas por un equipo de 20 personas. Inicialmente fueron tratados de forma individual, pero posteriormente se realizó terapia familiar conjunta. Se publicó el libro *Esquizofrenia y Familia* (Bowen, 1981) que plantea que la esquizofrenia es un proceso que requiere tres o más generaciones para desarrollarse y concluye que la esquizofrenia es un problema familiar.

Con el movimiento de la antipsiquiatría, Laing (1960) publicó su primer libro *“El yo dividido”* y cuatro años después publicó con Esterson (1964) *“Cordura, la locura y la familia”*. Laing (1960) rechazó la idea de Esquizofrenia como enfermedad, la definía como consecuencia de una circunstancia externa que influenciaba la individualidad, teniendo la persona que la padecía, una inseguridad ontológica (debilitación en el sentimiento de ser). Laing (1964) planteó que la familia era la responsable de la ruptura ontológica y la Esquizofrenia era una estrategia que el paciente tenía para poder vivir una situación insostenible. Éste autor, aportó una perspectiva fenomenológica-existencial acerca de ésta condición, considerándola en el ser y en el no-ser, sin percibirla como una entidad orgánica patológica.

En 1960, la Escuela Transgeneracional representada por Boszormeny Nagy (1976) y Stierlin (1977), con influencia del psicoanálisis propusieron orientaciones del tratamiento en la Esquizofrenia: 1) Realizando tratamientos a largo plazo, con sesiones de una frecuencia alta, 2) Óptica Transgeneracional, teniendo en cuenta los vínculos “verticales”, es decir, para el desarrollo de una psicosis hacían falta 3 generaciones de situaciones relacionales o comunicacionales problemáticas.

En Inglaterra, estudiaron a la esquizofrenia, observando a los pacientes en el momento del alta hospitalaria y cuando volvían a sus entornos habituales, observaron que recaían más los pacientes que volvían a sus casas que los que iban a un hogar protegido, Brown y Rutter (1966), Brown y Birley (1968), Brown, Monk, Carstairs y Wing (1972) investigaron la actitud emocional de los familiares de los pacientes. Fruto de sus investigaciones surge el constructo Emoción Expresada que se mide a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwel Family Interview (CFI). La CFI fue realizada de forma breve por Vaughn y Leff (1976) con una duración de 40 minutos a una hora. La EE está compuesta por 5 subescalas: Criticismo (CC), Hostilidad (H), Implicación Emocional Excesiva (IEE), Comentarios Positivos (CP) y Calor (C). Las tres primeras son predictores de las recaídas.

En 1968, Aparece otra versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. (DSM) de la *American Psychiatric Association (APA)*. En 1969, la Organización Mundial de la salud y la Asociación Internacional de Enfermedades (ICD) describieron cuatro tipos básicos de Esquizofrenia más el Episodio Esquizofrénico agudo, el Esquizo afectivo, el Latente y el Residual.

En 1975, La escuela de Milán, realizó estudios sobre Esquizofrenia y publicó el libro *“Paradoja y contraparadoja”* y posteriormente *“los juegos psicóticos en la familia”*. En éste último se realiza un estudio con 50 familias de pacientes psicóticos y se hace una propuesta de intervención.

En la clasificación del DSM-IV (1994) la esquizofrenia se definió a partir de las aportaciones de Kraepelin (1883), Bleuer (1912) y Schneider (1930) y se clasificó en función de las ideas delirantes y alucinaciones, función de la desorganización del lenguaje y comportamiento.

En la actualidad, hay diversos tipos de investigación en Esquizofrenia, prevaleciendo los estudios biológicos, genéticos y orgánicos. Son seis tipos principales áreas de investigación: genéticos, constitucionales infeccioso, bioquímico, neuropsicológico, anatómico y neuropatológico (Arieti, 1965). Todos éstos, en nuestros días, han desarrollado muchos conocimientos e investigación. Habiendo menos desarrollo en las investigaciones de índole psicológico y familiar de las personas que padecen dicho trastorno. Habiendo un creciente interés en los últimos 20 años, por la importancia del entorno familiar en la mejora y tratamiento de la Esquizofrenia.

1.1.6. Movimiento de Recuperación

Desde Kraepelin (1899) hasta la actualidad se ha considerado a la esquizofrenia como una enfermedad que conlleva un curso de deterioro importante. Esto se ha visto reflejado tanto en el estudio como en el tratamiento de dicho padecimiento (Kelly y Gamble, 2005).

Desde hace algunos años, hay movimientos de personas que se oponen a la perspectiva tradicional del curso de la enfermedad como algo deteriorante y plantean criterios de posibilidad de una vida más satisfactoria tanto en las personas que padecen esquizofrenia como en sus familias.

Este movimiento se denomina “*Modelo de Recuperación*”, el cual ha comenzado aproximadamente hace 25 años. Los antecedentes de este movimiento, tienen que ver con la mejora de los antipsicóticos de segunda generación, la disminución de camas en instituciones de ingresos psiquiátricos, el creciente movimiento de derechos humanos; a la par, los familiares de los pacientes han pedido una mejora de los servicios en el tratamiento (así como ser incluidos en ellos), así como la petición de la mejora en la calidad de vida de las personas con Esquizofrenia. Esto marca una evolución y un nuevo periodo también en los profesionales de la salud, en el que el objetivo con sus pacientes es que la persona sea autónoma, que esto le permita alcanzar una vida digna y segura, aunque sea con la toma de medicación y algunas limitaciones (Bellack, 2007).

El movimiento de recuperación considera a la familia, como un pilar fundamental en el tratamiento. Así como también, mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de los familiares.

Se puede observar que el presente estudio, consideraría al modelo de recuperación siendo un estudio que considera a la familia, la mejora del paciente y la calidad de vida.

1.2. DEFINICIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

“La esquizofrenia no se puede comprender sin comprender la desesperación” (Fernández, 1965).

Esquizofrenia etimológicamente es derivado del griego *Schidsein* que significa “*escindir, disociar*” “*espíritu desgarrado*” y *Phren* que es “*mente*”. Según Sarason (1975), la Esquizofrenia significa “*diafragma endido*”, los filósofos clásicos consideraban que la

mente estaba localizada en el diafragma; posteriormente se expresó como “*mente dividida*”.

Voltaire (Foucault, 1988) definió a la locura como una enfermedad de los órganos del cerebro que impide que los hombres piensen y actúen como los otros. Se puede observar que la Esquizofrenia se definía en función a la mayoría poblacional.

Kolb (1992) denominó reacciones esquizofrénicas, a un conjunto de expresiones o reacciones conductuales, ésta definición considera la dimensión de constructo y acuerdo social, considerando la dimensión conductual, como conductas inusuales.

MacKinnon (1971) definió a la esquizofrenia como un grupo de entidades clínicas cuya dificultad más grande está en los patrones conductuales. Esas dificultades se observan en: las relaciones interpersonales, los procesos mentales subjetivos y la regulación fisiológica. Esta definición considera a la esquizofrenia como un grupo de desordenes caracterizados por trastornos en la integración de emociones, el pensamiento y la conducta, así como por el retraimiento de contacto humano y de la realidad (Zacarias, 1995). Se puede observar, que MacKinnon (1971) consideró, además de los procesos mentales y cerebrales, el efecto en las relaciones interpersonales y la dificultad de adaptarse a la realidad consensuada.

Christopher Frith (1995), definió a la esquizofrenia como una alteración devastadora que puede ocurrir de forma súbita, y que dificulta las relaciones personales, así como la vida de las personas que la padecen. Frith (1995) afirma que para comprender a la Esquizofrenia es necesario hacerlo desde una perspectiva de experiencias subjetivas tales como escuchar voces, ya que la esquizofrenia en sí, no se podría estudiar directamente. Únicamente se puede comprender a través de la subjetividad.

Según Sullivan (1974) las manifestaciones esquizofrénicas son el resultado de una ansiedad intolerable, sería un intento por evitar la ansiedad y mantenerla fuera de la conciencia. Este planteamiento coincide con la definición de Arieti (1965) quien definió a la Esquizofrenia, como una reacción específica de un estado extremadamente intenso de ansiedad, originado en la infancia y reactivado después en la vida adulta. Selye (Sarason, 1975) habla de enfermedades de la adaptación, siendo la esquizofrenia una de éstas, debido a que los mecanismos homeostáticos del organismo sufren perturbaciones cuando el organismo se somete a niveles altos de tensión (Sarason, 1975). Estas

definiciones, consideran a la Esquizofrenia, como el resultado de un nivel de ansiedad o estrés insostenible, considerándola como el resultado de situaciones ambientales complejas.

Jackson (1960) definió a la Esquizofrenia, como un desajuste del pensamiento producto de la convivencia con una familia desordenada y unas relaciones sociales difíciles.

La Organización Mundial de la Salud ha definido este padecimiento como un trastorno fundamental de la personalidad, caracterizado por una deformación del pensamiento característico, la percepción perturbada, el afecto normal, características de autismo y una percepción que escapa de la situación real (OMS,1992). El paciente por lo general conserva claridad en su conciencia y en su capacidad intelectual (Zacarias, 1995). Esta definición considera la alteración en el pensamiento y del curso del pensamiento, la alteración de la percepción, la dificultad de relación social y el pensamiento autístico. Considerando que no es un problema de capacidad intelectual.

Kenberg (1990) definió a la esquizofrenia como una alteración profunda y progresiva de la personalidad, la cual cesa de construir su mundo de comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico o caos imaginario. Esta definición de Kenberg (1990) extrae a la esquizofrenia del mundo meramente orgánico, considerando una alteración de la personalidad y de la forma de comunicación y relación con el mundo.

Para Minkowski (2001) la esquizofrenia es la ruptura con la realidad, la pérdida de sintonía. Este autor, afirma que lo único que diferencia a un Esquizofrénico de una persona "normal" es su contexto existencial. La Esquizofrenia es una forma de existir y de estar en el mundo (Ey, 1978). Estas definiciones, son definiciones existenciales y consideran a la Esquizofrenia como una experiencia.

Existen definiciones psicodinámicas como la de Seshehaye (1994) quien considera que la esquizofrenia es un trastorno primitivo de la formación del yo. Laing (1988) define a la Esquizofrenia como el resultado de una dificultad fuera de lo común, en ser una persona entera con el otro y de no compartir el sentido común (Laing, 1988). Ambos autores, hablan de una dificultad en la construcción del yo y su relación con otras personas.

Laing y Esterson (1995) ven a la esquizofrenia como una tentativa de liberación frente a la opresión, a la soledad y a la desesperación en las que está encerrado el

psicótico, en la que participa la familia, los psicólogos, psiquiatras y los hospitales. Esta definición de la Psiquiatría social, considera que todo lo que ocurre con la persona con Esquizofrenia, tiene que ver con la sociedad.

Existen definiciones psicopatológicas claramente descritas y categorizadas en el DSM-IV y el DSM-V. En éste apartado se pudieron observar diferentes autores y las diversas dimensiones de la Esquizofrenia, considerando definiciones del curso de pensamiento, personalidad, conducta, cognición, afectividad, estrés y factores ambientales, así como factores orgánicos y sociales.

1.2.1. La Esquizofrenia como Trastorno Identitario

Diversos autores contemporáneos, han considerado la complejidad de la Esquizofrenia. Y se han centrado en estudiarla como una crisis de identidad.

Para Linares (2007) la esquizofrenia puede ser entendida como una “*enfermedad identitaria*”. La identidad del paciente está desconfirmada, la persona intenta reconstruir su identidad con una identidad alternativa. La persona no puede ser nadie, por tanto se reconstruye con una *identidad delirante*. Esta identidad alternativa suele tener éxito para garantizar el reconocimiento social, pero una paradoja de la psicosis es que aleja la posibilidad del reconocimiento de la identidad original. “*cuanto más reconocido soy como loco, menos me reconocen como ciudadano*”. La psicosis es considerada un trastorno identitario, la cual es difícil de modificar por una vía directa. Este modelo teórico es el núcleo de la presente investigación y se explica con detalle en el capítulo 2 (en el apartado 2.4.8.).

Se define la crisis psicótica o a la Esquizofrenia como una *crisis de identidad de la persona* (González de Chávez, 2008), considerando la identidad como el sí mismo en su continuidad biográfica. Las crisis biográficas, suponen cambios negativos cualitativos, son crisis que llevan a la reflexión y al cuestionamiento de la identidad.

Las crisis psicóticas y la Esquizofrenia son colapsos de la identidad (Sullivan, 1962; Mullan, 1970). Los procesos psicóticos intentan salvar una parte de la identidad y lograr su adaptación a la nueva realidad. Las crisis biográficas conllevan a la reflexión y cuestionamiento de la realidad y de la propia identidad.

González de Chávez (2008), habla de algunas etapas que conforman a la

recuperación de procesos de Esquizofrenia o Psicosis. En el proceso de recuperación del episodio psicótico se puede observar la siguiente **Evolución de la Identidad**:

- a) En plena crisis, con una transformación subjetiva de la idea de sí mismo y la realidad que vive, el individuo tiene una "*Identidad Psicótica*".
- b) Con posterioridad, un buen número de ellos adquieren conciencia de enfermedad, aceptan el carácter patológico de las experiencias vividas. Tiene por así decirlo "*Identidad de paciente*".
- c) En un momento posterior del proceso terapéutico, pueden adquirir conocimiento de los aspectos de sí mismos y su realidad que le hacen más vulnerables a la experiencias psicóticas. Es lo que se denomina "*Identidad vulnerable*".
- d) El objetivo de la terapia es que el paciente logre entender el sentido o significado de sus trastornos y la integración de sus experiencias y sub identidades. Que consiga una "*Identidad integradora*".

1.3. LA SINTOMATOLOGÍA EN LA ESQUIZOFRENIA

Los síntomas son el reflejo relacional, entre la realidades interna y la externa del individuo (Frith, 1995).

La esquizofrenia está caracterizada principalmente por dos tipos de síntomas, *los positivos y los negativos*. Los *síntomas positivos* corresponden a las *alucinaciones, delirios, conducta extraña y el habla desorganizada*. Según Frith (1995) los principales **síntomas positivos**,) son la Inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento pensamientos dichos en voz alta o eco del pensamiento; alucinaciones auditivas en tercera persona y en segunda persona; delirios de control, de referencia y delirios paranoides.

Los síntomas negativos, son aquellos que se caracterizan por el embotamiento afectivo, aislamiento social, pobreza de lenguaje y actividad motora. Se han visto como una forma de afrontamiento de los síntomas positivos y una manifestación social de dichos síntomas (Frith, 1995). Los *síntomas negativos* son definidos como conductas anómalas, tales como: *el aplanamiento afectivo* (expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, ausencia de gestos expresivos, ausencia de inflexiones vocales), *alogia* (pobreza del habla, pobreza del contenido del habla, aumento de la latencia de respuesta), *apatía o abulia* (poco cuidado personal e higiene, falta de

persistencia en el trabajo, falta de energía), *anhedonia* y *asociabilidad* (pérdida de interés en la diversión, el sexo, incapacidad para sentir intimidad, dificultad para tener amigos).

La esquizofrenia implica una desorganización del individuo en todos los niveles de funcionamiento. Ésta desorganización se puede observar en el funcionamiento familiar, laboral, las relaciones interpersonales, la falta de interés por el auto-cuidado y la falta de espontaneidad en las acciones.

Los *síntomas positivos y negativos* describen a **la Esquizofrenia en el DSM-IV-TR**. Para el presente estudio se utilizaron los siguientes criterios diagnósticos (El DSM-V no estaba vigente en el momento de inicio del estudio):

Se caracterizaría por dos (o más) síntomas presentes durante una parte significativa en un periodo de un mes con:

- 1) Ideas delirantes.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Lenguaje desorganizado (p. e. descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- 5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogía o abulia.

Sólo requiere un síntoma si las ideas delirantes son extrañas o si consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

Tiene que haber una disfunción social o laboral y una continuidad de la alteración de por lo menos seis meses. Para realizar este diagnóstico se excluyen los trastornos Esquizoafectivos y del Estado de ánimo, que el trastorno no sea debido a consumo de sustancias o a enfermedad médica.

Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan los síntomas

del 1 al 5 (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del 1 al 5, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.e., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

En el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (**DSM-V**) se define a la Esquizofrenia por:

- A. Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa del tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser:
 - 1. Delirios
 - 2. Alucinaciones
 - 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 - 4. Comportamiento desorganizado o catatónico
 - 5. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales, o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado del funcionamiento interpersonal, académico o

- laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (es decir la fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se puede manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o mas síntomas enumerados en el criterio A. presentes de forma atenuada (p.e. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
 - D. Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) No se han producido episodios maniacos o depresivos mayores de forma recurrente con los síntomas de fase activa, o 2) Si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual del trastorno.
 - E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (pe. Una droga o medicamento) o a otra afección médica.
 - F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia no sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia también están presentes durante un mínimo de un mes.

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso del trastorno solo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución de diagnósticos.

Primer episodio. Actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple con los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo: Un episodio agudo es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial. Remisión parcial es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno solo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.

Episodios múltiples, actualmente en remisión total.

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad y los periodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado.

Especificar si:

Con Catatonía

Especificar la gravedad actual.

Bleuler (1911) definió la sintomatología en la Esquizofrenia a partir de las cuatro A's: Aplanamiento Afectivo, Pensamiento Autístico, Aislamiento Social y Ambivalencia Afectiva, en la actualidad esta clasificación continúa vigente, ya que estos síntomas corresponden a la clasificación del DSM-V y se podría resumir en las siguientes alteraciones: *alteración del lenguaje, la comunicación, el contenido del pensamiento, el afecto, la sensación del ser, la voluntad, las relaciones con el mundo externo y la conducta motora*. A continuación se describen los síntomas con esta clasificación:

1.3.1. Alteraciones del lenguaje

En la Esquizofrenia el pensamiento es desorganizado, por lo que no hay una cadena sostenida de pensamientos, se ve reflejado en el lenguaje, el cuál se caracteriza por fuga de ideas, descarrilamiento o vaguedad de asociaciones, desviaciones del lenguaje o *tangencialidad* (digresión sostenida del lenguaje).

El 16% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen *habla incoherente* (Frith, 1995). Esto es explicado como una incapacidad para inhibir respuestas inadecuadas en una tarea.

También hay *pobreza en el contenido del lenguaje*, que se presenta en el 40% de los pacientes, ya que se comunica con palabras vagas, abstractas, muy concretas, interactivas o estereotipadas.

El neologismo son frases formadas por combinaciones de palabras, y la persona con Esquizofrenia tiene una definición muy clara acerca de las mismas, entendiendo su significado, mientras las demás personas escuchan palabras incongruentes.

La tangencialidad se encuentra en un 36% de las personas con Esquizofrenia y son replicas oblicuas o intrascendentes (Frith, 1995).

El descarrilamiento es una falta de conexión apropiada entre frases e ideas (con una prevalencia del 56% de los pacientes).

Es posible encontrar la llamada *ensalada de palabras*, que es una mezcla de términos que no tienen significado ni coherencia lógica ante las personas receptoras. *La ecolalia* tiende a ser común, y consiste en repetir ciertas palabras pronunciadas por otros individuos o la *verbigeración* que es la repetición sin sentido de las mismas palabras o frases.

Las personas diagnosticadas de esquizofrenia, muestran un deterioro específico en el lenguaje a nivel de oración y en el uso de reglas, así como muestra incapacidad para estructurar un discurso y planificarlo. El lenguaje suele ser una forma de autoexpresión de la persona y no tanto un medio para comunicarse con los demás (Sarason, 1975). El lenguaje es alterado debido al trastorno del pensamiento y esto por consecuencia altera la comunicación con las demás personas.

1.3.2. Alteraciones en la Comunicación

Debido a la complejidad del lenguaje, el discurso y el pensamiento en las personas con Esquizofrenia la comunicación se ve alterada. No se transmiten los mensajes que comúnmente se deberían transmitir tanto a nivel verbal como no verbal. Los mensajes de comunicación verbal, así como no verbal tales como *expresión facial* son alterados por una aguda reducción de expresión en respuestas emocionales propias (Sarason, 1975).

El paciente tiene una mayor comunicación intrínseca y debido a su aislamiento es más difícil que una persona común pueda entender su lógica tanto en su conducta, como en su comunicación. El hecho de que la persona con Esquizofrenia no se comunique efectivamente con los demás no quiere decir que su habla y acciones carezcan de significado, sus acciones y comunicaciones están llenas de significados. (Sarason, 1975). Pero son difíciles de comprender, ya que no obedecen a la lógica tradicional.

1.3.3. Alteración en el Pensamiento

El pensamiento en la Esquizofrenia suele ser un tipo de pensamiento concreto (Frith, 1995). Goldstein (Frith, 1995) describió que el pensamiento se da en términos concretos, porque no hay una correcta generalización.

Arieti (1965) afirmó que se requieren dos principios cognitivos para entender el pensamiento de una persona con Esquizofrenia: 1) El principio de *concretización activa*, que afirma que aunque la persona sea capaz de pensar en términos abstractos, no es capaz de perseverar este tipo de pensamiento cuando tiene niveles altos de ansiedad; cambiando a un pensamiento de tipo más concreto como resultado de la ansiedad. 2) El principio de *Von Domarus*, que dice que mientras las personas sin diagnóstico interpretan los acontecimientos basándose en rasgos objetivos, la persona con Esquizofrenia los interpreta de manera idiosincrática y carente de realismo (Sarason, 1975).

En el DSM-V se define el *pensamiento (discurso) desorganizado*, como algo que interfiere en el discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (*Descarrilamiento o asociaciones laxas*). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo (*tangencialidad*). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (*incoherencia o ensalada de palabras*).

1.3.4. Alteraciones en el Contenido del Pensamiento

Las personas con esquizofrenia pueden tener alteraciones en la percepción, que conducen a conclusiones incorrectas desde el sentido común, ya que no están fundamentadas en la realidad. Éste tipo de conclusiones no se cuestionan, tienen un efecto en las emociones y su conducta es dirigida por éstas. Suele haber un tipo de pensamiento autista es decir un pensamiento egocéntrico.

El delirio es la manifestación de éste contenido de pensamiento, el cuál le ha dado su carácter definitorio a la esquizofrenia. Es una expresión ideo-afectiva, que no corresponde de manera proporcionada a la presencia de alucinaciones. Es una alteración del pensamiento, en la cual la vida de la persona gira alrededor de estas creencias.

En el DSM-V *los delirios* se definen creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (Delirios persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza). *Los delirios persecutorios* (la creencia de ser perjudicado acosado) son los más comunes. También existen *delirios referenciales, de grandeza, erotomaniacos, nihilistas*.

Los delirios se consideran *extravagantes* si son inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. *Un delirio no extravagante*, tiene que ver con la creencia de que la persona está siendo vigilada por la policía a pesar de la ausencia de pruebas convincentes. En los delirios existen situaciones tales como el *robo de pensamiento* (la persona piensa que alguien ha robado sus pensamientos por una fuerza externa), *inserción de pensamiento* (la creencia de que alguien ha robado sus pensamientos), *delirios de control* (la creencia de que existe una fuerza externa que manipula o influye sobre el cuerpo).

1.3.5. Alteraciones de la Percepción

En el DSMV se define a las *alucinaciones* como percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con el mismo impacto que las percepciones normales y no están sujetas al control voluntario.

Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más frecuentes en la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas, se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento.

1.3.6. Alteraciones del Afecto

En la Esquizofrenia se manifiestan emociones inapropiadas, incompatibles con los temas o contexto de comunicación.

Suele haber respuestas emocionales ambivalentes, que Bleuler (1911) las define como *tonos afectivos opuestos* a la misma idea, un mismo pensamiento puede parecer tanto positivo como negativo.

Otro aspecto notorio en el afecto es el *aplanamiento afectivo*, la persona puede señalar que está perdiendo sus sentimientos. El aplanamiento afectivo es la disminución en la capacidad de producir aspectos de comunicación no verbal, existiendo una pobreza de gestos, así como la falta de acción espontánea (Frith, 1995).

Probablemente los esquizofrénicos tengan dificultades para reconocer aspectos faciales de las demás personas, lo cual provoca una alteración de comunicación.

1.3.7. Alteración del sentido de sí mismo

Las personas con esquizofrenia, tienen dudas acerca de la naturaleza de su identidad, sienten por lo regular que su identidad es vulnerable y que comienza a

cambiar de forma misteriosa, es una sensación muy intensa y de preocupación acerca de la existencia.

El paciente suele tener sensaciones de dependencia aumentadas y una capacidad disminuida para satisfacerlas, no es capaz de cuidar de él mismo por la sintomatología, pero a la vez desea ser independiente y tiene una menor capacidad de adaptación (Mackinnon, 1971).

1.3.8. Alteración de la Voluntad

Existe una dificultad en las personas con esquizofrenia de tener iniciativa y emprender actividades de forma voluntaria, esto puede alterar de sobremanera el rendimiento laboral de la persona.

Muestran dificultades para completar con éxito una acción, además de que la ambivalencia afectiva puede llegar a abrumarlos de tal forma que limita la acción.

En un estudio elaborado por Frith (1995) con un grupo de personas con esquizofrenia y un grupo de personas sin esquizofrenia (grupo control), registraban distintas respuestas en las personas y encontraron que el grupo control utilizaba un acontecimiento externo para determinar sus respuestas, mientras el grupo con Esquizofrenia no mostraban alternancia de las respuestas y sólo respondían cuando había estímulos fuertes.

1.3.9. Alteración de las Relaciones con el Mundo Externo

La persona con esquizofrenia pueden evitar relacionarse con otras personas, su atención es dirigida a su interior (a ideas o fantasías egocéntricas e ilógicas).

Se utiliza el término *autístico* para describir las preocupaciones que la persona tiene sobre sí mismo. Con anterioridad, éste término fue utilizado para el curso del pensamiento (Bleuler, 1911) lo que sería una definición similar a la de delirio.

Las relaciones con el mundo se ven afectadas debido al curso del pensamiento del individuo y a sus manifestaciones de lenguaje verbal y no verbal, así como a la falta de espontaneidad, iniciativa y autorregulación.

La persona actuará de forma particular y poco aceptada por la mayoría de las personas. Esto a su vez, puede tener una incidencia en tener una gran estimulación de

pensamientos extraños y de mayor aislamiento, al tener poco contacto social, se retroalimentan los pensamientos recurrentes y no contrastados con el exterior. Estas características pueden alejar a la mayoría de las personas disminuyendo la capacidad de la persona para interpretar las emociones de los otros (Frith, 1995).

1.3.10. Alteraciones en la Conducta Motora

Estas varían en dos extremos: puede haber una disminución de reacción hacia el medio ambiente y puede evolucionar hasta no tener movimientos y actividad espontánea (*estupor catatónico*), situación en la que la persona actúa como un autómatas o puede adoptar posturas extrañas. El movimiento puede volverse constante, aberrante o agresivo (*catatonía agitada*).

Otro tipo de anomalía conductual es *la pobreza de acción*, la persona no es capaz de dirigir acciones voluntarias en función de sus metas, no tiene iniciativa. *Muestran una falta de conexión entre metas y acciones* ya que no terminan las acciones y, por ello se dan conductas perseverantes (Frith, 1995).

1.4. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Desde hace más de cien años y hasta la actualidad, se ha realizado un innumerable categorización de la esquizofrenia. Kraepelin (1883) y Bleuler (1911) han sido los autores que han realizado una clasificación considerando las características sintomatológicas en la Esquizofrenia. A continuación se mencionan los principales tipos de Esquizofrenia.

1.4.1. Esquizofrenia Simple

Es el tipo de esquizofrenia más frecuente y de menor gravedad. Ey (1978) describió que es un tipo de Esquizofrenia que limita la vida de las personas que la padecen. Suele tener una lenta evolución, habiendo rasgos Esquizoides (persona aislada, introvertida, rara, rígida) previamente al primer episodio psicótico breve.

En éste tipo de Esquizofrenia son poco frecuentes las alucinaciones. Suele aparecer durante o después de la adolescencia. La característica principal de éste tipo de Esquizofrenia es el aislamiento social, lo que puede agravarse con la falta de afectividad y el desinterés por la vida.

1.4.2. Tipo Desorganizado (Hebefrenia)

La hebefrenia o esquizofrenia de tipo desorganizado es la llamada "*demencia precoz de los jóvenes*" denominada, así por Morel (1987). Ey (1978) pensaba que era un tipo de Esquizofrenia grave ya tenía un inicio temprano e insidioso y las alteraciones sociales eran muy importantes.

Los rasgos de éste tipo de esquizofrenia son: Incoherencia, delirios no sistematizados, conducta desorganizada, afecto embotado, afecto inapropiado, suelen mostrar alucinaciones principalmente visuales, pueden haber antecedentes de funcionamiento y adaptación limitados.

En el DSM-IV-TR se describe la esquizofrenia de tipo desorganizado (F20.0, 295.10) por el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y por la afectividad inapropiada o aplanada.

1.4.3. Tipo Catatónico

La catatonia es un síndrome psicomotor caracterizado por la pérdida de iniciativa motora, cierto grado de tensión muscular o catalepsia y fenómenos paracinéuticos (manierismo, patetismo, estereotipias, impulsiones). Así como trastornos con fondo de estupor y negativismo (Ey, 1978). La catatonia es un estado de estupor que puede ir desde un cierto entorpecimiento hasta un grado fuerte de bloqueo que sólo permite ciertos movimientos o explosiones verbales. Se caracteriza por manierismos, estereotipias, catalepsia, trastornos de lenguaje y en ocasiones por delirios catatónicos.

El negativismo se expresa por conductas de rechazo (mutismo, oposición, bloqueo, rechazo de alimentos). *La sugestibilidad* implica conductas de pasividad y obediencia automática tales como *ecomimia*, *ecopraxia* o *ecolalia*. *El manierismo* son las muecas, explosiones de risa, tics, suelen ser muy frecuentes. *Las estereotipias* son movimientos rítmicos, repetición de gestos o palabras o bien, fijaciones en actitudes. *La catalepsia* está caracterizada por la plasticidad, la rigidez o la fijación de actitudes, las posturas tienden a mantenerse. Puede existir rigidez en los músculos, así como contracturas reales que se relacionan con las contracturas extrapiramidales.

La esquizofrenia catatónica además de rasgos psicomotores, muestra trastornos vegetativos tales como alteración en el sueño, hipercinesias y acinesias. Se pueden observar alteraciones graves en el estado de ánimo y por lo regular van acompañados de depresión o agitación emocional.

Suele haber dos formas de catatonia:

- *El estupor catatónico.*- que es un estado de inercia, de inmovilidad, en el que predominan los signos negativistas. Sobre esta inercia pueden sobrevenir brotes de agitación e impulsividad, estos estados pueden durar semanas, días o meses.
- *La agitación catatónica.*- Se caracteriza por violencia verbal, ensalada de palabras, gesticulación, expresiones teatrales.

En el DSM-IV-TR se incluyen los siguientes criterios diagnósticos para la Esquizofrenia de tipo catatónico:

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de Esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. Ecolalia o ecopraxia

1.4.4 Tipo Paranoide

La Esquizofrenia Paranoide se caracteriza por la conducta delirante y de constante suspicacia (Flores, 1980). En éste tipo de esquizofrenia existe uno o más delirios compuestos (suelen tener delirios sistematizados sobre todo somáticos, de grandeza, persecutorios, erotomaniacos y celotípicos), los cuales están muy desarrollados. Pueden mostrar cambios drásticos en las alucinaciones.

Se excluyen síntomas tales como la desorganización del lenguaje y la conducta o afecto inapropiado. Muestran un afecto embotado y pensamiento vago, así como incapacidad para confiar en los demás (Bruce, Stuart y Schwartz, 1999).

La edad de inicio de este tipo de esquizofrenia suele ser más tardía. Tiene un cuadro clínico más estable. Por lo regular son personas muy inteligentes, su desarrollo

intelectual no está afectado debido a sus pensamientos delirantes (Sarason, 1975). Muestran un patrón único de atención intacta y rapidez motora, aunque pueden tener menos capacidad en la solución de problemas (Flores, 1980).

La persona que padece esquizofrenia paranoide actúa con normalidad cuando interactúa con otras personas (Sarason, 1975) por esta razón es difícil diagnosticarla en las primeras etapas.

En el DSM-IV- TR hay dos criterios diagnósticos importantes para la esquizofrenia Paranoide: 1) La preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, 2) No hay lenguaje desorganizado, ni conducta catatónica, tampoco afectividad aplanada o inapropiada.

A continuación se muestra una tabla en donde se describen las características más relevantes de estos cuatro tipos de esquizofrenia.

Clasificación	Esquizofrenia Simple	Esquizofrenia Hebefrénica	Esquizofrenia Catatónica	Esquizofrenia Paranoide
Características	Pérdida gradual del interés.	Pensamiento marcadamente incoherente, ideas extrañas, amaneramientos y gesticulaciones.	Frases de estupor y o excitación, negativismo.	Desarrollo de delirios.
Aparición	Inicio de la adolescencia	Comúnmente es insidiosa con algún cambio de disposición tal como depresión o irritabilidad.	Comúnmente se acompaña de cambios de disposición y se inicia con depresión o excitación seguida de estupor.	Se desarrollan alucinaciones y delirios, y pueden empezar como tal o seguir con estados maniacos.
Curso	Simple	Crónico	Recuperación frecuente o cambia el curso	Crónica
Personalidad	Afable y lánguida	Generalmente desintegrada	Regresión marcada y aguda	Suspiciousa y evasiva.

Conducta general	Perezoso, conducta negligente y dócil.	Con amaneramientos, desaliñada	Estupor, excitación psicomotora, actos impulsivos o compulsivos	Paranoica
Alucinaciones	Raras	Muestran alucinaciones visuales y auditivas.	Son comunes las alucinaciones y los delirios.	Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas y las somáticas.
Contenidos mentales	Se disminuye el contenido significativo.	Se disminuye el contenido significativo	Ideas de catástrofes cósmicas.	Delirios de grandeza y de persecución.
Delirios más comunes	Extraños	Fantásticos, inconstantes, religiosos, sexuales, somáticos	Muerte o renacimiento, expansión y contracción del yo.	Presentes(aunque puedan estar encubiertos) delirios coherentes y sistematizados, grotescos, comúnmente de grandeza, persecución y venganza.
Reacciones afectivas	Apatía marcada	Afecto inapropiado	Extremos muy marcados de apatía, inestabilidad o ambigüedad	Relativamente normal, pero con inadecuación e inestabilidad, ambivalencia y apatía.
Orientación en persona, tiempo y lugar	Sin perturbaciones	Puede estar perturbada	Puede estar perturbada en estados de excitación	No suele estar perturbada
Atención	Sin perturbaciones	La atención activa esta disminuida y la pasiva es moderada	La atención activa esta reducida y la pasiva es buena	Tiene buena atención activa
Memoria	Buena	Buena	Buena	Buena En ocasiones

					hiperamnesia o paramnesia
Consciencia	Clara	Clara	confusa en los estados de estupor	de	Clara
Juicio y discernimiento	No prominente	En sus primeras fases puede tener discernimiento	Puede discernir en ciertas etapas		Su falta es notable
Deterioro general	Lento o detenido	Rápido o detenido	Variable: ninguno marcado	de a	Comúnmente no marcado

Tabla 6. Tipos de Esquizofrenia y sus características (adaptado de Sarason, 1975).

1.4.5. Tipo Residual

En éste tipo de esquizofrenia no hay síntomas de fase activa, pero tiene que haber un episodio psicótico en el pasado con presencia de síntomas negativos, por ejemplo creencias extrañas.

En el DSM-IV-TR se consideran los siguientes criterios diagnósticos: 1) Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, 2) Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas enumerados en el criterio 1, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

1.4.6. Tipo Indiferenciado

En éste tipo de Esquizofrenia hay rasgos de conducta desorganizada, alucinaciones, incoherencia o delirios, pero no se cumplen los criterios para los tipos desorganizado, catatónico o paranoide.

Hay teorías que consideran que los diferentes tipos de Esquizofrenia pueden oscilar de un tipo a otro. Radosh (1969) observó que no existían muchos trastornos mentales sino sólo uno, caracterizado por síntomas de hebefrenia, catatonía y paranoia, en las

cuales los pacientes pueden ir cambiando las características sintomatológicas, pero también puede mejorar a través de esos diferentes estados.

La clasificación de éstos tipos de Esquizofrenia es un acuerdo Universal en el en el DSM-IV y DSM-IV-TR aún se categorizaban en los seis subtipos más importantes, pero en el DSM V han cambiado, eliminándose los subtipos de esquizofrenia del DSM-IV.

En el presente trabajo se utilizan los criterios diagnósticos y los subtipos de Esquizofrenia del DSM-IV-TR debido a los pacientes del presente estudio se diagnosticaron con esa tipología, ya que aún no se utilizaba en la práctica clínica el DSM-V.

1.5. ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Existen diferentes modelos etiológicos de la Esquizofrenia. Hay teorías genéticas, estructurales, orgánicas, evolutivas y contextuales (familiar, social y comunicacional). Estas teoría han tenido diferentes tipos de desarrollo y evolución desde hace cien años a la actualidad. Se mostrarán los hallazgos más importantes.

1.5.1. Causas Orgánicas

Las primeras investigaciones orgánicas, se realizaron cerebros de personas que habían muerto. Posteriormente, se realizaron avances tecnológicos que permitieron en los años setentas el estudio del cerebro humano con tomografías computarizadas, las tomografías por emisión de positrones y con las resonancias magnéticas nucleares, lo que permitió medir el tamaño de los ventrículos en el cerebro.

Se observó que los pacientes con Esquizofrenia tenían los ventrículos de un tamaño más grande que las personas sin trastorno, éste hallazgo se asoció con las manifestaciones de los síntomas negativos (Frith, 1995).

Para estudiar *las alucinaciones auditivas* en la Esquizofrenia, se realizan estudios de memoria y en la percepción, específicamente en los lóbulos temporales, almacenando memoria auditiva en el hipocampo y en la amígdala, liberándolas por falta de regulación en la corteza frontal (Zacarias, 1995). Barta, Pearlson, Powers, Richards y Tune (1990) afirmó que el volumen de la circunvolución temporal superior (encargada de la asociación auditiva) y de la amígdala izquierda, pueden ser más pequeñas en la circunvolución de las personas con Esquizofrenia y eso podría producir alucinaciones.

El estudio de la Esquizofrenia se ha asociado a los diversos daños cerebrales y a distintas enfermedades para explicar sus síntomas. Los *llamados síntomas negativos*, en la enfermedad de Parkinson se manifiestan de forma muy parecida y esto implica áreas como la corteza prefrontal y cuerpo estriado, los cuales son modulados por el sistema dopaminérgico.

Kaczmarek (1995) encontró que pacientes con lesiones en la corteza prefrontal dorsolateral utilizaban frases simples y tenían pobreza del habla, en cambio personas con lesiones fronto orbitales divagaban y no corregían sus errores. Las lesiones en la corteza cingulada anterior y del área motora estarían asociadas con pobreza del habla y falta de expresión facial. Es muy probable que todas las estructuras, entre ellas la corteza prefrontal sean parte de un bucle funcional defectuoso en la esquizofrenia lo que podría ocasionar defectos del lenguaje, pobreza de habla o acción (Frith, 1995).

Las lesiones de la corteza prefrontal o temporal causarían la *disminución de interacciones sociales*. Las lesiones frontales son asociadas con falta de actividad e iniciativa, una actividad estereotipada y respuestas inapropiadas a los estímulos, así como un problema en la capacidad de planificación a largo plazo (Frith, 1995). Algunos autores (Flores, 1980) han encontrado alteraciones en el vermis del cerebelo en personas con Esquizofrenia.

Se han realizado estudios sobre la semejanza que tiene el efecto de las anfetaminas con los síntomas psicóticos, en ambas circunstancias estarían afectados los ganglios basales y tienen como consecuencia reacciones *estereotipadas, delirios y alucinaciones*. Las alteraciones en los ganglios basales impedirían la ejecución de respuestas aunque la persona tenga capacidad para desarrollar un plan apropiado para la acción.

En un estudio elaborado por Venkatasubramanian, Gangadhar, y Jayakumar (2003) se encontró que el sustrato cerebeloso tiene que ver con el desarrollo de la Esquizofrenia, observando que tienen volúmenes más pequeños en el sustrato del cerebelo que los pacientes sanos.

Hay estudios que han investigado la presencia de tejido cicatricial o gliosis, los indicios mostraban que no había presencia de este tejido, llegando a la conclusión de que el aumento del tamaño de los ventrículos no es consecuencia de un proceso degenerativo (Frith, 1995).

Actualmente se piensa que el receptor 5HT2 tiene implicación en su etiopatogenia, hecho que se fundamenta en el perfil farmacológico de la clozapina y su efectividad tanto en síntomas positivos como en síntomas negativos. Se ha observado una alta correlación entre la concentración de catabolitos de dopamina y 5-HT en líquido cefalorraquídeo (LCR) (Kahn y Davis, 1995). Los síntomas negativos se han relacionado con una reducción en la transmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal. Los antagonistas serotoninérgicos, como la clozapina, facilitan la liberación prefrontal de dopamina, disminuyendo los síntomas negativos.

Otro neuropéptido de gran importancia es el glutamato, específicamente, los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), ya que se ha observado que la fenciclidina actúa bloqueando estos receptores que son excitatorios para el glutamato, y se relacionan con conductas similares a las observadas en la Esquizofrenia. El receptor NMDA tiene un sitio específico que reconoce a la glicina, así como al D-isómero de serina, sustancias que activan a este receptor. La teoría del glutamato proviene del tratamiento de los pacientes con glicina, D-serina o cicloserina, mostrando una mejoría en los síntomas negativos (Sawa y Snyder, 2002).

Los modelos de circuitos neuronales que se encuentran alterados en la esquizofrenia incluyen circuitos que involucran una retroalimentación cortico-subcortical (Piro, 1987). Estos incluyen cinco circuitos basados en una región cortical primaria: motora, oculomotora, prefrontal dorsolateral, orbitofrontal lateral y cíngulo. El circuito dorsolateral media las funciones “ejecutivas” (planeación y “memoria durante el trabajo”); el cíngulo anterior media la motivación y el circuito lateral orbitofrontal las respuestas conductuales apropiadas para el contexto. Se ha considerado que estos circuitos están involucrados en la esquizofrenia, ya que se ha mencionado como características esenciales de la enfermedad las alteraciones en la función ejecutiva, la apatía y la desinhibición (Goldman, 1994, Weinberger, 1995).

1.5.2. Causas Genéticas

En el siglo XIX se le atribuyó la causalidad de las enfermedades mentales a la genética. En los años sesentas Meehl (1960) postuló que la esquizofrenia era una enfermedad neurológica y de origen genético. Los estudios científicos se comenzaron a desarrollar gracias al estudio de los gemelos.

En la población general el riesgo de padecer esquizofrenia es del 1% al 2%. Según un estudio realizado por *Kallman del New York Department of Mental Higiene* en los hermanos de los pacientes, la cifra es del 7% y para los hermanos del padre o madre es de entre 10% y 15% (Ham, 1964).

En los casos de pacientes con esquizofrenia, el 16,4% han tenido padres con antecedentes del trastorno, un 14% de hermanos padecían también Esquizofrenia. En los hijos con padre y madre con Esquizofrenia la prevalencia es del 10% al 15%, cuando ambos padres estaban diagnosticados de esquizofrenia el riesgo es de entre el 40% y el 68%. En gemelos monocigóticos se ha encontrado una vulnerabilidad del 60% al 86%.

Se ha observado que la causa de la esquizofrenia puede estar transmitida en un proceso degenerativo el cual tiene tres posibles formas de transmisión: Un gen dominante, un gen recesivo o la combinación de ambos. Se identifica la importancia de los factores ambientales en la transmisión por genes recesivos. Zárate (1995) mencionó la teoría de los componentes genéticos la cual describe que la causa poligenética se debe a la combinación de varios genes patológicos que actúan conjuntamente o individualmente para producir las manifestaciones patológicas.

Otro estudio (Tae-Youn, Chi-Un y Kwang-Soo, 2003) realizado con 233 pacientes esquizofrénicos y con un grupo control, tuvo como objetivo observar las variantes polimórficas de la región promotora del gen IL-10 y encontraron que el polimorfismo del promotor del gen IL-10 no estaba asociado a la Esquizofrenia. Por lo que existen estudios que consideran que no se puede localizar un gen en concreto relacionado con la Esquizofrenia.

Davis (1968) afirmó que la transmisión de la esquizofrenia se podría deber a anomalías cromosómicas y mutaciones genéticas. Los individuos suelen tener un promedio de 5 a 10 genes mutantes, pero se requiere el papel de la herencia y el ambiente para que la psicosis pueda desarrollarse, aunque no es el único factor.

En relación a este componente genético se ha observado la existencia de múltiples anormalidades cromosómicas y no ha sido posible encontrar un gen candidato de alta confiabilidad. La susceptibilidad para padecerla se ha encontrado en varios cromosomas que incluyen el 1q21-22, 1q32 43, 6p24, 8p21, 10p14, 13q32, 18p11 y 22q11-13 (Berrettini 2000; Blouin, *et al.*, 1998; Brzustowicz, Hodgkinson, Chow Honer, y Bassett, 2000; Ekelund, *et al.*, 2001; Straub, *et al.*, 1995). La existencia de múltiples loci

asociados con la vulnerabilidad de la esquizofrenia sugiere que este trastorno es causado por la interacción entre diferentes componentes genéticos y factores ambientales.

La Esquizofrenia tiene un componente genético, pero no es la única condición para que se desarrolle el trastorno, por lo que las diferentes investigaciones apuntan a una etiología multicausal.

1.5.3. Factores Ambientales

Las personas con esquizofrenia muestran una susceptibilidad genética (Gur, 2007), sin embargo, este componente no es suficiente para que se desarrolle el trastorno. Por tal razón, se han realizado investigaciones en busca de los factores que incrementan el riesgo para padecer el trastorno.

La teoría genética también habla de las diferencias individuales (Zacarias, 1995) ya que los genes podrían estar afectados por causas ambientales entre ellas el estrés. Algunas de estas causas ambientales podrían ser aspectos prenatales, perinatales o postnatales (como la encefalitis, patología cerebral, tumores, traumatismos, viruela, deficiencias nutricionales, etc.) Este tipo de causas pueden modificar la función de las células nerviosas hasta el punto en que el organismo adulto reaccione de forma distinta a las demás personas (Flores, 1980).

Las complicaciones perinatales y alteraciones intrauterinas pueden potencialmente desordenar la organización neuronal (Volpe, 2001). Basados en el incremento de su incidencia entre hijos de madres esquizofrénicas que tuvieron complicaciones intrauterinas o perinatales, se sustenta que la esquizofrenia puede incluir alteraciones en el neurodesarrollo (Hosseini y Folsom, 2009; Murray y Lewis, 1987, Weinberger 1987).

Los hallazgos en cuanto a *cuidados prenatales* y antecedentes obstétricos son controversiales, siendo las complicaciones más frecuentemente asociadas sobre todo a hipoxia neonatal (posición fetal anormal, parto prolongado), así como la hemorragia previa o durante el parto, la incompatibilidad de grupo sanguíneo o del factor Rh, la preeclampsia, una cesárea de urgencia, la atonía uterina, así como el peso al nacer (menos de 2.5 kg o de más de 4 kg) (Cannon Jones y Murria, 2002; Dalman, *et al.*, 2001; McGrath, Saha, Welham, El Saadi y MacCauley, 2004; Mueser, Corrigan, Hilton, Tanzman, Schaub, y Gingeric, 2002), aunque su presencia por sí sola no tiene un efecto específico sobre el desarrollo del trastorno, requiriéndose la presencia de otros factores para ello.

Quizá estos hallazgos sólo confieren vulnerabilidad a los sujetos, observándose que los pacientes con estos antecedentes tienen un inicio más temprano de la enfermedad, síntomas negativos más intensos y peor pronóstico.

No obstante, a pesar de todas las investigaciones realizadas, se tienen pocas conclusiones acerca de los factores ambientales que puedan causar Esquizofrenia. Pero se habla de una vulnerabilidad genética y los factores ambientales como desencadenantes del trastorno.

1.5.4. Trastornos Metabólicos

Pincus y Hoagland (1975) hipotetizaron que las fallas en el metabolismo del potasio ante condiciones repetidas de estrés podían contribuir en el desarrollo de psicosis.

Ey (1978) encontró que el metabolismo de los glúcidos falla debido a un trastorno glucorregulador en las personas con Esquizofrenia, ya que puede haber una relación entre factores emocionales y respuestas glucémicas y esta relación está afectada en los pacientes (Ey, 1978). En la misma línea Von Meduna (1987) realizó muchas investigaciones en esquizofrenia para demostrar que existía un trastorno glucorregulador en las personas.

1.5.5. Factores Bioquímicos

Wise y Stein (1973) encontraron que el deterioro del sistema noradrenérgico explica el disturbio del pensamiento en la esquizofrenia. Otro tipo de investigaciones han explicado la etiología esquizofrénica como problemas de la tiroxina y en la producción de serotonina. Hay algunas hipótesis que afirman que la Esquizofrenia es causada por exceso o déficit de endorfinas.

En cuanto a la *serotonina* se ha visto que está relacionada por su fórmula con psicotomiméticos. La serotonina tiene un papel de actividad neuronal en la parte más arcaica del cerebro: el hipotálamo, el núcleo caudado, el mesencéfalo y en el tálamo (sistema límbico), así como en el bulbo y protuberancia con menor intervención. Por tanto se ha encontrado que el metabolismo de la serotonina o del triptofano están desajustados en la Esquizofrenia (Ey, 1978). Wolley y Shaw (en Barta *et al.*, 1990) encontraron que los inhibidores de la monoaminooxidasa, la enzima que inactiva la

serotonina, aumentaba los niveles de la neurohormona de dos a tres veces más alto de lo normal y esto provocaba los síntomas psicóticos.

Sarason (1975) creía que los cambios mentales provocados por las drogas no eran más que el resultado de una deficiencia serotoninérgica en el cerebro, la que podía surgir a partir de una falta metabólica.

Hay dos teorías importantes de los neurotransmisores en la esquizofrenia: *la teoría de la transmetilación y la teoría de la catecolamina*.

- *La teoría de la transmetilación*, afirma que en la esquizofrenia intervienen indolaminas metiladas que se encuentran en el cerebro como enzimas capaces de producir efectos alucinógenos; por tanto, sería un defecto de transmetilación (Zacarias, 1995).
- La teoría de la *catecolamina* afirma que existe un bombardeo excesivo de dopamina en los receptores dopaminérgicos, esto provocaría las alucinaciones y síntomas paranoides. No se ha encontrado en el líquido cefalorraquídeo exceso de dopamina en los esquizofrénicos (Frith, 1995). Pero se ha observado un incremento de la densidad de receptores dopaminérgicos habiendo un posible problema en los ganglios basales o regiones límbicas (Zacarias, 1995).

Otra teoría dopaminérgica afirma que la esquizofrenia se puede deber a una disminución de los antagonistas dopaminérgicos. A pesar de tanta diversidad teórica y de encontrar pocas certezas, lo que se puede concluir es que la dopamina influye en el proceso psicótico debido a que los antipsicóticos bloquean a la dopamina a nivel de receptor y ayudan a controlar los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Deakin y Simpson(1997) encontraron algunas pruebas de anomalías neuroquímicas en los cerebro de algunas personas que padecían Esquizofrenia, en áreas de la corteza temporal y frontal conectadas por el fascículo uncinado. Los pacientes con leucodistrofia metacromática suelen tener alucinaciones y delirios en las primeras fases de la enfermedad. La leucodistrofia metacromática tiene que ver con la desmielinización de la materia blanca frontal, en particular la materia blanca frontal periventricular y el cuerpo calloso aspectos que dan sintomatología positiva de esquizofrenia.

1.5.6. Factores Cognitivos y Conductuales

Frith (1995) afirmó que la esquizofrenia podía ser producida por un deterioro en el autocontrol. Hofman (1995) concluyó que los propios actos del paciente son extraños debido a que no son intencionados. Estos autores encontraron que las personas que padecían esquizofrenia tenían dificultad en discriminar los pensamientos de las acciones, como consecuencia de un defecto en el autocontrol de los aspectos internos y externos.

Desde la perspectiva cognitiva los delirios son creencias falsas causadas por un deterioro de los procesos lógicos de deducción e inferencia. Como se puede observar, desde la psicología cognitiva, la sintomatología es descrita como producto de un déficit en el procesamiento de la información perceptiva en las personas que padecen este trastorno.

Los enfoques cognitivo-conductuales han tomado dos direcciones:

- *La conducta desorientada* de la persona con esquizofrenia obedece a los defectos de interferencia de los delirios y alucinaciones, es decir, a su mundo interno o la caja negra, que ha sido construido como defensa en contra de la ansiedad.
- Los que dicen que la esquizofrenia es un trastorno en el que se manifiestan relajación de las asociaciones o fuga cognoscitiva (Meehl, 1962).

El rasgo característico de la esquizofrenia desde el conductismo es la extinción o falta de desarrollo de las respuestas convencionales a los estímulos sociales (Sarason, 1975). Los cambios de conducta ocurren gradualmente y como respuesta a acontecimientos ambientales. Por tal motivo, la esquizofrenia se ve como un fallo en las capacidades para el aprendizaje emocional, ya que las respuestas incondicionadas son comparables a las de las personas no esquizofrénicas; pero sus respuestas condicionadas son mucho menores.

La ejecución del paciente se puede ver reducida en diferentes tareas. Se puede atribuir como causa de la Esquizofrenia la baja motivación, lo que provocaría a su vez deficiencia psicológica. La ejecución es menor debido a los estímulos internos tales como delirios, lo que produciría un problema en la atención (Sarason, 1979).

Una explicación de la etiología conductual afirma que cada persona tiene un número de respuestas potenciales para cada estímulo, estas respuestas compiten entre sí; la que tiene la tendencia más alta es la que se manifiesta. Cuando hay un incremento de la excitación se da un fortalecimiento de todas las tendencias. El número de variables que

pueden influir en la conducta esquizofrénica es de suma complejidad debido a la naturaleza de dicho padecimiento (Sarason,1975).

1.5.7. Factores Sociales

El impacto social, repercute directamente en la “producción” de Esquizofrenia. La cultura actúa directamente en dos sentidos:

- 1) Por su impacto en la organización interna de la familia, asignando funciones, valores y roles específicos para cada miembro de la familia; hasta cierto punto métodos para educar niños.
- 2) Con costumbres específicas y con presiones psicológicas sobre el individuo, causándole una carga elevada de ansiedad (Arieti, 1965).

La sociedad y la cultura son un microcosmos representadas por unidades que se representan a través de la familia, en el próximo capítulo se hablará acerca de la familia

1.5.8. Multicausalidad

Ciampi (1984), propone un modelo multicausal para la esquizofrenia en el que tiene en cuenta la fase premórbida, la aguda y la evolución a largo plazo:

1. Fase premórbida: Las influencias genéticas (constitución y defectos pre y perinatales) y las psicosociales (traumas infantiles tempranos, estilo de comunicación familiar, mecanismos de afrontamiento al estrés adquiridos, etc.) determinan una vulnerabilidad premórbida (baja tolerancia al estrés, hipersensibilidad y poca capacidad para enfrentarse a estímulos emocionales y cognitivos complejos de la información).
2. En la fase aguda, un estrés inespecífico provoca la descompensación psicótica aguda,
3. La evolución a largo plazo dependerá de influencias psicosociales y de las capacidades del paciente, pudiendo ir hacia la remisión total o hacia frecuentes recaídas y deterioro.

1.6. CALIDAD DE VIDA EN EQUIZOFRENIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la Calidad de vida como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses" (World Health Organization, 1996) .

Los trastornos psiquiátricos son una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerados como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida (Caviare y Valdebenito, 2005).

La calidad de vida en personas con esquizofrenia, muestra una clara afectación por la sintomatología, a su vez, la calidad de vida es definida por el tipo de tratamiento y las limitaciones en torno al bienestar de la persona. Para Schumaker y Naughton (1996) la calidad de vida relacionada con la salud es la percepción subjetiva, influida por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo

La calidad de vida en la esquizofrenia se percibe como el reflejo de la participación social y la capacidad de mantener alguna actividad adecuada o productiva (Barack y Duncan, 2006) .

Parece evidente que el avance en los tratamientos antipsicóticos y los abordajes comunitarios en la Esquizofrenia, ha llevado a las administraciones a poner énfasis en mejorar la Calidad de Vida de las personas con trastorno mental (Gómez y Botella, 2007).

De manera progresiva, las investigaciones y publicaciones sobre el concepto de Calidad de Vida siguen aumentando en número y complejidad (Bobes, García-Portilla, Bascarán, Saiz y Bousoño, 2007; Rodríguez, Castro, Sanhueza, Del Valle y Martínez, 2011).

La mayor parte de las investigaciones de calidad de vida en esquizofrenia se han centrado en el estudio de los síntomas psicóticos y de la psicopatología general, y en su papel como posibles factores asociados a la calidad de vida. Eack y Newhill (2007) realizaron un meta análisis sobre 56 estudios publicados entre 1966 y 2005, que evaluaban la relación entre los síntomas psiquiátricos (síntomas positivos, negativos y

psicopatología general) y la calidad de vida en personas con Esquizofrenia. Los resultados de este meta análisis fueron los siguientes: los síntomas positivos mostraban una relación negativa, aunque de efecto pequeño, con la calidad de vida subjetiva, y ninguna relación con la calidad de vida objetiva; los síntomas negativos tenían una relación negativa, aunque de efecto pequeño, con la calidad de vida subjetiva, y una relación negativa y fuerte con la calidad de vida objetiva; y la psicopatología general mostraba relaciones moderadas con la calidad de vida objetiva y subjetiva. Se puede observar que hay una relación negativa y significativa entre la calidad de vida subjetiva y los síntomas psicóticos. Lo cual indica que a mayor sintomatología peor calidad de vida.

En la actualidad, los estudios de calidad de vida en personas con Esquizofrenia muestran que hay una peor calidad de vida que la de la población general, en todos o casi todos los dominios evaluados (Bobes *et al.*, 2000; Kurs Farkas y Ritsner, 2005; Woon, Chia, Chan y Sim, 2010; Sum, Ho y Sim, 2015; Tan y Rossell, 2016). A raíz de estos resultados, diferentes autores han intentado identificar cuáles son los factores o variables que se asocian con la calidad de vida de estas personas. Entre estos factores, destacan los factores sociodemográficos, los síntomas psicóticos y la psicopatología general, el nivel de funcionamiento y la neurocognición.

1.6.1. Calidad de Vida Subjetiva

Desde una aproximación reciente se ha definido la Calidad de vida como “la *evaluación cognitiva y afectiva de la situación de sí mismo percibida por el enfermo en un momento determinado de su vida*” (Medeiros, Obiols, Navarro y Zúñiga, 2013; Petkari, 2010; Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2012). Por lo que su estudio se debe realizar con la intención de desarrollar y difundir métodos terapéuticos que pretenden ir más allá de la mera desaparición de un trastorno, tratando de mejorar la percepción del individuo sobre su propia situación con el fin de integrarlo, en la medida de lo posible, al entorno social que mejor cubra sus necesidades. (Gómez y Botella, 2007). Ésta, resulta una definición más cercana a la realidad social y clínica.

En esta misma línea se incluye la definición de la Calidad de Vida como un fenómeno subjetivo que se basa en la percepción que tiene una persona de diferentes aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo *las características personales, las*

condiciones objetivas de vida y las percepciones de la persona según las experiencias de vida (García, 2007).

Aunque resulta difícil obtener una medida fiable de calidad de vida a través de indicadores subjetivos, Bobes *et al.*(1993) señalan que los determinantes más importantes de un elevado nivel subjetivo de calidad de vida parecen ser: 1) Las relaciones sociales positivas, estables e íntimas; y 2) La ausencia de distancia entre las expectativas y los logros alcanzados.

En el presente estudio se evalúa la calidad de vida subjetiva en los pacientes, considerando diferentes dimensiones individuales, así como el primer factor planteado por Bobes *et al.* (1993).

1.7. CALIDAD DE VIDA EN LOS FAMILIARES

Los familiares de pacientes con Esquizofrenia viven el trastorno en sus diferentes fases y etapas. En ellos suele recaer situaciones tales como el abordaje de las crisis, el detectar los signos y síntomas prodrómicos, así como el convivir con la sintomatología positiva y negativa.

Son los familiares los encargados del cuidado de los pacientes, así como la asistencia a visitas médicas y la administración de los antipsicóticos. Suelen estar menos involucrados en la asistencia médica o psiquiátrica, pero suelen ser las personas que más conocen a los pacientes y en los cuales recae el cuidado y abordaje del trastorno. Además, los cuidadores principales aportan a la persona con esquizofrenia la atención y el apoyo que necesitan para el funcionamiento de su vida diaria (Boyer, Caqueo, Richieri, Lancon, Gutiérrez y Auquier, 2012).

La calidad de vida de los familiares que conviven con los pacientes puede verse afectada por el curso del trastorno. Los síntomas positivos en los pacientes, suelen generar angustia y disminuyen la calidad de vida en sus familiares (Ochoa *et al.* 2008).

Se ha observado que la calidad de vida de los familiares de pacientes, está deteriorada en el aspecto emocional (Chen *et al.*, 2004; Lee *et al.*, 2006;). Otros estudios han encontrado que la calidad de vida de las mujeres suele ser peor con respecto a los hombres (Zamzam *et al.*,2011).

En los diferentes estudios sobre Calidad de vida, se ha observado que la calidad de vida de los familiares de pacientes depende de algunos factores, como por ejemplo el nivel de educación y la aparición del trastorno más tardía (menos tiempo de evolución del trastorno), éstos están asociados con una mejor calidad de vida en los familiares (Caqueo, Gutiérrez y Miranda, 2009).

En la misma línea se encontró en un estudio, una mejor calidad de vida en los cuidadores que tienen mejor nivel educativo y mejor red social (Grandon, Jenaro, Lemos, 2008; Ye, Hwu, Chen, Chen. y Wu, 2008).

En el presente estudio se evalúa la calidad de vida tanto de pacientes como de sus familiares (padres y hermanos), antes y después de 2 años del tratamiento, así como al finalizar la terapia. Resulta de interés saber si el tratamiento familiar puede ayudar a modificar la calidad de vida de todos los miembros.

1.8. CALIDAD DE VIDA Y RECUPERACIÓN

Algunos estudios controlados definen a la recuperación en Esquizofrenia como la ausencia de síntomas positivos y negativos durante un periodo de un año. La recuperación consiste en que el paciente tenga un funcionamiento psicosocial adecuado, que incluye un trabajo remunerado, ausencia de hospitalización psiquiátrica y una red social amplia y satisfactoria (Grossman, Harrow, Rosen y Faull, 2006).

Fallon *et al.* (1983) definieron a la recuperación como un periodo de dos años durante el cual la persona tenga un funcionamiento dentro de los límites normales en los dominios sintomatología, trabajo, independencia y relaciones sociales satisfactorias.

La definición de Grossman *et al.* (2006) y Fallon *et al.* (1983) resultan muy importantes para poder realizar investigaciones con definiciones operacionales, no obstante, en la práctica clínica se ha de considerar la situación social y cultural de las personas. En España, la crisis económica de la última década, ha hecho que el 40% de los adultos jóvenes, se encuentren en una situación de desempleo (EPA, 2019). Esta situación en el contexto social, no permitiría que los pacientes cumplan con ese criterio de mejora o recuperación, ya que las personas con Esquizofrenia se encuentran en la misma situación laboral precaria que las personas sanas. Por lo cual estas definiciones

son útiles en el campo de investigación, pero tienen una baja aplicabilidad en los ámbitos clínicos y algunos contextos sociales o culturales.

Los pacientes con Esquizofrenia tendrían que remitir en la sintomatología, además de realizar más cambios que los momentos previos al desarrollo del trastorno, para que resulte fiable su recuperación (Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003). Esta situación se ajusta poco a la realidad en términos psicopatológicos y de ciclo vital del individuo.

Existen otras definiciones de recuperación en la Esquizofrenia que no exige una remisión total de los síntomas. Estas definiciones consideran la presencia de sintomatología leve y un adecuado funcionamiento social y laboral, aunque esto puede lograrse dependiendo del contexto social, económico y cultural donde se desenvuelva la persona que padece el trastorno. Esta definición es similar a la definición de calidad de vida subjetiva de Gómez y Botella (2007).

El concepto de **recuperación** en la esquizofrenia es un constructo multidimensional e integral, que va más allá de la mejora. Es un constructo que va desde la estabilización de los síntomas como fase inicial (lo cual quiere decir alcanzar un punto intermedio entre la supresión de la sintomatología positiva) hasta alcanzar un grado de autodeterminación como un primer objetivo en el tratamiento. Considera el mantenimiento de la remisión de síntomas, pasando por el aumento de autonomía hasta llegar a una mejora en la capacidad funcional, social y familiar (Martin, Velásquez y García, 2006).

La recuperación es un reflejo transversal del estado funcional y puede alterar con periodos de recaídas (Bellack, 2007). Es un proceso en el cuál el individuo lucha por superar el trastorno mental y su impacto en el sentido de sí mismo y en su sentido de identidad. A menudo la recuperación implica recaídas y constantes ajustes a los síntomas, dificultades funcionales y alteraciones de objetivos vitales.

La recuperación es una experiencia subjetiva y autodefinida (Bellack, 2007), por tanto consiste en desarrollar una vida gratificante a pesar de las dificultades que pueda imponer el trastorno (Glynn, *et al.*, 2007). Es la capacidad de sobrellevar dificultades vitales (Bellack, 2007).

Estas dos definiciones de Bellack (2007) y Glynn *et al.* (2007) son más ajustadas a la realidad clínica, así como coincide con mejorar la calidad de vida de los pacientes, a pesar de tener algunas dificultades.

La recuperación sería el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida, conforme uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad. La recuperación se ve como el desarrollo coherente y orientado a la identidad (Lysaker *et al.*, 2003).

Reinsnick, Rosenheck y Lehnman (2004) identificaron algunos factores que se consideran como parte del proceso de recuperación: satisfacción con la vida, esperanza y optimismo, conocimiento del trastorno y empoderamiento.

Algunos autores, ven a la recuperación como un proceso natural dependiendo del tipo de Esquizofrenia. El 20% de las personas que padecen Esquizofrenia, tienen criterios diagnósticos como una forma benigna de la enfermedad con retorno a valores premórbidos funcionales, otro 20% se consideraría como la forma de verdadera Esquizofrenia de la que hablaba Kraepeling (1988), y un 60% tendría un curso variable entre retorno a funcionamiento premórbido o deterioro (Bellack, 2007).

Se considera la definición de Bellack (2007) y Glynn *et al.* (2007) para evaluar la mejora en el presente estudio.

1.9. FACTORES TERAPÉUTICOS Y CAMBIO EN LA TERAPIA

Por "experiencias del paciente" se entiende "sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos durante, y en referencia a, las sesiones de terapia" (Elliott y James, 1989).

La percepción subjetiva de los pacientes acerca de los cambios en la terapia, es una manera de evaluar las mejoras en la terapia. Así como otra manera de evaluarlo es a través de la descripción clínica y subjetiva de los terapeutas.

Sloane *et al.* (1975) preguntaron a los pacientes acerca de los elementos que consideraban importantes en su mejora, casi todos ellos las atribuían a las cualidades generales de los terapeutas. De hecho, como afirma Brykczynska (1990), la construcción que hace el paciente sobre su terapeuta es uno de los principales componentes de la relación terapéutica.

Algunos estudios de salud mental, han tenido como objetivo evaluar los factores terapéuticos o curativos que han ayudado a los pacientes durante la terapia. Diferentes

revisiones de la literatura (Horvath y Luborsky, 1993; Miller,2010) muestran que el mejor predictor del resultado terapéutico es la alianza terapéutica.

Frank y Gundersen (1990) muestran que el establecimiento de una alianza terapéutica con pacientes esquizofrénicos, es difícil. El grupo de pacientes que mostró una mejor alianza obtuvieron mejores resultados en el tratamiento, en comparación con el grupo de pacientes que no tuvieron una buena alianza.

Hay muy pocos estudios de factores terapéuticos en el ámbito de la salud mental. Entre los antecedentes están estudios en terapia cognitivo-conductual en pacientes Neuróticos (Riordan, Antonini y Murphy,2011), estudios en pacientes con Ansiedad y Depresión (con terapia cognitivo-conductual) (Llewelyn,1988) , hay muy pocos estudios orientados a las terapias focalizadas en las relaciones interpersonales.

Hay una escasez de estudios de factores curativos en tratamientos psicológicos de formato familiar y/o grupal. El primer estudio fue de Svensson y Hansson (1998) cuyo objetivo fue evaluar si los factores curativos percibidos por el paciente tienen relación con los resultados del tratamiento. Evaluaron a personas tratadas durante cuatro años con terapia cognitiva en grupo. Intentaron conocer los aspectos que habían sido de mas ayuda durante la terapia y encontraron, que en la primera fase de la intervención, era importante *“infundir esperanza, solucionar los problemas y aprender que no estaban solos”*. En la fase final del tratamiento lo que más ayudó fue la participación y el compromiso.

Entre un 30% y un 40% de los pacientes que recibían tratamiento psicológico experimentaban cambios importantes durante el período comprendido entre la 1ª y la 3ª sesión. En el período comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión el porcentaje de pacientes que experimentan cambios importantes alcanzaba entre un 50% y un 60%. (Howard, Kopta, Krause, y Orlinsky,1986). La idea básica que se desprende de este estudio es que los pacientes en psicoterapia suelen experimentar los cambios más significativos durante las fases iniciales del tratamiento. No obstante, en el ámbito de la Esquizofrenia, se trata de un padecimiento con una sintomatología compleja, por lo que Pitschel *et al.* (2001) encontraron diferencias significativas entre los tratamientos de corta duración y los de larga duración, habiendo resultados más favorable en los tratamientos de mayor duración. Se puede observar que terapias psicológicas de más tiempo de duración se relacionaban con mejores resultados en los pacientes.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de la terapia familiar basada en el modelo de la reconfirmación. Es un estudio desde una perspectiva familiar sistémica, con un tratamiento que dura entre 3 y 4 años, siendo un estudio longitudinal. Es un estudio cuantitativo que considera las variables sintomatológicas, pero a la vez es un estudio que evaluará el grado de mejora y recuperación de los pacientes, así como la percepción subjetiva de mejora de los pacientes, los familiares y los terapeutas.

CAPÍTULO II. ESQUIZOFRENIA Y FAMILIA

2.1. LA FAMILIA

Para Minuchin (1986), La familia es un grupo natural de personas que tienen unas pautas de interacción, elaboradas a lo largo del tiempo. Es entendida como un sistema vivo, que opera a través de las formas de relación que aparecen entre sus miembros, por lo que es un sistema dinámico y cambiante de relaciones interpersonales. La familia es un grupo de personas que se relacionan e interactúan con el ambiente y los diferentes contextos. Tienen unas pautas de relación que permanecen y otras que cambian. La interacción se realiza a través de la comunicación.

Para Andolfi (1993), la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, regulada por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Andolfi, 1993; Matsui, Sumiyoshi, Arai, Higuchi, Kurachi, 2008; Rodrigo y Palacios, 1998). La familia tiene una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacción y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes; también incluye unas reglas que regulan las relaciones entre los familiares y que indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar. En estas definiciones se observa que la familia es un conjunto organizado, interdependiente, dinámico, con reglas y normas propias, pero cambiante según la influencia del entorno.

Selvini (1998) definió a la familia como una micro organización basada en la cooperación para fines comunes (Bienestar, apoyo recíproco, educación de los hijos, etc.), en donde la negociación en términos de cooperación implica el surgimiento de conflictos entre el egocentrismo fisiológico de cada individuo.

Bateson (1995) afirmó que la familia es el primer maestro en la interacción social y emocional, ya que enseña a través de su medio y de la comunicación no verbal las fuentes de identificación y autoestima del individuo. Cooper (1974) afirmó que la familia proporciona la socialización primaria del niño, así como el proceso de estabilización de la personalidad adolescente y adulta.

Rodrigo y Palacios (1998) afirman que la familia representa el primer y más importante espacio para el desarrollo social de los niños desde el nacimiento. En el contexto familiar se desarrollan las capacidades y habilidades pro-sociales del recién

nacido, que son aprovechadas por los padres para facilitar su integración en el mundo social. Es en el contexto de la familia en el que la mayoría de los niños establecen sus primeros vínculos socio-emocionales que les proporcionan la bases de seguridad que necesitan para sobrevivir (Jiménez, 2000). La familia tiene una función de supervivencia, de cumplir con las necesidades básicas de los individuos, pero también es el vehículo para que los individuos puedan adaptarse a la sociedad.

Minuchin (1986) plantea que la familia necesita una estructura viable, para poder desempeñar dos tareas esenciales en los individuos: 1) Apoyar la individuación (el sentido de ser uno mismo) y 2) Dar un sentido de pertenencia (el sentimiento de vinculación con otras personas).

Todas las familias tienen diferentes subsistemas, Minuchin (1986) les llamó *Holones*. Estos subsistemas se organizan por funciones, características y propiedades similares. Para el presente estudio se considera el subsistema parental, constituido por los padres y sus funciones parentales. El subsistema conyugal, que tiene que ver con la relación de pareja de los padres. Y el subsistema fraternal o la relación entre los hermanos.

La familia de origen es la familia nuclear en la que los individuos nacen y se desarrollan, suele estar constituida por padres y los hermanos. El presente estudio se focalizó en la familia de origen de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Como se puede observar en las diferentes definiciones, la familia es el núcleo de pertenencia de los individuos. Es el entorno donde se generan todos los procesos psicológicos y emocionales de las personas. Es el sitio donde se aprenden los patrones de relación, comunicación e interacción. Así como el contexto donde los individuos gestan su salud o trastorno.

2.2. DEL INDIVIDUO A LA FAMILIA

2.2.1. La Personalidad

Los individuos están integrados en sistemas relacionales complejos, el sistema más influyente de los individuos es la familia. Linares (2012) *define a la personalidad como la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en el dialogo entre*

pasado, presente y futuro, encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural.

La dimensión Individual se refiere a pautas o patrones de relación o comunicación del individuo. La Experiencia relacional acumulada, tiene que ver con el concepto de Bateson (1956) el cual describe a las personas como definidas por la relación interpersonal. Los individuos se influyen recíprocamente con la relación.

El diálogo entre pasado y presente, considera que los individuos son producto de sus historias, el pasado en el que transcurrió la experiencia relacional define a la personalidad. La historia se puede ir modificando por las interpretaciones del presente. Así como el futuro, tiene que ver con las expectativas y proyecciones futuras.

El sustrato biológico, se refiere a la genética y al sistema nervioso. La genética desempeña un papel importante en la transmisión de ciertas predisposiciones a desarrollar rasgos de personalidad. La biología ejerce un papel fundamental como vehículo de la relación, considerando las características físicas, el grado de seguridad respecto a las demás personas tienen que ver con la personalidad.

El contexto cultural, la cultura enmarca y determina la personalidad, influyendo en su definición (Falicov, 1998).

Se puede observar en esta definición de Linares (2012), que los individuos son influidos por el sustrato biológico, la historia de vida personal y familiar (en el pasado, presente y futuro), así como por la cultura (que es el contexto de desarrollo). La interacción entre estos tres factores influyen en el individuo, su comunicación y forma de relación, así como la formación de la personalidad.

2.2. 2. La Narrativa

Linares (2012) define la narrativa como la atribución de significado a la experiencia relacional. La narrativa ayuda a construir la personalidad. Si el individuo tiene una gama amplia de narraciones con múltiples opciones descriptivas de su realidad relacional, se puede definir como salud mental. Mientras más abundante y variada es la narrativa, la personalidad tiende a la salud.

2.2.3. La Identidad

El individuo elige algunas narraciones como definitorias de sí mismo y con ella no acepta negociaciones ni transacciones “*Esa persona soy yo, no soy otro*”.

Linares (2012) definió a la identidad como la definición del *si mismo* en aspectos tales como el género, la orientación sexual, la pertenencia, la afiliación política y religiosa. La narrativa identitaria, llamada también identidad, es un anclaje del conjunto de la personalidad.

2.3. LOS SISTEMAS RELACIONALES DE PERTENENCIA: LA ORGANIZACIÓN Y LA MITOLOGÍA

La personalidad y la identidad se construyen en relación. Linares (2012) realiza una propuesta teórica sobre la Identidad y la Narrativa en relación al individuo y a la familia. A continuación se puede observar en el siguiente tabla la propuesta del autor.

INDIVIDUO	SISTEMA DE PERTENENCIA
IDENTIDAD	ORGANIZACIÓN
	Cohesión
	Adaptabilidad
	Jerarquía
NARRATIVA	MITOLOGÍA
	Valores y creencias
	Clima emocional
	Rituales

Tabla 7. La Identidad, La Narrativa, La Organización y la Mitología Familiar.

La familia de origen es el sistema más importante para construir la personalidad, ya que en ella se producen los intercambios más influyentes sobre el desarrollo de la narrativa o identidad. Otros sistemas relacionales influyentes son la escuela, el grupo de amigos o la familia creada. Estos sistemas influyen en la organización y la mitología familiar.

2.3.1. La Organización Familiar

Para Linares (2012) **La organización** es la dimensión diacrónica de la estructura, es decir, es lo que permanece en la estructura del sistema a lo largo del tiempo. La organización en la familia, es lo que equivale a la identidad del individuo.

Minuchin (1986) considera que la organización hace referencia a la cualidad intrínseca de la familia, es lo que la define. La organización tiene que ver con las normas y reglas y con el funcionamiento familiar cotidiano.

2.3.2. La Estructura Familiar

La estructura hace referencia a las características relacionales que construye la familia a lo largo de su ciclo vital.

La estructura familiar rige el funcionamiento de los miembros de la familia y define las conductas facilitando la interacción recíproca (Minuchin, 1984). Tiene que ver con el estilo de comunicación que se establecen; con los patrones relaciones que tienen como pareja, como padres, como hijos; también tiene que ver con las reglas y normas que regulan la relación interna y externa.

Dependiendo de la funcionalidad o disfuncionalidad de la estructura familiar se establece un sistema relacional saludable que favorece el crecimiento integral de sus miembros o, por el contrario, un sistema relacional insalubre que genera la aparición de síntomas que afectan la cognición, emoción, conducta y fisiología de uno o más miembros de la familia.

La estructura familiar supone que existe una o más figuras que asumen el liderazgo, por tanto, ellas ejercen una mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares, y también en las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. El líder familiar ejerce también una mayor influencia en el modo de pensar, sentir y comportarse de los miembros de la familia.

Las principales **propiedades estructurales** de una familia, según Linares (2012) son la *cohesión*, *adaptabilidad* y *jerarquía*, que también son cualidades de la organización familiar.

Olson (2000) dividió para el estudio de las familias tres dimensiones: *la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación*. En el presente estudio se evalúan dos dimensiones de la estructura familiar que proponen tanto Linares (2012) como Olson (2000): la cohesión y la adaptabilidad.

La cohesión es la distancia relacional entre los miembros de un sistema (Linares, 2012). La cohesión se define como el grado de proximidad o el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.

Linares (2012) considera a la cohesión entre dos polos, la familia aglutinada y la desligada. Olson (2000) las divide según el grado de cohesión en *familias desligadas* (cohesión baja), *separadas* (de cohesión baja a moderada), *unidas* (cohesión moderada a alta) y *aglutinadas* (cohesión muy alta).

Las familias desligadas y separadas son aquellas que tienen distancia relacional entre sus miembros y las fronteras son más permeables, la individuación es prioritaria, aunque puede faltar sentido de pertenencia (Linares, 2012). Se caracterizan por favorecer autonomía en sus miembros, pero generan poco apego o compromiso con la familia (Olson, 2000).

En el **punto intermedio** entre *familias desligadas y aglutinadas*, estarían aquellos modelos familiares que permitirían a los individuos estar de forma equilibrada entre la independencia y la unión.

Las familias unidas o aglutinadas son aquellas que tienen distancia relacional escasa entre sus miembros, con fronteras al exterior muy firmes, la individuación se hace difícil (Linares, 2012). Se caracterizan por una fusión emocional grande entre sus miembros, así como un alto sentido de lealtad, esto frena la individuación o independencia de los miembros de la familia (Olson, 2000).

2.3.3. La Adaptabilidad Familiar

La adaptabilidad es la capacidad de los sistemas de cambiar bajo la influencia de las circunstancias externas e internas (Linares, 2012). Es el grado de flexibilidad de la familia. Su capacidad para adaptarse a los cambios del entorno y del ciclo vital de sus miembros.

Es la habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, la dinámica de las normas y las reglas. Es la capacidad de una familia para tener un equilibrio entre las situaciones excesivamente cambiantes (la caoticidad) y las situaciones excesivamente estables (la rigidez) (Olson, 2000).

Linares divide la adaptabilidad en dos tipos (la funcionalidad, estaría al centro de las dos): 1) *La rigidez*, es cuando la adaptabilidad se reduce al mínimo, lo que dificulta cualquier modificación, como reacción frente a los cambios circunstanciales. 2) *La caoticidad*, hace al sistema muy influenciado por los cambios, todos los cambios externos modifican a la familia.

Olson (2000) distingue cuatro tipos de adaptabilidad: 1) Rígida (adaptabilidad baja), 2) Estructurada (adaptabilidad baja a moderada), 3) Flexible (adaptabilidad moderada alta), 4) Caótica (adaptabilidad muy alta).

A continuación se puede observar en la figura 2 la propuesta de los tipos de familias de Olson (2000) considerando las dimensiones Adaptabilidad y cohesión, a esta propuesta de clasificación familiar se le ha denominado Modelo Circumplejo. El cual describe tipologías de familias de acuerdo al grado de cohesión y adaptabilidad familiar.

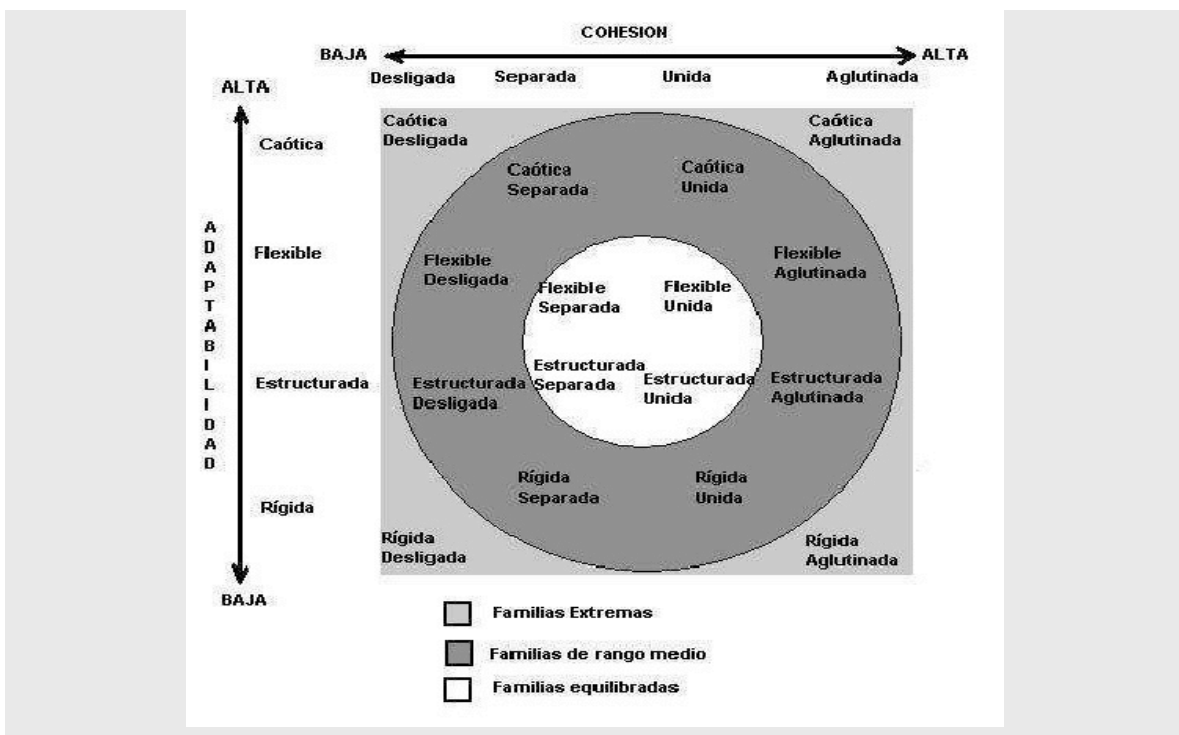


Fig. 2. Tipología de Familias. Modelo Circumplejo de Olson.

2.3.4. La Mitología Familiar

Linares (2012) define a la mitología familiar, como el espacio donde confluyen las narrativas de los miembros de un sistema. Es el espacio común del sistema del que emergen las narrativas individuales de sus miembros. La mitología familiar tiene que ver con los valores y las creencias, el clima emocional y los rituales.

Los valores y las creencias son el aspecto racional de la mitología, tiene que ver con la ideología y la combinación de los contenidos. **El clima emocional**, es el resultado de la negociación implícita, sobre los estados afectivos por compartir.

Los rituales, son el territorio de consenso de los comportamientos individuales, las conductas compartidas por los miembros del sistema. Hay familias con muchos rituales y otras carentes de rituales.

La madurez psicológica y la salud mental dependerá de la organización, la cohesión, adaptabilidad y jerarquía familiar, así como de la mitología, con los valores y creencias, clima emocional y rituales que lo conforman.

2.3.5. La Nutrición Relacional

La nutrición relacional es la vivencia subjetiva de sentirse complejamente amado. La personalidad se construye en cuánto se siente querida la persona.

Hay muchas maneras de sentirse amado y hay formas en que ese amor complejo se ve interferido por un poder menos complejo *“La familia maltrata y hace enfermar porque, en cuanto eslabón intermedio entre la sociedad y el individuo, transmite y adapta los fenómenos de interferencia de amor por el poder”* (Linares, 2012, p.107).

Los factores descritos en relación a la mitología y organización familiar, así como la nutrición relacional y las características parentales y conyugales de la familia de origen, definen la personalidad, la identidad, pero también el grado de salud o trastorno mental en los individuos.

En el presente estudio se estudiarán las variables de la organización y estructura familiar, la cohesión y adaptabilidad familiar, así como la mitología (creencias familiares) y el clima emocional familiar. Considerando la teoría de Linares (2012) y la categorización de Olson (2000) respecto al tipo de familias.

2.4. MODELOS TEÓRICOS FAMILIARES EN LA ESQUIZOFRENIA

2.4.1. La Familia con un miembro con Esquizofrenia

La condición patológica influye sobre la familia y la influencia que la familia tiene es indispensable para la aparición de la Esquizofrenia y su evolución (Laing y Esterson, 1995). La familia sería el contexto de desarrollo de la patología, así como de los procesos de salud mental.

Lidz y Fleck (1965) estudiaron algunas familias de pacientes con Esquizofrenia y observaron que ninguna familia estaba bien integrada. Selvini (1986) consideró que la Esquizofrenia era una especie de homeostasis negativa, siendo el miembro "patológico" de la familia el que cumple una función integradora en la familia de origen (Rodríguez, 1991).

Las familias son parte de la problemática a tratar, sobretodo cuando hay sintomatología grave en alguno de sus miembros. En diferentes investigaciones se ha observado que la familia puede empeorar el funcionamiento de los pacientes (MacFarlane y Beels, 1983). Las familias son participes de los problemas, por tanto pueden tener información para buscar soluciones a esos problemas.

Diferentes autores han estudiado las características familiares que pueden tener alguna influencia con el desarrollo o mantenimiento de la sintomatología en la Esquizofrenia. Se han estudiado factores comunicacionales, de la relación de pareja de los padres, los juegos familiares, los tipos de desvinculación, la comunicación y la desconfirmación, etc. A continuación se consideran las principales aportaciones teóricas en el ámbito de la Terapia familiar sistémica.

2.4.2. Teorías de la Comunicación Familiar

2.4.2.1. La teoría del Doble Vinculo.

Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) definen a la Esquizofrenia como el resultado de la interacción familiar, es decir, de una comunicación familiar poco clara e inadecuada.

En los primeros años de vida, los niños aprenden diferentes interacciones y secuencias en la comunicación humana. Estos aprendizajes definen el tipo de comunicación y de relación que cualquier persona puede tener en su vida adulta. Bateson

(1956) planteó que en la Esquizofrenia, los aprendizajes en las secuencias comunicacionales resultan inadecuadas socialmente, pero son de alguna forma adecuadas en su entorno cercano (el familiar). A estas secuencias de hechos en la comunicación se le denominó la teoría del doble vínculo.

La comunicación paradójica o doble vínculo juega un papel fundamental en la sintomatología de la Esquizofrenia (Cooper, 1974). La forma de comunicación en la familia con un miembro con Esquizofrenia puede ser a través del doble vínculo (Watzlavick, Bavelas y Jackson, 1967).

El doble vínculo está definido por las siguientes características:

1) *Es una relación entre dos o más personas, una de ellas se define como la "víctima"*(esta persona estaría en posición de jerarquía o de poder inferior a la otra). Las personas con una posición o poder superior, son más activas en este tipo de comunicación, por ejemplo los padres o los hermanos.

2) *Es una experiencia repetida.* El doble vínculo es una experiencia de comunicación e interacción repetitiva y recurrente hacia la víctima. Ésta comunicación se da en un entorno muy cercano. Siendo una estructura habitual de comunicación y relación.

3) *Se da una orden primaria negativa.* Suelen ser contextos familiares en los cuales se evita el castigo. Lo habitual en los entornos familiares es buscar las recompensas, pero en este caso las personas evitan ser castigadas. Pueden haber dos tipos: a) *"No lo hagas así o te castigaré"*, b) *"Si haces esto o aquello, te castigaré"*. El castigo puede ser "la retirada del amor" o la expresión de odio e ira. Se puede dar una expresión que comunica abandono de los padres al hijo(a) en forma de desamparo.

4) *Una orden secundaria que entra en conflicto con la primera en el nivel más abstracto.* La orden primaria impuesta por castigos o señales ponen en peligro la supervivencia de la persona. Se comunica por mensajes no verbales (postura, tono de voz, gestos, acción significativa) y en segundo lugar la orden secundaria puede incidir en la prohibición de la primera orden. Por ejemplo, *"No veas esto como castigo"*, *"No me veo como el castigador"*, *"No pienses en lo que no se debe de hacer"*. Puede ser realizado por dos personas. Por ejemplo, un padre puede negar el mandato de la madre a un nivel más abstracto o viceversa. Son mensajes comunicacionales contradictorios.

5) *Se da una prescripción negativa terciaria.* Se prohíbe a la víctima la posibilidad de abandonar el campo. Éste es inherente a la orden primaria y secundaria. Por ejemplo, si

una persona en su infancia vive la primera orden y la segunda, es imposible que pueda escapar del campo por la relación de estrecha dependencia que hay de un hijo pequeño respecto a sus padres.

6) El último ingrediente ya no es necesario si la víctima *ya tiene aprendido este tipo de patrones comunicacionales dobles*. Casi cualquier parte de un doble vínculo puede desencadenar una respuesta de ira o pánico en el receptor del mensaje.

Las personas que viven en un entorno donde hay continuos mensajes contradictorios pueden desarrollar síntomas psicóticos, como el resultado comunicacional a esos mensajes.

Las características del doble vínculo son las siguientes:

1. El individuo está involucrado en una relación intensa; es decir, una relación en la que siente que es de vital importancia (una relación de dependencia y necesaria para la supervivencia).
2. El individuo está atrapado en una situación en la que la otra persona en la relación, está expresando dos órdenes diferentes en un mensaje y uno de ellos niega el otro.
3. El individuo es incapaz de formular observaciones sobre los mensajes que se expresa para corregir su discriminación. No es posible meta-comunicar o hablar acerca de lo que ocurre en la relación o en esa comunicación.

La teoría del doble vínculo plantea que la única forma de sobrevivir frente a esa comunicación con mensajes contradictorios continuos, sin la posibilidad de clarificarlos, es comunicarse de manera metafórica. La Esquizofrenia sería el resultado de la interacción familiar, como un aprendizaje de distintas secuencias comunicacionales.

Los síntomas positivos, serían una forma de comunicación metafórica en que la persona con esquizofrenia, sentiría más seguridad e identidad. Es una forma de resolver una situación imposible, ya que es un tipo de realidad o comunicación donde los padres o hermanos no participan. Y donde el doble vínculo no tendría un efecto en la víctima. Por lo que ésta teoría observa que los síntomas positivos, serían una forma de defenderse y sobrevivir a una situación insostenible.

2.4.2.2. Otras Teorías de la Comunicación Humana.

Lidz y Fleck (1965) consideraron a la comunicación familiar como *una correa de transmisión de la irracionalidad*. Los padres suelen ser incapaces de transmitir modos de comunicación instrumental, a la vez que pueden mostrar modelos contradictorios y eso influye en desarrollar pensamientos paradójicos (Rodríguez, 1991). Estas familias están caracterizadas por la ausencia de compromiso con las ideas expresadas, comunicación confusa, discurso disruptivo y problemas de cierre en los discursos (Zacarias, 1995).

Watzlawick *et al.* (1967) propuso el concepto de **desconfirmación**, como un patrón comunicacional característico de la Esquizofrenia, es el resultado de ignorar o negar la existencia de alguien. Este mensaje no es transmitido explícitamente.

La comunicación entre la familia con un miembro con Esquizofrenia se puede dar de la siguiente forma: Cada uno de los miembros carece de congruencia entre lo que dice y la manera de calificar lo que dice. Cada uno descalifica su propio discurso a cada instante. Cada quién descalifica igualmente lo que dicen los demás, y los desacuerdos están escondidos. Nadie se responsabiliza de lo que acaba de decir, ninguna alianza precisa se permite, pues las alianzas se toman como traición frente a un tercero. Las madres pasan su tiempo en disculparse, los padres aceptan y rehúsan al mismo tiempo la culpabilidad minimizándola y transfiriéndola a la madre. Así *“el niño crece en la imposibilidad de comunicar sobre la comunicación, teniendo por resultado la incapacidad de determinar lo que las personas quieren realmente decir y la incapacidad para expresar lo que él mismo quiere decir”* (Cooper, 1974).

Se da el enmascaramiento, aspecto que confunde aún más la comunicación ya que se ocultan situaciones perturbadoras dentro de la familia y se tratan como si no existieran (Zacarias, 1995). Se da una especie de autoengaño y de negación; los hijos aprenden a enmascarar y se puede percibir debido a esto un resentimiento profundo en contra de los padres. Cuando el niño escucha este tipo de aspectos aprende a distinguir la diferencia entre expresión de sentimientos simulados y reales pero, como consecuencia, el niño se ve obligado a distorsionar sistemáticamente su percepción de señales (Zacarias, 1995). Se da una comunicación analógica (no verbal) en la persona con Esquizofrenia como resultado y comienza a comunicarse de una forma simbólica, ambivalente y confusa.

Por lo regular son familias con **comunicación desviada**, suelen ser familias con una barrera de goma y bastante herméticas. Las familias de pacientes con

Esquizofrenia, tienden a ser ensimismadas, sin ningún contacto social externo que permita la compensación y muestran rigidez de reglas (Arieti, 1965).

Este tipo de familias tienen la necesidad de infantilizar a su hijo, así como de mostrarlo incompetente, esto conllevaría a romper su autonomía (Rodríguez, 1991). En conclusión, la familia sería poco eficiente en proporcionar procesos de socialización y crianza que permita la autonomía de la persona (Rodríguez, 1991).

2.4.3. Teorías sobre las Características de los Padres

Se han realizado diferentes hipótesis e investigaciones acerca de las características individuales, relacionales y comunicacionales de los padres de personas con Esquizofrenia.

2.4.3.1. Las Madres.

Haley (1960) definió a las “*madres esquizofrenógenas*”, como mujeres dominantes, hostiles, manipuladoras, sobreprotectoras, ambivalentes, con una comunicación caracterizada por dobles mensajes, poco afectivas, con actitudes de rechazo hacia el hijo, sumisas y dependientes del amor del hijo.

Bleuler y Jackson (1960) observaron que ser una “*madre esquizofrenogéna*”, no era suficiente para dar una forma de existencia esquizofrénica a un hijo, sino que toda la familia participa en ese tipo de interacciones (Laing, 1992).

Kasanin y Sage (1995) encontraron que la figura materna solía estar impregnada de angustia, inseguridad, sentimientos de culpa y mostraba características tales como: distanciamiento afectivo, falta de espontaneidad, tendencia a no considerar a su cónyuge y sobreprotección autoritaria.

Diferentes autores observaron que las madres de pacientes con Esquizofrenia, podían tener una visión de la maternidad basada en la exigencia de sacrificios y presentaban hostilidad respecto a los hijos.

Las relaciones entre madres e hijos(as) con Esquizofrenia pueden ser dependientes y con sobreprotección, dificultando la autonomía del hijo(a) (Selvini, 1986). Esta tensión se incrementa en la adolescencia y se muestran actitudes de rechazo y distanciamiento, así como una negación por el trastorno. Es frecuente que las madres tengan problemas emocionales.

2.4.3.2. Los Padres.

Las investigaciones de las características personales de los padres de pacientes con Esquizofrenia han sido mucho más escasas que los estudios sobre madres. Jackson (1960) realizó una tipología de padres, dividiéndolos en tres grupos:

1. *Padre pasivo, inmaduro y retraído.*- Se describen como padres ausentes, dependientes y que tiene el papel de un hijo más dentro de la familia (Zacarias, 1995).
2. *Padres dominante y sádicos.*- El padre dominante suele mostrar ansiedad, ser tiránico y se caracteriza por denigrar constantemente a la esposa e hijos. Puede tener una relación de rivalidad con el hijo y competir con los hijos por la atención de la madre.
3. *Padre distante y narcisista.*- El padre distante y narcisista se encuentra totalmente ausente y al margen de todo lo que sucede en el medio familiar.

Lidz (1965) clasificó a los padres de pacientes con Esquizofrenia en cinco grupos (Rodríguez, 1991):

1. *Padres de pacientes mujeres.*- Tienden a estar en constante conflicto con sus esposas, coartan la autoridad de los hijos y denigran el valor de ellos como persona, buscan ganarse a la hija sintomática para tenerla al lado, desean que su esposa esté de acuerdo constantemente con ellos. Tratan de moldear a sus hijas para llenar sus propias necesidades. Son paranoicos, desconfiados, pueden ser seductores.
2. Este tipo de padres *son rivales de sus hijos por la atención y el afecto de su esposa*, son muy egocéntricos y *demandan prestigio*. No participan en la crianza de sus hijos pero interfieren en esta. Su ineficacia como padres esta disminuida por su ausencia y rechazo del hogar. Su conducta y mal temperamento les crea conflictos en su hogar.
3. El tercer tipo de padres son aquellos que *exaltan el concepto de ellos mismos, tienen rasgos paranoicos y de grandiosidad*, así como habilidades reales y logros. Estos padres son distantes de los hijos y dan la impresión de que sus hijos no podrán alcanzar sus logros. Necesitan a su pareja como admiradora y aduladora. Esta atención excesiva al esposo puede disminuir la atención a los hijos.

4. El cuarto tipo de padres, son *aquellos que han fallado en sus vidas* y que llegan a ser anulados en el hogar, escasamente participan en las responsabilidades de los hijos, estos hijos tendrán falta de padre y estos padres serán figuras poco reconocidas.
5. El quinto tipo de padres son aquellos que *son pasivos y demandan poco para ellos mismos*, se comportan como hijos pequeños de la familia (tipología de padre similar a la de Jackson, 1960), aceptan la autoridad creciente de su esposa. Este tipo de padres son incapaces de hacer valer sus propias necesidades o de expresar sus ideas concernientes a la crianza de sus hijos. Para los hijos estos padres son placenteros y ofrecen modelos débiles a los hijos.

El padre suele depositar la culpa en la madre, alejándose de este modo de la ansiedad que le causa tener un hijo “diferente”. El padre tiene una interacción deficiente y se puede considerar un padre periférico (Rodríguez, 1991).

Jackson afirmó que la estructura de la familia de una persona con Esquizofrenia tendrá que ver con la personalidad de sus padres (Zacarias, 1995).

Selvini (1996) afirma que los padres de estas familias son personalidades frágiles, aferrados el uno del otro, por temor al abandono o por temor a una verdadera intimidad (Selvini, 1986). En los estudios actuales, se asocia más que la personalidad, la importancia de la relación establecida y el tipo de comunicación familiar con el desarrollo del trastorno.

2.4.4. La Relación Pareja de los Padres.

La relación de pareja de padres de pacientes con Esquizofrenia suele ser compleja. Lidz (1965) destacó el cisma y sesgo conyugales como característica relacionales de los padres, describiendo el fracaso de formar una familia nuclear debido a que uno de los progenitores está muy apegado a la familia de origen, aspecto que dominaría la vida familiar a expensas de las necesidades de los hijos, habiendo una confusión generacional.

Selvini *et al.* (1986) encontró que la pareja de padres de pacientes psicóticos, llegaban a formar una relación sin confirmación de la definición de la misma relación, luchando por el poder y sin un establecimiento claro y definitorio de si la relación es simétrica (basada en la igualdad de poder) o complementaria (que reparte el poder en la pareja). La pareja evita contradicciones lógicas manifiestas (o explícitas) y se vuelven expertos en el uso de la paradoja y se comienza a tratar al cónyuge como si no existiera.

Suele existir mucha rivalidad entre la pareja debido a esto no se muestran alianzas claras una vez que forman una familia. Por lo regular los cónyuges emplean maniobras opuestas en su conducta, pues uno suele ser como el compañero fugitivo, el desprejuiciado, anticonformista, no teme a nuevas experiencias, está lleno de intereses, amigos, posibilidades, mientras que el otro cónyuge se encuentra continuamente en contradicciones, se muestra enamorado, incapaz de soportar la pérdida del cónyuge y aparentemente se puede observar que el compañero fugitivo es el más independiente (Selvini *et al.*, 1986). Ambos serían inseparables y víctimas mostrando una pseudoactitud.

En las relaciones disfuncionales, ambos cónyuges buscan que el hijo satisfaga sus necesidades adultas que la relación conyugal ha frustrado (Rodríguez, 1991). La relación establecida parecería no tener fin, pues no se establece ni una relación simétrica ni una complementaria, ya que como aparece en el libro *Paradoja y Contra paradoja* de Selvini-Palazzoli (1986) “*quien haya vencido quizás haya perdido y quien ha perdido, quizá haya vencido, así ad infinitum*” (Selvini *et al.*, 1986) cada uno continuará provocando al adversario con una serie de tácticas que se irán perfeccionando. Para mantener este tipo de relación es necesaria la modalidad comunicacional del doble vínculo que se forma al no definir claramente una relación.

2.4.5. El Juego Familiar

2.4.5.1. Modelo de Milán. La Prescripción invariable.

Mara Selvini (1998) utilizó el término psicosis para definir a uno de los trastornos mentales más graves. En 1970 se interesó por los métodos paradójicos y publicó el libro “*Paradoja y Contraparadoja*”. Diez años después, cambió su método terapéutico y publicó “*Juegos Psicóticos en la familia*”.

Mara Selvini Cirillo, Selvini y Sorrentino (1998) en su libro “*Los juegos psicóticos en la familia*” realizó una investigación con 50 familias, en la cuál observó características y elementos relacionales de familias con un miembro diagnosticado de trastorno mental grave, específicamente de psicosis.

El tipo de familias que investigó Selvini *et al.* (1998), están conformadas por padres que ven el éxito de sus hijos como el aspecto central de su sentido de identidad personal. El éxito de los hijos significaba lo más importante para definirse a ellos mismos. Los vínculos que podían establecer con sus hijos eran caracterizados por sobreprotección, cariño ansioso y una relación basada en el sacrificio.

En las familias que tenían un miembro con psicosis, observaron interacciones familiares llamadas juego familiar caracterizadas por el embrollo, la connivencia y la instigación.

El embrollo se define como una serie de conductas y comunicación entre los miembros de la familia, los cuales interactúan a partir de una determinada jugada que se ha puntualizado como inicial. El embrollo es intriga, confusión o estafa. Se caracterizaría por la ostentación de una relación diádica (relación entre dos personas) intergeneracional privilegiada (personas que son de generaciones diferentes, por ejemplo relación padre-hijo) que en realidad no lo es (una pseudo-alianza), siendo un instrumento estratégico que apunta hacia o en contra de otro, que normalmente sería el otro conyugue. Son aspectos que tienen a realizarse más a nivel analógico (no verbal) que digital (verbal).

Un entendimiento trasgeneracional entre un padre y por ejemplo una hija en contra de la madre, estaría impregnado de un vestigio ilícito. El aliado ilícito es desleal y la denuncia de la alianza estaría destinada a ser desmentida. La trampa de la **Connivencia** es cuando aquel que está enredado conscientemente de haber estado en connivencia con algunas estrategias del juego del padre y de haberse comprometido con ellas. La convicción de ilicitud y la conciencia de connivencia sumadas a la desconfianza de la lealtad del ex aliado, condenará al silencio a aquel que se sienta traicionado, impulsado a efectuar reivindicación encubierta, es decir **un síntoma**.

La instigación es un proceso interactivo en devenir que consiste en incitar o provocar en sentido negativo hacia una conducta dada. Es en relación triádica, es decir, dos en contra de un tercero. Podría darse en el paciente identificado como psicótico, por ejemplo, en contra de la madre por hacer pagar cuentas pendientes del padre. La instigación también puede darse por miembros de la familia extensa.

Dentro de la instigación puede haber el efecto *“bumerán”* que sería el retorno de la acción instigadora a la persona que la había comenzado, así como la persona usada para instigar puede ser el que instiga después.

2.4.5.2. Los Juegos Psicóticos en la Familia.

Selvini (1998) utilizó la palabra *juego* como una metáfora que definiría las estrategias de cada uno de los miembros de la familia en la interacción con la persona designada como psicótica.

La regla característica del juego psicótico sería la imposibilidad de definir la relación. El síntoma del paciente señalado sirve a la familia y él tiene la conducta de protección o sacrificio a favor de los demás miembros de la familia. Por tanto el síntoma es **funcional** para la familia.

El poder se define como la posibilidad de que los demás hagan o no hagan lo que el individuo quiere. Es la capacidad de influir en los demás. Dependerá de los diferentes niveles tal como el nivel jerárquico, el cultural, el subcultural, el nivel del juego familiar, y el individual.

La circularidad de un proceso psicótico requiere de muchos años en su formación. *El encubrimiento* de los juegos psicóticos representa un extremo de los mecanismos de autoengaño, tomando en cuenta que las relaciones afectivas de la familia son las más importantes para las personas y pueden generar mucha confusión.

2.4.5.3. Estadios del Proceso Psicótico.

1. *La impasse en la pareja conyugal.*- Una disfunción de la pareja con su familia de origen de cada uno de los padres influye en la elección de pareja, esta pareja puede no funcionar del todo bien “*Cuando hay hijos con trastornos siempre hay un matrimonio con trastornos, aún cuando no todos los matrimonios con trastornos producen hijos con trastornos*” (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1976). El trastorno sería resultado del juego de impasse en el cual dos adversarios parecerían atravesar una situación sin salida, uno de ellos muestra movidas de ataque, provocaciones y triunfos aparentes, pero el otro realiza una movida que equilibra el puntaje. El primero es el *provocador activo* y el segundo el *provocador pasivo*. El juego de pareja consistiría en una serie de secuencias de ataques y defensas conductuales que apuntan a evitar la escalada, pero cada uno de los compañeros reacciona al movimiento del otro con un contramovimiento, anulando su eventual ventaja sin querer abusar de su victoria.

2. *La intromisión del hijo en el juego de la pareja.*- Wynne y Singer (1965) pensaban que el hijo más comprometido con los problemas de los padres, era el hijo con sintomatología psicótica. Esta fase es bastante compleja para entender el cómo se crea la misma, pero se ha identificado la existencia de una promesa ambigua por parte de alguno de los padres. El hijo se compromete en el juego y después la promesa es negada ambiguamente, estableciendo un movimiento oscilante en coaliciones. A diferencia del *triángulo perverso* que proponía Haley (1967), ésta coalición existente es subterránea, transgeneracional, negada e instrumental. La psicosis surgiría en el momento en que el paciente identificado descubre el carácter instrumental de la ligazón con el presunto aliado. El futuro paciente identificado toma partido secretamente por uno de los padres, pero no asume su defensa abierta.
3. *La conducta Inusitada del hijo.*- El hijo muestra alguna conducta extraña con el padre vencedor, o se comporta de forma más violenta o puede encerrarse en su habitación sin querer verlo.
4. *El viraje del presunto aliado.*- Existe un viraje del padre perdedor, aliándose con el padre vencedor en contra del hijo desaprobándolo, castigándolo y considerándolo como un “enemigo común”.
5. *La eclosión de la psicosis.*- Fracasado el propósito de someter al padre vencedor, traicionado por su cómplice secreto el hijo se siente solo y abandonado por todos, se siente triste, impotente y con sensación de venganza. La confusión psicótica sería, la sensación de que lo traicionaron, no se cumplieron las condiciones o pacto y alteraron los fundamentos lógicos del mundo. La entrada del hijo al juego no admite abandonos, por tanto la *sintomatología psicótica* sería el arma que le permitiera prevalecer en donde ha fracasado su conducta inusitada, ahora ya no podría fallar, doblegar al vencedor y le mostrará al perdedor, lo que él hijo es capaz de hacer.
6. *Las estrategias basadas en el síntoma.*- Alrededor del síntoma del hijo cada miembro de la familia organiza su propia estrategia, que tiene un efecto pragmático de mantenerlo.

2.4.6. Teorías sobre el Clima Emocional

2.4.6.1. Emoción Expresada.

Las primeras Investigaciones del constructo de Emoción Expresada se realizaron en el ámbito de la Salud Mental, específicamente en el estudio de la Esquizofrenia (Brown y Rutter, 1966; Leff y Vaughn, 1985).

La Emoción Expresada (EE) es un término acuñado por Brown (1966) y estudiado por Leff y Vaughn (1976). La Emoción Expresada es un constructo teórico que se refiere a actitudes, pensamientos y sentimientos de los familiares hacia el paciente caracterizados por actitudes críticas, hostiles y de sobreimplicación emocional excesiva.

Los Comentarios Críticos incluyen censura, desaprobación, reproche y crítica de aspectos concretos del paciente.

La Hostilidad consiste en actitudes de oposición, enfrentamiento, es una generalización de las actitudes críticas hacia la persona.

La Sobreimplicación Emocional son respuestas emocionales exageradas, ansiedad, autosacrificio excesivo para el paciente, conductas devotas y de sobreprotección.

Hay dos elementos que se asocian al buen pronóstico de los pacientes y se trata de la calidez y los comentarios positivos. Ambos términos son parte de la Emoción Expresada.

Los Comentarios Positivos son comentarios favorecedores sobre las cualidades del paciente. *La Calidez* se refiere a actitudes de cariño, de comprensión y de afecto hacia el paciente.

Los elementos de Criticismo, Hostilidad y Sobreprotección en los familiares, se han asociado a mayor número de recaídas y rehospitalizaciones en los pacientes. No obstante, los factores tales como Comentarios positivos y calidez se han asociado al buen pronóstico de los pacientes.

2.4.7. Teorías sobre la Desvinculación

2.4.7.1. Modelo I. Cancrini.

Para Cancrini (1996) los síntomas psicopatológicos son mensajes que comunican, a través de palabras o acciones de modo contradictorio, implícito o explícito, la angustia y el dolor de una situación inaceptable. El tipo, la duración, la intensidad y gravedad de los síntomas está en relación con los procesos de individuación y desvinculación propios de cada una de las etapas del ciclo vital personal y de su familia. Cada síntoma tiene dos

aspectos significativos: 1) El vinculado con la dinámica personal y otro vinculado mediante las retroalimentaciones que provoca y/ o mantiene, 2) Con las dinámicas relacionales del contexto donde se manifiesta.

Cancrini y La Rosa (1996) dividen la psicopatología en el área de las reacciones, área de las neurosis, área de las psicosis y área de los desarrollos y patologías intersistémicas (véase en la tabla 8).

JASPERS	BERGERET-KERNBERG	CANCRINI Y CECILIA LA ROSA
Reacciones		Área de las reacciones
Neurosis	Área de las neurosis(mecanismo predominante, la proyección)	Área de las Neurosis
Trastorno de la Personalidad	Área del trastorno límite(mecanismo predominante, la identificación proyectiva sin pérdida del contacto con la realidad)	Área de las situaciones límite.
Psicosis	Área de las psicosis(mecanismo predominante, la identificación proyectiva más la pérdida del contacto con la realidad)	Área de las Psicosis
Área del desarrollo sociopático, defectual		Área de los desarrollos o las patologías intersistémicas.

Tabla 8. Clasificación de la Psicopatología de Jaspers, Kenberg y Cancrini.

En el área de las Psicosis, que es donde se encuentra la descripción de la Esquizofrenia, la interacción predominante sería la desconfirmación del yo, los padres tratan a los niños como si no fueran sus hijos. Hay una dificultad de definición del yo.

Las familias con transacción psicótica suelen ser una extendida incertidumbre sobre los confines del yo, con intercambios continuos de emociones, sentimientos, deseos y expectativas entre sus miembros. Hay una fragmentación del yo a favor del yo colectivo, como propone Bowen (1960), hay una co-dependencia multigeneracional en la afectividad y la dimensión madurez-inmadurez.

La formación de la esquizofrenia puede ser considerada en desarrollos muy tempranos de la vida de la persona y se interpreta como una ruptura entre el yo y la realidad, la formación de un yo frágil y la construcción de una identidad mediante una reconstrucción delirante. Por lo regular la psicosis es una renuncia análoga a la fase de desvinculación, en la cual el joven muestra la imposibilidad para establecer límites entre él y su sistema familiar, así como la carencia de un diseño de proyecto personal propio que le permita una autonomía completa. Ésta tarea de desvinculación es difícil de llevar a cabo cuando una persona no ha tenido un sentimiento de afiliación o pertenencia y otro de individuación. La esquizofrenia detona en los adolescentes o jóvenes, debido al ciclo vital de la familia, así como suele ser evidente la sintomatología, cuando hay algún acontecimiento o movimiento a nivel estructural familiar, cabe destacar que estos acontecimientos “estresantes” pueden ser los característicos a las fases vitales, pero en las familias de correa de “transmisión de la irracionalidad” o familias con miembros psicóticos, pueden tener un efecto diferente.

Cancrini y la Rosa (1996) dividen a la esquizofrenia de acuerdo al tipo de desvinculación con respecto a la familia de origen. Según el grado de individuación o autonomía del individuo. Así como también por las reacciones sintomatológicas.

Esquizofrenias 1 y 2: Cuando la desvinculación es Inaceptable e Imposible.- Uno de los elementos clave para comprender la psicopatología es la fase de Desvinculación. En la Esquizofrenia, cuando la desvinculación es **inaceptable**, la familia no consigue hacer frente a un hecho que marca en el contexto familiar propio de la familia, la emancipación afectiva de un hijo. La desvinculación no se produce o se produce durante breves periodos de tiempo y en sectores limitados. Esto frecuentemente sucede en alguno de los hijos en fase de desvinculación u otro miembro de la fratría, siendo más raro en uno de los padres. Algunas patologías relacionadas son: el conflicto abierto en situación de impasse en la pareja de los padres; si el paciente designado es uno de los hijos hay dificultad en su relación con otros miembros de la fratría.

Cuando la desvinculación es inaceptable, es posible que haya una manifestación sintomatológica de esquizofrenia de tipo paranoide, a menudo tiene una aparición más tardía en el ciclo vital y muestra una sintomatología más productiva (delirios, alucinaciones). Las familias tienden a tener una cohesión de tipo aglutinada. Dentro de la desvinculación Inaceptable se encuentran también los episodios maniacos o depresivos, así como los episodios psicóticos breves y las Psicosis maniacodepresivas; cuya estructura de personalidad se desvincula del compromiso.

La esquizofrenia tipo 2, es caracterizada porque inicia en la adolescencia, la sintomatología aparece de forma gradual, hay ausencia de habilidades sociales. La diferenciación entre los miembros de la familia es muy baja, los roles familiares están poco definidos; las reacciones de enfado de la familia pasan a través del paciente designado. El tipo de Esquizofrenia suele ser hebefrénico, se pierden las habilidades y hábitos sociales. También la esquizofrenia catatónica estaría dentro de ésta categoría. No hay proceso de individuación personal, el sujeto es un trozo de familia.

Otro tipo de desvinculación que puede ser frecuente en los episodios psicóticos breves o en trastornos más de tipo esquizoides, es cuando *la Desvinculación se determina en torno a un compromiso* mediante la asunción de un proyecto que no pertenece al sujeto, sino a la familia. Habitualmente se difunde la psicosis en varios miembros de la familia.

Para emitir un pronóstico de la Esquizofrenia es necesario conocer variables psicosociales, niveles de maduración alcanzada, capacidades objetales madurativas, capacidades integradoras de ambivalencia, por lo regular las esquizofrenias de tipo uno suelen tener mejores resultados que las de tipo dos.

2.4.8. Teoría de la Desconfirmación

El modelo de la desconfirmación considera a la Esquizofrenia como un territorio de complejidad y multicausalidad. Definiéndola como un trastorno de la identidad. La Esquizofrenia comunica sufrimiento, dolor y daño en el ámbito emocional. Se relaciona con un problema en el proceso de nutrición relacional. Dicho aspecto afecta a la identidad individual, la psicosis puede ser entendida como una “*enfermedad identitaria*” (Linares, 2007).

Este modelo es propuesto por Linares (2007), es uno de los modelos contemporáneos desarrollados en el ámbito de la terapia familiar actual y multidimensional. Realiza una teoría sobre la Esquizofrenia, así como desarrolla una propuesta de intervención con diferentes técnicas que van más allá de los elementos psicoeducativos. Es por ello que el presente trabajo se centra en esta teoría y en la evaluación de su tratamiento.

La teoría de la Desconfirmación parte de la hipótesis, que en el seno de la Familia de Origen del paciente con Esquizofrenia se desarrolla una *Triangulación desconfirmadora*. **La desconfirmación** se define como la negación, en términos

relacionales, de la existencia de alguien. La implicación del paciente identificado en un juego relacional disfuncional de otras dos personas (una triangulación), generalmente los padres, es el vehículo preferente (aunque no necesariamente el único) de la Desconfirmación. Se trata al paciente como si no existiera. Este tipo de características familiares y relacionales, pueden tener un impacto sobre la identidad del paciente.

2.4.8.1. Identidad y narrativa en la Esquizofrenia .

La Esquizofrenia, es incompatible con “no ser nadie”, de la identidad desconfirmada la persona intenta reconstruir su identidad con una identidad alternativa. No puede ser nadie, por tanto reconstruye con una identidad delirante.

Esta identidad alternativa suele tener éxito para garantizar el reconocimiento social, pero a la vez es una paradoja de la psicosis, ya que aleja la posibilidad del reconocimiento de la identidad original. “Cuanto más reconocido soy como loco, menos me reconocen como ciudadano”. La psicosis es considerada un trastorno identitario, la identidad esta blindada frente al cambio, ya que no admite confrontaciones directas. Los cambios identitarios que se producen, lo hacen por vías colaterales y como resultado de estrategias indirectas. La identidad esta hipertrofiada hasta ocupar todo el espacio de la narrativa. La narrativa se ve influida por la identidad delirante, ya que es un proceso expansivo.

INDIVIDUO	FAMILIA DE ORIGEN
IDENTIDAD: Delirante	Organización: Triangulada
Narrativa no Identitaria: Escasa	Mitología: desconfirmante

Tabla 9. Modelo de Identidad y Narrativa en la Esquizofrenia.

La Esquizofrenia implicaría dos niveles fundamentales de disfunción:

1) *El primer nivel* (negativo) derivaría del impacto de la desconfirmación sobre la identidad, provocando su desintegración (“no existo”, “no soy nadie”). Los *síntomas negativos* corresponderían a la desintegración.

2) *El segundo nivel* (positivo) derivaría de la reconstrucción de una identidad alternativa, “*No puedo no existir, por lo tanto soy alguien único, especial*”. Los *síntomas positivos* corresponderían a la reconstrucción identitaria.

2.4.8.2. La Organización y La Mitología Familiar en la Esquizofrenia.

La **organización familiar** en la Esquizofrenia, tiene como característica principal a la triangulación. La triangulación es una relación de dos personas, vinculadas afectivamente a través de una tercera persona.

La **desconfirmación** puede ser producida por situaciones relacionales como las triangulaciones. **La triangulación desconfirmatoria** se da cuando los padres envueltos situación de conflicto, buscan aliados en los hijos para que mantengan la pelea equilibrada. Estos aliados se percatan en algún momento, sobre su instrumentalización. “*El hijo triangulado queda en la hoguera pasional de sus padres que queman su identidad*” (Linares, 2007). Algunas *triangulaciones desconfirmatorias* involucran a la familia extensa o a otros hijos. Suele haber agravio comparativo al lado de otras personas que disfrutaban de mayor atención. Esto es un fenómeno comunicacional susceptible a ser alterado si alguien renuncia.

Otra característica de la configuración familiar en la psicosis, es *la figura de pareja parental bloqueada*, los padres tienen una relación apasionada y dual de amor y odio, de mucha dependencia. El hijo diagnosticado está en medio de la relación de pareja, teniendo la impresión de no ser nadie relevante en la familia. Es posible que el hijo se compare con la existencia de sus hermanos, la figura del hermano prestigioso que acuñó Selvini (1988).

Como rasgos estructurales se puede observar: *Una cohesión ambigua* (patrones desligados y aglutinados a la vez), *adaptabilidad contradictoria* con superposición de rigidez y caos, *jerarquía incongruente* (distribución del poder según las coaliciones existentes).

La adaptabilidad es contradictoria, porque hay pautas rígidas y caóticas. Puede haber rigidez en afrontar los cambios de ciclo vital y la adolescencia de los hijos.

Cuando hay triangulaciones, pueden ser triangulaciones con miembros de la familia extensa, y algunos miembros de la familia pueden ejercer funciones pseudo-parentales. Pero a la vez, el caos puede inducir reacciones desmesuradas frente a

pequeñas modificaciones ambientales. La familia puede pasar de situaciones donde comparte todo con todos los miembros de la familia a situaciones donde se expulsa a un hijo de la casa familiar sin un motivo importante.

La jerarquía es incongruente porque depende del juego de coaliciones vigentes.

Respecto a la **Mitología familiar** su característica principal es la desconfirmación. Esta es un fracaso de la nutrición relacional, teniendo repercusiones en la construcción de la identidad “*No existes para mí*”, esto puede propiciar la desintegración de la identidad y el desarrollo de identidades alternativas (los delirios). El dilema delirante sería que mientras más se avanza en la adquisición de una nueva identidad paradójica, más difícil es el desarrollo de la identidad anhelada y aceptada socialmente. *La identidad psicótica*, invade a toda la narrativa reduciendo así los constructos susceptibles de negociación, por ello la psicoterapia es más difícil si avanzan la sintomatología paranoide.

La mitología comprende elementos cognitivos (valores y creencias), afectivos (clima emocional) y pragmáticos (rituales). Como ejemplo de *elementos cognitivos* estarían diferentes creencias que van evolucionando a lo largo del ciclo vital.

Las ideas que se tienen sobre el paciente identificado es “un raro desastroso”, un “buenecito insignificante”, “un enfermo imprevisible”, “un tiranuelo oportunista”. *El buenecito insignificante*, es la idea de que el paciente, casi siempre estaba solo de pequeño y la familia casi se olvidaba de su presencia. *El raro desastroso*, es antes de que el paciente fuera diagnosticado, el paciente tenía conductas extrañas o inexplicables, comportamientos bizarros que precedían al inicio de los síntomas activos de la Esquizofrenia. *El enfermo imprevisible*. Es cuando se tiene la idea de que puede ocurrir cualquier cosa con el paciente, pero todo lo que ocurra será atribuido por el trastorno psicótico. Por ejemplo: si sale con chicas, pensará que hace cosas raras. *El tiranuelo oportunista*. Es cuando han pasado los años y el paciente se instala en la cronicidad, se siente enfermo, tiene beneficios secundarios y explota a sus familiares pidiendo dinero y no colaborando con tareas de casa.

El *clima emocional desconfirmante* se manifiesta con altos niveles de conflictividad, criticismo, hostilidad e indiferencia antes situaciones que deberían generar intensidad emocional. Suele haber un alto grado de conflictos por problemas simples. La definición de clima emocional en esquizofrenia propuesta por Linares tienen mucho que ver con la definición de Emoción Expresada (Leff y Vaughn, 1985).

El elemento pragmático se puede observar en *rituales desconfirmadores* que tienen que ver con el desligamiento, rituales excluyentes (se excluye al paciente de algún evento familiar) o con el aglutinamiento, *rituales constrictivos*. Un ejemplo de ritual excluyente, es que la familia desayune un domingo todos juntos mientras el paciente permanece en su habitación y nadie lo invite. Un ejemplo de ritual constrictivo, tiene que ver con aquellas situaciones en las que los padres renuncian a salir de casa para controlar al paciente en casa.

2.5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

2.5.1. Programas de Intervención Psicoeducativos

Se realizaron diferentes programas de intervención familiar en la Esquizofrenia. Estos programas no coinciden en su totalidad con los modelos teóricos propuestos con anterioridad.

En el ámbito de la terapia familiar sistémica, existen muy pocos autores que evalúan los efectos de sus intervenciones. Por lo que a continuación se mencionan los diferentes programas de intervención familiar que se han podido sustentar en prácticas psicoeducativas y centradas en los momentos de ingresos psiquiátricos de los pacientes. Los modelos psicoeducativos han resultado más fáciles de evaluar en el ámbito de la Investigación.

Los familiares de pacientes con Esquizofrenia pueden ser buenos aliados para el trabajo de los profesionales de la salud mental (MacFarlane y Beels, 1983).

2.5.2. Terapia familiar orientado a las Crisis (Miklowitz, Goldstein, et al. 1988)

Es un programa de intervención que incluye el uso de Neurofármacos y terapia familiar. Es un programa desarrollado por Goldstein (Miklowitz, 1988). Este programa se realizaban en los primeros o segundos episodios psicóticos, después de las seis semanas de tener el alta los pacientes de un ingreso psiquiátrico, en este tiempo es cuando hay más incidencias en las recaídas.

Los Objetivos del programa fueron: Ayudar al paciente y a sus familiares significativos, así como Afrontar el estrés futuro (prevenir recaídas). La duración del programa era de máximo 6 semanas. El efecto de la intervención mostró eficacia en disminuir el número de recaídas, lograr una mejor estabilización de la sintomatología, y ayudar a que las familias afrontaran crisis futuras.

2.5.3. Modelo de MacFarlane y Beels (1983)

El programa de tratamiento de MacFarlane y Beels (1983) estableció una intervención familiar con abordaje farmacológico. El trabajo terapéutico se acompañó de una dimensión psicosocial con entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación ocupacional, vivienda alternativa y programas de empleo. Así como el objetivo a nivel familiar fue crear una clara y congruente organización jerárquica familiar.

Se realizó la terapia con los familiares de los pacientes con técnicas psicoeducativas. Los temas que se abordan en la intervención a son: 1) Reconocer signos prodrómicos y síntomas, 2) Intervención en crisis y uso de medicación antipsicótica, 3) Abordaje de los síntomas paranoides y los delirios, 4) Optimizar la vida social de la familia y el paciente, 5) Anticipar efectos de estrés aumentados, 6) Comunicación efectiva.

La intervención se realiza en cuatro fases:

Fase 1. Incluye una valoración de la capacidad de la familia para ayudar al paciente en participar en el tratamiento y el mantenimiento de la medicación. Macfarlane (1983) plantea que la no adherencia a la medicación es parte de la sintomatología de la inadecuada organización familiar.

Fase 2. Se retoma a Goldstein (1983) en que los pacientes con múltiples episodios psicóticos son tratados usando el contacto y taller de habilidades sociales .

Fase 3. Técnicas psicoeducativas. El trabajo psicoeducativo se aplica de forma individualizada a cada familia. Trabajando con técnicas de resolución de problemas, mejora de la comunicación y la incongruencia jerárquica. Dura entre 6 y 9 meses este proceso de intervención. Se realizan protocolos diferentes para primeros episodios psicóticos y en esquizofrenia.

Fase 4. Fase para prevenir las recaídas y de mejora en aspectos de la jerarquía familiar.

Fase 5. Se realiza esta fase de acuerdo al tipo de esquizofrenia.

Este tipo de programa de tratamiento ayuda a disminuir la tasa de las recaídas, mejorar la adherencia a la medicación antipsicótica, disminuir la sobreimplicación, la sobrecarga del cuidador y el aislamiento social. Este tipo de intervención puede mejorar las habilidades sociales. Todos estos cambios son clínicamente significativos.

2.5.4. Terapia Conductual en la Esquizofrenia

Fallon *et al.* (1986) propuso la terapia conductual familiar. La intervención se basa en los aspectos biológicos del trastorno y en disminuir el estrés.

Su teoría considera que las personas con esquizofrenia necesitan tener una capacidad más alta de solucionar problemas que otras personas, debido a que la tensión familiar es más alta en ese tipo de familias. El Objetivo de la intervención la centra en mejorar la capacidad de resolución de problemas de la familia (más allá de la prevención de recaídas).

Realizan una evaluación Individual de los recursos y déficits en la resolución de problemas de las familias. Así como realizan una evaluación de la relación de las metas y los problemas.

La intervención está diseñada de la siguiente forma:

1. *Psico-educación sobre la Esquizofrenia.* En las primeras dos sesiones se trabajan la definición de la Esquizofrenia, La Medicación antipsicótica y sus efectos, consecuencias del consumo de drogas, detección síntomas Prodrómicos.
2. *Entrenamiento en habilidades de comunicación.* Se realiza entrenamiento de habilidades sociales, relajación, manejo del estrés y la ansiedad, tiempo fuera, establecimiento de límites.
3. *Entrenamiento en Resolución de problemas.* Se potencia la capacidad de resolver problemas.

Con esto se pretende: reducir la tensión familiar y cambiar actitudes perjudiciales.

La duración del programa es de dos años. Con sesiones semanales de una hora o hora y media en los 3 primeros meses. De los 3 a los 6 meses se realizaron sesiones quincenales y después de 6 meses, se realizaron sesiones con frecuencia mensual.

2.5.5. Intervención en Emoción Expresada

El programa de intervención de Leff y Vaughn (1985), consiste en un programa psicoeducativo de 6 sesiones que se realiza mientras los pacientes están en un ingreso hospitalario. En dichas sesiones se trabajan temáticas tales como la etiología de la Esquizofrenia, sintomatología y curso del trastorno, experiencia del trastorno, reacciones de los familiares, prevención de recaídas, tratamiento y abordaje.

Posteriormente, realizan un grupo terapéutico con los familiares de los pacientes y mezclan familias de Alta EE y de baja EE, los de baja EE sirven de modelo para los de alta EE. Se realizaban sesiones de 8 familias con una frecuencia quincenal y una duración de hora y media. Posteriormente se realizaba un seguimiento familiar individualizado en casa de los pacientes, donde acudían un psicólogo y psiquiatra a demanda de la familia. Realizando entre 1 y 25 sesiones de una hora de duración. Se trabajaba para disminuir las horas de contacto cara a cara de los familiares con los pacientes a menos de 35 horas semanales. La duración del programa era de 9 meses. Y se trabaja con el modelo de vulnerabilidad estrés. El objetivo del programa es: dar apoyo emocional a las familias (expresar lo que sienten sin miedo al juicio o censura), disminuir la actitud crítica y de sobreprotección respecto al paciente.

2.5.6. Terapia familiar Carol Anderson (Reiss y Hogarty, 1991)

Carol Anderson *et al.* (1991) realizaron un programa de intervención familiar en la Esquizofrenia, que consideraba a la esquizofrenia como un déficit psicológico y trabajó con el modelo de vulnerabilidad estrés. Realizó un programa psicoeducativo con los siguientes objetivos: 1) Disminuir la vulnerabilidad biológica del paciente con un programa de medicación. 2) Reducir los efectos negativos del clima familiar proporcionando apoyo, información, estructura y mecanismos específicos de afrontamiento para tratar al familiar con Esquizofrenia.

El programa consistía en las siguientes etapas:

1. *Conectando con la familia.* Se realizó mientras el paciente estaba hospitalizado, se realizaron primeros contactos y establecía una alianza con la familia. Esos primeros pasos, fueron de utilidad para que la familia estuviera más receptiva al tratamiento. Se daba apoyo a la familia para afrontar el diagnóstico y el ingreso psiquiátrico.
2. *Taller de habilidades de Supervivencia.* Se realizó un taller psicoeducativo con los siguientes temas: Definición de la esquizofrenia, etiología, curso, pronóstico, tratamiento. El objetivo era disminuir la ansiedad y mejorar el clima familiar, así como disminuir el aislamiento social.

Durante el programa se daba información sobre antipsicóticos sus efectos, cómo pueden ayudar los familiares para la adherencia a la toma de medicación. También se trataba la importancia de la familia en el tratamiento y la vulnerabilidad del paciente ante

tensiones interpersonales (conflictos). Se entrenaba la comunicación clara y la recuperación de las actividades sociales.

3. Reincorporación a la comunidad y aplicación del taller. Cuando el paciente tenía el alta hospitalaria realizaban sesiones con una frecuencia quincenal o cada tres semanas. Esta etapa duraba pocos meses. Se reforzaban los conocimientos del taller con las situaciones cotidianas de la familia.
4. Continuación del tratamiento o desenganche. Una vez que el paciente estaba estabilizado. Se ofrecían dos opciones: 1) Participar en una terapia familiar intensiva para afrontar conflictos familiares sin resolver, 2) Sesiones de apoyo de mantenimiento gradual (se hacen con menos frecuencia).

2.5.7. Tratamientos en la Comunidad

2.5.7.1 Tratamiento adaptado a las Necesidades.

En la década de 1980, el *Proyecto Nacional Finlandés sobre Esquizofrenia* inició con un estudio con el fin de mejorar los tratamientos con las personas que padecen trastornos mentales graves. Dentro de este marco Alanen, Lehtinen, Rakkolainen y Aaltonen (1991) desarrollaron en la ciudad de Turku el Enfoque Adaptado a las Necesidades, que ponía el acento en: 1) La rapidez de la primera intervención; 2) La planificación del tratamiento a fin de resolver las necesidades de cada paciente y familia, cambiantes y específicas de cada caso; 3) La atención en la actitud terapéutica adoptada tanto en la fase de evaluación como en la del tratamiento; 4) La consideración del tratamiento como un proceso continuo en el que se integran diferentes métodos terapéuticos; y 5) el control continuo de los progresos y resultados del tratamiento.

En líneas generales, el foco de la intervención tiene como objetivo fortalecer el aspecto adulto del paciente y normalizar la situación del trastorno (Alanen et al., 1991). El equipo de tratamiento adapta su lenguaje a cada caso según la necesidad. Los problemas se consideran construcciones sociales que son reformuladas en cada conversación. Se suelen hacer intervenciones en crisis y domiciliarias.

2.5.7.2. El Diálogo Abierto.

En 1980, Seikkula establece en Finlandia una propuesta de intervención. Dicha intervención se realiza 24 horas después de que la persona tiene un crisis psicótica, en esta intervención el terapeuta invita a todos los profesionales que intervienen en el caso,

familiares y personas importantes, para que opinen sobre cómo solucionar la crisis. Se toman decisiones conjuntas. Si el paciente tiene delirios y alucinaciones, se habla en un primer momento al respecto. Se abordan las situación de crisis y se va tratando de entender la situación que desencadenó esa crisis escuchando todos los puntos de vista (considerando a los profesionales y también a los familiares y amigos).

Siempre hay incidentes reales que enmarcan la crisis (pueden haber reuniones familiares diarias en los siguientes 12 días), posteriormente pueden tratarlos una vez al mes. Se suele incluir al terapeuta individual en las reuniones, para ir en la misma dirección en la intervención. Se unifica el tratamiento.

Seikkula (2011) definió a la psicosis como una forma de afrontar las crisis. En este tipo de intervención suelen incluir medicación antipsicótica, pero no en la primera fase del tratamiento.

2.5.8. Intervenciones Familiares

2.5.8.1. Propuesta de Selvini “La Prescripción Invariable”.

Selvini *et al.*(1998) realizó una propuesta de intervención terapéutica de tipo paradójica. Selvini (1998) definió la **paradoja estratégica** como una *táctica, maniobra o estrategia que aparentemente se opone a los objetivos de la terapia, pero en realidad se adopta para alcanzar dichos objetivos* (Rorbaugh, Tennen, Press y White 1981). Algunas intervenciones paradójicas son: prescribir el síntoma, elogiarlo, fomentarlo positivamente, manifestar la preocupación por el hecho de que pueda desaparecer muy pronto. Una paradoja tiene efectos sólo si se realiza con especificidad, para una familia determinada, con hipótesis específicas que expliquen las razones del síntoma, relacionando el síntoma con el malestar familiar o el malestar de los padres, considerando a todos los miembros de la familia en su posición actual y específica.

Selvini *et al.* (1988) realizó una intervención y una propuesta de tratamiento paradójico, formulando la propuesta de intervención para Psicosis llamada la Prescripción invariable. Esta propuesta de intervención fue producto con su trabajo en investigación con 50 familias.

La Prescripción Invariable

Selvini (1998) observó que la prescripción modificaba el *juego familiar*, actuando a niveles distintos de relación. En las familias de pacientes psicóticos, suele haber

confusión intergeneracional, con la prescripción invariable esto se modificaba. La paradoja podía revelar la hipótesis de la presencia de los síntomas en la familia y su conexión con todo. Es por ello que la utilizó como método terapéutico que al mismo tiempo era un método de investigación de hipótesis relacionales.

Selvini y Prata *et al.* (1986) realizaron investigación sobre la prescripción invariable con 19 familias, encontrando un alto porcentaje de éxitos terapéuticos.

Procedimiento en la Intervención

Se hace una primera recogida de datos e información con una ficha telefónica relacional.

Después se realiza la primera sesión de terapia en la que se cita a todos los miembros de la familia (nuclear y extensa) que puedan tener relación con el síntoma. Al finalizar la primera sesión se convoca otra sesión, debido a que no se ha llegado a una conclusión clara y se pide a la familia extensa que no asista a la próxima sesión, se formula pidiendo “*que únicamente vaya la familia*”. Se agradece la colaboración de todos. Con esto se realiza una intervención terapéutica que remarca los límites de la familia. La información de las reacciones de la familia extensa se obtiene en la siguiente sesión preguntando acerca de sus reacciones.

En la segunda sesión se prescribe la indicación de terapia familiar, dando una cita de consulta únicamente a los padres del paciente identificando, dejando a los hermanos fuera de la terapia. Este movimiento, aporta información la reacción de los hijos al quedar excluidos de la terapia.

En una tercera sesión se les pide a los padres realizar algo muy difícil y es guardar en secreto de todo lo que se hable en sesión y si alguno de los hijos, familiares o amigos, preguntan acerca de la terapia tendrían que contestar “El Dr. X ha prescrito que se debe mantener en reserva entre él y nosotros dos, todo lo dicho en sesión”, los padres podrán contestar con tono afable “son cosas nuestras”. En sesiones siguientes se les pide posteriormente a los padres que hagan salidas, dejando un mensaje de “No estaremos, volvemos por la noche”, sin comunicar a nadie a dónde fueron ni qué hicieron. Se les deja apuntar en una libreta las reacciones de todas las personas de su entorno y se prescribe que con esa información se trabajará en próxima sesión; siendo esto un

aspecto informativo, pero la prescripción de las salidas secretas tienen el objetivo de modificar el tipo de relación, así como de estructura familiar. Después el terapeuta prescribe algunas salidas nocturnas, posteriormente de fines de semana y finalmente por periodos prolongados. La prescripción de la salida de periodo prolongado, fue con la finalidad de consolidar los éxitos obtenidos y para definir aún más la pareja y la fratría, en la que el paciente identificado tiene una posición de igualdad.

Si se rompe el secreto de la prescripción de las salidas, la terapia se podría dar por finalizada, y revelaría el juego familiar.

El poder terapéutico de la prescripción invariable

La prescripción actúa principalmente en la pareja parental, mediante la estrategia de despedir de la terapia a los diferentes miembros de la familia, es una forma de separar diferentes generaciones. También actuaría en la jerarquización de los subsistemas marcando la asimetría entre padres e hijos. El contrato terapéutico se establecería con los padres realizando una alianza por la recuperación del hijo y la familia. El viraje continuo de la definición de pareja, corresponsabilizando la parte parental y conyugal en la patología del paciente identificado.

Posteriormente el modelo de intervención de Selvini (1998) cambió de ser una terapia prescriptiva a lo que llaman Viaro y Leonardi (1983), "Aperturas" lo que son tentativas conscientes de explicación del descubrimiento del juego familiar.

2.5.8.2. Propuesta de Intervención Familiar de Cancrini (1996).

Respecto a la Intervención terapéutica Cancrini (1996) sugiere un trabajo con toda la familia, así como considera importante el fenómeno de la identificación proyectiva del paciente en la terapia, su tratamiento se focalizaría en : *dar apoyo terapéutico a los pacientes con la ayuda de la resolución de su problemática actual, sus manifestaciones sintomáticas y sus hechos de vida.*

Respecto a la posición del terapeuta, Cancrini (1996) sugiere no rivalizar con la madre intentando ser una madre, sino tener un contacto directo, positivo y tranquilizador con la madre del paciente.

Toda intervención terapéutica siempre tiene, al menos en teoría, dos direcciones posibles: 1) La descodificación de la simbólica personal del síntoma, o la neutralización de sus efectos, 2) En el contexto de la relación que se manifiesta e incide modificándolo.

En la terapia se intentaría buscar conexiones entre las vicisitudes significativas, personales, interpersonales y en el desarrollo de los trastornos. Construyendo la historia familiar e individual que permite reformular las percepciones, expectativas, comportamientos espontáneos y visión del mundo. Es de suma importancia entender la necesidad de aprender una sintaxis terapéutica, la cual se define como un conjunto de normas implícitas o explícitas que gobiernan una supuesta organización (que suponen al terapeuta) en una estructura unitaria del material propuesto por quien habla, son normas vividas que se utilizan para dar un orden global. Cancrin y de la Rosa (1996) propusieron 3 observaciones fundamentales desde el punto de vista clínico:

1. La posibilidad de reconstruir el significado interpersonal del síntoma en el momento en que se sitúan en el contexto comunicativo que le corresponde.
2. La relativa posibilidad de utilizar terapéuticamente ésta reconstrucción.
3. La relativa posibilidad de verificar la correspondencia entre la presencia de los síntomas psiquiátricos y defecto de individuación de los miembros del sistema.

Otro trabajo fundamental es en el área de la desvinculación. Ayudando tanto a la familia como al paciente, en el proceso de individuación o desvinculación del paciente identificado.

2.5.8.3. El Tratamiento Familiar desde el Modelo de la Reconfirmación (Linares, 2007).

El modelo de la Reconfirmación fue propuesto por Linares (2007). En el apartado anterior sobre Modelos teóricos se desarrollo la teoría de la desconfirmación. En el presente apartado se describe la propuesta de intervención de dicha teoría.

El modelo de Reconfirmación tiene como objetivo que las personas diagnosticadas de Esquizofrenia, pueden tener una vida mejor y aumentar su calidad de vida.

El modelo de reconfirmación (Linares, 2012) plantea que la Identidad del paciente con Esquizofrenia está impregnada del pensamiento delirante, espacio que suele ser

poco susceptible a la negociación y al cambio. Podría implicar muchos meses o años, llegar a comprender el contenido o la estructura delirante. Por tanto, la intervención individual podría ser un proceso lento. Sin embargo, la familia tiene espacios sensibles al cambio, es decir aquellos espacios compartidos entre la familia (Mitología familiar) y el paciente (narrativa no identitaria), donde convergen los individuos (con su narrativa) y obtienen sentido de pertenencia.

Los espacios compartidos entre paciente y familia son la *organización* y la Mitología familiar. *La Mitología* es el espacio donde convergen las narrativas individuales. A través de estos espacios compartidos (Individuo-familia) se podrían ampliar las partes más saludables del paciente y aprovechar los recursos de la familia. Es decir, a través de un tratamiento familiar, se puede tener efectos de mejora en la sintomatología del paciente, en su funcionamiento social y calidad de vida. El tratamiento familiar puede mostrar resultados más eficientes y efectivos que una intervención individual.

Durante toda la intervención se tiene presente la “Reconfirmación”, es decir la mirada de valoración centrada en las capacidades del paciente (Intervención cognitiva, pragmática y emocional). El equipo terapéutico intenta trasladar esa óptica a la familia, a la vez que ayuda a que la familia utilice sus propios recursos para el cambio. Se promueve, en la familia, creencias que van más allá de ver a la Esquizofrenia como una enfermedad para toda la vida y con un curso de deterioro. Planteando una visión más positiva con respecto al futuro y en términos de posibilidades. Ello ayuda a focalizarse en las soluciones y a hacer más abordable el problema.

La intervención basada en la reconfirmación, considera aspectos comunicacionales y relacionales (interviene en la triangulación desconfirmadora) y el objetivo de su intervención considera los siguientes aspectos:

- 1) Promover las relaciones diádicas.
- 2) Mejorar la relación de la pareja de padres.
- 3) Intervenir en la Organización familiar, mejorando la adaptabilidad, definiendo la cohesión y la jerarquía familiar.
- 4) Intervenir en la Mitología familiar, es decir las creencias y en el clima familiar (sobrepotección y crítica).
- 5) Mejorar la relación entre los hermanos. Así como complejizar la visión de los hijos, ayudando a ampliar la polaridad de la visión respecto a los hijos, tales como “tenemos un hijo enfermo” y “un hijo maravilloso”.

6) Promover la autonomía del paciente y la construcción de su proyecto vital. Así como ampliar su narrativa no identitaria y promover dinámicas de reconfirmación.

7) Ampliar la red social de la familia y del paciente.

Intervención sobre la Organización

Para modificar la triangulación desconfirmadora, el equipo terapéutico debe crear una triangulación re-confirmadora. En la cual los miembros relacionales importantes para el paciente, así como los terapeutas, los padres y los hermanos prestigiosos, deben ser partícipes.

La base de la triangulación reconfirmadora será la alianza entre terapeutas y paciente, alianza que deberá ser negociada y autorizada por los miembros relevantes del sistema. Las intervenciones *re-confirmadoras* son aquellas que pueden dirigir la organización familiar, propiciando el desarrollo de relaciones diádicas. La intervención en la organización familiar, considera el desarrollo de múltiples y fluidas relaciones diádicas; 1) La consolidación de subsistemas, principalmente de la pareja parental y el grupo de hermanos; 2) La redefinición de la familia extensa, básicamente la transformación de los roles pseudoparentales.

Si estas intervenciones tienen éxito se producen cambios importantes en la organización, que se traducen no sólo en términos de destriangulación, sino también: a) En una mejora de la adaptabilidad (disminuyen el caos y la rigidez y el sistema se hace más flexible); b) Una mejora de la cohesión (la pareja parental se vuelve más unida, al igual que los hermanos, mientras que se establece una sana distancia entre padres e hijos); c) Una redefinición de la jerarquía, que se vuelve más clara y funcional.

Intervención sobre la Mitología

La intervención consiste en deconstruir mitos desconfirmantes sociales yatrógenos en torno a las creencias sobre la Esquizofrenia. La intervención consistiría en ayudar a definir el trastorno en términos de complejidad, incertidumbre y multicausalidad. La terapia es la vía para infundir esta nueva visión de complejidad respecto al trastorno.

- 1) En el nivel cognitivo, *los valores y creencias desconfirmadoras* podrán ser sustituidas por otras creencias que faciliten el reconocimiento y la valoración de la familia hacia el paciente.

- 2) A nivel afectivo, se interviene en el *clima familiar* que debería ser transformado en menos conflictivo, hostil y crítico, utilizando técnicas asociadas al modelo de Emoción Expresada ayudando a mejorar la sobreimplicación, la hostilidad y la hipercrítica. Así como estrategias para definir mejor la relación y resolver conflictos.
- 3) A nivel pragmático, se interviene en el tipo de rituales, los cuales deberían ser sustituidos por otros rituales reconfirmadores por ejemplo: contar con el paciente en fiestas, mostrarle afecto, actividades exclusivas para la pareja parental, rituales que combatan los beneficios secundarios del trastorno.

La intervención terapéutica *considera sesiones individuales* con el paciente. En estas sesiones se interviene en la narrativa individual del paciente, así como en la destriangulación (ayudando al paciente a no dejarse triangular en su familia) y la reconfirmación, ayudando al paciente a creer en sí mismo. También son sesiones en las cuales se ayuda a que el paciente pueda ampliar su *narrativa no identitaria*, introduciendo diferentes temas de conversación que vayan más allá de la narrativa identitaria.

En este programa de tratamiento, **los terapeutas** deben estar muy atentos a no participar en juegos desconfirmadores. La terapia psicológica con trastornos psicóticos ponen a prueba la capacidad de empatía y los recursos comunicacionales de los terapeutas más que otras, porque la sensibilidad de los pacientes hace que su motivación para el cambio disminuya, por lo que un factor muy importante en el terapeuta, es lograr que el paciente se sienta cómodo y aceptado.

El formato del programa consiste en: a) Terapia familiar, b) Abordaje farmacológico, c) Terapia grupal de pacientes y Terapia Grupal de familiares, d) Sesiones Individuales.

- a) **Terapia familiar.** Se realizan sesiones con una frecuencia quincenal. Si la familia está en un momento de crisis o de síntomas positivos activos en el paciente, se realizaban sesiones con una frecuencia semanal.

Los primeros dos años de tratamiento, tenían una frecuencia quincenal, posteriormente, si la familia y el paciente mejoraba, las sesiones se realizan con frecuencia mensual y posteriormente se realizan seguimientos cada 3 o 6 meses. En esta terapia se realizan las propuestas de intervención mencionadas con anterioridad.

- b) **El Abordaje farmacológico** se introduce en las sesiones familiares, para trabajar las resistencias y creencias con respecto a la medicación, tanto del paciente como de la familia.

Un Psiquiatra del equipo realizaba el abordaje farmacológico en coordinación con la terapia familiar. En un inicio, se presenta al psiquiatra dentro de las sesiones familiares, pero posteriormente, se realizan consultas ya sean individuales con el paciente o con la familia, con el objetivo de comunicar todas las resistencias y dudas sobre la toma de medicación. La frecuencia de las consultas psiquiátricas fue mensual. Si el paciente se encontraba en alguna fase aguda, las consultas podían ser semanales o prescribirse ingreso psiquiátrico si así lo valoraba el psiquiatra del equipo.

- c) **Terapia Grupal de pacientes.** Se realizaron con una frecuencia quincenal. El grupo fue denominado "*Grupo relacional*".

En el grupo relacional conformado por pacientes, se trabajaban aspectos de habilidades relacionales y comunicacionales, así como la solución problemas, la construcción de proyectos propios y ampliar el soporte social. En estas terapias de grupo se tiene como objetivo ampliar la narrativa no identitaria, el grupo es un medio de reconfirmación, un sitio para compartir experiencias y miedos respecto a la inserción en el mundo, así como para trabajar las situaciones de crisis vitales. La terapia del grupo relacional tiene el objetivo de aumentar autonomía de los pacientes, así como el compartir la soledad, identificar episodios agudos y síntomas prodrómicos, mejorar su experiencia en habilidades de relación, etc.

Con una frecuencia de una vez al mes, se realiza una sesión grupal con el Psiquiatra, llamado "Grupo de Medicación" para hablar sobre la medicación, resistencias a la medicación y los efectos secundarios de la toma de medicación. Este grupo estaba conformado por los mismos pacientes que el grupo relacional, pero dirigido por el Psiquiatra del equipo.

- d) **Terapia de Grupo para Familiares.** Se realiza con una frecuencia mensual. Se trabajan aspectos tales como: infundir esperanza a los familiares respecto al trastorno y a su familiar diagnosticado, estrategias re-confirmadoras, resolución de problemas, se promueve la mejora del clima familiar (se intenta disminuir la sobreprotección y la hiper-crítica).

Se realizan sesiones psicoeducativas respecto al clima familiar, a las características que corresponden al trastorno y a las que no corresponde al trastorno, psicoeducación en el ciclo vital familiar, detección de recaídas y signos pródromos, el grupo de familiares intenta ser un grupo de soporte social a la familia. Después de un año de intervención, se fomentó que el grupo funcionara como un grupo de ayuda mutua con un terapeuta que modera y con algunas sesiones mas de tipo psicoeducativo.

- e) **Sesiones Individuales con el paciente.** Se realizan sesiones Individuales a la par de las sesiones familiares. Se realizaban después de tener claros los objetivos terapéuticos y cuando había una buena alianza terapéutica con la familia Estas sesiones se realizaban cuando el paciente se sentía mas seguro de estar solo en este contexto terapéutico. Esto podía ocurrir a los 3 o 6 meses de iniciar la terapia familiar. Estas sesiones se realizaban con una frecuencia mensual o según las necesidades de los pacientes. También podía darse sesiones de consulta puntual, para solucionar alguna situación que tuviera que ver con aspectos individuales del paciente.

El objetivo es re-confirmar al paciente, ayudarlo a ser más autónomo y construir su proyecto de vida. Así como sobrellevar las situaciones para adaptarse a su etapa de ciclo vital, mejorar sus habilidades sociales, pero sobretodo, un espacio para construir un clima de confianza y seguridad, para reconfirmar su existencia.

El tratamiento de reconfirmación *se realizaba por terapeutas expertos* con más de 15 años de Experiencia como Terapeutas familiares. Con una posición relacional de calidez y cercanía con todos los miembros de la familia, pero especialmente con los pacientes. Estos terapeutas tenían amplios conocimientos en Psiquiatría, Trastornos mentales y Terapia familiar sistémica.

Se trabajó en equipo, con la metodología de la Escuela de Milán. Las terapias las realizaba un terapeuta y un co-terapeuta. Trabajando en el contexto del Hospital con un espejo unidireccional, con un equipo de profesionales detrás del espejo y con grabación de las sesiones de terapia. Las familias conocían estas características del método de trabajo de terapia familiar sistémica y aceptaban desde el inicio del tratamiento, que las sesiones fueran grabadas con finalidades clínicas y de investigación.

Glynn *et al.*(2007) plantean que la intervención familiar en la Esquizofrenia debería evitar culpabilizar a la familia, asumir una postura no *patológica* y enseñar habilidades de comunicación y resolución de problemas. Otros elementos importantes, son infundir esperanza para el futuro y centrarse en mejorar los apoyos naturales sociales. El paciente debería ser el responsable de su mejora. Un objetivo del tratamiento es ampliar la definición de la familia para incluir las relaciones maritales, parentales y fraternales identificando los mejores recursos de los que dispone el sistema familiar para acompañar al usuario y colaborar en el tratamiento. Se intenta ofrecer un tratamiento flexible y ajustado a las necesidades individuales de las familias.

Las intervenciones familiares deben de considerar los siguientes elementos: 1) Mostrar preocupación, 2) Tener empatía y simpatía con todos los miembros de la familia, 3) Fomentar el desarrollo de todos los familiares, 4) Aportar conocimientos sobre el trastorno, 5) Mejorar la adhesión a la medicación y disminuir la dependencia de drogas (Glynn *et al.*,2007).

El modelo de reconfirmación (Linares, 2012) está en la misma línea teórica del Modelo de Recuperación (Bellack, 2007), así como cumple con los criterios considerados por Glynn *et al.* (2007).

2.5.8.3.1. El proceso Terapéutico en el Modelo de Reconfirmación.

Las *primeras tres sesiones* de terapia familiar, son sesiones destinadas a recabar información sobre la demanda de terapia, intento de solución de los problemas realizados por el paciente y la familia, historia familiar y personal, historia de la sintomatología psicótica y antecedentes familiares. Creencias acerca del trastorno, tratamientos e ingresos hospitalarios previos. Historial de la toma de medicación, periodos de mejora y circunstancias familiares y personales alrededor de las situaciones de crisis.

En la primera sesión de terapia, se realiza una presentación del modelo de intervención familiar, así como se interviene en deconstruir los mitos desconfirmadores en relación a la Esquizofrenia, definiéndola como un trastorno complejo, territorio de incertidumbre, multicausalidad, en el que las personas pueden mejorar con ayuda de su familia.

Una vez se realizan esas primeras sesiones y se interviene en las creencias familiares, se realiza una hipótesis relacional familiar. Se interviene en la organización familiar y en la Mitología.

Si los pacientes, están socialmente aislados, se les incluye a la terapias de grupo relacional después de las primeras tres sesiones familiares.

Si los pacientes toman medicación antipsicótica antes de iniciar la terapia y tenían una relación sólida con su psiquiatra, se les pide la autorización para realizar (en diferentes momentos) coordinación del equipo con el psiquiatra de referencia. Esto se realizaba con el objetivo de intervenir en la misma dirección, como profesionales en colaboración y evitar dar información contradictoria a las familias y a los pacientes. Aquellos pacientes que no tomaban antipsicóticos, se incorpora el realizar una consulta con el psiquiatra del equipo, después de las primeras tres sesiones.

Después de las primeras tres sesiones, también se invita a las familias a participar en el grupo de familiares.

El primer año de intervención, se focaliza en realizar intervenciones que valoren y reconozcan al paciente, infundan una visión esperanzadora respecto al futuro del paciente y la familia, se focalicen todos los miembros en sus capacidades y puntos fuertes, se puedan resolver aquellos problemas que angustian a la familia. Se realizan intervenciones tanto en la organización familiar como en la mitología familiar.

Una vez se logra la alianza terapéutica con todos los miembros de la familia, se *inician las sesiones individuales con el paciente*. En esas sesiones se trabaja la destriangulación, se amplía la narrativa no identitaria y se fomentan pasos para la individuación. Ayudando a que el paciente encuentre actividades o cosas que le den sentido a su vida, así como que le ayuden a sentirse útil. Cuando la terapia evolucionaba, las sesiones con el paciente, eran sesiones estilo *coaching* en relación a las habilidades sociales y a afrontar situaciones de estrés o solución de problemas. Así como encontrar alguna actividad que le motivara al paciente para tener una fuente de reconocimiento y satisfacción más allá del entorno familiar.

Posteriormente se realizaron sesiones con *la pareja conyugal* y se trabaja la relación de pareja, a través de su relación como padres. También se realizan sesiones con la fratria (sesiones de hermanos) con el objetivo de ayudarlos a estar en la misma posición jerárquica, así como fomentar salidas juntos, secretos, actividades y compartir amigos (para que el paciente pueda sociabilizar más). Se fomentan las relaciones diádicas para trabajar las triangulaciones.

A lo largo del tratamiento se realiza una mayor definición de la organización familiar y la mitología familiar. Implementando un clima reconfirmador y de confianza.

Si se detectan alianzas intergeneracionales o incidencia de alguna otra persona significativa que no sea familiar, que activan situaciones de triangulaciones desconfirmadoras o mitologías desconfirmadoras, se les hace partícipes de la terapia, con el objetivo de deconstruir estas mitologías y fomentar relaciones diádicas.

También se fomenta que la familia y el paciente puedan ampliar su red social y familiar de apoyo.

Se interviene en situaciones de crisis o episodios psicóticos, orientando a la familia y al paciente. Así como posterior a las crisis, se le da un significado comunicacional y relacional a esas crisis (investigando posibles cambios familiares, estructurales o en el ciclo vital de la familia).

Se fomenta la individuación en el paciente identificado, con la ayuda de sus hermanos y toda la familia de origen.

La terapia puede durar entre 1 y 5 años, dependiendo de las necesidades de las familias. Se realizan seguimientos de las familias y se dan las altas terapéuticas, cuando el paciente y los familiares habían mejorado. La unidad de terapia familiar, podía dar atención a las familias si necesitaban consultar en alguna etapa de crisis familiar, así como en periodos de crisis del paciente. La unidad de terapia familiar era una red social de apoyo para estas familias, realizándose el desenganche terapéutico de forma gradual, ajustado a las necesidades de las familias.

El desenganche se realizaba haciendo seguimientos cada 3 meses, posteriormente cada 6 meses o una vez al año. Habitualmente, eran los pacientes que solían consultar para resolver algún problema puntual.

Dentro de los modelos teóricos actuales en el ámbito de la terapia familiar sistémica, está la propuesta de intervención de Selvini (1998), la cual fue una propuesta estudiada con cincuenta familias en Italia, pero no hubieron estudios cuantitativos al respecto. La intervención de Cancrini (1996), es un modelo teórico actual, pero no se ha realizado ninguna investigación al respecto.

El modelo de la reconfirmación de Linares (2012) es un modelo teórico reciente en el ámbito de la terapia familiar sistémica. Es una propuesta de intervención que hasta en la actualidad ha sido estudiada desde una metodología cualitativa y descriptiva,

realizándose 2 tesis doctorales previas (Badilla, 2012, Hinojosa, 2019). Así como se realizó un estudio observacional de 50 familias publicadas recientemente en el libro *la Terapia Familiar de la Psicosis* (Linares, 2019). Todos estos estudios son cualitativos, observacionales y descriptivos. Por tanto, el presente estudio es el primero estudio cuantitativo que tiene como objetivo conocer el efecto del tratamiento basado en el modelo de la reconfirmación. Considerando variables sintomatológicas del paciente, calidad de vida en los familiares y el paciente, así como evaluando los efectos de la intervención con la valoración subjetiva de los pacientes respecto al tratamiento. Este estudio compara el tratamiento con un grupo control de pacientes. Así como evalúa la intervención en un tratamiento mayor a 2 años. Por lo que es un estudio novedoso en el ámbito de la intervención familiar.

2.5.8.4. El Tratamiento desde el Modelo de Recuperación.

El modelo de recuperación plantea que todas las personas tienen la capacidad de mejorar y desarrollar una vida diferente *al trastorno*. Este modelo trata a los pacientes como personas, como un igual. Los objetivos se centran en las habilidades de los pacientes y no en el déficit.

Las intervenciones enfocadas a la recuperación consideran los siguientes factores: 1) Promover un grado de *independencia confortable para el usuario de acuerdo a sus normas culturales y valores relacionados con su familia*, 2) *Desarrollar buenos sistemas de apoyo*, 3) *Disminuir los síntomas*, 4) *Mejorar el desarrollo de habilidades sociales*, 5) *Reforzar los puntos fuertes y minimizar el déficit* (Glynn et al., 2007).

No necesariamente es la sintomatología la que hace sufrir a las personas que padecen Esquizofrenia, sino la falta de esperanza, la ausencia de un sentimiento de control de la vida propia y la pérdida del sentido del propio ser, los que tienen un impacto más doloroso en la persona, más que los propios síntomas (Bellack, 2007). Es por ello que los tratamientos enfocados en la recuperación tendrán que considerar estos elementos tales como infundir esperanza, mejorar la sensación de control y realizar intervenciones que ayuden al sentido de identidad.

Las intervenciones familiares coinciden con la orientación de la recuperación (Glynn et al., 2007) centrándose en su entorno e intentando mejorar la calidad de vida en todos los miembros de la familia. Tiene mucha importancia la vida familiar en todas las

personas, el hecho de realizar intervenciones que puedan afianzar el apoyo familiar es indispensable para una mejora. El campo de la recuperación considera a la familia como la vía para lograr la recuperación (Glynn *et al.*, 2007).

El modelo de reconfirmación es muy similar en sus preceptos al modelo de recuperación. En el presente estudio se consideran los factores descritos por Gynn *et al.* (2007) para definir la mejora en los pacientes.

2.6. ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

2.6.1. Recaídas y Reingresos Psiquiátricos

Se realizó una investigación del programa de Fallon *et al.* (1993) comparando el grupo de tratamiento familiar conductual con un grupo que recibía terapia individual, se encontró que después de 9 meses de tratamiento, las personas que recibían terapia individual recayeron en un 44% y la hospitalización de dichos pacientes duró el doble del tiempo de las personas que recibieron terapia familiar conductual. Los familiares que recibieron este tipo de intervención con formato familiar, sus pacientes recayeron en un 6% a los 9 meses de ser tratados. Después de 2 años de tratamiento, recayeron en un 83% las personas que recibían terapia individual y en un 17% los que recibieron terapia familiar conductual. Se observó como efecto de la intervención del programa de Fallon (1993) una disminución del número de recaídas y un aumento de la calidad de vida del paciente y sus familiares (Fallon *et al.*, 1993).

Carol Anderson (1980) realizó un estudio con 103 pacientes con cuatro grupos de comparación: 1) Grupo de intervención familiar y toma de medicación, 2) Grupo de habilidades sociales y toma de medicación, 3) Grupo de intervención familiar, habilidades sociales y toma de medicación, 4) Grupo que tomaba medicación sin tratamiento psicológico. Después de un año de intervención encontraron que en el grupo 3 (intervención familiar, habilidades sociales y toma de medicación) se observaba un mejor efecto en la disminución de recaídas (no habiendo recaídas), así como mejoró la adherencia al tratamiento (Hogarty *et al.*, 1991). Mientras en el grupo que únicamente recibió medicación hubo un 40% de los pacientes que recayeron.

Leff y Vaughn (1985) observaron que después del tratamiento con un grupo que intervenía en psicoeducación en Emoción Expresada (EE) y un grupo control, encontraron que el grupo control tuvo un 50% de recaídas de los pacientes y en el grupo en tratamiento se observaron únicamente un 8% de recaídas. Después de 2 años de

haber finalizado la intervención, el grupo control recayó en un 78%, mientras el grupo en tratamiento un 20%.

En un estudio realizado por MacFarlane, Dushayy Deakins (2000) en el que comparó tres grupos: 1) Un grupo con psicoeducación en un grupo multifamiliar, 2) Psicoeducación en formato familiar y 3) Un grupo centrado en dinámicas familiares (grupo placebo). La psicoeducación se basó en el modelo de Hogarty y Anderson *et al.* (1991), encontraron una disminución del 50% de las recaídas en los pacientes del grupo multifamiliar y en el grupo unifamiliar disminuyeron un 78% las recaídas. Se puede observar que el formato familiar fue muy exitoso para disminuir las recaídas.

Seikkula (2011) realizó un estudio con un grupo de pacientes tratado de manera tradicional y otro con el dialogo abierto. Encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de hospitalizaciones y el número de días en la hospitalización (Grupo diálogo abierto M= 14 días, Grupo tradicional M= 117 días en un periodo de 2 años). Después de dos años de intervención el 71% del grupo de tratamiento tradicional tuvieron recaídas, mientras el 24% tratados con el dialogo abierto recayó. El 50% de pacientes tratados de forma tradicional tuvieron sintomatología psicótica, mientras el 17% del grupo tratado con el diálogo abierto tuvieron sintomatología leve.

En un estudio realizado por Retzer, Simon y Weber (1991) en el que evaluaban un tratamiento familiar en trastorno esquizoafectivo, encontraron que el 76,7% de la muestra disminuyó en la tasa de recaídas.

En un meta-análisis de 25 estudios, concluyó que la participación familiar dentro del tratamiento de la Esquizofrenia, disminuía la tasa de recaídas en un 20% en los pacientes, así como mejoraba la adherencia y cumplimiento de la toma de medicación antipsicótica (Pitshel *et al.*, 2001).

En la misma dirección se encontró en un meta-análisis de 18 estudios controlados, en el cuál se evaluaron intervenciones familiares en esquizofrenia, encontrando como efecto de estas intervenciones la disminución del número recaídas y los ingresos hospitalarios en pacientes (Pilling *et al.*, 2002).

Un meta-análisis que analizó 15 estudios, concluyó que las intervenciones familiares muestran un efecto significativo en disminuir el tiempo de hospitalización, mejorar la toma de la medicación antipsicótica, disminuir la tensión familiar y mejorar el funcionamiento social (Pharoah *et al.*, 2007).

En un estudio realizado en Tornio de cinco años de seguimiento con el tratamiento de diálogo abierto (Seikkula *et al.*, 2011) encontraron que la muestra de pacientes utilizaban 35% menos medicación antipsicótica.

En un estudio con pacientes diagnosticados de trastorno esquizoafectivo (Retzer *et al.*, 1991) se encontró que después de la intervención familiar, el 44% de los pacientes disminuyeron a dosis muy bajas los antipsicóticos.

Los estudios que incluyen a la familia en el tratamiento disminuyen el número de recaídas, los ingresos psiquiátricos, el tiempo de hospitalización (Glynn *et al.*, 2007) y mejoró la adherencia a la medicación antipsicótica (Pharoah *et al.*, 2007).

2.6.2. Síntomas y Funcionamiento Social y laboral

En el estudio realizado en Tornio de cinco años de seguimiento con el tratamiento de diálogo abierto (Seikkula *et al.*, 2011) encontraron que el 81% de la muestra no mostraba síntomas psicóticos y el 81% tenían un trabajo de jornada completa.

En un estudio realizado con el formato de terapia familiar conductual familiar de Fallon *et al.*(1993) encontraron que los pacientes que fueron tratados con este programa se implicaron durante más tiempo en actividades sociales y laborales (M= 12,6 meses) en comparación con el grupo que recibió terapia individual (M= 7 meses) .

En dos estudios de Aaltonen *et al.*(2011) y de Seikkula *et al.* (2011) se observó que después de recibir la intervención basada en el diálogo abierto el 84% de los pacientes comenzaron a trabajar.

En el estudio de Seikkula *et al.*(2011) el 43% de los pacientes tratados de forma tradicional tuvieron alguna actividad después de dos años de intervención; mientras el 86% de los pacientes tratados con diálogo abierto tuvieron alguna actividad profesional o estudios.

MacFarlene *et al.*(2000) realizaron un estudio centrado en mejorar el ajuste del paciente en la comunidad, obtuvieron como resultado una mejora de la actividad laboral y se atribuye a la implicación de la familia en el tratamiento.

En un estudio de Pharoah *et al.*(2007) se encontró una mejora el funcionamiento social y laboral de los pacientes.

Se observa que algunas intervenciones familiares pueden ayudar a que los pacientes tomen menores dosis de medicación antipsicótica, así como ayudar a mejorar la actividad laboral y social. Estas dimensiones están asociadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

2.6.3. Las Características Familiares

La terapia familiar conductual ayudó a aumentar la satisfacción de los familiares, así como disminuyó el malestar que experimentaba la familia y la sobrecarga del cuidador (Fallon *et al.*, 1993). El coste de los servicios de salud en la terapia familiar fue 58% menos que la terapia individual.

Se ha observado, que diferentes intervenciones familiares en Esquizofrenia, son eficaces para mejorar el funcionamiento social y disminuir la sobrecarga familiar. En un estudio de Pharoah *et al.* (2007) se encontró que la intervención familiar en Esquizofrenia ayudó a disminuir la tensión familiar.

Dentro de los antecedentes en el estudio de la Emoción Expresada (EE), se ha observado que la EE puede ser un buen predictor familiar de la evolución del trastorno del paciente (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti, Bruce, 2003; Hooley, Orley y Teasdale, 1986; Vaughn y Leff, 1976; Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder y Doane, 1986; Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder, y Mintz, 1988; Peter y Hand, 1988; Tarrier, Sommerfiel y Pilgrim, 1999; Van Furth *et al.*, 1996; Vitaliano, Young, Russo, Romano, y Magana, 1993).

La EE alta en los familiares se asocia a una mayor tasa de recaídas en los pacientes (Vaughn y Leff, 1976). Las escalas que funcionaron como predictores de una tasa mas alta de recaídas fueron los Comentarios Críticos, la Sobreimplicación y la Hostilidad (Kavanagh, 1992, Vaughn y Leff, 1976).

Se observó que las familias con Emoción Expresada (EE) alta, responsabilizan al paciente del trastorno. Mientras que las familias de Emoción Expresada baja, se sienten parte del problema, piensan que sus familiares sufren y que a la vez pueden responsabilizarse en el tratamiento (Vaughn, Leff y Sarner, 1999).

En estudio de Bellver *et al.* (2005) con una muestra de pacientes con Esquizofrenia, encontró que un 73% de los familiares tenían EE alta. El mejor predictor de sintomatología de los pacientes en las escalas de EE de los familiares, fue la

sobreimplicación familiar (Bellver, Masanet, Montero, Lacruz y Medina, 2005; Vaughn y Leff, 1976).

Respecto a la gravedad de la sintomatología y el nivel de EE, Vaughn y Leff (1976) encontraron que los síntomas persistentes o graves de los pacientes tenían relación con un nivel alto de Sobreimplicación de los familiares. Blair, Freeman y Cull (1995) propuso que la Sobreimplicación familiar puede ser una respuesta natural y comprensible de los familiares ante a la gravedad del trastorno.

En diferentes estudios, se encontraron porcentajes muy altos de comentarios críticos y de sobreimplicación familiar (Leff y Vaughn, 1985; Montero y cols., 1992, O'Farrell *et al.*, 1998).

En un estudio de Leff y Vauhgn (1976) en el que se realizo el programa de intervención basado en EE, la EE mejoró en un 75% de las familias tratadas, disminuyendo sobretodo la actitudes de crítica.

Las Investigaciones sobre EE (Bellver *et al.*, 2005; Vaughn y Leff, 1976, 1885; O'Farrell *et al.*, 1998) han estudiado un tipo de muestra constituida por una mayoría de pacientes hombres, que vivían con sus padres. Las muestras de tratamientos con una duración mayor a un año, han sido muestras de entre 20 y 30 pacientes, debido a que los estudios longitudinales suelen tener un gran número de abandonos o muerte experimental. Estos estudios tienen una muestra similar a la del presente estudio.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3. 1.OBJETIVOS

3.1.1.Objetivos Generales

El objetivo del presente estudio es conocer las características sintomatológicas, las creencias acerca del trastorno y la de calidad de vida antes de la intervención, durante (a los dos años de intervención) y al finalizar el tratamiento familiar sistémico en personas diagnosticadas de Esquizofrenia y sus familiares.

El segundo objetivo es conocer las características de los familiares con un miembro diagnosticado de Esquizofrenia que pidieron ayuda en el servicio de terapia familiar en el Hospital de Sant Pau en Barcelona.

El tercer objetivo es comparar las características sintomatológicas (síntomas positivos, negativos, psicopatología general, gravedad y funcionamiento social y laboral), la actitud hacia la toma de medicación, tanto en el grupo en tratamiento como en el grupo control, en las tres medidas de tiempo (antes, después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar).

El cuarto objetivo es conocer el porcentaje de mejora y la percepción de cambio terapéutico de los pacientes que recibían tratamiento familiar basado en el modelo de reconfirmación y sus familiares.

3.1.2.Objetivos Específicos

- Conocer las características sintomatológicas y sociodemográficas de los pacientes, así como del grupo control no asignado aleatoriamente (por partes) y del grupo en tratamiento familiar.
- Conocer si hay una relación entre las variables sintomatológicas de los pacientes (síntomas positivos y negativos, número de recaídas, tiempo de hospitalización, tiempo de evolución del trastorno y gravedad) y las variables familiares ((Clima familiar (actitudes de sobreprotección, crítica y cuidado), Adaptabilidad y Cohesión Familiar)).

- Conocer si hay alguna diferencia estadísticamente significativa en las variables sintomatológicas (síntomas positivos, negativos y psicopatología general), de gravedad del trastorno, tiempo de evolución del trastorno y del funcionamiento social y laboral de los pacientes en los dos grupos (grupo control y grupo en tratamiento) en el pre-tratamiento, después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar.
- Valorar si hay un cambio en las creencias acerca del trastorno, así como en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar.
- Conocer si el tratamiento familiar favorece la toma de medicación antipsicótica y la actitud hacia la medicación.
- Evaluar si hay diferencias significativas en las características familiares en clima familiar (actitudes de sobreprotección, crítica y cuidado) cohesión y adaptabilidad familiar, triangulación y desconfirmación, después de dos años de tratamiento y al finalizar la intervención familiar.
- Analizar la tasa de abandonos.
- Analizar la percepción sobre el cambio terapéutico en los pacientes y los familiares.
- Conocer el porcentaje de mejora y de recuperación de los pacientes.

3.2. HIPÓTESIS

H1. El tratamiento familiar sistémico en la Esquizofrenia puede tener un efecto en la disminución de las siguientes variables: a) Síntomas negativos, b) Psicopatología general, c) Gravedad del trastorno. No obstante, el grupo control no presentará la disminución de puntuación en estas variables. Así como puede tener un efecto en la mejora del grupo en tratamiento de: 1) La actitud en la toma de medicación 2) Creencias acerca del trastorno con una visión más esperanzadora, 3) Calidad de vida de los pacientes (funcionamiento social y familiar).

H2. El grupo en tratamiento tendrá un mejor Funcionamiento Social y Laboral, así como una disminución de la dosis de medicación antipsicótica; habiendo diferencias significativas en las tres medidas de tiempo.

H3 La intervención familiar en la Esquizofrenia puede tener un efecto clínicamente significativo en la disminución de las siguientes variables familiares: a) Crítica y sobreprotección, b) Desconfirmación y triangulación. Y un aumento de 1) Calidez, 2) Adaptabilidad familiar y 3) Mejora de la calidad de vida de los familiares.

H4. El grupo de pacientes y familiares que recibieron tratamiento familiar sistémico tendrá la percepción subjetiva de mejora familiar, disminución del sufrimiento y esperanza respecto al futuro (después de dos años y al finalizar el tratamiento).

3.3. METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio con una metodología mixta, cuantitativo y cualitativo. Estudio controlado no aleatorizado, descriptivo y longitudinal.

Con un **diseño de investigación** de medidas repetidas. Es un estudio con dos grupos de comparación, a) Un grupo de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y sus familiares que recibían tratamiento familiar sistémico basado en el Modelo de Recuperación, los pacientes recibían abordaje farmacológico, b) Un grupo control de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia que recibían abordaje farmacológico, sin recibir ningún tratamiento psicológico.

Se realizó la evaluación de ambos grupos en tres medidas de tiempo: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años de tratamiento familiar, y 3) Al finalizar la terapia familiar.

3.3.1. Participantes

La muestra total está compuesta por 108 personas, de los cuales 46 son pacientes diagnosticados de Esquizofrenia que acudieron a la Unidad de Psiquiatría en el Hospital de Sant Pau en Barcelona. Participaron 62 familiares de primera línea de los pacientes (padres =36, hermanos N= 26).

En el *Grupo en Tratamiento*, se incluyeron todas las familias que pidieron ayuda en la Unidad de Terapia familiar del Hospital de Sant en Barcelona que tuvieran un familiar de primera línea diagnosticado de Esquizofrenia entre el año 2012 y el 2014.

El grupo de tratamiento está compuesto por 85 participantes, de los cuales 23 eran pacientes y 62 familiares de los pacientes (padres =36, hermanos N= 26). En relación al género de los pacientes el 74% eran hombres y el 26% mujeres, con una media de edad de 29 años (ds= 9).

En el grupo Control, se incluyeron pacientes diagnosticados de Esquizofrenia que pedían ayuda en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau y que recibían abordaje farmacológico. Fueron sujetos voluntarios que acudieron a pedir ayuda entre los años 2012 y 2014, asignados de forma no aleatoria por partes. Estos participantes tenían las características sociodemográficas y sintomatológicas similares a los del grupo en tratamiento. Los pacientes aceptaron participar en el estudio, pero no se contó con la colaboración de sus familiares. Por lo cual se tiene un grupo control de pacientes.

El grupo control está compuesto por 23 pacientes, de los cuales el 83% eran hombres y el 17% mujeres, con una media de edad de 30 años (ds= 10). Las características sociodemográficas y tiempo de evolución del trastorno eran similares al grupo en tratamiento .

3.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión del Grupo en Tratamiento

Criterios de Inclusión:

1) Personas diagnosticadas de Esquizofrenia previamente por un psiquiatra, 2) Edad comprendida entre 18 y 35 años, 3) Derivados por un médico de cabecera para recibir Terapia familiar en la Unidad de Psicoterapia del Hospital de Sant Pau, 4) Que asistan como mínimo los padres del paciente y el paciente a la terapia familiar, 5) Personas que supieran leer y escribir.

Criterios de Exclusión:

1) Personas con problemas cerebrales o de lenguaje, 2) Diagnósticos de psicosis orgánicas y trastorno límite de personalidad, 3) Personas con discapacidad intelectual, 4) Personas que estuvieran recibiendo tratamiento psicológico, 5) Personas que no supieran leer ni escribir.

3.3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión del Grupo Control

Criterios de Inclusión:

1) Personas diagnosticadas de Esquizofrenia previamente por un psiquiatra, 2) Edad comprendida entre 18 y 35 años, 3) Que acudieran a la unidad de psiquiatría del Hospital de Sant Pau 4) Que tuvieran un seguimiento psiquiátrico y abordaje farmacológico, 5) Que no realizaran terapia familiar, ni ningún tipo de tratamiento psicológico, 6) Voluntarios de participar en el estudio, 7) Con características sociodemográficas similares a las del estudio, 8) Personas que supieran leer y escribir.

Criterios de Exclusión:

1) Personas con problemas cerebrales o de lenguaje, 2) Personas diagnosticadas de psicosis orgánicas y trastorno límite de personalidad, 3) Personas con discapacidad intelectual, 4) Personas que estuvieran recibiendo tratamiento psicológico o familiar, 5) Personas que no supieran leer ni escribir.

3.4. INSTRUMENTOS

Las variables sociodemográficas se evaluaron con un cuestionario estructurado de preguntas abiertas (véase en anexos).

Se realizó el *Consentimiento informado* a todos los participantes del estudio, asegurando la confidencialidad del estudio.

3.4.1. Instrumentos de Sintomatología

Análisis de los Informes psiquiátricos previos. Se analizaron todos los informes psiquiátricos previos de los pacientes y los familiares.

Cuestionario de preguntas abiertas sobre las características del Trastorno. Se realizó un cuestionario estructurado de preguntas abiertas acerca del trastorno, Medicación (dosis), Número de recaídas, Tiempo de ingreso psiquiátrico, Tiempo de evolución del trastorno.

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) (Adaptación Peralta y Cuesta, 1994.) La escala se aplica mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres subescalas: *la positiva* (PANSS-P) de 7 ítems que evalúa aquellos síntomas como alucinaciones y trastornos del

pensamiento, *la negativa* (PANSS-N) también de 7 ítems que mide síntomas de desmotivación y reducción de la emoción y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems que mide la presencia de depresión o ansiedad. Se acepta una cuarta escala, llamada *compuesta* (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva. La utilidad de esta escala consiste en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. El instrumento ha sido traducido y validado en España por Peralta y Cuesta (1994). Sus propiedades psicométricas presentan buena validez inter-observador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intra-clase es de alrededor de 0,80 para las 3 subescalas.

La gravedad y la valoración psicosocial se evaluó con la **Escala de Evaluación de la Actividad Global** (EEAG del DSM-IV R) (Bobes, *et al.*, 2002). Es una escala que evalúa el funcionamiento psicosocial de la persona y la gravedad de los síntomas. Es una escala incluida en el DSM-IV, que ayuda a complementar la evaluación diagnóstica. Escala heteroaplicada que tiene una puntuación general y dos subescalas: la subescala *de gravedad* de la sintomatología y la de nivel de *funcionamiento social y laboral*. Tiene una puntuación de 0 a 100, a menor puntuación, peor funcionamiento psicosocial y a mayor puntuación mejor funcionamiento psicosocial. Hay 3 puntuaciones, dos para las subescalas y una puntuación total (el promedio de las subescalas).

Impresión Clínica Global. La escala de *Impresión clínica global* (ICG) fue desarrollada por la OMS (Organización Mundial de la salud). Fue diseñada por Guy (1976) para evaluar de una forma sencilla la gravedad del cuadro clínico y su mejoría. Es una escala heteroaplicada que evalúa la gravedad del trastorno y la mejora clínica debido a las intervenciones terapéuticas. Se suele utilizar al inicio y al final de los ingresos psiquiátricos para describir el cambio experimentado por los pacientes.

Consiste en dos subescalas que evalúan la gravedad del cambio clínico y la mejoría del cuadro clínico debido a las intervenciones. Es una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre el cuadro y el cambio experimentado con el paciente respecto al estado basal.

La escala de *gravedad*, consiste en un ítem con ocho posibles respuestas que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (pacientes más gravemente enfermos).

La escala de *Mejoría del cuadro* debida a las intervenciones terapéuticas tiene un solo ítem con ocho posibles respuestas que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7

(mucho peor). Debe valorarse la mejoría experimentada en el cuadro, independientemente a que se deba total o parcialmente al tratamiento. Sus propiedades psicométricas son adecuadas y válidas. Está validado en España.

Inventario de actitud hacia la medicación. *Drug Attitude Inventory* (DAI-30) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983). Escala auto-aplicada breve. Consta de 30 ítems que fue desarrollada para evaluar las actitudes, experiencias y creencias sobre los fármacos antipsicóticos.

Existen dos versiones: 1) Versión Larga: formada por treinta ítems. Esta es la versión utilizada en el presente estudio. 2) Versión Corta: formada por diez ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación.

Los ítems son de respuesta dicotómica verdadero-falso ya que se trata de una escala autoaplicada. Proporciona una puntuación total de los treinta ítems en su versión larga. Además no existen puntos de corte definidos lo que implica que a mayor puntuación, el efecto percibido de la medicación es más positivo.

Se considera un buen predictor de la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia.

Este instrumento cuenta con una versión en castellano realizada por Ramírez, Robles, Salazar y Páez (2004). En relación a sus propiedades psicométricas, este instrumento muestra un índice de confiabilidad interevaluador de 0,61 ($p < 0,001$) y un coeficiente de consistencia interna de 0,57. La versión en español del DAI muestra validez convergente como un moderada confiabilidad.

3.4.2. Instrumentos de Calidad de vida

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. El cuestionario de Calidad de Vida Sevilla (CSCV) es de Giner, Baca, Bobes, Ibáñez, Leal y Cervera (1997). La CSCV es un instrumento específico para evaluar la Calidad de Vida de la persona diagnosticada de Esquizofrenia tal y como ésta la percibe y la construye (Giner *et al.*, 1995). Este cuestionario se desarrolló con una muestra española de personas con Esquizofrenia, y se centra en la valoración subjetiva de la persona que sufre la enfermedad, su impacto y el impacto del tratamiento. Se trata de un auto-informe acerca de lo que los pacientes piensan acerca de sus vidas. El cuestionario evalúa *los aspectos psicopatológicos, la satisfacción final de sus necesidades, las repercusiones de los tratamientos y los efectos secundarios de los mismos* (Giner *et al.*, 1997).

El cuestionario está compuesto por dos escalas: la *Escala Favorable* y la *Escala Desfavorable*. Ambas escalas tienen un total de 59 ítems que se puntúan según una escala Likert del 1 al 5, siendo el 1 “completo desacuerdo” y el 5 “completo acuerdo”. Cada escala contiene factores relativamente independientes entre sí. *La Escala favorable* consta de 13 ítems que valoran tres dimensiones principales: Satisfacción Vital, Armonía y Autoestima. *La Escala desfavorable* consta de 46 ítems que agrupan otros 9 factores: Falta de aprehensión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida, automatismos. Todos estos ítems consideran la vivencia cotidiana de la persona.

No existen puntos de corte, a mayor puntaje favorable, mejor Calidad de Vida y viceversa (Giner *et al.*, 1997). Respecto a la fiabilidad del CSCV, ésta es elevada, coeficiente α de Cronbach= 0,85 para la Escala Favorable y 0,96 para la Escala Desfavorable (Ibáñez *et al.*, 1997).

Los índices de consistencia interna de Spearman-Brown y las α de Guttman para dos mitades presentaron fiabilidad superior a 0,70. La validez de contenido del cuestionario se midió a través de la fiabilidad inter jueces (α de Cohen), siendo la misma estadísticamente significativa. El análisis factorial y análisis de matrices multirrasgo-multimétodo el CSCV mostró una buena validez estructural. El CSCV también presentó una buena validez convergente y discriminante. Así mismo, es sensible a los cambios clínicos que se producen en las personas con trastorno Esquizofrénico (Bobes *et al.*, 2001).

Cuestionario de *calidad de vida para los familiares Satisfacción y Placer. Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Q-LES-Q* (Endicott, Harrison y Blumenthal, 1993). Este cuestionario mide de forma sensible la satisfacción y el placer en la vida cotidiana. Es un instrumento genérico aplicable a todo tipo de personas, con independencia de su diagnóstico y tratamiento. Consta de 93 ítems que exploran ocho áreas: *estado de salud física/actividades, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales*. Las respuestas son de tipo Likert (1-5). Se ha evaluado la consistencia interna (alfa de cronbach) para las escalas del Q-LES-Q entre 0,90 y 0,96, con un coeficiente inter clase entre 0,63 y 0,89 (Ritsner, *et al.*, 2002).

Se consideró este cuestionario para los familiares, por evaluar las diferentes áreas de la vida. Y se consideró el cuestionario Sevilla para los pacientes, por ser específico para la Esquizofrenia.

3.4.3. Instrumentos de variables Familiares

Las características familiares de Cohesión y Adaptabilidad familiar se evaluaron con el cuestionario **Family Adaptability and Cohesion Evaluation** (FACES II versión abreviada de 20 ítems) (Olson, Portner y Lavee, 1985) versión adaptada a muestra Española por Martínez, Iraurgi, Galindez y Sanz (2006).

El FACES II fue concebido como un instrumento para la evaluación de las familias, con fines terapéuticos fundamentalmente, y dentro del marco del modelo circumplejo (Olson, Sprenkle y Russell, 1979). El FACES-20Esp (Martínez, *et al.*, 2006) fue validado en España. El FACES-20Esp, tiene dos dimensiones: *cohesión y adaptabilidad familiar*. Cada dimensión tiene 10 ítems. La dimensión de *cohesión*, evalúa las áreas que consideran tanto los lazos emocionales, como las fronteras internas (espacio y tiempo) y las fronteras externas (toma de decisiones e intereses y diversión). Los ítems de la dimensión *de adaptabilidad* considera los conceptos de asertividad, liderazgo, control, disciplina y negociación.

Para contestar al cuestionario, los individuos deben leer las afirmaciones y puntuar en una escala de cinco puntos que va desde casi nunca (1) a casi siempre (5), en qué medida cada pregunta es aplicable a su familia. Los análisis realizados mostraron el instrumento como una medida psicométricamente robusta. Presentó un adecuado nivel de fiabilidad en ambas dimensiones (0,89 en cohesión y 0,87 en adaptabilidad) y una adecuada validez de contenido, de constructo y convergente. La validez de constructo resultó respaldada a través de un análisis factorial confirmatorio, el cual arrojó índices adecuados en relación a la estructura bidimensional establecida por los autores (GFI= 0,92; NFI= 0,89; RMSEA= 0,07). El FACES-20Esp superó las dificultades observadas en versiones previas del FACES adaptadas al español.

Las características de *clima familiar* se evaluaron con el **Parental Bonding Instrument** (PBI adaptación catalana de Parker, Tupling y Brown, 1994). Es el instrumento de vínculo parental (Parental Bonding Instrument, PBI) de Parker *et al.* (1979), que mide la percepción de la conducta y la actitud de uno o ambos padres en relación con el sujeto

en su infancia y adolescencia, en los primeros 16 años de crianza. Es un cuestionario para personas mayores de 16 años, de ambos sexos.

Está constituido por dos escalas: 1) *Cuidado* (12 ítems) que se refiere, por un lado, a la afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y, por otro, la frialdad emotiva, indiferencia, negligencia, y 2). *Sobreprotección* (13 ítems) que apunta al control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma.

Escala tipo Likert (0-3) de 25 ítems. Las opciones de respuesta van de 0 (siempre) a 3 (nunca) y nivel de medición intervalar. La escala de *cuidado* tendría un puntaje máximo de 36 puntos y la de *sobreprotección* de 39. Esto hace que cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta, según obtenga un puntaje para *cuidado* y otro para *sobreprotección*.

Se utilizaron los baremos de Ballús (1991) en la interpretación ortodoxa y en la interpretación cruzada. Las puntuaciones de ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales: control sin afecto, constricción afectiva, vínculo ausente, vínculo óptimo y vínculo promedio.

Sobre las propiedades psicométricas del PBI, Wilhelm, Niven, Parker y Hadzi-Pavlovic (2005) señalan que se encontraron coeficientes retest aceptables sobre las puntuaciones de PBI durante 20 años de estudio con adultos. Para los autores, estos resultados indican estabilidad a largo plazo del instrumento.

IRQ. *Influential relationships Questionnaire* (Baker, Helmes y Kazarian, 1984). **Cuestionario de Influencia de las Relaciones interpersonales** (IRQ-Influential Relationships Questionnaire) (Baker, et al., 1984). Esta escala evalúa la Emoción Expresada. En ella se pide a los pacientes que evalúen la conducta de las dos personas más importantes para ellos, los padres. Se realiza una escala para la percepción del paciente en la relación con la madre y otra para el padre.

Escala tipo Likert de 37 ítems (0-3) divididos en tres escalas: *crítica*, *cuidado* y *protección*; integrándose algunos ítems *de hostilidad* en la escala de evaluación de la crítica. No hay un punto de corte específico para la clasificación en alta-baja EE. Las tres escalas tienen una buena consistencia interna (0,76-0,91) y una buena fiabilidad test-retest (0,53-0,85).

Tiene buena capacidad predictiva, y en concreto las escalas de cuidado y crítica pueden diferenciar entre pacientes que recaen y los que no lo hacen (Baker *et al.*, 1994; Clarke, Walker y Cuddy, 1996). Se utilizó para el presente estudio, la escala de crítica que consta de 12 ítems.

Cuestionario estructurado de preguntas abiertas para la descripción de la familia.

Cuestionario realizado por el equipo de terapia familiar, en el que se evalúan variables cualitativas y descriptivas respecto a las relaciones familiares. El cuestionario no está validado. Era una guía descriptiva de la percepción del paciente y la familia respecto a su familia de origen. Aporta datos en relación a la estructura y organización familiar (véase en los Anexos).

Registro observacional. Se realizaron grabaciones de las sesiones de terapia familiar. Se analizaron las primeras 3 sesiones de tratamiento y al finalizar la terapia familiar. Se hizo una observación de los siguientes constructos registrados en una Check list: **Desconfirmación, Triangulación, conflicto de pareja y conflicto entre hermanos** (Véase en Anexos la Check list).

3.4.4. Instrumentos para Evaluar la Terapia y el Cambio

Preguntas abiertas sobre los problemas que preocupan a la familia y expectativas en torno a la terapia. Se realizaron preguntas abiertas sobre los problemas que más preocupan a la familia en el momento de consultar, ¿Qué otros problemas les preocupan?, los intentos de solución previos y terapias anteriores, expectativas sobre la terapia familiar (Véase en anexos).

Preguntas abiertas en torno a los cambios percibidos. En los seguimientos (después de dos años de terapia y al finalizar el tratamiento), se realizaron algunas preguntas abiertas en relación a los cambios que habían percibido producto de la Terapia familiar ¿Qué elementos perciben que han cambiado a mejor desde el inicio de la terapia? ¿Qué elementos has percibido a peor desde el inicio de la terapia? (Véase anexo).

ICG (Impresión clínica Global). (Descrito en el apartado anterior) *En la subescala mejoría del cuadro.* Se administró esta escala, a los pacientes, los familiares y a los co-terapeutas.

Juicio Clínico. Percepción clínica del terapeuta respecto a la mejora del paciente y los familiares al finalizar el tratamiento familiar.

Entrevista de Cambio terapéutico. *Entrevista de cambio* (Elliot, Slatick y Urman, 2001). Entrevista semiestructurada que evalúa la percepción subjetiva del cambio. Se realiza de forma individual, con una duración de entre 30 y 45 minutos. Donde se preguntan los cambios deseados y no deseados producto de la intervención terapéutica. Aporta datos cualitativos y la descripción del paciente y la familia sobre los cambios experimentados a lo largo de la terapia, así como sus atribuciones del cambio.

3.5. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y PROCEDIMIENTO

3.5.1. Pacientes del Grupo en Tratamiento

Se contactó con todos los pacientes (con diagnóstico de Esquizofrenia) y sus familias, que pidieron ayuda en la unidad de Terapia Familiar en Psiquiatría en el Hospital de Sant Pau en Barcelona entre los años 2012 y 2014.

Inicialmente las familias realizaban una solicitud para pedir Tratamiento Familiar. En ésta solicitud las familias contestaban a un cuestionario escrito que contenía algunas preguntas respecto a su motivación de terapia y su demanda. Con esa solicitud se adjuntaba un volante del médico de cabecera que derivaba el servicio de Terapia familiar en el Hospital de Sant Pau. Los pacientes adjuntaban también sus informes Psiquiátricos previos.

Se analizaron las solicitudes recibidas entre los años 2012 y 2014. Se eligieron aquellos casos de pacientes y sus familiares que cumplían los criterios de inclusión del estudio.

Se seleccionó a aquellas familias que estaban dispuestas a realizar la terapia familiar con al menos los padres y el paciente diagnosticado de Esquizofrenia. Se les contactaba vía telefónica para darles hora para el inicio de la Terapia Familiar, se les explicaba el estudio y se les daba una cita para realizar el protocolo de evaluación pre-tratamiento.

Se realizaban el protocolo de evaluación compuesto por diferentes cuestionarios y la entrevista PANSS a los pacientes. Esta evaluación tenía una duración aproximada de 2 horas y media o 3 horas. Los cuestionarios escritos se realizaron en un formato familiar (se administraban los tests con todos los miembros de la familia, pero eran respondidos de forma individual y confidencial). Se realizaba la entrevista con el paciente después de que contestara los cuestionarios. La entrevista PANSS se realizaba en un formato individual.

Al iniciar la evaluación, se les explicaba a los pacientes y a sus familiares que se trataba de un investigación con finalidad clínica. Se les daba primero el Consentimiento informado, posteriormente rellenaban un Cuestionario de datos sociodemográficos y datos sobre el trastorno, se pedían los Informes psiquiátricos previos del paciente o los familiares que participarían en el Tratamiento Familiar.

El protocolo de evaluación contenía un Cuestionario sobre las características del trastorno y la actitud hacia la medicación DAI (Hogan y Eastwood, 1983), la Escala de calidad de vida Sevilla (Baca, *et al.* 1997), el FACES II versión abreviada (Olson, Portner y Lavee, 1985) versión adaptada a muestra Española por Martínez y Santelices (2005), el PBI adaptación catalana (Parker, *et al.*, 1994), el IRQ (Baker *et al.*, 1984). Estos últimos dos (PBI y IRQ) se administraban dos cuestionarios, uno pensando en la relación con el padre y otro en la relación con la madre. Se realizaba la entrevista PANSS con los pacientes (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) y se completaba la EEAG (DSM-IV R), así como el ICG (OMS). También se les administraban los cuestionarios de características familiares y preguntas abiertas.

Se realizaba una pequeña pausa cuando el paciente se sentía cansado y se retomaban los cuestionarios o entrevista.

Este proceso se realizó antes de iniciar la terapia familiar, después de dos años y al finalizar la terapia familiar. A continuación se observan los cuestionarios administrados en la Tabla 10.

PACIENTES Tratamiento			
TESTS	Pre- tratami ento	2 años	Finalización Tratamiento 3-5 años
Consentimiento Informado	X		
Datos sociodemográficos	X		X
Información sobre el trastorno	X	X	X
Creencias del trastorno	X	X	X
Expectativas Terapia	X		
EEAG, ICG, PANNS	X	X	X
DAI	X	X	X
Calidad de vida Sevilla	X	X	X
FACES II, PBI, IRQ	X	X	X
Cuestionario familiar			
Check List y observación videos	X	X	X
Entrevista de cambio Terapéutico	X	X	X

Tabla 10. Cuestionarios administrados en las tres medidas de tiempo.

Después de dos años de tratamiento y al finalizar la terapia familiar, se realizaba el protocolo de evaluación con los diferentes cuestionarios y entrevistas, y además se realizaba la entrevista de Cambio terapéutico (Elliot, *et al.*, 2001). (Véase la descripción de los Instrumentos en Anexos). Estas entrevistas se realizaban en formato individual.

Durante la terapia se grabaron las sesiones de terapia familiar y se consideraron las primeras 3 sesiones y al finalizar la terapia familiar, las últimas 3 sesiones. Estas sesiones, ayudaron a realizar un registro de variables cualitativas, completando un check list sobre las variables triangulación y desconfirmación (véase en anexo). En esas sesiones de terapia, se observaba la presencia o ausencia de variables familiares tales como la: *triangulación, desconfirmación, conflicto de pareja y conflicto entre hermanos.*

3.5.2. Pacientes del Grupo control

Se contactó con el equipo de Psiquiatría en el Hospital de Sant Pau de Barcelona, en 2012 y 2014. Se pidió la colaboración de algunos psiquiatras que veían casos de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia. Se les explicó el estudio y se les pidió las referencias de los pacientes que quisieran participar en el estudio de forma voluntaria. Ellos derivaron algunos casos que cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

Se contactó vía telefónica a los pacientes, se les explicó el estudio y el carácter voluntario de su participación en el estudio. Se pidió la participación de los pacientes de forma voluntaria y se les pasó el consentimiento informado, comentando que podían abandonar su participación en el estudio en cualquier momento.

Se acordó con ellos una visita con el objetivo de realizar el protocolo de evaluación.

Se realizó el mismo protocolo que para el grupo en tratamiento (véase tabla 11). Se realizó la evaluación centrada en las características sintomatológicas (Informes previos psiquiátricos, PANNS, ICG, EEAG, DAI y Calidad de vida de los pacientes). La evaluación se hizo individual en tres medidas de tiempo, antes de iniciar la terapia familiar (del grupo en tratamiento), después de dos años y cuando el grupo en tratamiento finalizaba la terapia .

PACIENTES CONTROL			
TESTS	Pre- tratami ento	2 años	Finalización Tratamiento 3-5 años
Consentimiento Informado	X		
Datos sociodemográficos	X		X
Información sobre el trastorno	X	X	X
EEAG, ICG, PANNS	X	X	X
DAI	X	X	X

Tabla 11. Cuestionarios del grupo control en las tres medidas de tiempo.

El grupo control, se ha apareado en temporalidad con los participantes del grupo en tratamiento para realizar las evaluaciones en el pre-tratamiento, a 2 años de intervención y al finalizar el tratamiento.

No se contó con la participación de los familiares de los pacientes del grupo control.

3.5.3. Protocolo de Evaluación de los Familiares

En el apartado 3.5.1. se realiza una descripción detallada de cómo se realizó la selección de los pacientes con Esquizofrenia y sus familiares. Posterior a la inclusión de la muestra y al primer contacto vía telefónica, se citaba a la familia y se les explicaba a los familiares el objetivo de la investigación y su finalidad clínica y de investigación. Se daba primero el Consentimiento informado a firmar, posteriormente rellenaban un Cuestionario de datos sociodemográficos y datos sobre el trastorno, se pedían los Informes psiquiátricos previos.

Se realizaban los siguientes cuestionarios en un encuentro de aproximadamente de entre dos y dos horas y media de duración. Se administró el cuestionario de datos sociodemográficos, se pidieron los informes psiquiátricos previos, la escala Q-LES-Q (Endicott, Harrison y Blumenthal, 1993), el cuestionario FACES II versión abreviada (Olson, Portner y Lavee, 1985 versión adaptada a muestra Española por Martínez, et. al., 2005), el PBI adaptación catalana (Parker, *et al.*, 1994) , el IRQ (Baker *et al.*, 1984), estos dos últimos cuestionarios estaban basados en la relación padres-paciente (estos últimos dos solo se administraron a los padres, pero no a los hermanos). (Véase Tabla 12).

Se realizó la pasación de tests de características familiares en formato familiar (por cada familia) en el pre-tratamiento. A los dos años del tratamiento y al finalizar la terapia, se realizaron entrevistas en formato individual con cada miembro de la familia para completar la Entrevista de Cambio terapéutico (Elliot *et al.*, 2001).

FAMILIARES			
TESTS	Pre- tratamie nto	2 años	Finalización del Tratamiento 3-5 años
Consentimiento Informado	X		
Datos sociodemográficos	X		X
Información sobre el trastorno	X	X	X
Creencias sobre el trastorno y			
Expectativas Terapia	X	X	X
Q-LES-Q	X	X	X
FACES II	X	X	X
PBI, IRQ Padre- hijo	X	X	X
Registro observacional	X	X	X
Entrevista de cambio terapia	X		X
Percepción de cambio de los profesionales	X	X	X

Tabla 12. Cuestionarios administrados a los familiares del grupo en tratamiento.

3.5.4. Evaluación del Equipo de Terapeutas

Se administró al co-terapeuta de cada caso, la escala de Impresión clínica global (ICG) que evalúa la gravedad del trastorno y la mejora global. Se administró de forma hetero-aplicada por cada paciente y familia tratada, se aplicó esta escala después de dos años y al terminar la terapia familiar.

Al finalizar la terapia familiar se realizó una valoración subjetiva de mejora en la familia, estableciendo un juicio clínico. Los terapeutas daban su opinión acerca de la mejora de la familia, el paciente, ambos o ninguno.

3.5.5. Mejora y Recuperación en Terapia

Para Evaluar la mejora del tratamiento familiar sistémico, se consideran los porcentajes de mejora clínica en la sintomatología de los pacientes. Esta mejora se observa en la significación estadística entre el pre y el post-tratamiento. Así como también se analizaran los porcentajes de mejora en las diferentes variables estudiadas.

Para evaluar la recuperación, se considerarán los siguientes aspectos: nivel de cambio reconocible por iguales o por las personas del entorno del paciente (percepción de la familia, percepción del paciente y percepción de los terapeutas), además la mejora sintomatológica del paciente y los niveles de funcionamiento normativos al finalizar la terapia.

Jacobson y Truax (1991) afirmaron que el cambio clínicamente significativo se da, si una puntuación post-tratamiento cae en la población funcional de interés. Por lo que se analizará el porcentaje clínicamente significativo. Para evaluar la recuperación se considerará la recuperación clínicamente significativa.

La recuperación se evaluará con los siguientes criterios considerados por Glynn *et al.* (2007) y Bellack (2007):

- 1) Presencia de Sintomatología leve en los pacientes
- 2) Un adecuado funcionamiento social y laboral (aumento de la puntuación en la EEAG, aumento de la autonomía del paciente en las relaciones interpersonales y actividades).
- 3) Percepción subjetiva de mejora del paciente.
- 4) Percepción subjetiva de mejora de los familiares.
- 5) Percepción clínica de mejora de los terapeutas.

3.5.6. Análisis de los Resultados

Una vez finalizada la etapa de recogida de datos del estudio, se procedió a corregir los diferentes cuestionarios y realizar dos bases de datos (una cuantitativa y una cualitativa).

Posteriormente se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS.15.0. Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

3.5.6.1. Estadísticos Descriptivos.

En esta fase se realizaron las pruebas estadísticas necesarias para describir las características de la muestra (tanto del grupo control como del grupo en tratamiento). Se realizaron análisis con estadísticos descriptivos tales como el análisis de frecuencias, medias, desviaciones estándar, porcentajes.

Se realizaron análisis descriptivos (medias, frecuencias y desviaciones típicas) de las diferentes variables sociodemográficas, las creencias acerca del trastorno, las variables sintomatológicas, la actitud hacia la medicación y las variables familiares (cohesión, adaptabilidad, sobreprotección, crítica, cuidado), así como las escalas de calidad de vida. Cada una de estas variables fueron analizadas en los pacientes y sus familiares (padres y hermanos). Se realizaron estos análisis descriptivos en la muestra total y posteriormente en el grupo en Tratamiento y en el Grupo control.

En la evaluación de la mejora terapéutica se establecieron porcentajes de mejora y significación clínica.

3.5.6.2. Correlaciones Bivariadas.

Se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman, con el objetivo de conocer si habían relaciones significativas entre las diferentes variables de los pacientes y los familiares.

3.5.6.3. Análisis de Contraste.

Se utilizó la estadística comparativa no paramétrica para muestras independientes con el objetivo de conocer la homogeneidad de los grupos.

Se realizaron análisis paramétricos para muestras relacionadas, para poder entender los cambios entre dos medidas de tiempo en una misma muestra.

También se utilizaron pruebas paramétricas para muestras independientes con el objetivo de analizar los resultados obtenidos estrechamente vinculados a las hipótesis y diferentes objetivos del estudio.

3.5.6.4. Análisis Univariado de Medidas Repetidas.

Se realizaron Análisis Univariantes de Medidas repetidas con una variable dependiente en las tres medidas del tiempo. Las variables dependientes fueron contrastadas según las hipótesis del presente estudio en diferentes ANOVAS.

3.5.6.5. *Análisis Multivariante de Medidas Repetidas.*

Se realizó un análisis multivariante de medidas repetidas con el objetivo de contrastar las hipótesis del presente estudio.

Se realizaron diferentes MANOVAS de medidas repetidas con el objetivo de conocer si habían diferencias estadísticamente significativas en las diferentes variables dependientes entre el grupo control y el grupo en tratamiento en las tres medidas de tiempo (Pre-tratamiento, después de dos años de intervención, al finalizar la terapia). Se analizaron los contrastes multivariados, univariados, las pruebas de los efectos intersujetos y los contrastes simples intra-sujetos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Los siguientes resultados se presentan considerando el orden de los objetivos y las Hipótesis del estudio. A continuación se presenta un esquema de los resultados.

4.1. Análisis Descriptivos de las variables sociodemográficas de la Muestra Total

4.1.1. Análisis Descriptivos de los datos sociodemográficos de los pacientes

4.1.2. Análisis Descriptivos de los pacientes del Grupo control

4.1.3. Análisis Descriptivos de los pacientes del Grupo en Tratamiento

4.1.4. Análisis Descriptivos de las variables familiares del Grupo en Tratamiento

4.1.5. Análisis Descriptivos de los(as) Hermanos(as)

4.2. Variables Familiares del Grupo en Tratamiento

4.3. Variables cualitativas de la Estructura y Organización Familiar

4.4. Síntomas de los Pacientes y variables familiares del Grupo en Tratamiento

4.4.1. Correlaciones

4.4.1.1. Sintomatología de los pacientes

4.4.1.2. Variables Familiares de los pacientes

4.4.1.3. Correlaciones entre las variables familiares de los padres y las madres

4.4.1.4. Correlaciones de la sintomatología de los pacientes y variables de los familiares

4.4.1.5. Sintomatología y Calidad de vida

4.5. Análisis de contraste estadístico entre grupos en el pre-tratamiento

4.5.1. Pruebas de contraste entre Grupos

- 4.6. Contrastes Estadísticos entre el Pre-tratamiento y a los dos años de Intervención
 - 4.6.1..Análisis de contraste estadístico en el Grupo en Tratamiento
 - 4.6.2. Análisis de Contraste estadístico en el Grupo control

- 4.7. Análisis Multivariante de Medidas Repetidas

- 4.8. Análisis Univariado de Medidas repetidas: Funcionamiento social y laboral

- 4.9. Análisis Multivariante de Medidas Repetidas de las variables familiares

- 4.10. Análisis Multivariantes de Medidas Repetidas de la Calidad de vida de los Familiares

- 4.11.Análisis Cualitativos
 - 4.11.1.Análisis cualitativos de la Terapia
 - 4.11.2.Abandonos
 - 4.11.3.Derivaciones
 - 4.11.4.Altas
 - 4.11.5.Recaldas

- 4.12. Evaluación de la Terapia familiar
 - 4.12.1. Pacientes
 - 4.12.2. Madres
 - 4.12.3. Padres
 - 4.12.4. Hermanos

- 4.13.Cambios Familiares

- 4.14. Mejora y Recuperación del grupo en Tratamiento
 - 4.14.1. Cambios desde la percepción de los co-terapeutas
 - 4.14.2. Mejora Clínica
 - 4.14.3. La Recuperación

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA TOTAL

Se realizaron análisis descriptivos (medias, desviaciones típicas y frecuencias) de los datos sociodemográficos tanto de los pacientes como de los familiares de la muestra total.

4.1.1. Análisis Descriptivos de los datos Sociodemográficas de los Pacientes

Los pacientes incluidos en el presente estudio, pidieron ayuda en la Unidad de Psiquiatría en el Hospital de Sant Pau. Se realizó un seguimiento de entre 2 y 4 años con estos pacientes.

La muestra total del grupo control y grupo en tratamiento fue de 47 pacientes. Con una media de *edad* de 36 años ($ds= 10$). En relación *al género* el 79% de la muestra eran hombres, mientras que el 21% eran mujeres. Se puede observar que la muestra han sido mayoritariamente pacientes hombres.



Fig. 3. Género de la muestra total de pacientes.

Respecto a la *nacionalidad* el 94% de los pacientes tenían nacionalidad Española, el 3% Argentina y el 3% Colombiana.



Fig. 4. Nacionalidad de la Muestra total de pacientes.

En relación *al nivel de estudios* el 68% de la muestra tenía estudios primarios y secundarios, mientras el 32% había realizado estudios de Formación profesional y estudios Universitarios. Únicamente el 6% de las personas que estudiaron la Universidad finalizaron los estudios. Se observa una mayoría de estudios primarios y secundarios en la muestra.

En relación *al ámbito laboral*, el 79% de la muestra estaba en el paro, el 15% trabajaban en jornada reducida y un 6% estaban de baja por enfermedad.

Respecto *al estado civil* el 90% de la muestra eran solteros, el 10% tenían pareja y de los cuales únicamente el 2% vivía en pareja en el momento del estudio. El 85% de la muestra vivía con sus padres y/o hermanos, el 10% vivía en pisos protegidos, el 3% vivían solos.

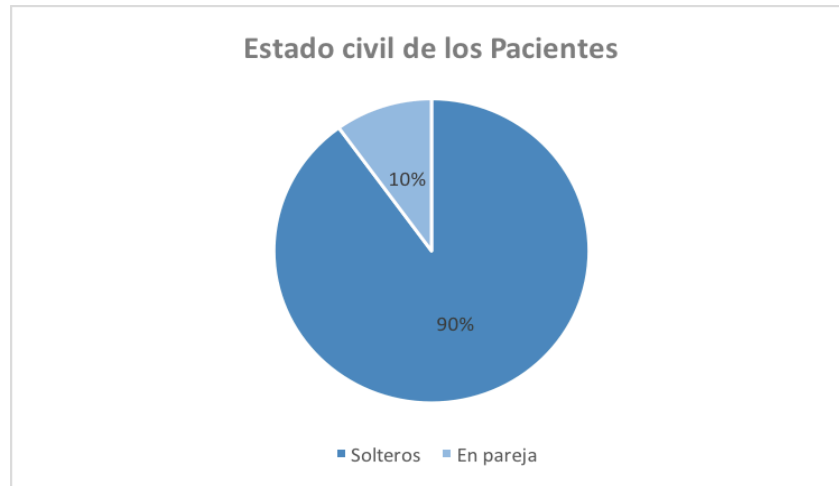


Fig. 5. Estado civil de la muestra total de Pacientes.

Respecto al *número de hermanos*, el 62% de la muestra tenía un hermano y un 30% tenía dos hermanos, el 8% de la muestra eran hijos únicos. Se puede observar que el 92% de la muestra tenían hermanos.

En relación al *diagnóstico* el 80% de los pacientes tenían un diagnóstico de Esquizofrenia (el 45% de Esquizofrenia de tipo paranoide y 35% Esquizofrenia simple), el 15% estaban diagnosticados de psicosis no orgánica, el 5% habían tenido un episodio psicótico único.

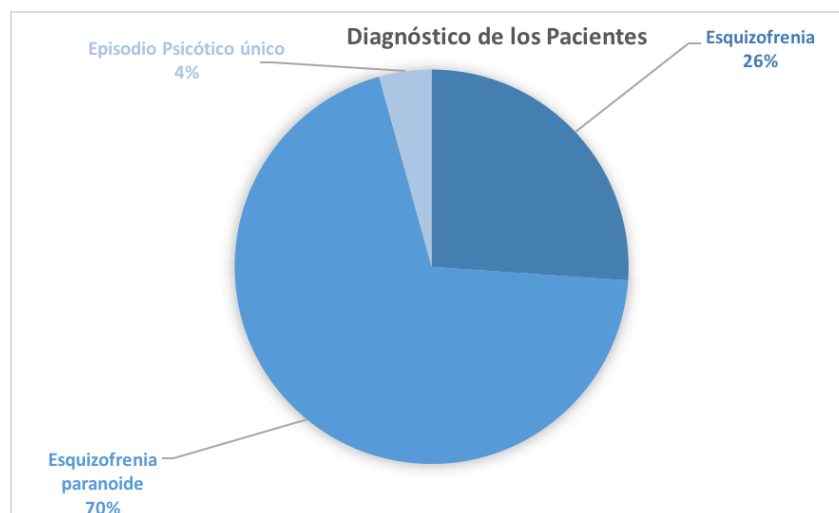


Fig. 6. Diagnóstico de la muestra total de Pacientes.

El 40% de la muestra había tenido *un ingreso psiquiátrico* en el momento de contactar al servicio de Psiquiatría, un 50% habían tenido dos ingresos psiquiátricos y un 10% habían estado ingresados entre tres y cinco veces en alguna unidad de agudos.

Respecto a la *gravedad del trastorno*, el 44% de los pacientes se sentían marcadamente y gravemente enfermos, un 46% se sentían moderadamente y levemente enfermos, un 10% se percibían dudosamente enfermos.

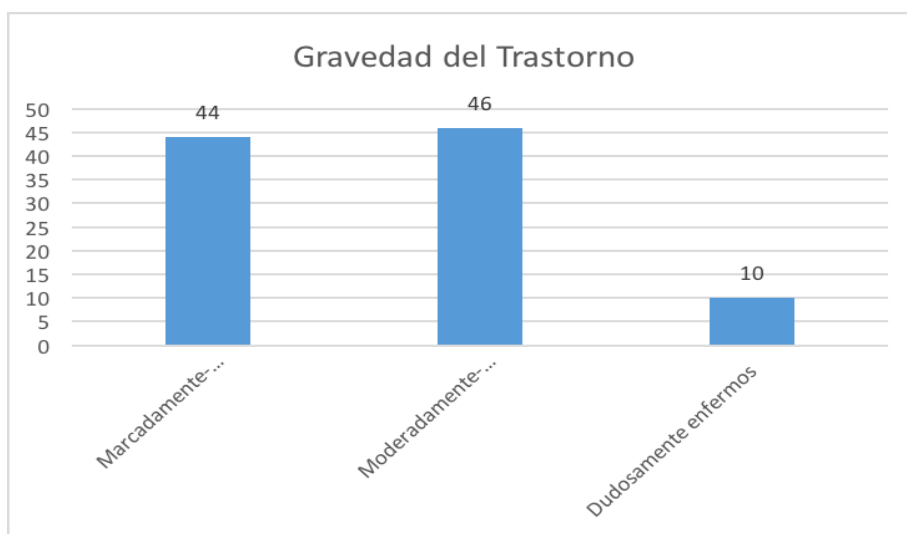


Fig. 7. Nivel de gravedad del trastorno de la muestra total de pacientes.

En relación a la *Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG)* en la subescala de gravedad de la sintomatología, se observa una puntuación de 45,56 ($ds=12$), lo cual indica sintomatología grave. En la subescala de funcionamiento social y laboral ($M=47, ds=12$) hay alteraciones graves del funcionamiento social y laboral. Las puntuaciones de la EEAG total ($M=46,7, ds=12$), muestran valores de gravedad sintomatológica y socio-laboral.

Respecto a la sintomatología de los pacientes, evaluada con la entrevista de *sintomatología Positiva y negativa (PANNS)*, Se observa que hay síntomas positivos moderados ($M=25, ds=7$), síntomas negativos moderados ($M=22,10, ds=6,46$), psicopatología general moderada ($M=41, ds=11$). La escala compuesta ($M=1,3$, percentil 50) muestra un tipo de sintomatología caracterizada por síntomas positivos.

Respecto a *la actitud hacia la medicación* (DAI) se observa una actitud de resistencia hacia la medicación ($M=14,8$) en el momento previo a iniciar el estudio.

El primero objetivo del estudio **es conocer las características sintomatológicas y sociodemográficas del grupo control no asignado aleatoriamente (por partes) y del grupo en tratamiento familiar**. Para ello se realizaron análisis descriptivos y frecuencias de las variables sociodemográficas, sintomatológicas, familiares y de calidad de vida. A continuación se presentan los resultados tanto del grupo control como del grupo en tratamiento.

4.1.2. Análisis Descriptivos de los Pacientes del Grupo Control

La muestra estuvo compuesta por 23 pacientes. El 83 % eran hombres y el 17% mujeres, con una media de edad de 30 años ($ds= 10$). En relación al *estado civil*, el 79,2% de la muestra estaban solteros y no tenían pareja, el 12,5% estaban casados o vivían en pareja en el momento del estudio y el 8,3% estaban divorciados.



Fig.8. Género de los pacientes del grupo control.

En relación a *los estudios*, el 88% tenían estudios secundarios y de formación profesional, mientras el 12% tenían estudios Universitarios. El 87,5% de la muestra *no trabajaba*, el 4,2% trabajaban por cuenta ajena y el 8,3% tenían alguna actividad no remunerada de voluntariado o asistían algún club social o centro de día.

En relación al *diagnóstico*, el 26,1% de la muestra estaban diagnosticados de Esquizofrenia, el 69,6% de Esquizofrenia paranoide, el 4,3% tenían diagnóstico de psicosis no orgánica.

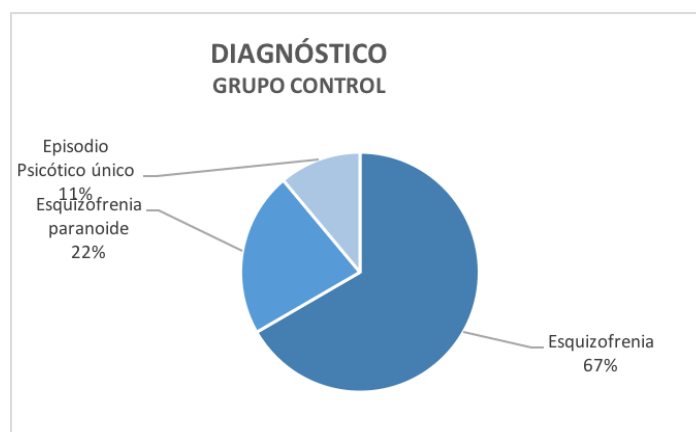


Fig. 9. Diagnóstico de los pacientes del grupo control.

Los pacientes mostraron una media de tres ingresos hospitalarios ($ds=1$) previos al presente estudio. En relación al *tiempo de evolución del trastorno* la media fue de 8 años (rango de 5-18 años). Considerando la *gravedad del trastorno* (con la escala Impresión clínica global) la percepción de los pacientes fue la siguiente, el 8,3% de la muestra se percibían levemente enfermos, el 33,3% moderadamente enfermos, el 33,4% marcadamente enfermos y 25% gravemente enfermos, es decir un 58,4% de los pacientes se sentían entre marcada y gravemente enfermos.

En relación a la EEAG (Escala de Evaluación de Actividad Global) en la *escala de síntomas* ($M=43$) se mostró un funcionamiento de sintomatología grave, y en la *escala funcionamiento* ($M=47$) se mostró un funcionamiento social y laboral grave, caracterizado por dificultades importantes en el área social, laboral o escolar.

En relación al PANSS en su escala de *síntomas positivos* ($M=19,33$, percentil 20) se encontró que la muestra no tenía síntomas positivos graves, ni tampoco se observó gravedad en los *síntomas negativos* ($M=21$, percentil 45). En la *escala sintomatología general* ($M=35,2$), se observa sintomatología de leve gravedad. En la medida de tiempo pre-tratamiento, se observa que el grupo control tiene baja gravedad sintomatológica en los síntomas positivos y en los negativos.

Respecto a *la actitud hacia la medicación* (DAI) se observa una buena regular hacia la medicación ($M=16,37$) en el momento previo a iniciar el estudio.

En relación a la frecuencia de las visitas al Psiquiatra, se realizaron un total de 6 sesiones cada dos años de intervención.

El 75% de la muestra cobraban alguna ayuda económicas por el trastorno, mientras que el 25% no cobraban ningún tipo de ayuda.

4.1.3. Análisis Descriptivos de los Pacientes del Grupo en Tratamiento

El grupo en Tratamiento está compuesto por 23 pacientes. En relación al género el 73,9% eran hombres, mientras que el 26,1% eran mujeres. Con una media de edad de 29,17 años ($ds= 6$). Se observa que la muestra eran en su mayoría hombres.

En relación al *estado civil*, el 92% de la muestra estaban solteros y no tenían pareja, un 4% tenía pareja desde hace poco tiempo y un 4% vivía con su pareja.



Fig. 10. Estado civil del Grupo en Tratamiento.

En relación a *los estudios*, el 74% tenían estudios secundarios y de formación profesional, mientras el 26% habían iniciado estudios universitarios sin finalizarlos. Se puede observar que la mayor parte de la muestra tenían estudios primarios y secundarios.

El 80% de la muestra de pacientes no trabajaba y el 20% tenían alguna actividad no remunerada de voluntariado o asistían algún club social o centro de día.

En relación a lo que los pacientes pensaban respecto al *origen del trastorno*, el 52% de los pacientes pensaban que tenían un trastorno debido al estrés, el 23% atribuían el origen del trastorno a la sociedad actual, el 15% pensaba que era debido a un trauma en la infancia, un 5% pensaban que era por haber consumido drogas y un 5% de origen orgánica. Se puede observar que el 95% de la muestra atribuía causas de tipo ambientales a su trastorno.

En relación al *diagnóstico*, el 60% de la muestra estaban diagnosticados de Esquizofrenia, el 20% de Esquizofrenia paranoide, el 10% tenían diagnóstico de psicosis no orgánica y un 10% habían tenido por lo menos dos episodios psicóticos breves.

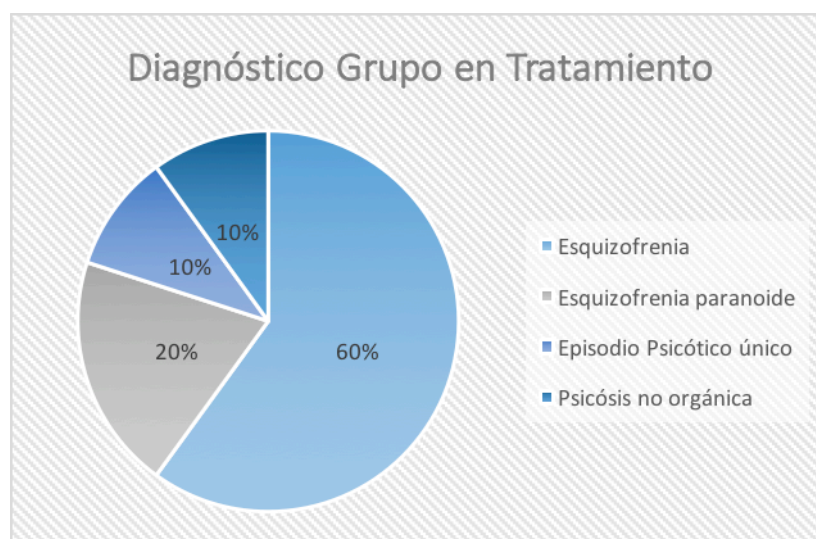


Fig. 11. Tipo de Diagnóstico en los pacientes del Grupo en Tratamiento.

Los pacientes mostraron una media de dos ingresos hospitalarios ($ds=1$) previos a la terapia familiar. En relación al *tiempo de evolución del trastorno* la media fue de 7 años (rango de 1-15 años).

Considerando la *gravedad del trastorno* (con la escala Impresión clínica global) la percepción de los pacientes fue la siguiente: el 34% de la muestra se percibían levemente enfermos, el 14% moderadamente enfermos, el 18% marcadamente enfermos y el 4% gravemente enfermos, un 30% se sentían dudosamente enfermos.

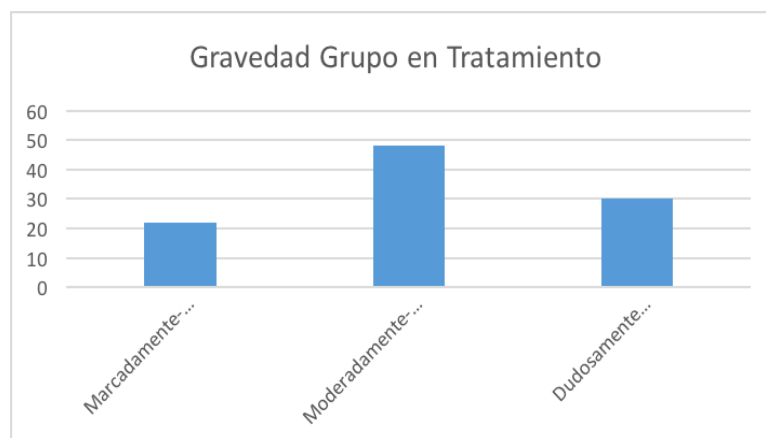


Fig. 12. Gravedad del Trastorno en los pacientes del grupo en tratamiento.

En relación a la EEAG en la *escala de síntomas* ($M=45,5$) se mostró un funcionamiento de sintomatología grave, y en la *escala funcionamiento* ($M=47$) se mostró un funcionamiento social y laboral grave, la *escala EEAG* ($M=46,7$) mostró sintomatología y funcionamiento socio-laboral grave.

En relación al PANSS en su *escala de síntomas positivos* ($M=30$) se encontró que la muestra tenían síntomas positivos graves, la *escala de síntomas negativos* ($M=22$) muestra también gravedad alta (una puntuación por encima del percentil 70). La psicopatología general ($M=50$), estaría también en el percentil 70, habiendo alta psicopatología general. Considerando el sistema de corrección restrictivo del PANSS (Escala compuesta $=-8$) se puede observar que es una muestra caracterizada por un subtipo de sintomatología negativa. Es decir, pacientes con más limitaciones en la sociabilidad, embotamiento afectivo, retracción emocional, apatía, abulia, pobre relación social, falta de espontaneidad.

En relación a los antecedentes previos del *consumo de sustancias*, el 50% del grupo en tratamiento había consumido marihuana años antes del primer episodio psicótico y un 6,4% había consumido diferentes sustancias (cocaína, marihuana y alcohol).

Previo al tratamiento familiar, el 26% del grupo en tratamiento tenía una *ayuda económica* por enfermedad, mientras el 74% no cobraba ninguna ayuda económica. Se observa que hay diferencias en el grupo de tratamiento respecto al grupo control, quienes en su mayoría recibían una ayuda económica por enfermedad.

Respecto a la toma de *antipsicóticos*, el 87% de la muestra tomaba medicación en el pre-tratamiento, mientras el 13% no tomaba ningún tipo de medicación. Respecto a la *medicación antipsicótica*, el 37% tomaba Risperdal, el 26% Abilify, un 16% Leponex, el 11% Ciprexa, un 5% Haloperidol y un 5% Xeplion.

En relación a la *actitud hacia la medicación*, el 56% de la muestra mostró una buena actitud de colaboración en la toma de medicación, mientras el 27% pensaba que no necesitaba la medicación, pero aun así, la tomaban. Un 17% rechazaba tomar medicación y mostraban una actitud negativa hacia ella. Las puntuaciones del DAI (M=11,8) muestran que no hay una actitud favorable hacia la toma de medicación.

Respecto al *cumplimiento de la medicación*, el 60% de la muestra era responsable de la toma de medicación y la tomaban por ellos mismos, el 23% de los pacientes la tomaba cada día pero alguien se lo tenía que recordar, el 13% no tomaba la medicación y no querían tomarla, el 4% tomaban la medicación de vez en cuando o lo hacían cuando alguien les obligaba.

En relación a antecedentes de *violencia física, psicológica o sexual* en los pacientes del grupo en tratamiento. Se encontró que el 17,4% de la muestra habían sufrido algún tipo de violencia física en su infancia o adolescencia. El 95,7% habían sufrido violencia psicológica y la mitad de esos pacientes habían sufrido negligencia. Un 4,3% habían sufrido abuso sexual.

En relación a *la calidad de vida* de los pacientes del grupo en tratamiento muestran las siguientes puntuaciones en la *escala favorable*: Satisfacción vital (M=2,66, ds=0,6), Autoestima (M=2,85, ds= 0,56) y Armonía (M=3,29, ds= 0,71), se observa que tienen buena calidad de vida en la escala favorable .

De las *escalas desfavorables*: Falta de Aprensión (M=2,22, ds=0,58), Pérdida de energía (M=2,67, ds=0,9), Falta de control interno (M=2,72, ds=0,9), Dificultad de expresión emocional (M=2,37, ds=0,9), Dificultad de expresión cognitiva (M=2,6, ds= 0,8), Extrañamiento (M=2,2, ds= 1,1), Miedo a la pérdida de control (M= 2,1, ds=0,9), Hostilidad contenida (M= 1,85, ds= 0,8), también muestra una buena calidad de vida, sin tener mucha afectación en las diferentes áreas mencionadas.

En relación a las variables familiares desde la percepción del paciente: En el FACES II, en la escala Cohesión familiar ($M= 3,24$) y en la Adaptabilidad familiar ($M= 3,15$), se observa que el paciente muestra una cohesión y una adaptabilidad ligeramente más baja a la media, teniendo una configuración familiar entre flexiblemente unida y estructuralmente desligada.

Se realizó la interpretación de la escala PBI de la forma ortodoxa y se observa que los pacientes tienen la percepción de la relación con **sus madres** como personas que dan pocos cuidados ($M=23,30$), y una alta protección ($M=16$), así como una tendencia a ser Críticas ($IRQ M=17,13$). Estableciendo así un vínculo tendiente a ser débil.

Respecto a la relación con el padre, se observa que hay cuidados bajos ($M=20,95$) y protección baja ($M= 11$), estableciendo un vínculo ausente o débil. No obstante, los padres tienden a ser críticos con los paciente ($IRQ M=17,4$, $ds=5$).

En relación a la actitud previa antes de iniciar la terapia familiar, el 90% de los pacientes mostraban una buena actitud hacia la terapia, el 10% mostraba una actitud resistente y ambivalente respecto al inicio del tratamiento familiar.

4.1.4. Análisis Descriptivos de los Familiares del Grupo en Tratamiento

El segundo objetivo del estudio ha sido analizar las características de los familiares con un miembro diagnosticado de Esquizofrenia que pidieron ayuda en el servicio de terapia familiar en el Hospital de Sant Pau en Barcelona. Se realizaron análisis descriptivos y frecuencias de las variables sociodemográficas, familiares y de calidad de vida.

Los resultados muestran que las familias que pidieron ayuda en el servicio de Terapia familiar en el Hospital de Sant Pau en Barcelona, son familias tradicionales compuestas por los dos padres y dos hijos.

En relación a las variables sociodemográficas, la media de edad de **los padres** fue de 59,6 años ($d=9,4$) y la media de edad de **las madres** fue de 57,2 años ($ds=10$). El 76% de los padres estaban casados, el 15% divorciados y el 9% viudos, por lo que se observa una estructura familiar tradicional.



Fig. 13. Estado civil de los Padres de los Pacientes.

En relación al nivel de estudios, un 70% de **los padres** tenían estudios de bachillerato o universitarios, mientras el 80% de **las madres** tenían estudios primarios, secundarios y /o bachillerato.

En relación a la ocupación, un 40% de **los padres** estaban jubilados, un 30% eran empleados por cuenta ajena, un 17% empleados por cuenta propia, un 13% estaban en paro.

Mientras **las madres** un 50% se dedicaban al hogar y al cuidado de los hijos, un 23% eran empleadas por cuenta ajena, un 17% realizaban actividades de voluntariado y un 10% estaban en el paro. Se pueden observar que hay una configuración familiar de padres e hijos diagnosticados con un alto nivel de convivencia diaria.

En relación a su *estado de salud mental* antes de iniciar la terapia familiar, el 23% de los *padres* estaban diagnosticados de depresión y un 12% de ansiedad.

Respecto a las *madres* el 37% habían sido diagnosticadas previamente de depresión, un 10% de un trastorno afectivo mixto (ansiedad y depresión) y un 5% de ansiedad. Por lo que se puede observar el 34% de los padres y el 52% de las madres mostraban un diagnóstico de trastorno afectivo antes de iniciar la terapia. Ninguno de los padres tenía antecedentes de ingresos psiquiátricos previos.

Respecto a las *creencias del trastorno* del hijo, un 25% de **los padres** no sabía las posibles causas del trastorno, un 20% atribuía el diagnóstico al consumo de drogas, un 15% de los padres pensaba que era un trastorno de origen orgánico, un 10% pensaba

que era debido a la personalidad del paciente, otro 10% lo atribuía a un acontecimiento traumático, un 15% pensaban que era por estrés y situaciones familiares difíciles, un 5% lo atribuían a la poca ayuda externa de la familia.

En relación a las **madres**, el 15% pensaban que el trastorno tenía un origen orgánico, un 15% atribuían su etiología a un acontecimiento traumático, el 15% pensaban que el origen era hereditario, el 15% creían que podía ser debido al estrés, un 15% de las madres no sabían el porqué del origen del trastorno, el 9% pensaban que era por la personalidad del paciente, el 9% lo atribuían al consumo de drogas y un 5% pensaban que era debido a múltiples causas.

En relación a la *posible evolución del trastorno*, el 33% de **los padres** pensaban que su hijo podía recuperarse, el 62% pensaban que podía mejorar y un 5% pensaban que su hijo era irrecuperable. Mientras que el 38% de **las madres** pensaban que su hijo podía recuperarse totalmente, un 47% pensaban que podía mejorar y un 15% veían a su hijo como irrecuperable.

En relación a *la calidad de vida*, se observa que **los padres** muestran puntuaciones dentro de la media en una calidad de vida más o menos satisfactoria, en el estado de ánimo ($M=52,4$), no obstante, se observan puntuaciones por debajo de la normalidad, considerando que no había una buena calidad de vida en los padres, en las variables: salud física ($M=45,4$), Trabajo, ($M=47$), clase ($M=33$), Tiempo libre ($M=21$) y relaciones sociales ($M=35$). Habiendo una peor calidad de vida en el tiempo libre y las relaciones sociales.

Se observa que **las madres**, muestran puntuaciones dentro de la media en la escala trabajo ($M=51,4$) teniendo una calidad de vida regular en ello. No obstante, se observan puntuaciones bajas en las escalas: salud física ($M=42,4$), estado de ánimo ($M=47,7$), clases o cursos ($M=41$), relaciones sociales ($M=40$) y tiempo libre. Teniendo una peor calidad de vida en las relaciones sociales y el tiempo libre.

4.1.5. Análisis Descriptivos de los(as) Hermanos(as)

El 45,5% de la muestra eran hombres, mientras el 54,5% eran mujeres, con una media de edad de 27,55 ($ds = 7$).

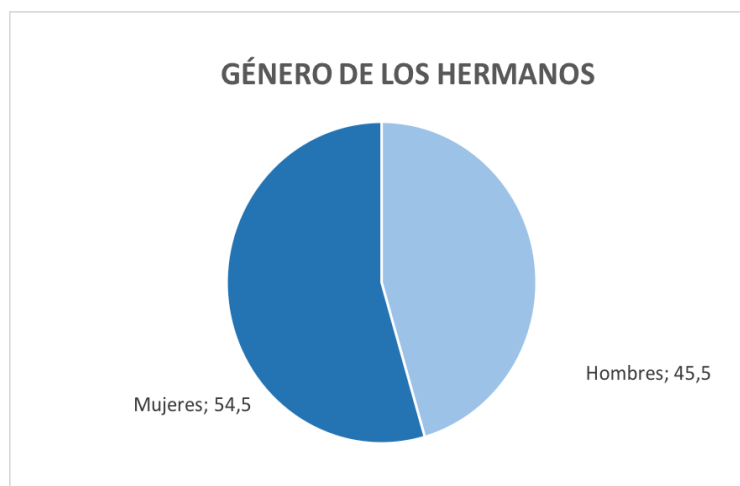


Fig. 14. Género de los(as) hermanos(as).

El 64% de los hermanos(as) eran solteros(as), el 18,2% vivían en pareja, el 9,1% estaban casados, mientras que el 9,1% tenían pareja pero no convivían con ella.

Respecto a *los estudios*, el 63,6% tenían estudios universitarios, el 27,3% habían estudiado el bachillerato, mientras el 9,1% la secundaria.

En *relación al trabajo*, el 63,6% tenían trabajo por cuenta ajena, el 9,1% por cuenta propia, el 18,2% estaban estudiando y el 9,1% estaban en paro.

El 15% de la muestra habían sido diagnosticados de depresión y un 10% de algún trastorno de ansiedad antes de iniciar la terapia familiar. El 15% de los(as) hermanos(as) habían tenido un ingreso psiquiátrico antes de iniciar la terapia familiar.

En cuanto a *al origen del trastorno del paciente*, el 55% de los(as) hermanos(as) pensaban que su familiar había desarrollado un trastorno psicótico debido a situaciones de estrés o ambientales, el 37% pensaban que era por consumo de drogas, un 8% pensaban que era de origen genético.

En relación a la *gravedad del trastorno*, el 45,5% de la muestra percibían a su hermano como levemente enfermo, mientras el 54,5% lo percibía moderadamente y marcadamente enfermo.

En relación a la *actitud del paciente hacia la medicación*, el 90% de los(as) hermanos(as) observaron una buena actitud colaborativa hacia la toma de medicación, mientras el 10% percibían que los pacientes tenían una actitud negativa y de rechazo hacia la medicación.

En relación al *grado de mejora del paciente*, el 45,5% de los(as) hermanos(as) pensaban que su familiar podía mejorar, el 45,5% creía que podía recuperarse totalmente, el 9,1% pensaban que era irrecuperable. Se observa que el 82% de la muestra de hermanos pensaban que su familiar se recuperaría del trastorno, mientras que el 18% pensaban que la enfermedad era muy grave o incurable.

En relación a las variables familiares (FACES II) los(as) hermanos(as) muestran puntuaciones ligeramente más bajas de la media en cohesión ($M=3,25$) y adaptabilidad ($M=3,15$), habiendo una configuración flexible y estructuralmente separada.

Respecto a la Calidad de vida, se observa que los hermanos muestran puntuaciones por debajo de la media, esto indica que muestran una calidad de vida regular en las escalas de salud física ($M=46,54$, $ds=7$), estado de ánimo ($M=54,4$, $ds=7$), trabajo ($M=53,5$, $ds=2,9$), clases ($M=41,6$, $ds=6$) y relaciones sociales ($M=42,5$, $ds=6$), no obstante, se muestra una peor calidad de vida en la variable tiempo libre ($M=24$, $ds=3,08$).

4.2. VARIABLES FAMILIARES DEL GRUPO EN TRATAMIENTO

En relación a las variables familiares, las variables de la estructura familiar basadas en las puntuaciones del FACES II de *cohesión y adaptabilidad familiar*, **Los padres** muestran puntuaciones de cohesión ($M=3,56$) dentro de la media y adaptabilidad ($M=3,56$) ligeramente alta, teniendo características de una familia flexible y conectada. En la misma línea, **las madres** muestran puntuaciones ligeramente más altas de la media en cohesión ($M=3,69$) y adaptabilidad ($M=3,47$) familiar, teniendo una configuración familiar flexible y estructuralmente conectado.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre padres y madres, en la variable cohesión ($t=-1,00$, $p>0,05$) ni en la variable adaptabilidad ($t=0,5$, $p>0,05$). La descripción de las familias tanto en padres como en las madres, son familias con una estructura equilibrada.

En relación a *las variables de clima familiar* (PBI y IRQ) en la interpretación cruzada se observa que las madres tienen cuidados hacia el paciente, ligeramente bajos ($M=20,62$) y en la variable protección (PBI Protección $M=12,66$), se observa una protección media respecto al hijo. Esta configuración generaría un vínculo débil con respecto al paciente. No obstante, se observa una actitud tendiente a la crítica alta respecto a los pacientes (IRQ $M=18$).

Los padres, muestran puntuaciones medias en la variable cuidados ($M=22,2$) y se observan puntuaciones bajas en la variable protección ($M=9,4$). Lo que definiría un tipo de vínculo ausente y débil. Se observa una actitud crítica de los padres (IRQ $M=19,5$) hacia los pacientes.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable protección ($t=2,08$, $p=0,05$) siendo las madres significativamente más sobreprotectoras que los padres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el cuidado.

Las siguientes son variables cualitativas y descriptivas. Estas variables familiares son fruto de la observación de las tres sesiones de terapia en el pre-tratamiento y el vaciado en una Check List.

Relación de la pareja de Padres

El 47,6% de las parejas de padres de padres tenían una relación simétrica. De ese porcentaje, el 30% mostraba hybris simétrica y el 17,6% mostraba una simetría abierta y/o encubierta. El 42,6% de las parejas tenían una relación complementaria rígida. Únicamente un 9,8% de las parejas tenían una relación equilibrada.

Conflicto Padres

Se observó que un 60% de los padres **mostraban conflicto** permanente, creando un ambiente hostil y un 40% de las parejas mostraban conflicto encubierto y evitaban la confrontación.

Triangulación

El 95,5% de los pacientes tratados tenía la percepción subjetiva de ser **triangulados**. De éstos datos, el 50% se sentían triangulados en medio de los padres y un 45,5% se sentían en medio de los padres y hermanos.

El 4,5% de los pacientes no estaban triangulados.

Desconfirmación

En relación a la **desconfirmación**, el 91,3% de los pacientes tenían la sensación de ser desconfirmados.

En relación a las características de la triangulación desconfirmadora, un 37,5% de las familias mostró los rasgos de una pareja parental bloqueada y la figura de un hermano prestigioso. En un 31,3% sólo existía la pareja parental bloqueada y en un 31,2% sólo existía la figura del hermano prestigioso.

Se puede observar que en el 68,8% de los casos había dificultades conyugales claras antes de iniciar la terapia familiar.

En relación a los **valores y creencias desconfirmadoras**, se encontró que un 70% de las familias mostraron valores y creencias desconfirmadoras intensas. El 21% de los familiares tenían pocas creencias desconfirmadoras y en un 9% no había este tipo de creencias.

El tipo de creencias desconfirmadoras que se describen, son creencias que los padres tenían acerca de los pacientes identificados. El 41% de los padres pensaba que su hijo era imprevisible, un 18% pensaba que su hijo nunca acababa las cosas que empezaba, el 16% que su hijo era mentiroso, un 15% de padres creía que su hijo era tonto, el 10% de los padres pensaba que su hijo era miedoso, y únicamente un 9% realizaba un comentario empático y positivo considerando que su hijo sufría.

Los **rituales desconfirmadores** el 60% de los rituales eran excluyentes y un 40% constrictivos.

4.3. VARIABLES CUALITATIVAS DE LA ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIAR

Los pacientes y los familiares del grupo en Tratamiento contestaron a un cuestionario descriptivo, realizado por el equipo clínico de terapeutas familiares en el Hospital de Sant Pau, con el objetivo de obtener datos descriptivos sobre las familias con una finalidad clínica y terapéutica.

Este cuestionario no está validado, pero se encontró un alfa de cronbach de 0,70, habiendo una buena confiabilidad.

A continuación se describe cada una de las preguntas que contiene elementos descriptivos de la organización y estructura de la familia, desde la percepción de los pacientes, madres, padres y hermanos.

A la pregunta **¿De qué miembro de la familia te sientes más cercano actualmente?**

El 42% de **los pacientes** se sienten a la misma distancia de su madre y padre, el 28,7% más cerca de la madre, el 23,8% más cerca de su padre y el 4,76% no se sentían cerca de nadie.

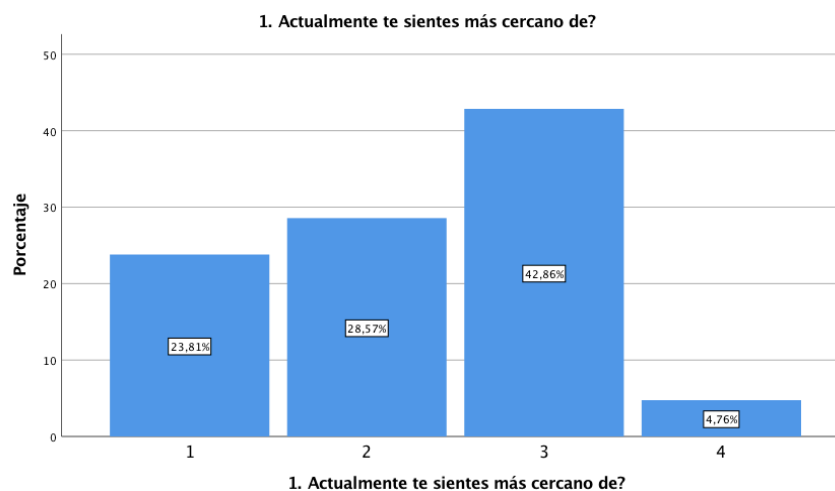


Fig. 15. Cercanía familiar del Paciente.

El 50% de **las madres** pensaban que sus hijos estaban más cercanos a ellas, mientras el otro 50% pensaba que estaban a igual distancia de la madre que del padre.

El 41% de **los padres** pensaban que los pacientes estaban igual de cerca de la madre y del padre. El 20,5% pensaba que estaba más cerca de la madre y otro 20,5% pensaban que estaba más cerca del padre.

Un 50% de **los hermanos** percibían que el paciente estaba a igual distancia del padre que de la madre. Mientras que el otro 50% pensaban que los pacientes no estaban cerca de ninguno de los padres.

Se observa que todos los miembros de la familia, perciben al paciente con la misma cercanía emocional de los padres y las madres.

A la pregunta **¿Sientes que tus hermanos ocupan o han ocupado un lugar de más prestigio que tú?**

El 52,4% de **los pacientes** piensan que nadie ocupa un lugar de más prestigio que ellos, el 38,1% dice que sus hermanos tienen un lugar de mayor prestigio y el 9,5% no lo saben. Se observa que los **pacientes** se perciben como la figura de más prestigio en la fratría (véase Figura 16).

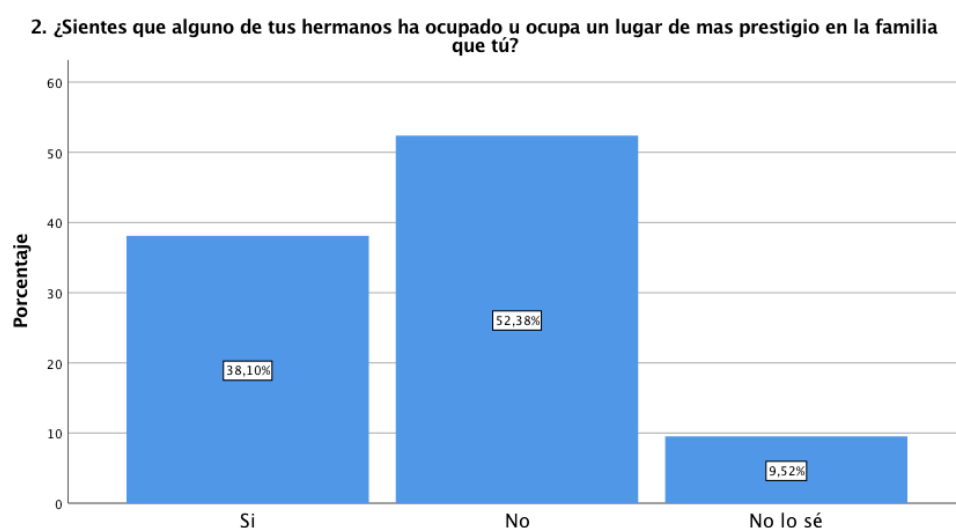


Fig. 16. Lugar de prestigio en la familia. Pacientes.

Las **madres** opinan en un 84,2% que nadie ocupa un lugar de mayor prestigio que el paciente, el 10,5% piensa que si hay otras personas de más prestigio y el 5,3% no lo sabe. Las madres piensan que no hay ningún otro hermano que tenga una posición de mayor prestigio que el paciente (véase Figura 17).

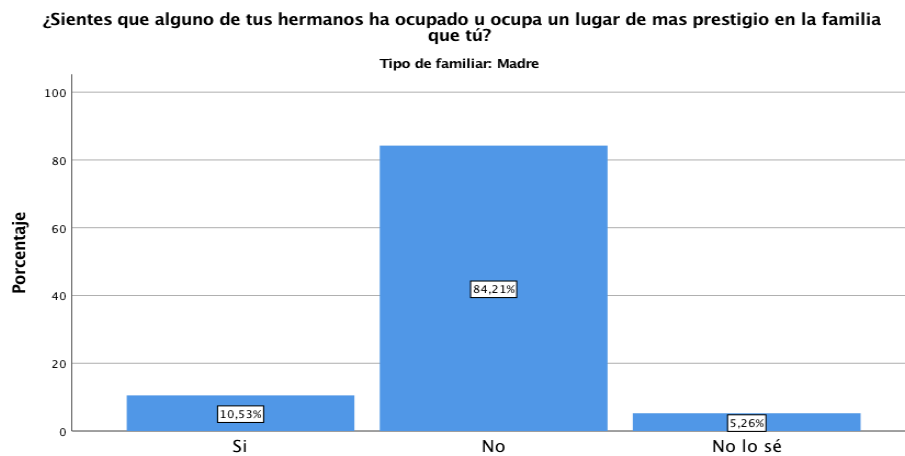


Fig. 17. Percepción de prestigio familiar de la Madre.

El 84,2% de **los padres** piensan que la persona que ocupa más prestigio de la fratría es el paciente, el 10,5% no lo sabe y el 5,3% dice que hay otros miembros de la fratría con más prestigio. Desde la visión del padre, no hay ningún otro hermano que tenga una posición de mayor prestigio que el paciente.

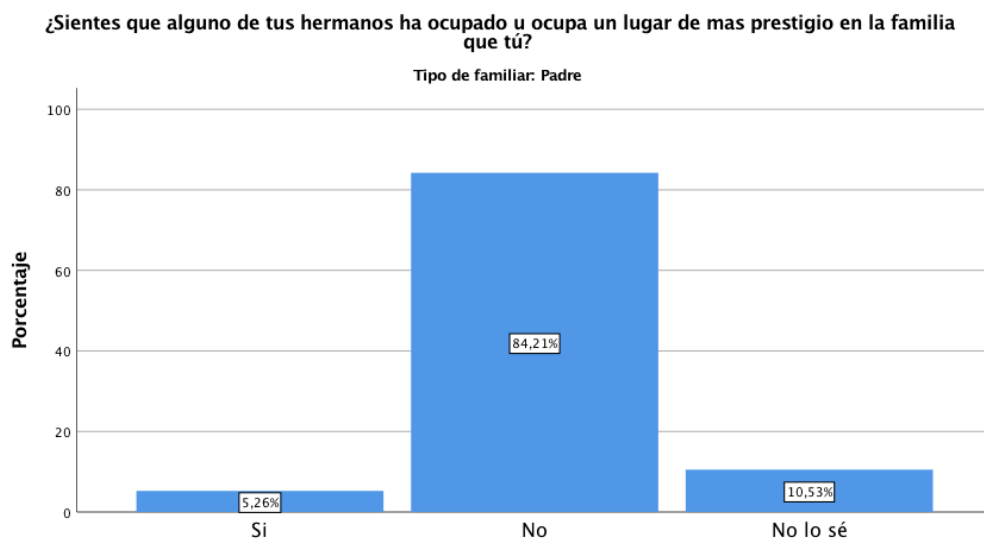


Fig. 18. Lugar de Prestigio Familiar. Padre.

El 81,8% de **los hermanos** piensa que son ellos los que ocupan un lugar de más prestigio en la familia, mientras que el 18,2% cree que son los pacientes.

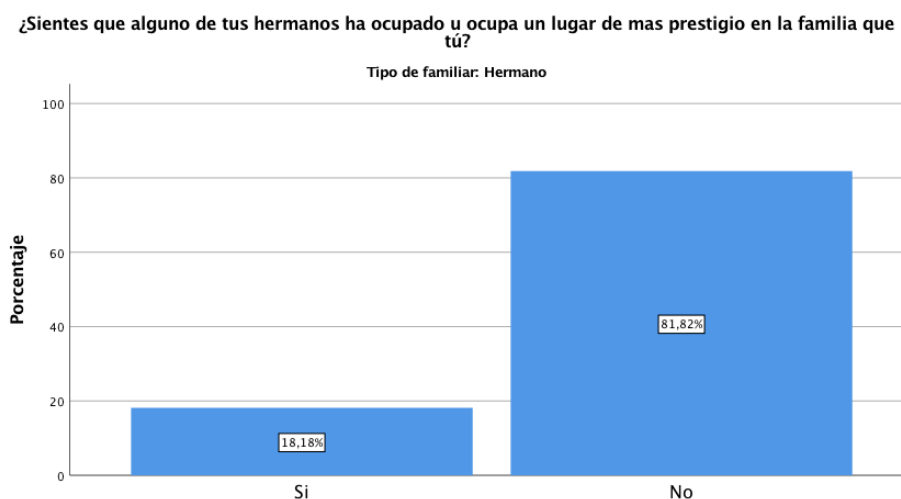


Fig. 19. Percepción de los hermanos sobre la Figura de más prestigio familiar.

Se observa que tanto los pacientes como los padres, perciben que los pacientes ocupan un lugar de mucho prestigio familiar. Sin embargo, los hermanos perciben que son ellos las figura de más prestigio dentro de la fratría.

A la pregunta **¿Han existido o existe algún miembro de tu familia extensa (abuelos, tíos, primos) que haya influido positiva o negativamente en tu vida?**

El 61,9% de **los pacientes** piensa que sí que hubo alguna figura de la familia extensa que ha influido positiva o negativamente en su vida, el 33,3% piensan que no y el 4,75% no lo saben. Se observa que hay un porcentaje alto de influencia de la familia extensa en la vida del paciente (véase Figura 20).

3. ¿Ha existido o existe algún miembro en tu familia extensa(abuelos, tios, primos) que hayan influido positiva o negativamente en tu vida?

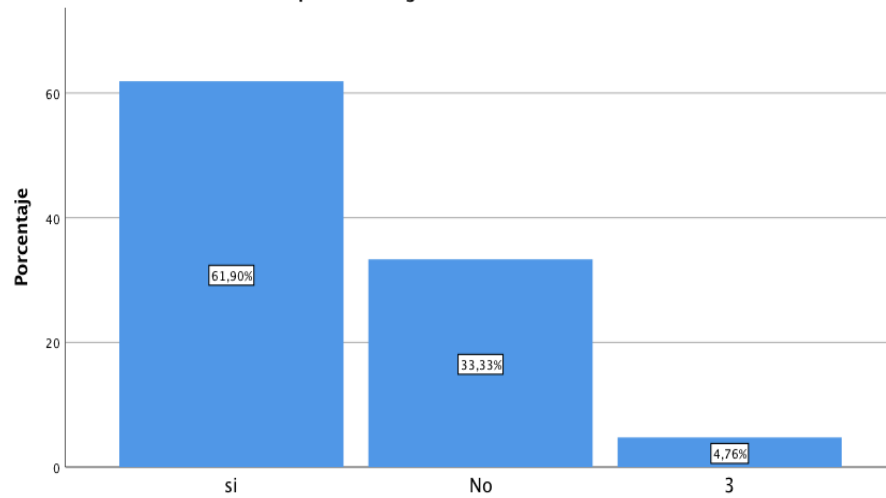


Fig. 20. Influencia de la familia Extensa desde la percepción del Paciente.

El 42,1% de **las madres** piensan que sí ha habido influencia de la familia extensa en los pacientes, el 36,8% piensan que no y el 21,1% no lo saben.

¿Ha existido o existe algún miembro en tu familia extensa(abuelos, tios, primos) que hayan influido positiva o negativamente en tu vida?

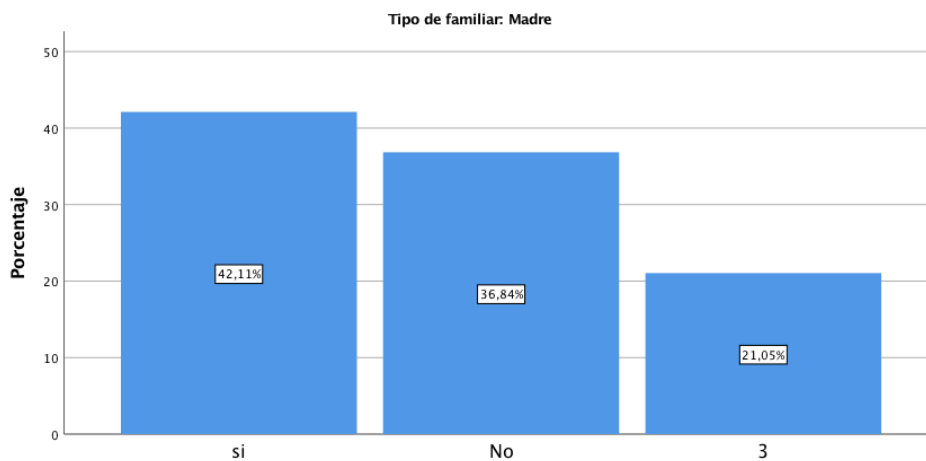


Fig. 21. Influencia de la familia Extensa desde la Percepción de la Madre.

El 36,8% de **los padres** piensan que ha habido influencia de la familia extensa en la vida del paciente, el 42,1% piensan que no habido una influencia de la familia extensa y el 21,1% no lo sabe.

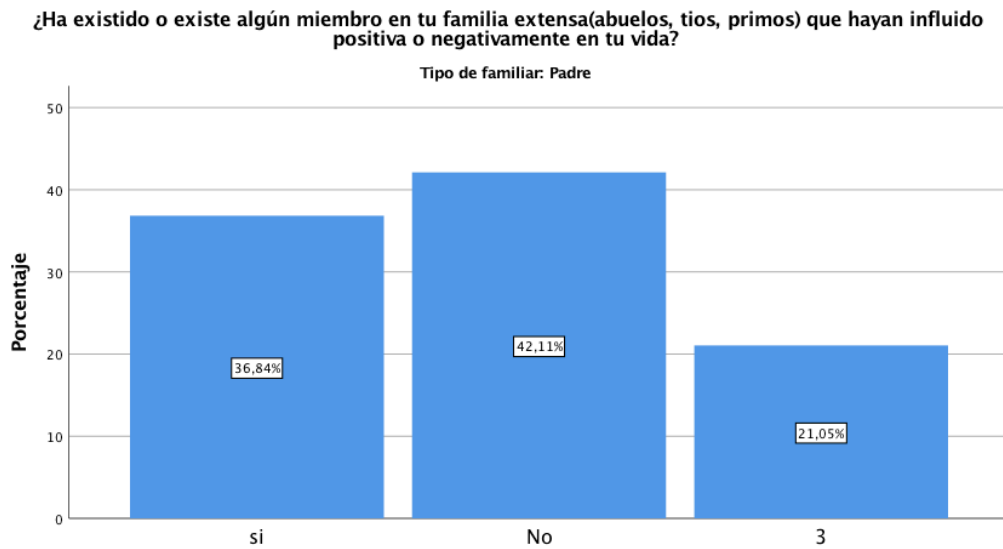


Fig. 22. Influencia de la familia Extensa desde la Percepción del Padre.

El 36,4% de **los hermanos** piensa que si ha habido una influencia de la familia extensa en la vida del paciente, el 27,3% piensan que no ha habido tal influencia y el 36,4% no lo sabe.

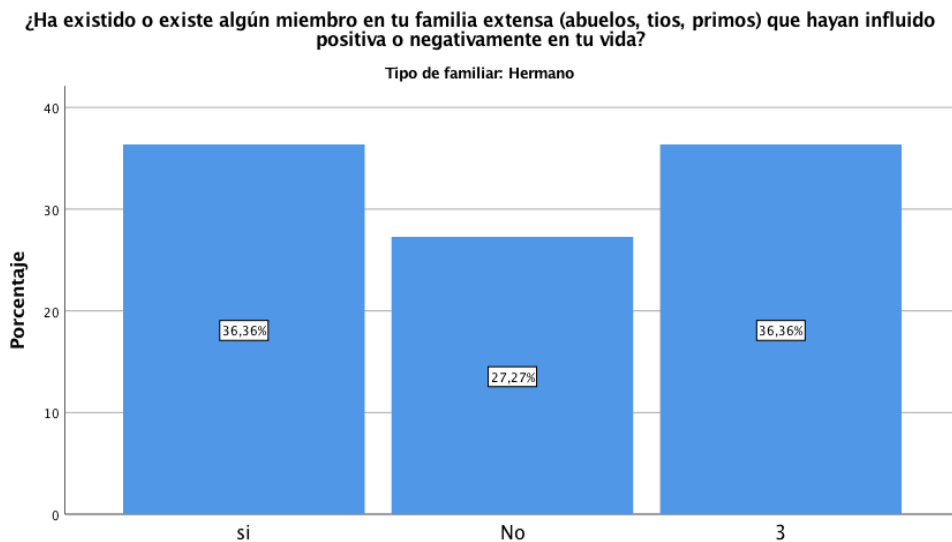


Fig. 23. Influencia de la familia Extensa desde la Percepción de los hermanos.

Se observa que los padres, pacientes y hermanos tienen una percepción de influencia de la familia extensa en la vida de los pacientes.

A la pregunta, **Fuera de tu familia, ¿ha existido o existe alguna persona importante que haya influido positiva o negativamente en tu vida?**

En la figura 24 se observa que un 66,7% de **los pacientes** piensan que ha habido alguna persona fuera de la familia de origen y la familia extensa que ha influido positiva o negativamente en su vida.

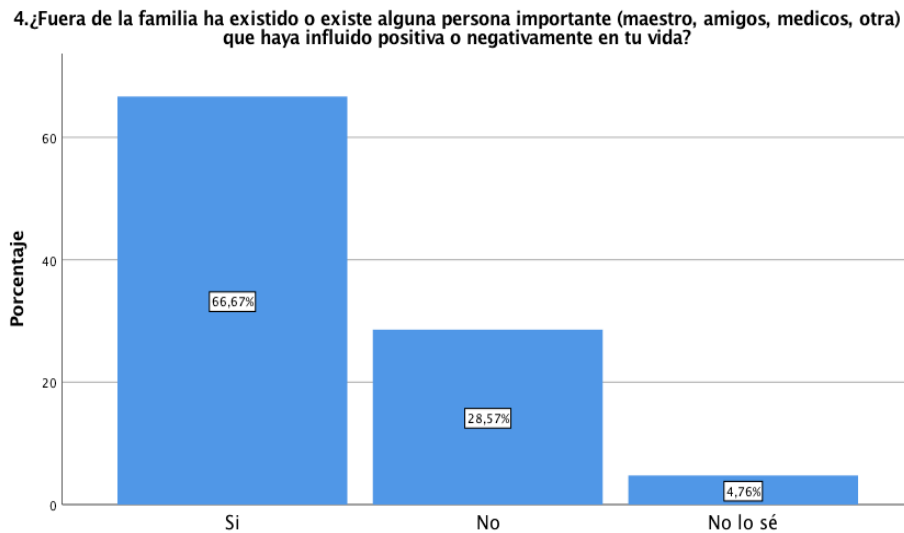


Fig. 24. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción del Paciente.

El 52,6% de **las madres** piensan que ha habido alguna persona importante fuera de la familia que influyera positiva o negativamente en el paciente.

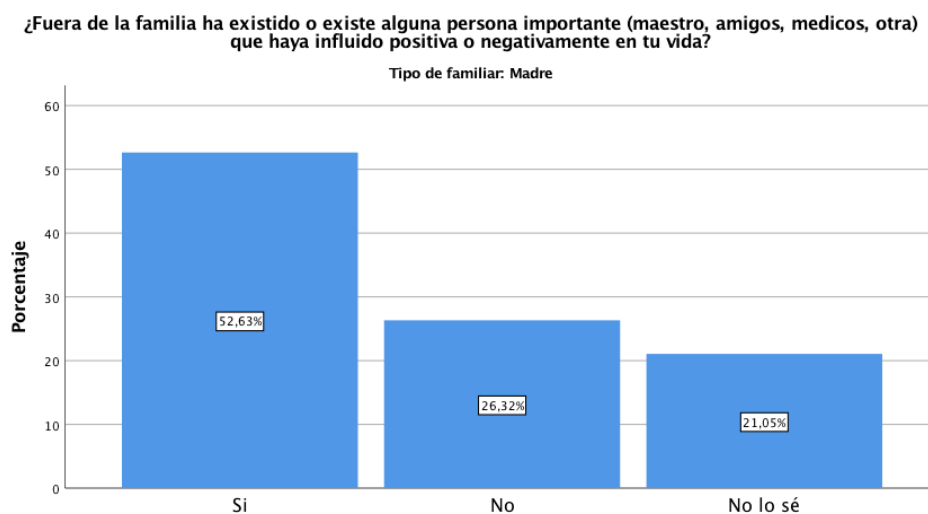


Fig. 25. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción de la Madre.

El 57,9% de los **padres** piensan que ha habido alguna persona importante fuera de la familia que influyera positiva o negativamente en el paciente.

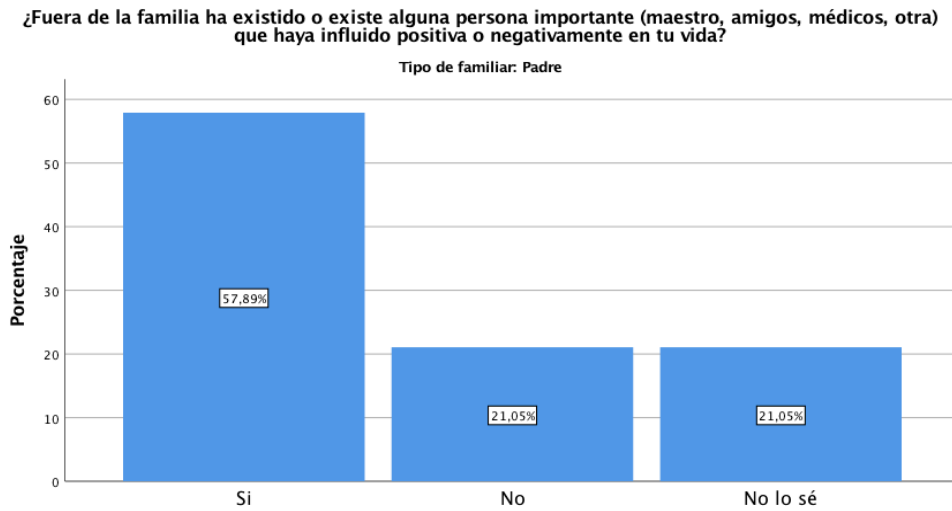


Fig. 26. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción de los Padres.

El 45,5% de los **hermanos** piensan que ha habido alguna persona importante fuera de la familia que influyera positiva o negativamente en el paciente y el 54,5% no lo sabe.

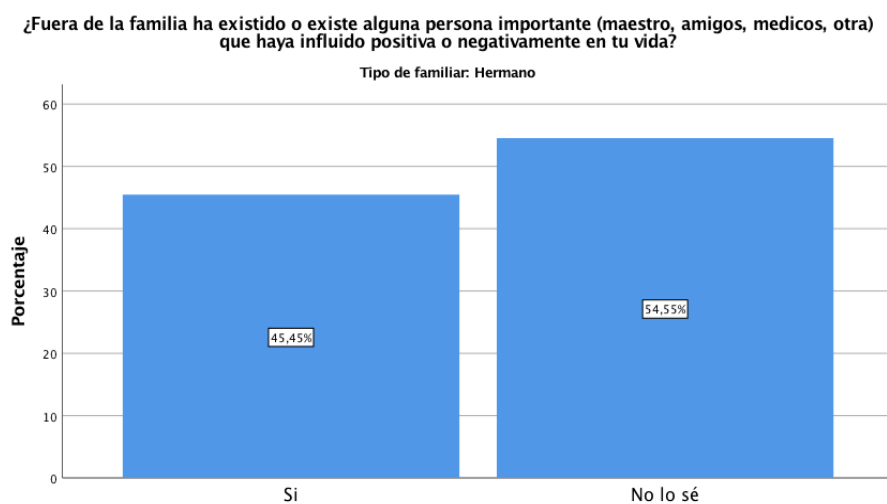


Fig. 27. Influencia de otras personas significativas desde la Percepción de los (as) hermanos (as).

Se observa que los miembros de la familia han tenido la percepción de influencia, de alguna persona significativa fuera del ámbito familiar, en la vida del paciente.

¿Distintas ramas de tu familia extensa (tíos, primos, abuelos) viven muy cerca (en el mismo edificio, calle o urbanización) y se ven a menudo?

El 75% de **los pacientes** contestan que no tienen a la familia extensa cerca (véase Figura 28).

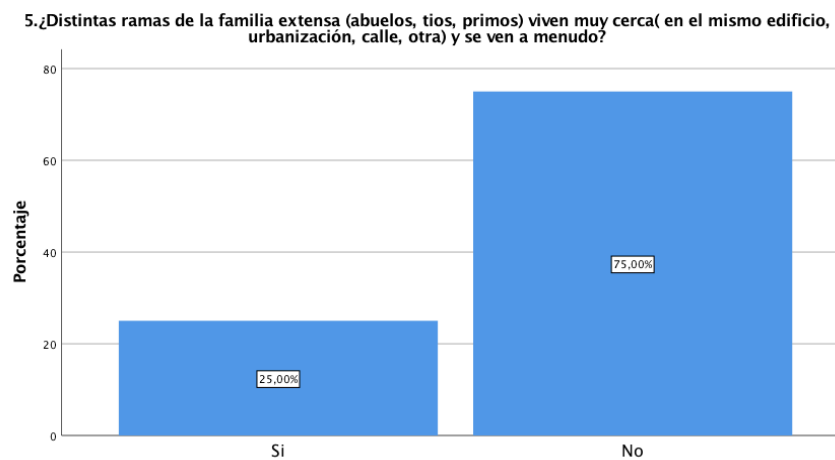


Fig. 28. Vivienda de la familia Extensa. Percepción del Paciente.

El 68,4% de **las madres** dicen que no viven cerca de la familia extensa, el 31,6% de las madres dicen que si viven cerca de la familia extensa.

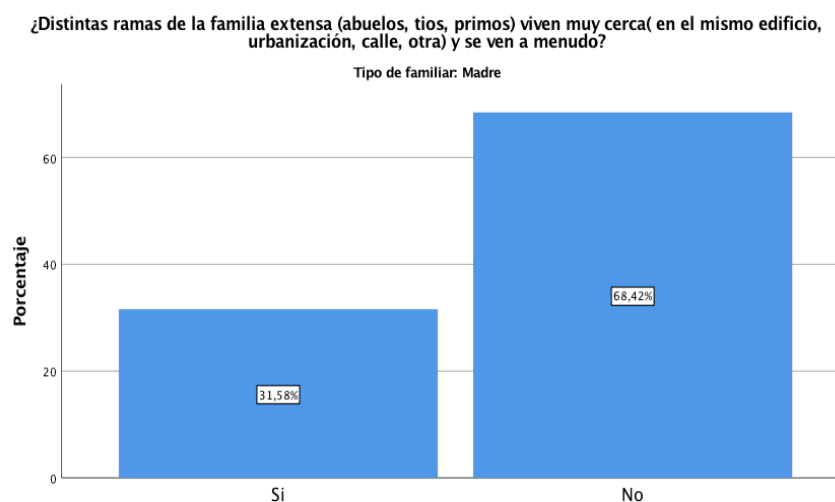


Fig. 29. Vivienda de la familia Extensa. Percepción de las Madres.

El 47,4% de **los padres** refiere vivir cerca de la familia extensa, mientras que el 52,6% no viven cerca de la familia.

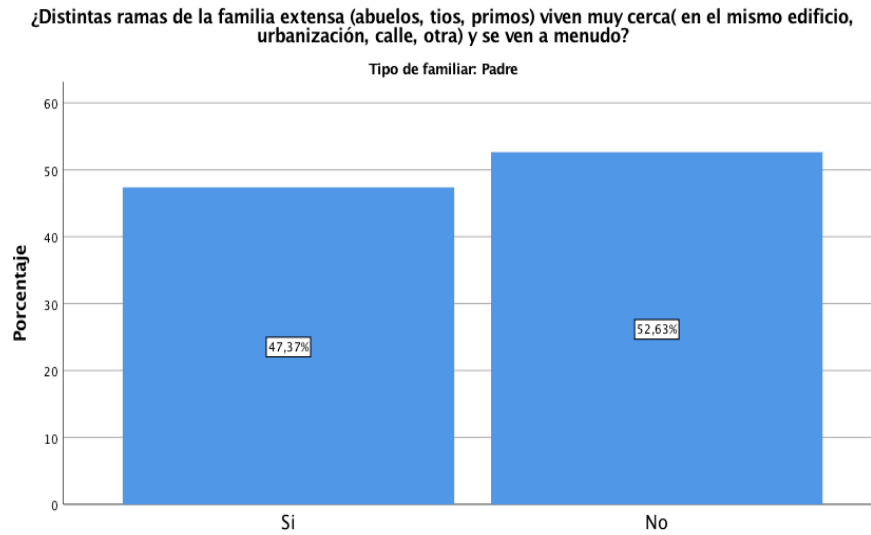


Fig. 30. Vivienda de la familia Extensa. Percepción de los Padres.

El 45,5% de **los hermanos** afirma vivir cerca de la familia extensa, mientras que el 54,5% no viven cerca de sus familias extensas.

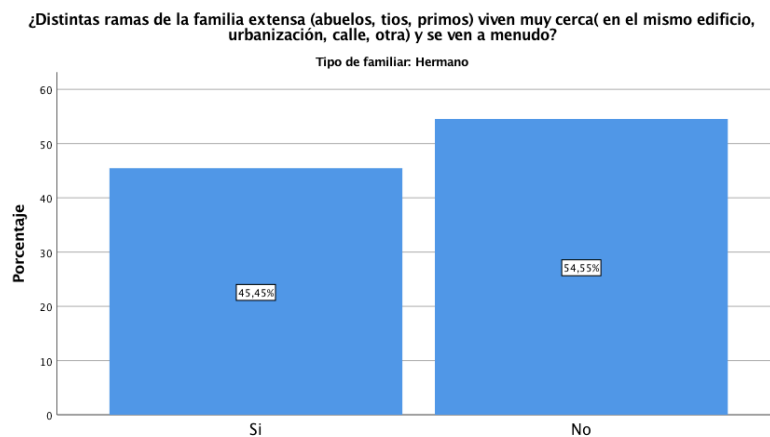


Fig. 31. Vivienda de la familia Extensa. Percepción de los(as) hermanos(as).

Se observa que la mayor parte de la muestra no viven cerca de la familia extensa. Excepto los padres quienes tienen a la familia extensa más cerca geográficamente.

A la pregunta **¿Realizáis actividades juntos en familia?**

El 36,8% de **los pacientes** dice que no, el 31,6% dice que algunas veces, el 26,3% dice que sí, el 5,3% dice que casi nunca. Se observa que hay poca frecuencia de actividades en familia.

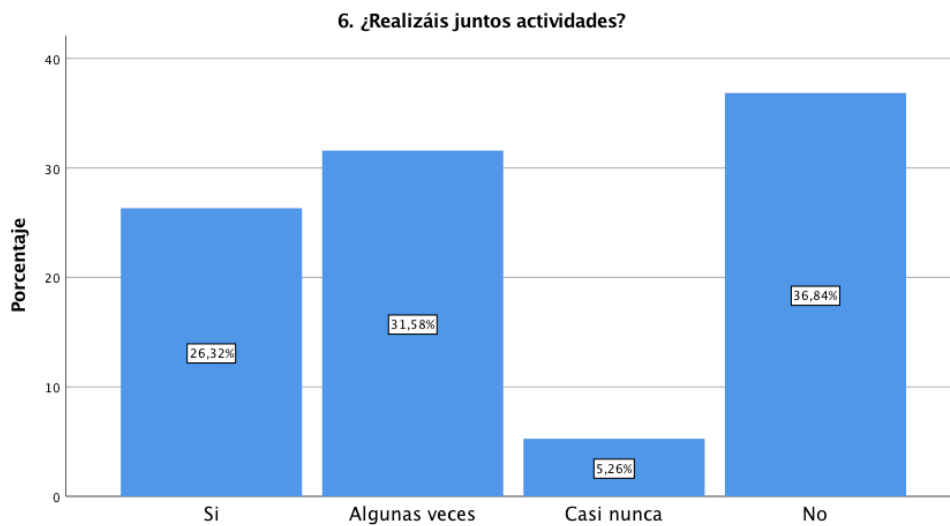


Fig. 32. Actividades en Familia. Pacientes.

El 74% de las **madres** dicen realizar actividades en familia algunas veces y frecuentemente.

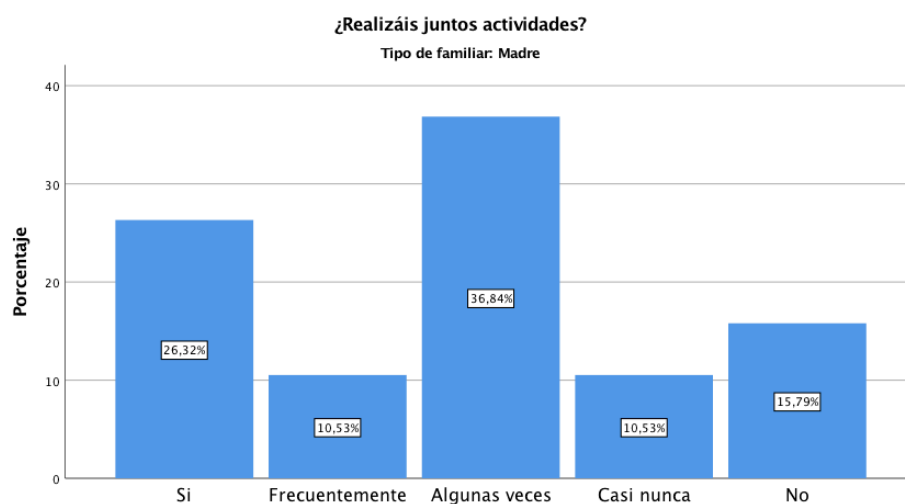


Fig. 33. Actividades en Familia. Madres.

El 84% de **los padres** afirma que toda la familia realizan actividades juntos.

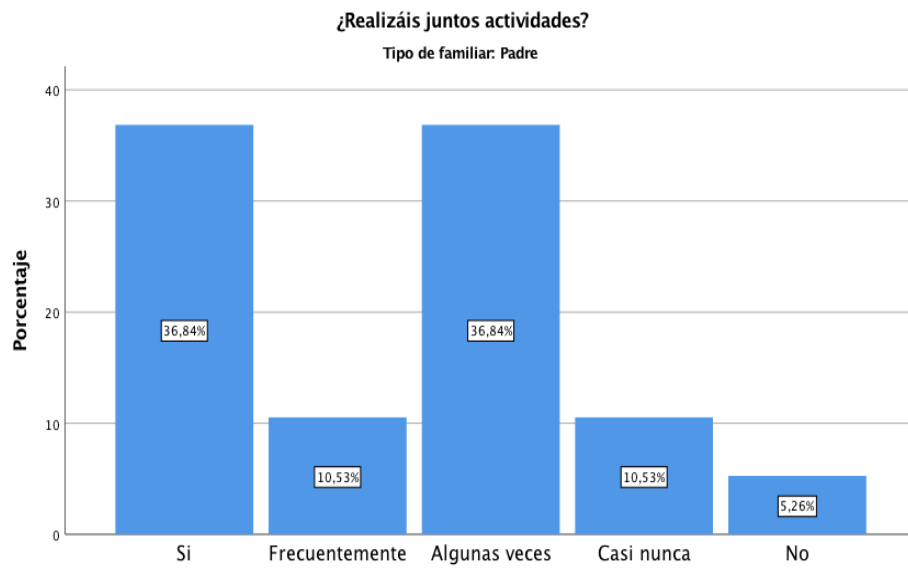


Fig. 34. Actividades en Familia. Padres.

Mientras que el 90,9% de **los hermanos** refiere que realizan actividades con su familia algunas veces.



Fig. 35. Actividades en Familia. Hermanos.

Se observa que todos los miembros de la familia realizan actividades juntos.

En la pregunta **¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia?**

Los **pacientes** dicen que en un 35% hacen cosas separados, el 30% hacen cosas juntos, y un 35% hacen cosas tanto juntos como separados.

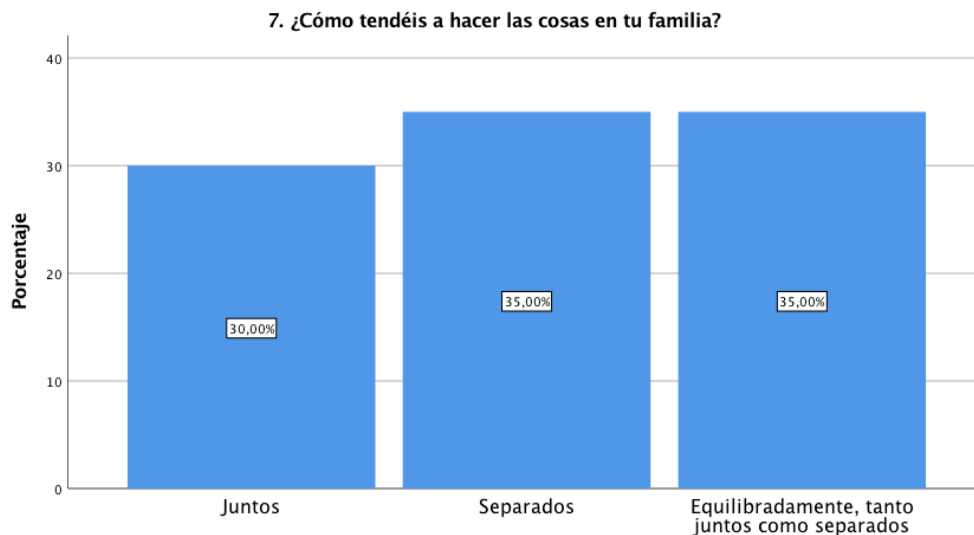


Fig. 36. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Pacientes.

El 63,2% de **las madres** afirma que realizan las cosas equilibradamente en familia tanto juntos como separados, el 21,1% piensan que hacen las cosas separados y el 15,8% juntos.

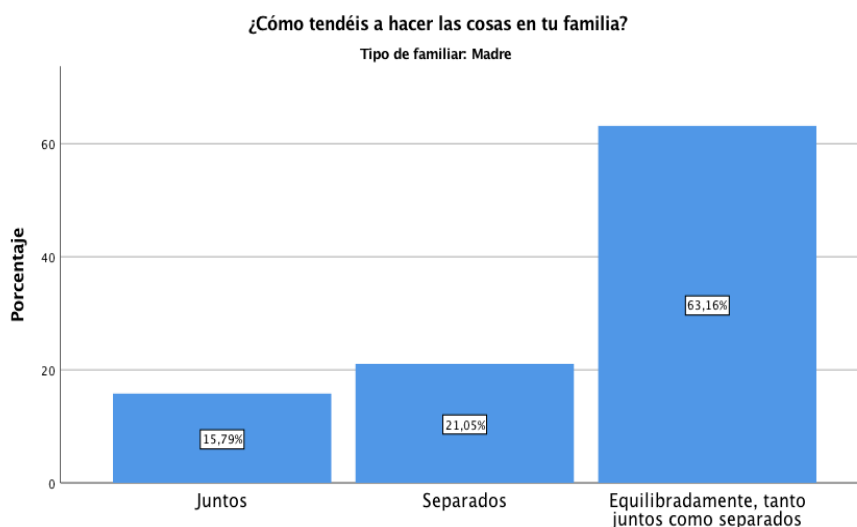


Fig. 37. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Madres.

El 52,6% de **los padres** piensan que hacen las cosas en familia de forma equilibrada tanto juntos como separados, el 31,6% de los padres piensa que hacen las cosas juntos y el 15,8% opina que separados.

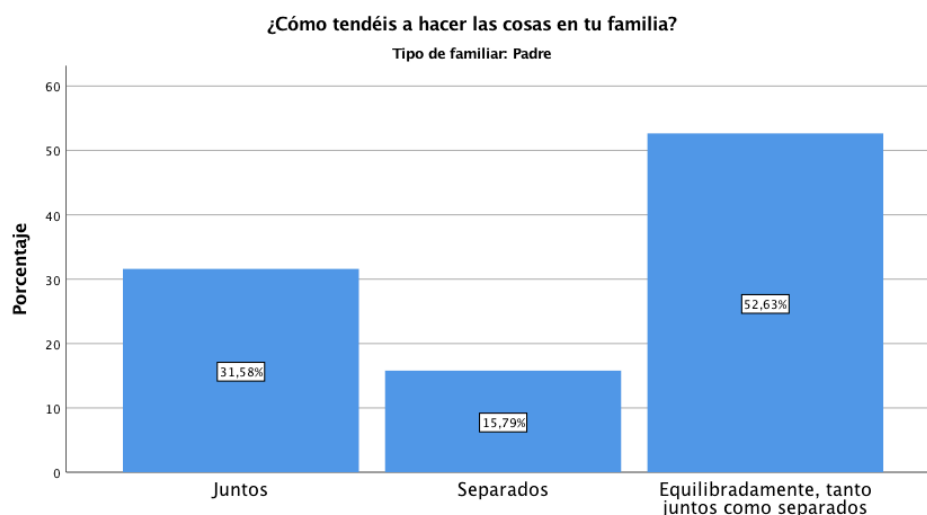


Fig. 38. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Padres.

El 80% de **los hermanos** opinan que hacen las cosas en familia de forma equilibrada tanto juntos como separados, el 20% opinan que hacen las cosas separados.

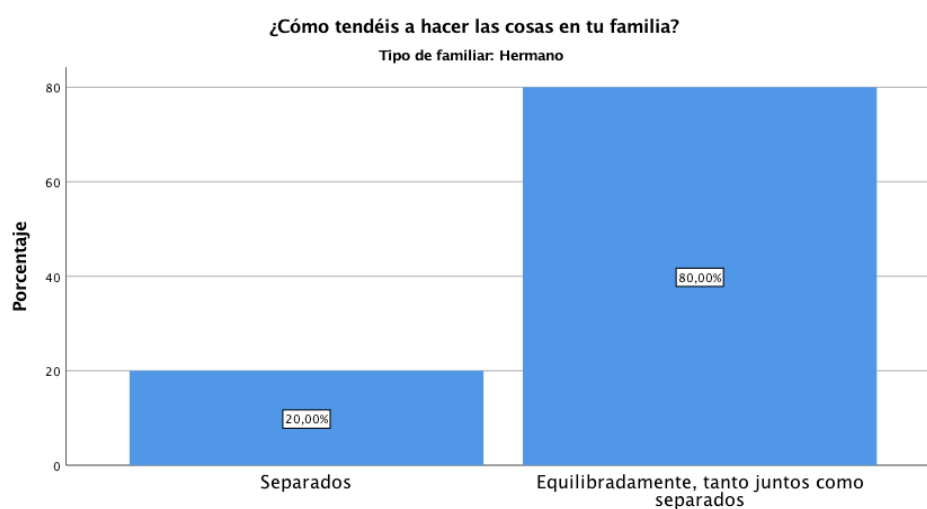


Fig. 39. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Hermanos.

Se puede observar que todos los miembros de la familia, afirman realizar cosas tanto juntos como separados.

A la pregunta **¿Sientes que en tu familia existen dificultades para adaptarse a los cambios?**

El 30% de **los pacientes** dice que no es difícil adaptarse a los cambios, el 30% no lo sabe, el 25% dice que sí incluso en circunstancias extremas, el 10% dice que si es difícil adaptarse a los cambios con resistencias, y el 5% afirma que sí es difícil adaptarse a los cambios con tendencia al conformismo.

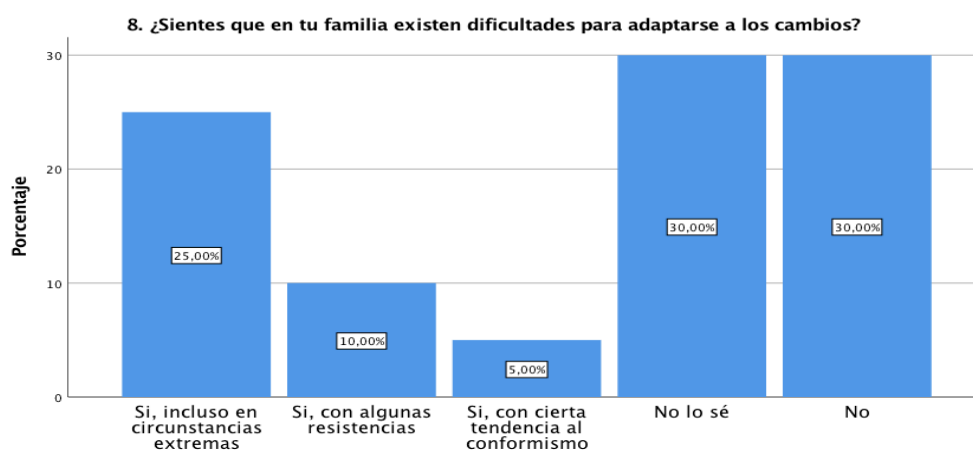


Fig. 40. Adaptación a los cambios. Pacientes.

El 31,6% de **las madres** piensa que hay dificultades de la familia para adaptarse a los cambios con algunas resistencias, el 31,6% creen que hay dificultades a los cambios con tendencia al conformismo, el 10,5% piensa que hay dificultades en los cambios incluso en las situaciones extremas, el 10,5% no lo sabe y el 15,8% piensa que no hay dificultades ante los cambios.

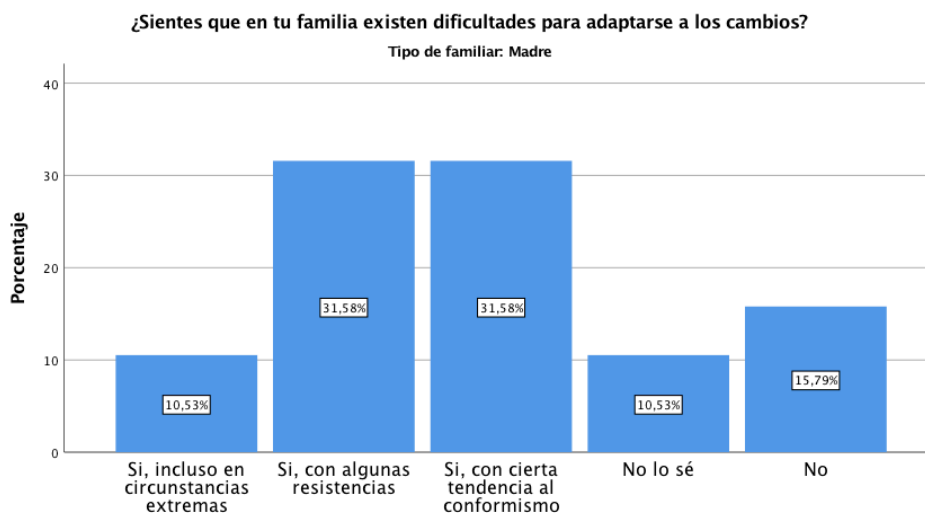


Fig. 41. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Madres.

El 31,6% de **los padres** no saben si hay dificultades para adaptarse a los cambios, el 26,3% afirma que hay dificultades con tendencia al conformismo, el 15,8% afirman no tener dificultades, mientras que un 15,8% afirma tener dificultades a los cambios como familia con algunas resistencias, el 10,5% piensan que tienen dificultades en los cambios aún en situaciones extremas.

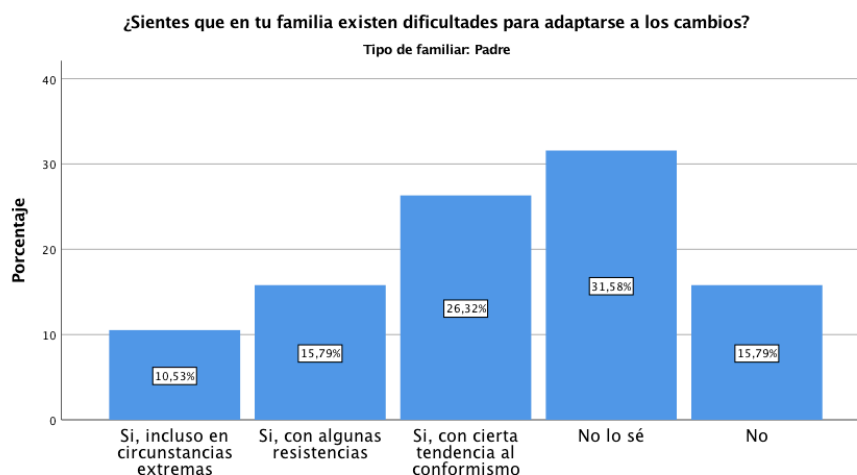


Fig. 42. ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Padres.

El 36,4% de **los hermanos** no saben si su familia muestra dificultades para adaptarse a los cambios, el 27,3% afirman tener dificultades con tendencia al conformismo, el 18,2% refieren no tener dificultades ante los cambios, el 9,1% afirman que si hay dificultades en los cambios aún en circunstancias extremas, mientras que un 9,1% piensan que hay dificultades a los cambios con algunas resistencias.

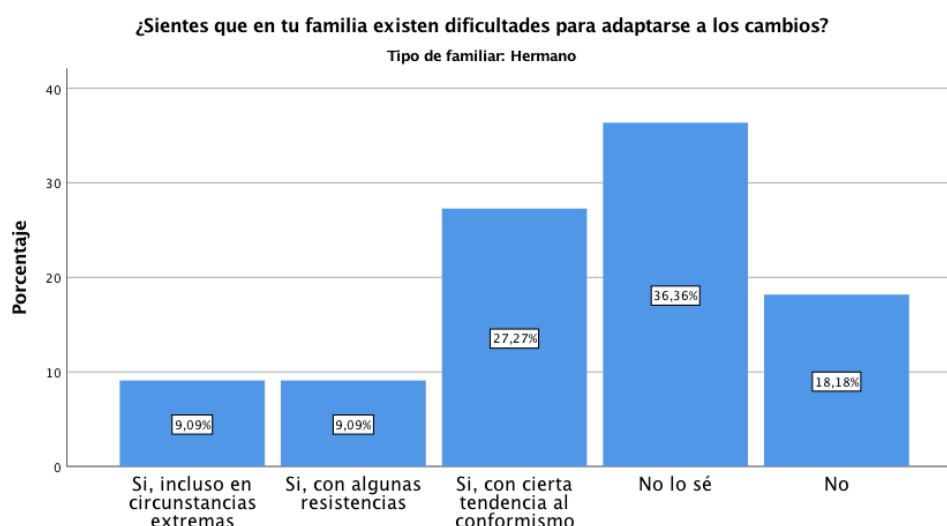


Fig. 43 . ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia? Hermanos

Se observa que los pacientes y las madres perciben dificultades en la familia para adaptarse a los cambios. Los padres y hermanos, no saben si existen las dificultades y perciben cierta tendencia a tener dificultades en la adaptación a los cambios con tendencia al conformismo.

En la pregunta ¿Sientes que en tu familia existen cambios constantes y una tendencia a la inestabilidad?

El 45% de **los pacientes** afirma que si hay cierta tendencia a la inestabilidad, el 45% piensan que no existe una tendencia a la inestabilidad y el 10% opinan que si hay cambios frecuentes. El 50% de **las madres** piensan que hay tendencia a la inestabilidad.

El 63,2% de **los padres** piensan que si hay cierta tendencia a la inestabilidad familiar, el 36,8% opinan que no existe tendencia a la inestabilidad.

El 90,9% de **los hermanos** piensan que no existe tendencia a la estabilidad en la familia, mientras que el 9,1% opinan que si hay cambios frecuentes.

Se puede observar que los pacientes, las madres y los padres, si perciben una tendencia a la inestabilidad familiar y cambios constantes. Sin embargo, los hermanos no perciben esta tendencia a la inestabilidad.

A la pregunta **entre tus padres, ¿Hay uno que toma las decisiones importantes y otro que obedece?**

El 47,6% de **los pacientes** dice que uno de los padres toma decisiones importantes y el otro obedece, el 28,6% dice que no y el 23,8% dice que ambos padres deciden. Se observa una mayor frecuencia en el estilo de que hay un padre que toma más las decisiones que el otro.

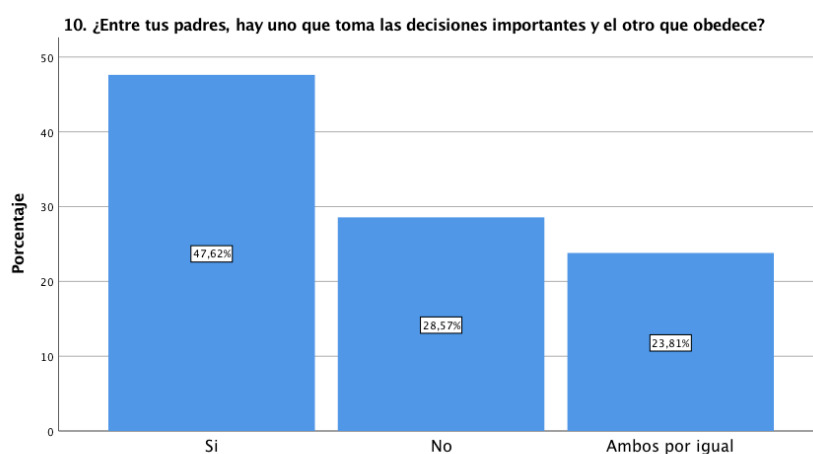


Fig. 44. Toma de decisiones importantes entre los padres. Pacientes.

El 68,4% de **las madres** piensan que ambos padres deciden cosas importantes por igual ,el 26,3% opinan que no deciden por igual , y el 15,3% piensan que uno de los dos toma decisiones importantes mientras el otro asume.



Fig. 45. Toma de decisiones entre los padres. Madres.

El 63,24% de **los padres** opinan que ambos padres deciden por igual en las decisiones importantes.

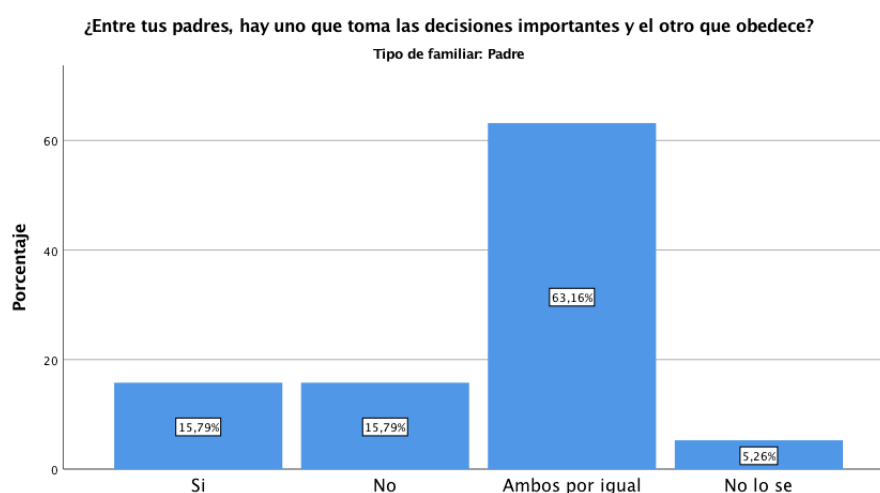


Fig. 46. Toma de decisiones entre los padres. Padres.

El 54,5% de **los hermanos** opinan que ambos padres toman decisiones importantes por igual, mientras que el 27,3% opinan que un padre decide más que el otro.

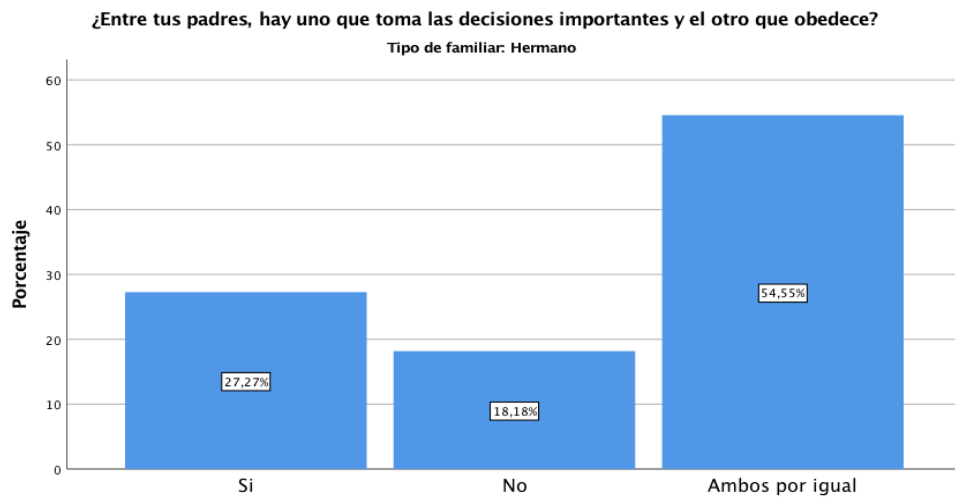


Fig. 47. Toma de decisiones entre los padres. Hermanos.

Se observa que los padres, las madres y los hermanos perciben que la toma de decisiones importantes entre los padres es equilibrada. Sin embargo, los pacientes perciben que hay un padre que toma más las decisiones que el otro.

En la pregunta ,Cuando han de tomar decisiones juntos tus padres, ¿como los percibes?

El 50% de **los pacientes** piensa que les cuesta trabajo tomar decisiones a sus padres, no hay discusiones pero el ambiente es tenso, el 30% no les cuesta trabajo tomar decisiones y a un 20% les cuesta mucho y discuten. Se observa un 70% de los padres con tensión en la toma de decisiones.

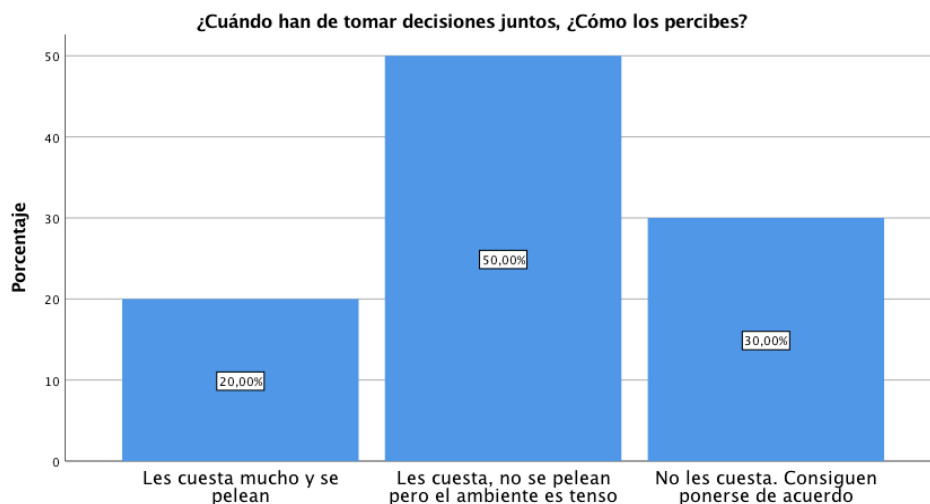


Fig. 48.. Toma de decisiones de los padres. Pacientes.

El 47,4% de **las madres** piensa que les cuesta tomar decisiones como pareja de padres en conjunto, no hay peleas, pero el ambiente es tenso; el 36,8% opinan que no les cuesta y consiguen ponerse de acuerdo; el 15,8% de las madres opinan que se pelean mucho y les cuesta mucho tomar decisiones en conjunto con su pareja. Podemos observar que el 68% de las madres piensan que es difícil tomar decisiones como pareja de padres y hay discusiones.

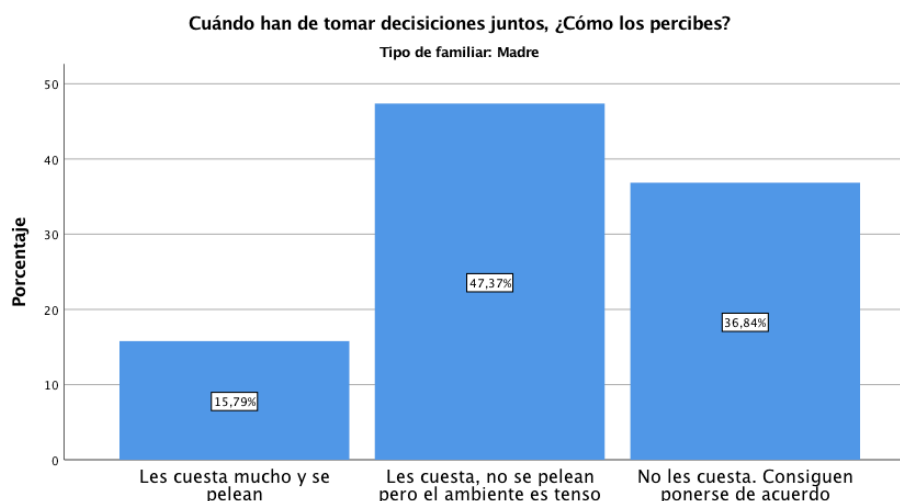


Fig. 49. Toma de decisiones de los padres. Madres.

El 52,6% de **los padres** piensan que no les cuesta tomar decisiones en conjunto con las madres y consiguen ponerse de acuerdo; el 36,8% les cuesta, pero no se pelean aunque el ambiente es tenso; el 10,5% de los padres piensa que les cuesta mucho y se pelean.

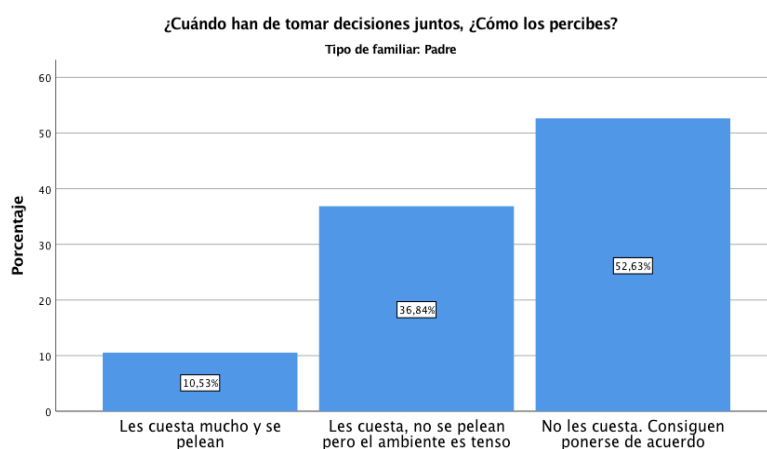


Fig. 50. Toma de decisiones de los padres. Padres.

El 60% de **los hermanos** afirman que les cuesta tomar decisiones a los padres, pero no se pelean aunque el ambiente es tenso; el 20% afirma que les cuesta mucho tomar decisiones juntos y hay discusiones; mientras que un 20% afirman que no les cuesta y consiguen ponerse de acuerdo.

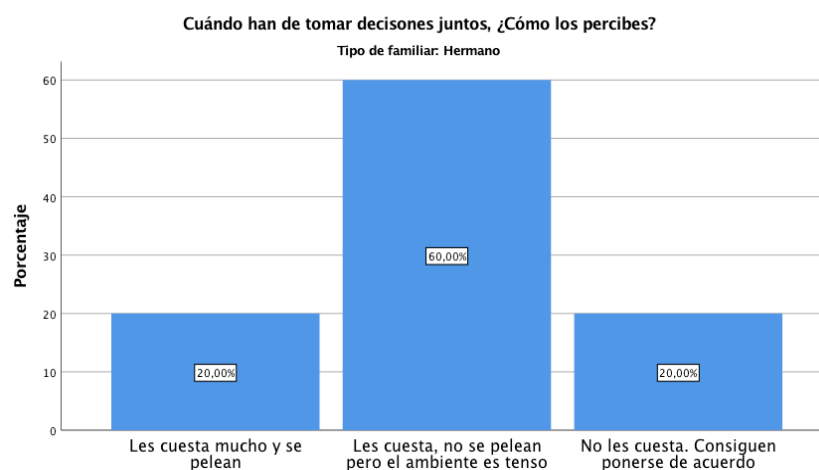


Fig. 51. Toma de decisiones de los padres. Hermanos(as).

Se observa que los pacientes, las madres y los hermanos, perciben que a los padres les cuesta trabajo tomar decisiones y suele haber un ambiente de tensión. Los padres no perciben que haya dificultades en este aspecto.

En la pregunta **¿Sientes que en tu casa la autoridad es ejercida por:...**?

El 52,4% de **los pacientes**, piensan que los padres ejercen la autoridad de una forma flexible, el 38,1% piensan que los padres muestran autoridad de forma arbitraria, el 4,8% de los pacientes piensan que la autoridad es ejercida por otros miembros de la familia (abuelos, tíos, primos), un 4,8% de los pacientes piensan que no existe una autoridad clara.

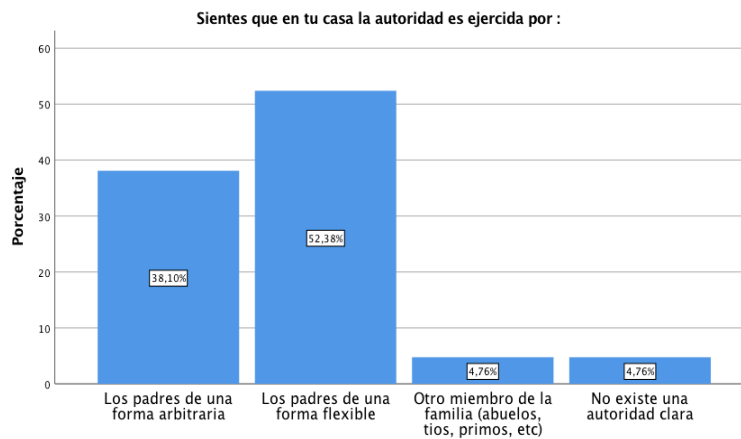


Fig. 52. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Pacientes.

El 66,7% de **las madres** piensan que la autoridad es ejercida por los padres de una forma flexible.

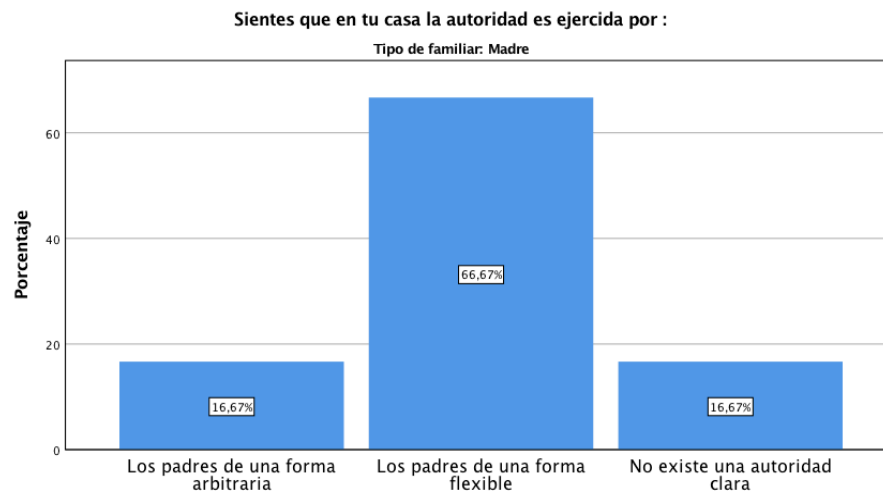


Fig. 53. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Madres.

El 57,9% de **los padres** piensan que la autoridad en casa es ejercida por los padres de una forma flexible y un 21,1% piensan que no hay una autoridad clara.

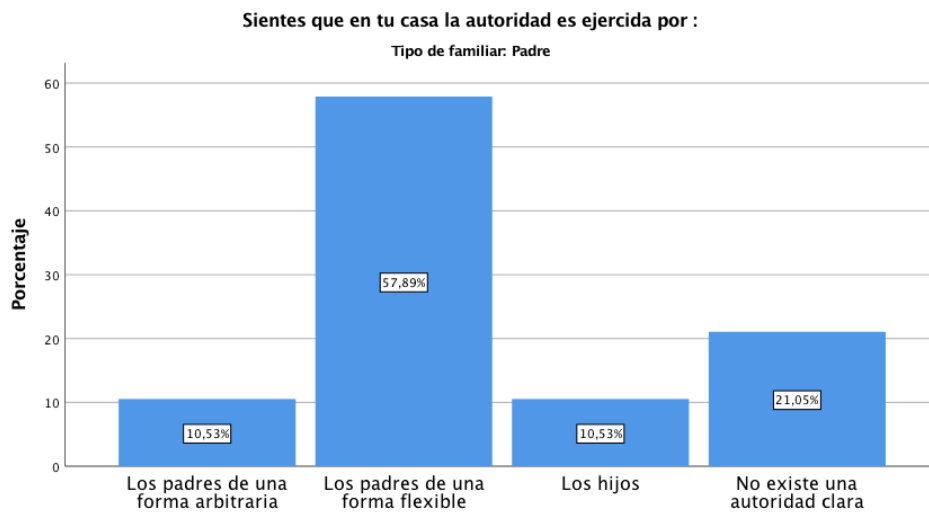


Fig. 54. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Padres.

El 80% **los hermanos** piensa que la autoridad en casa es ejercida de una forma flexible.

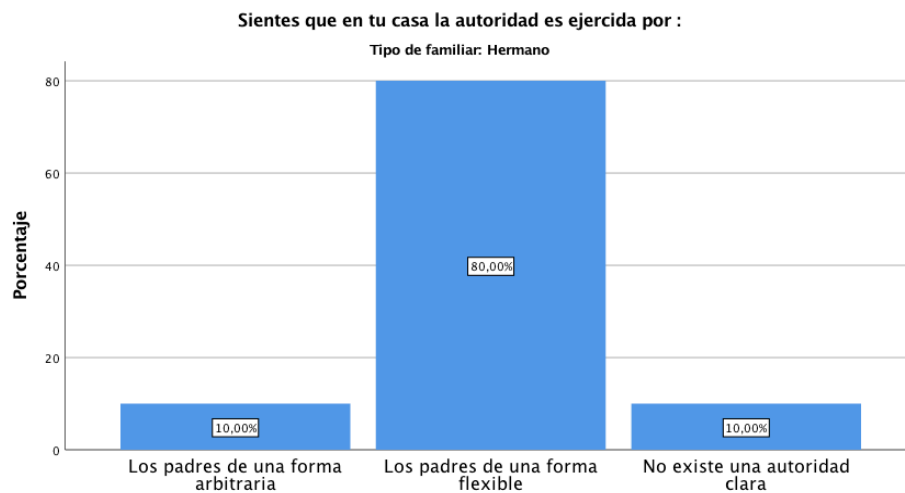


Fig. 55. ¿Quién ejerce la Autoridad en casa? Hermanos(as).

Se observa que los pacientes, las madres, los padres y los hermanos perciben que la autoridad en el hogar es ejercida de una forma flexible.

En la pregunta **¿Sientes que alguno de tus hermanos tiene más poder del que le corresponde?**

El 78,9% de **los pacientes** piensa que ninguno de los hermanos tiene más poder del que le corresponde.

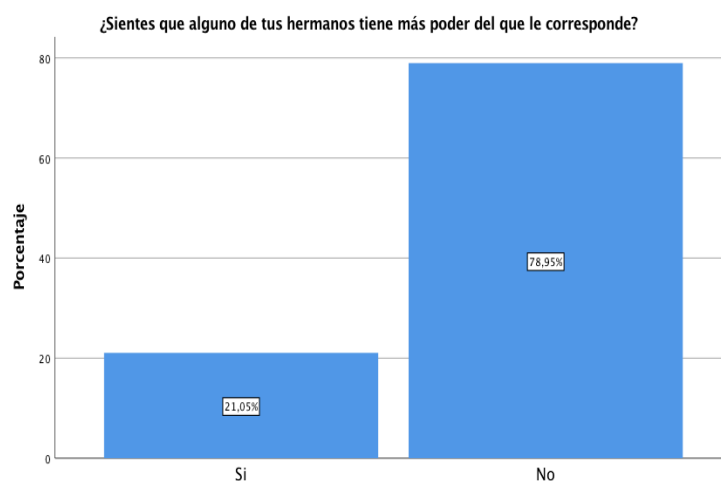


Fig. 56. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de los Pacientes?

El 68,4% de **las madres** piensan que ninguno de los hijos tiene más poder que el que les corresponde.

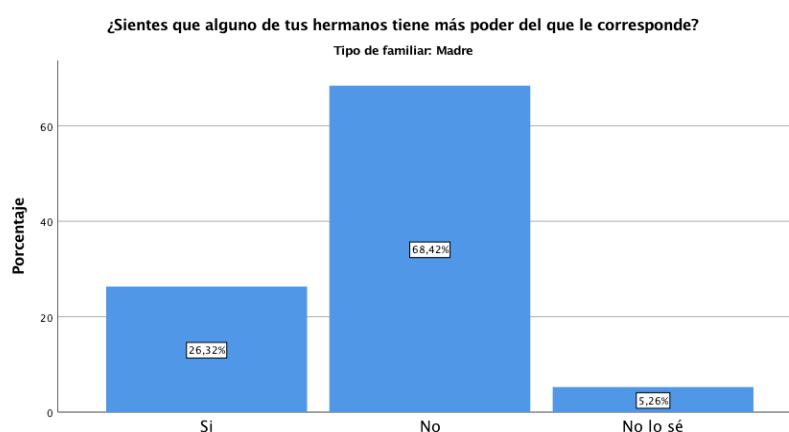


Fig. 57. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de las Madres?

El 73,7% de **los padres** opinan que no hay ningún hijo que tenga más poder del que le corresponde.

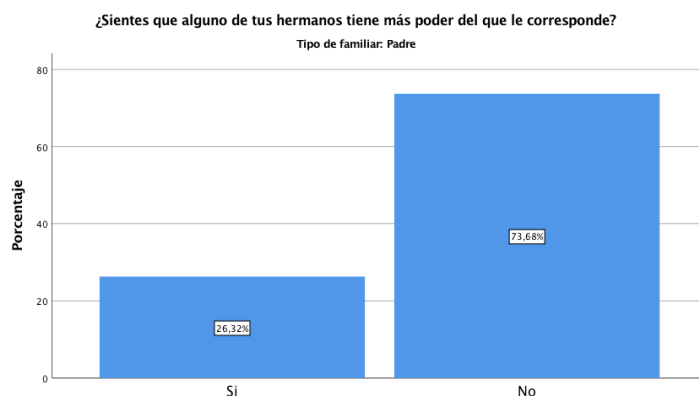


Fig. 58. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de los Padres?

El 63,6% de **los hermanos** piensan que nadie tiene más poder del que les corresponde.

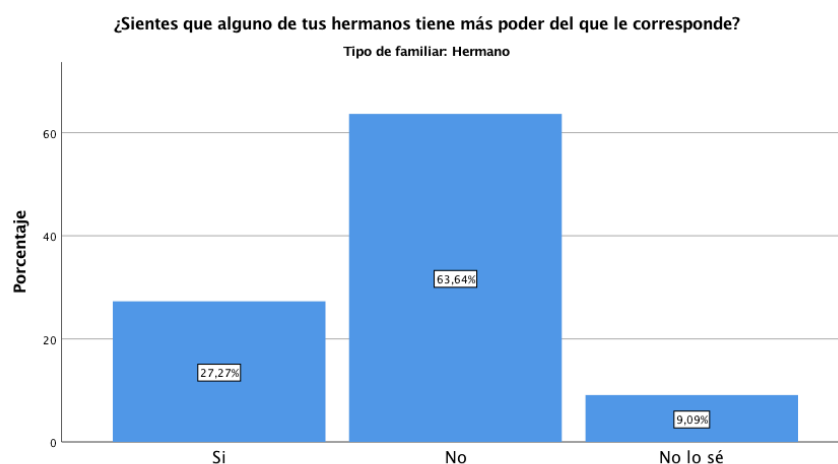


Fig. 59. ¿Quién tiene el poder desde la percepción de los Hermanos?

En la pregunta: **Generalmente, ¿Te has sentido reconocido como persona por tus padres?**

El 28,6% de **los pacientes** se han sentido poco reconocidos como persona por sus padres, el 38,1% bastante reconocido y el 33,3% se han sentido muy reconocidos por sus padres.

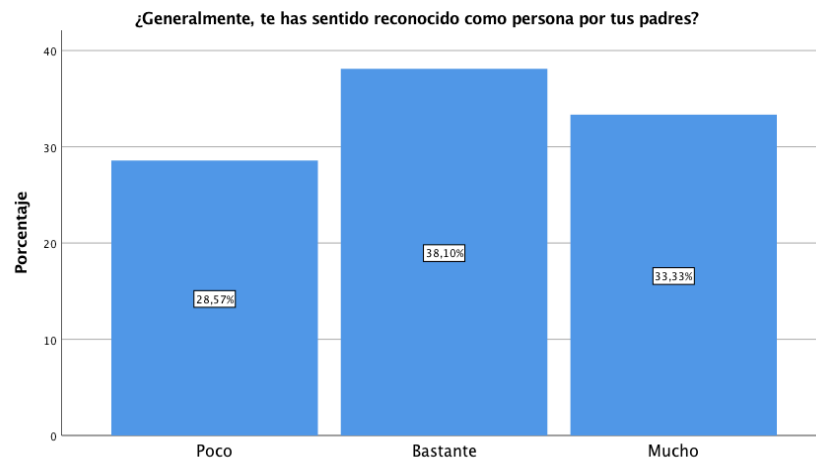


Fig. 60. Reconocimiento de los padres. Pacientes.

El 82% de **las madres** piensan que han reconocido positivamente como persona al paciente.

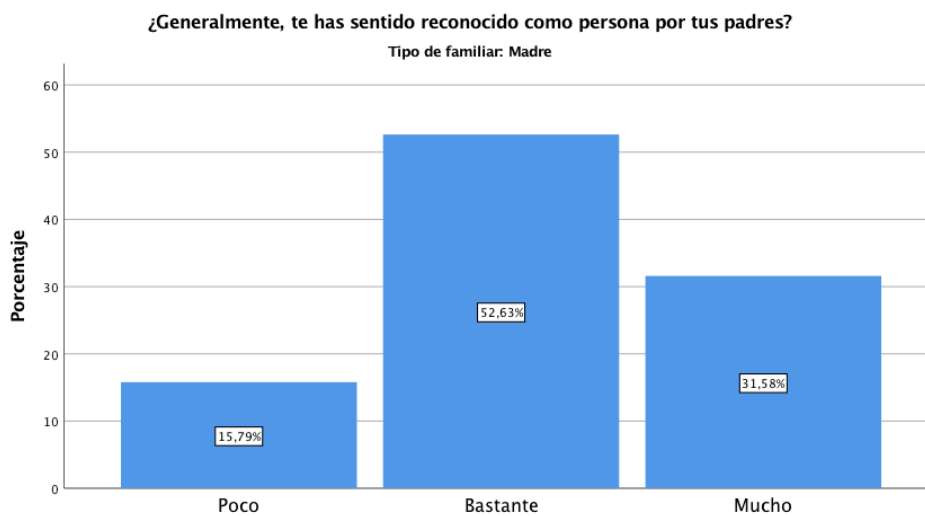


Fig. 61. Reconocimiento de los padres. Madres.

El 66,7% de **los padres** piensa que ha reconocido bastante como persona al paciente, el 22,2% cree que lo ha reconocido mucho, el 11,1% poco.

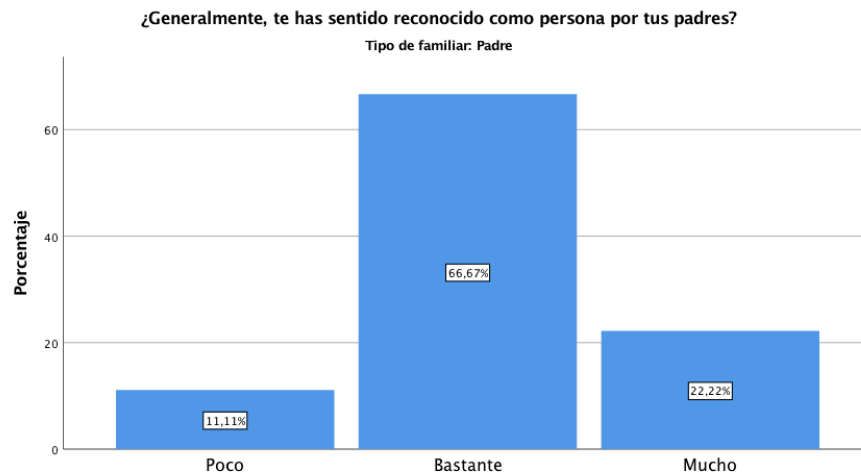


Fig. 62.. Reconocimiento de los padres. Padres.

El 45,5% de **los hermanos** piensa que sus padres han reconocido mucho a su hermano, el 45,5% bastante y el 9,1% poco.

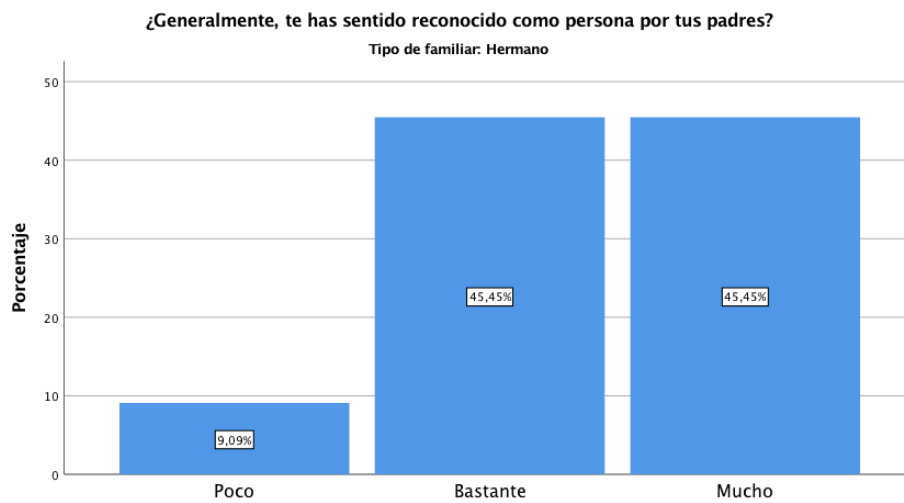


Fig. 63. Reconocimiento de los padres. Hermanos(as).

En la pregunta **¿Has sentido que tus padres valoran tus cualidades o tu forma de ser?**

El 47,6% de **los pacientes**, piensan que sus padres valoran sus cualidades de una forma clara, mientras que el 33,3% piensan que si les reconocen pero tienen dudas y un 19% casi nunca sienten que sus padres les valoran las cualidades.

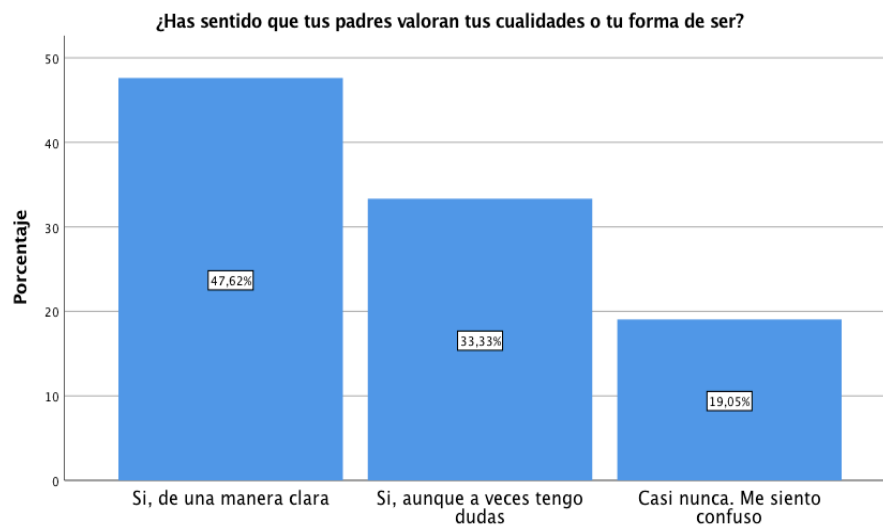


Fig. 64. Valoración de los padres. Pacientes.

El 52,6% de **las madres** piensa que si ha valorado las cualidades del paciente de una manera clara; el 36,8% piensa que si lo ha valorado, aunque a veces con dudas; mientras que el 10,5% casi nunca ha valorado las cualidades del paciente.

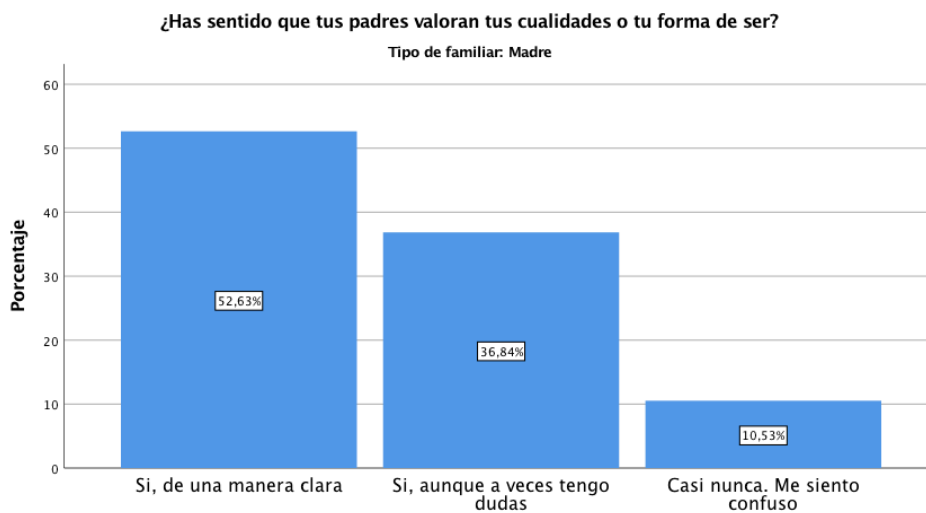


Fig. 65. Valoración de los padres. Madres.

El 52,6% de **los padres** piensan que si valoran a los pacientes, aunque a veces pueda ser confuso; el 36,8% los valoran de una manera clara y el 10,5% casi nunca los valoran.

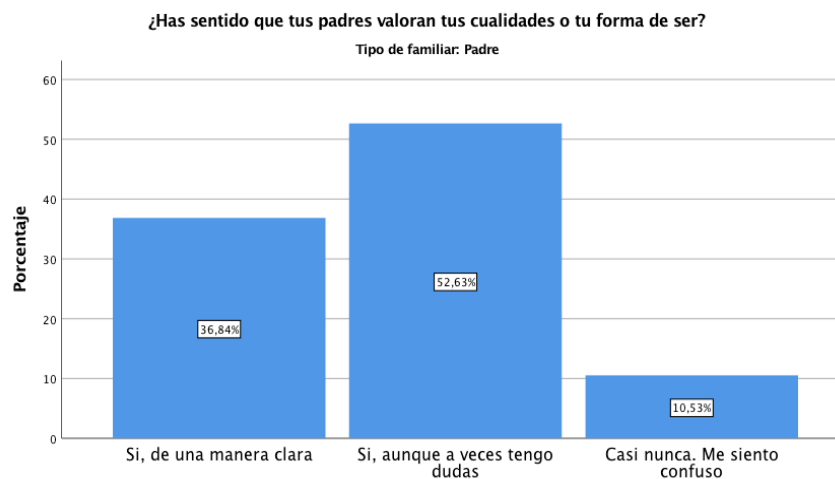


Fig. 66. Valoración de los padres. Padres.

El 54,5% de **los hermanos** piensan que si valoran a los pacientes de una manera clara, el 45,5% creen que si los valoran, aunque a veces con dudas.

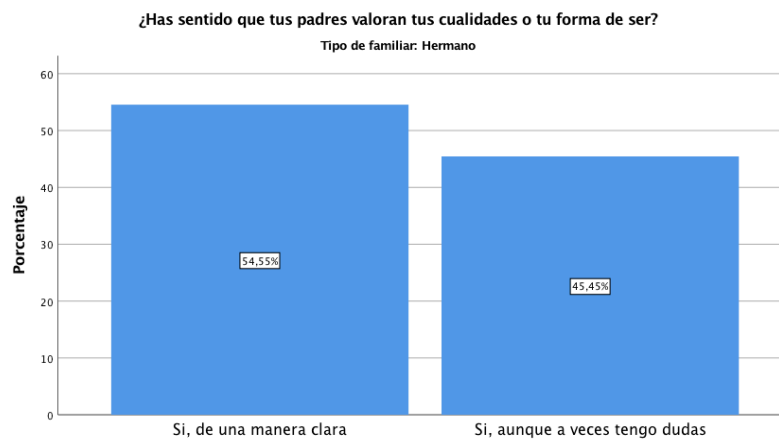


Fig. 67. Valoración de los padres. Hermanos(as).

En la pregunta, **Generalmente en tu casa el ambiente afectivo es:**

El 33,3% de **los pacientes** piensan que hay un ambiente hostil, el 33,3% creen que hay un ambiente crítico y otro 33,3% piensan que el ambiente es controlador.

El 21,1% de **las madres** piensan que hay un ambiente crítico, el 33,3% ambiente controlador, el 33,3% un ambiente tenso y el 12% un ambiente comprensivo.

El 60% de **los padres** creen que el ambiente familiar es crítico, el 20% piensan que hay un ambiente de valoración y un 20% piensan que hay un ambiente flexible.

El 36% de **los hermanos** piensan que hay un clima familiar crítico, un 30% creen que hay un ambiente hostil y un 34% piensan que hay un ambiente comprensivo.

En la pregunta, **Cuando se hacen celebraciones familiares, ¿generalmente participas?**

El 52,4% de **los pacientes** creen que si participan de las celebraciones familiares y que se sienten bien , el 19% si participa en las celebraciones porque los obligan, el 19% no participan porque no les apetece, un 9,5% no participan porque sienten que no les importa a los padres.

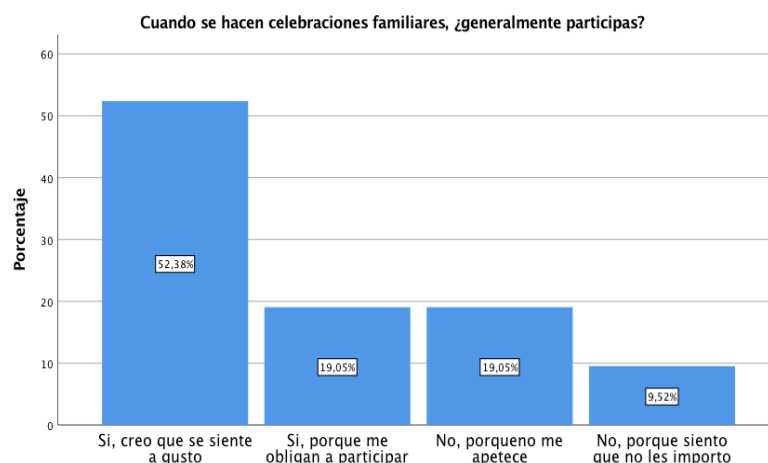


Fig. 68. Participación en las Celebraciones Familiares. Pacientes.

El 72,2% de **las madres** creen que los pacientes participan en las celebraciones familiares.

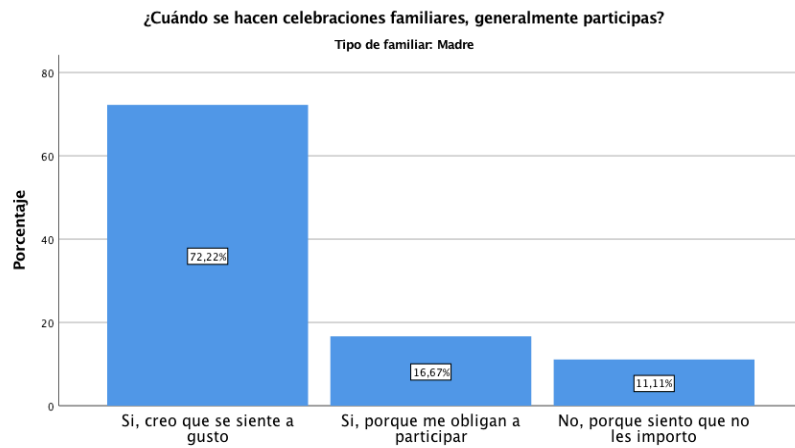


Fig. 69. Participación en las Celebraciones Familiares. Madres.

El 73,7% de **los padres** piensan que sí participan en las celebraciones familiares y se sienten bien en ellas.

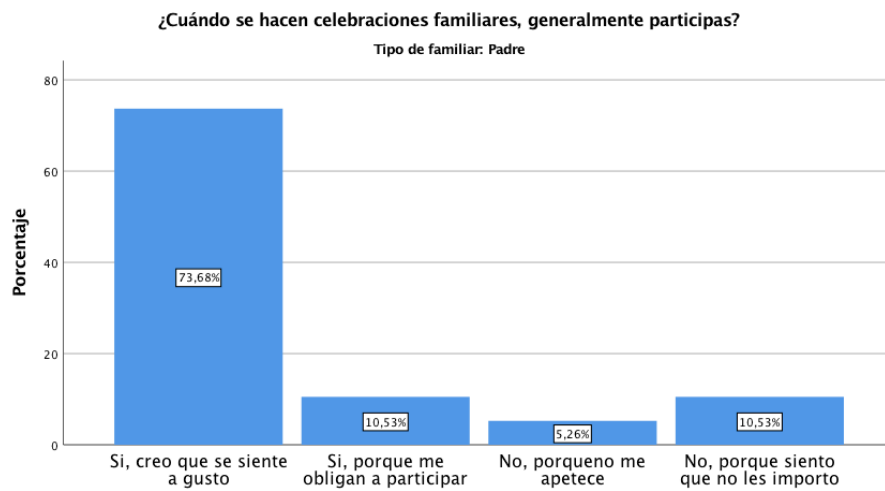


Fig. 70. Participación en las Celebraciones Familiares. Padres.

El 54,5% de **los hermanos** piensan que sí participan en las celebraciones familiares.

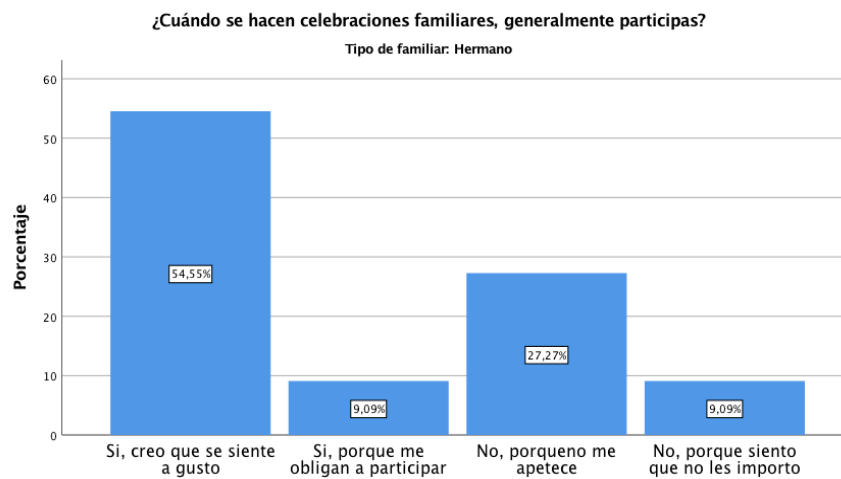


Fig. 71. Participación en las Celebraciones Familiares. Hermanos(as).

La mayor parte de la muestra de pacientes y familiares, piensan que sí participan en las celebraciones familiares.

En la pregunta **Actualmente ¿tiene síntomas (delirios, alucinaciones, paranoias) el paciente?**

El 66,7% de **los pacientes** dicen que no tienen síntomas positivos, el 33,3% dicen tener síntomas positivos algunas veces.

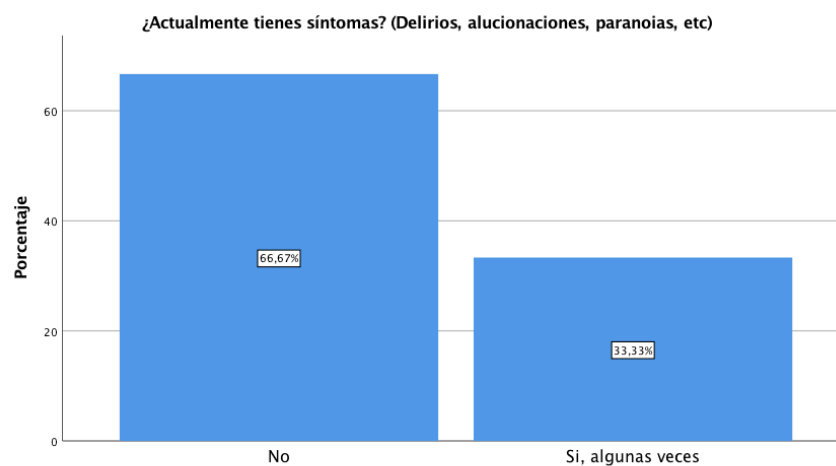


Fig. 72. Síntomas de los Pacientes. Pacientes.

El 47,4% de **las madres** piensan que a veces tienen síntomas positivos los pacientes.

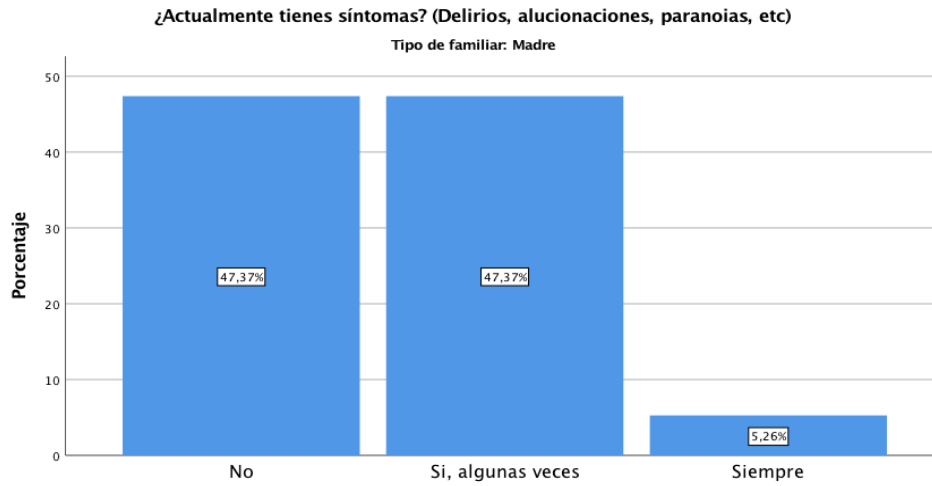


Fig. 73. Síntomas de los Pacientes. Madres.

El 36,8% de **los padres** opinan que sí tienen síntomas positivos los pacientes en algunas ocasiones.

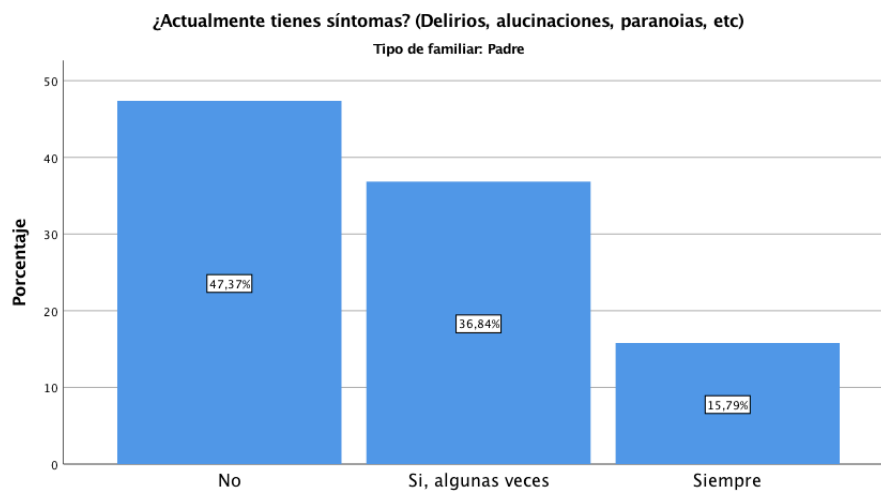


Fig. 74. Síntomas de los Pacientes. Padres.

El 72,7% de **los hermanos** opinan que los pacientes no tienen síntomas positivos.

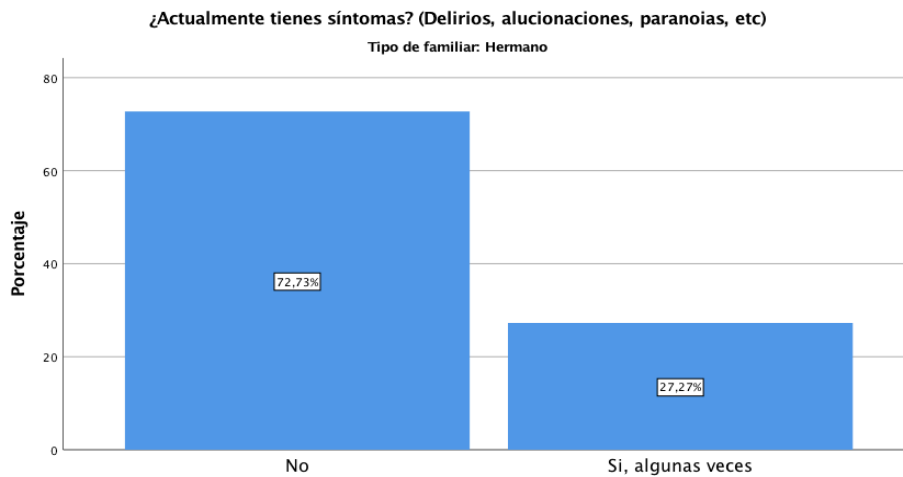


Fig. 75. Síntomas de los Pacientes. Hermanos(as).

Los pacientes y hermanos tienen la percepción de que hay síntomas activos en mayor frecuencia que los padres.

En la pregunta, **En tu vida cotidiana, ¿cuáles son las actividades que realizas con frecuencia en casa?**

El 33,3% de **los pacientes** participan limpiando su casa, el 33,3% no hace ninguna actividad de casa, el 14,3% cocina a veces, el 9,5% hace la compra y el 9,5% hace otras actividades.

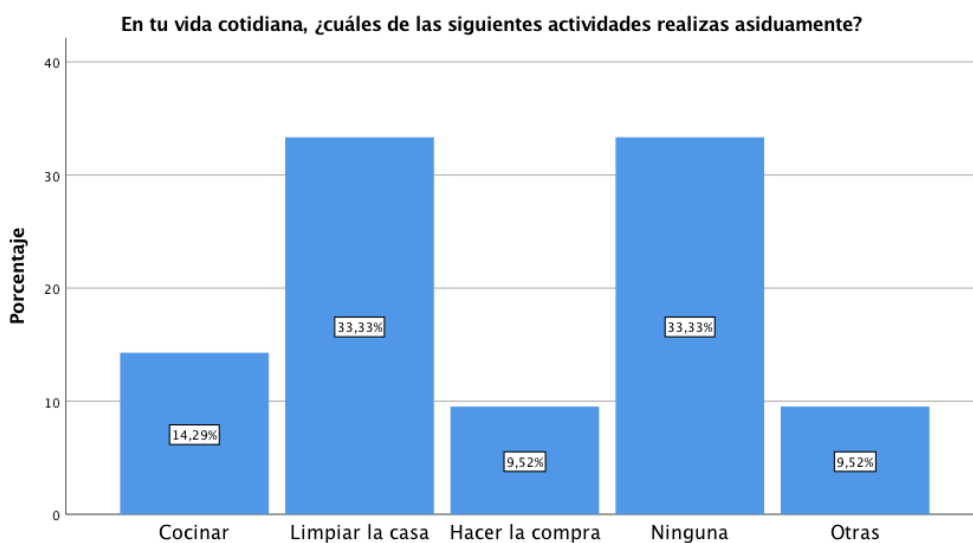


Fig. 76. Actividades del Hogar. Pacientes.

El 42,1% de **las madres** no realizan ninguna actividad del hogar.

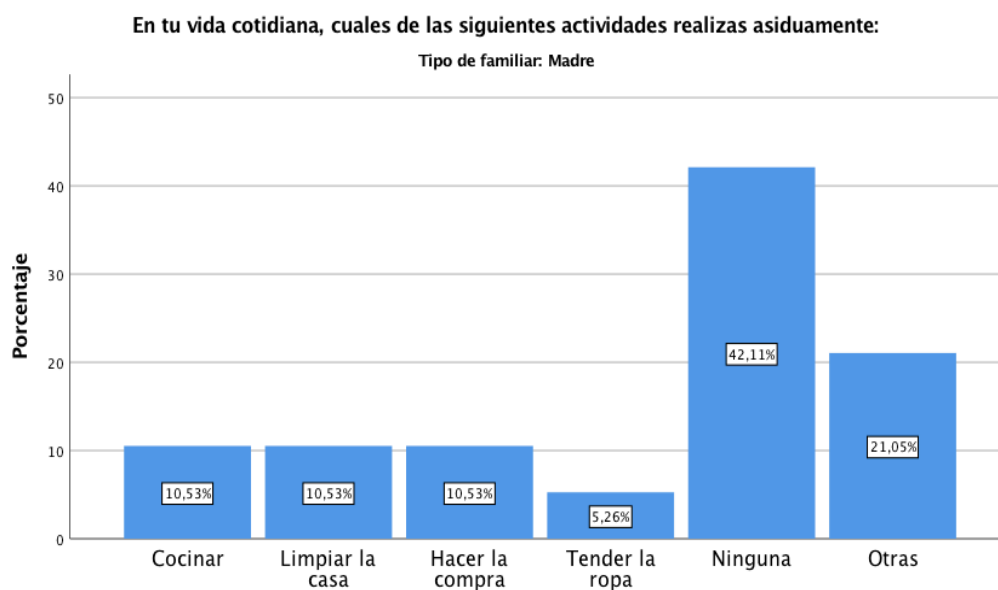


Fig. 77. Actividades del Hogar. Madres.

El 31,6% de **los padres** no realizan ninguna actividad en el hogar, el 21,1% realizan otras actividades, el 15,8% cocinan, el 10,5% limpian la casa, el 15,8% hacen la compra y el 5,3% tienden la ropa.

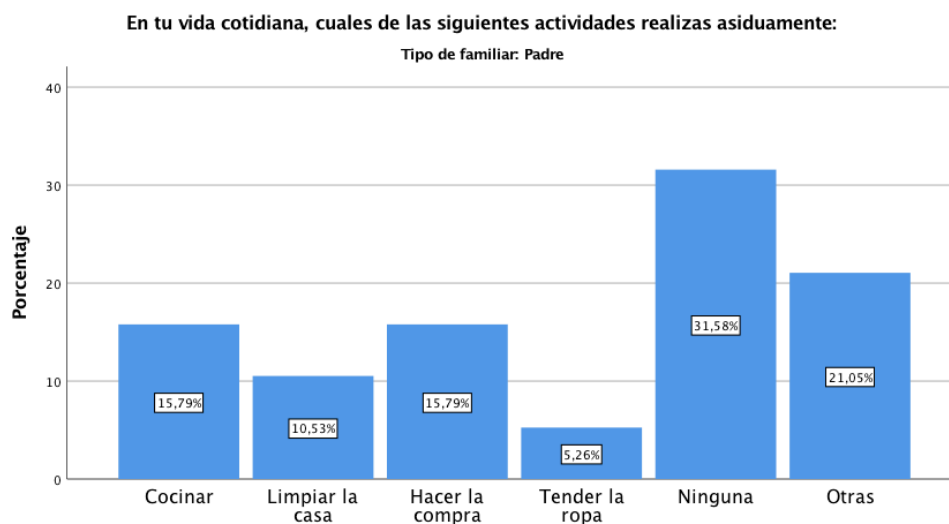


Fig. 78. Actividades del Hogar. Padres.

El 40% de **los hermanos** no hacen ninguna actividad en el hogar, el 20% hacen otras actividades de ayuda, el 20% hacen la compra, el 10% cocinan, el 10% limpian la casa

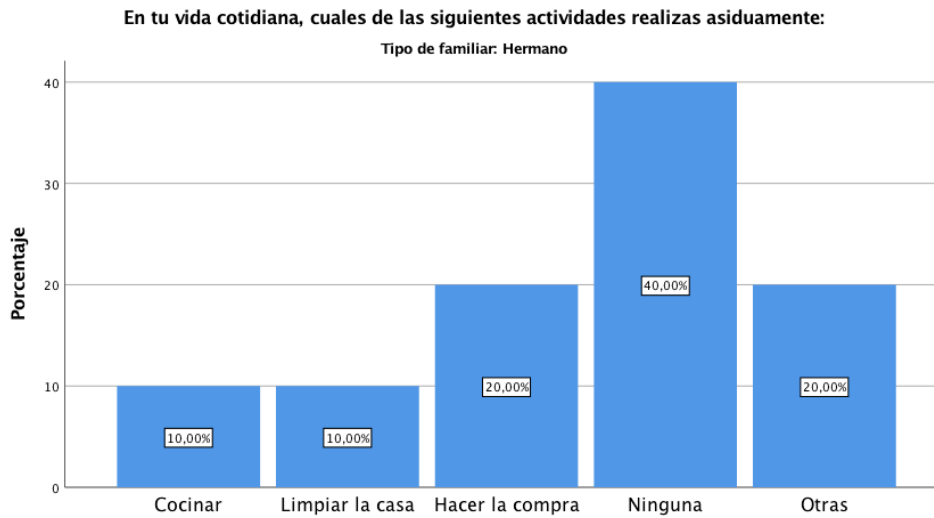


Fig. 79. Actividades del Hogar. Hermanos(as).

Todos los pacientes realizan alguna actividad en el hogar. Sin embargo, entre un 30% y 40% de los padres, madres y hermanos no participan en actividades del hogar.

En la pregunta **¿Qué tipo de relación mantienes con las personas con las que vives?**

El 35% de **los pacientes** tienen una relación de aislamiento y el 20% sienten que están en su mundo.

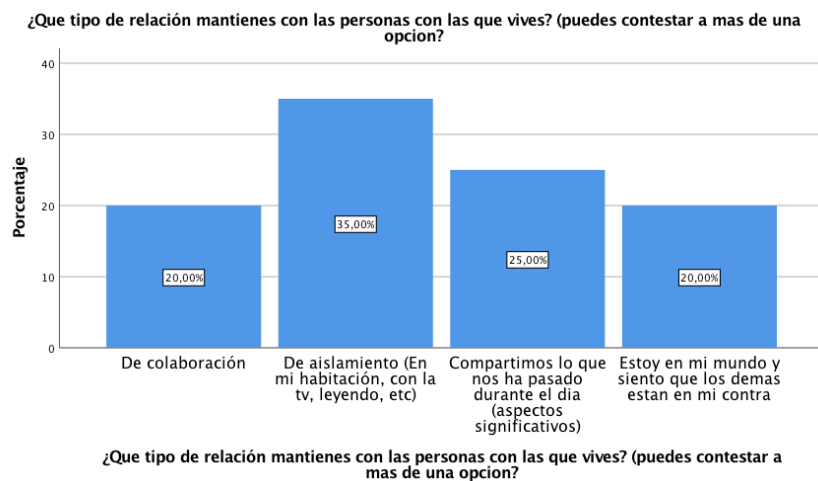


Fig. 80. Tipo de relación con las personas que conviven. Pacientes.

El 47,4% de **las madres** percibe que el paciente tiene una relación de aislamiento.

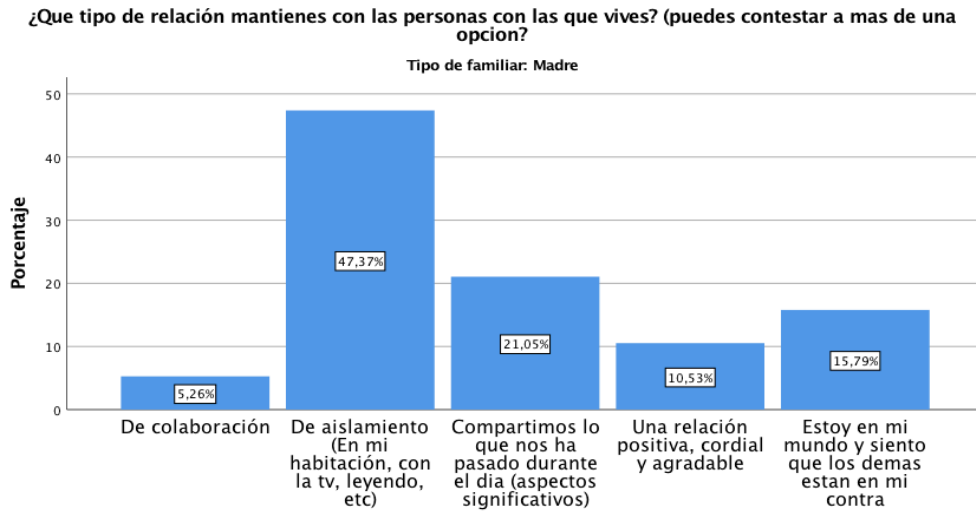


Fig. 81. Tipo de relación con las personas que conviven. Madres.

El 31,5% de **los padres** piensa que los pacientes tienen una relación con la familia de compartir los aspectos significativos que les ha pasado durante el día, mientras el 26,3% piensan que el paciente está aislado.

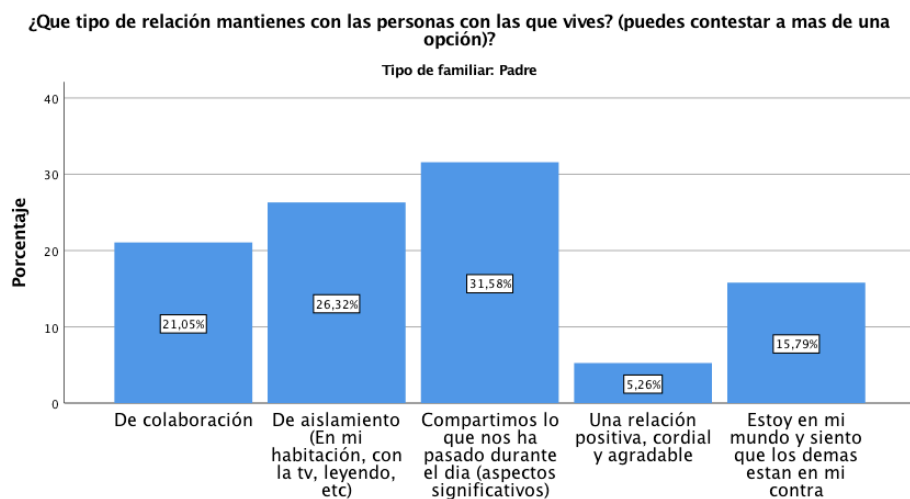


Fig. 82. Tipo de relación con las personas que conviven. Padres.

El 81,8% de **los hermanos** percibe al paciente en una relación de aislamiento.

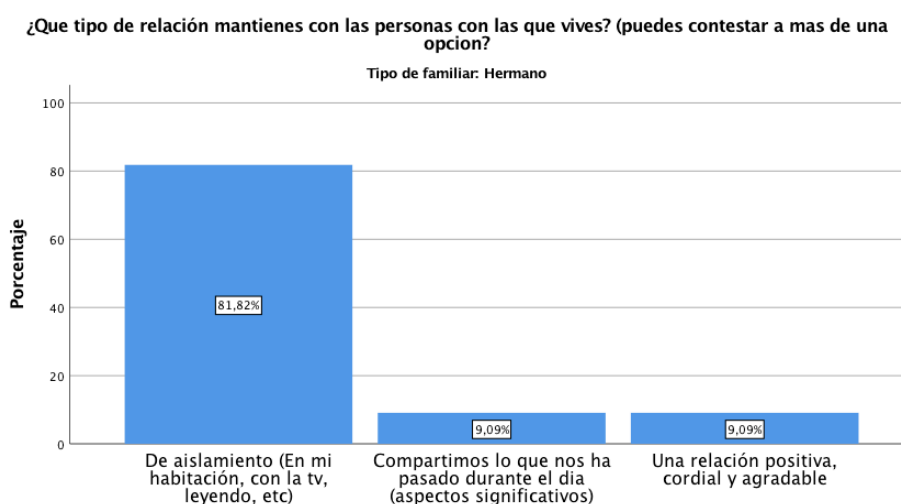


Fig. 83. Tipo de relación con las personas que conviven. Hermanos(as).

Se observa que los pacientes y sus hermanos(as) perciben una relación de aislamiento de los pacientes. Los padres, sin embargo, perciben el aislamiento, pero también momentos de compartir elementos significativos del día.

4.4. SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES Y VARIABLES FAMILIARES DEL GRUPO EN TRATAMIENTO

El tercer objetivo del presente estudio es conocer si hay una relación entre las variables sintomatológicas de los pacientes (Síntomas positivos y negativos, número de recaídas, tiempo de Hospitalización, tiempo de evolución del trastorno y gravedad) **y las variables familiares** (Clima familiar: Actitudes de sobreprotección, Crítica y cuidado, Adaptabilidad y Cohesión familiar). Para ello se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman.

4.4.1. Correlaciones

4.4.1.1. Sintomatología de los Pacientes.

Con el objetivo de conocer si hay alguna relación positiva y significativa entre la sintomatología del paciente (Síntomas positivos, negativos, gravedad del trastorno, número de recaídas, tiempo de evolución del trastorno) en el pre-tratamiento, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman.

Se encontraron relaciones positivas y significativas entre el número de *ingresos hospitalarios* y los *síntomas positivos* (PANSS) ($r= 0,45$, $p=0,03$); así como entre el número de *ingresos psiquiátricos* y la *actitud hacia la medicación* (DAI) ($r=0,49$, $p=0,01$). Estos resultados indican que a mayor número de ingresos hospitalarios hay más síntomas positivos y una mejor actitud hacia la medicación.

También se encontró una relación positiva y significativa entre *el tiempo de evolución del trastorno del paciente* y *la gravedad del trastorno* ($r=0,41$, $p=0,05$). Esta correlación indica que a mayor tiempo de evolución del trastorno, más gravedad en la sintomatología de los pacientes.

Se encontró una relación negativa y significativa entre los *síntomas positivos* (PANSS) y *el funcionamiento social y laboral* (EEAG) ($r= -0,52$, $p= 0,0001$). Esto indica que a menor sintomatología positiva, mejor funcionamiento social y laboral. A mayor sintomatología positiva, peor funcionamiento social y laboral.

4.4.1.2. Variables Familiares de los Pacientes.

Con el objetivo de conocer si hay alguna relación estadísticamente significativa entre las variables **familiares del paciente**, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman en las variables de **cohesión y adaptabilidad** (FACES II) y las variables **protección, cuidado y crítica** (PBI y IRQ) en el pre-tratamiento.

Se encontraron valores positivos y significativos en la escala *cohesión familiar* (FACES II) y *cuidados* (PBI) de las **madres** ($r=0,57$, $p=0,0001$).

Se encontró una relación negativa y significativa entre las escalas *cohesión familiar* (FACES II) y *protección* (PBI) de la madre ($r= -0,53$ $P <0,005$) y entre las escalas

de cohesión familiar (FACES II) y crítica de la madre (IRQ) ($R = -0.46$, $p = 0.001$). Estos resultados indican que cuando hay sobreprotección e hipercrítica materna, el paciente percibe que hay menor cohesión familiar.

Se encontró una correlación positiva y significativa entre la variable *adaptabilidad familiar* (FACES II) y *el cuidado* de la madre (PBI) ($r = 0,75$, $p = 0,001$). Esto indica que a mayor adaptabilidad familiar, más cuidados tiene madre respecto al paciente.

Se encontró una relación negativa y significativa entre la variable *adaptabilidad* (FACES II) y la *protección*(PBI) materna ($r = -0,51$ $p = 0,005$). También se encontraron valores significativos negativos entre la adaptabilidad (FACES II) y la crítica (PBI) materna ($r = -0.47$ $P = 0,005$). Estas correlaciones negativas indicarían, que cuando hay puntuaciones altas en crítica y sobreprotección materna, hay menor adaptabilidad familiar.

Respecto a las variables de *los padres* se encontró una relación positiva y significativa entre la cohesión familiar (FACES II) y los cuidados (PBI) de los padres ($R = 0,75$, $p = 0,001$). También se encontraron valores significativos entre la adaptabilidad familiar (FACES II) y los cuidados (PBI) paternos ($R = 0,69$, $P = 0,001$). Esto indicaría que a puntuaciones altas en cohesión y adaptabilidad familiar, hay más cuidados de los padres.

Hay una relación negativa y significativa de la *cohesión familiar* (FACES II) y la *crítica* (IRQ) de los padres ($R = -0,69$, $P = 0,001$); así como también se encontraron valores negativos y significativos entre la adaptabilidad familiar (FACES II) y la crítica (IRQ) paterna ($R = 0,56$, $P = 0,001$). Estos resultados que a mayor cohesión y adaptabilidad familiar hay menor crítica de los padres.

4.4.1.3. Correlaciones entre las variables familiares de los Padres y las Madres.

Con el objetivo de conocer si había **alguna relación significativa entre las variables familiares** (Cohesión, Adaptabilidad, Cuidados, Protección, Crítica) entre **las madres y los padres** en el pre-tratamiento, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman.

Se encontraron relaciones positivas y significativas de la *cohesión* ($r=0,63$, $p=0,002$) y la *adaptabilidad familiar* ($r= 0,60$, $p=0,004$) (FACES II) percibida por las **madres** y los cuidados (PBI) de los **padres**. Lo cual indica que a mayor cohesión y adaptabilidad percibida por las madres, mayores cuidados paternos hacia el paciente.

Se encontraron relaciones positivas y significativas entre la *crítica paterna* y la *crítica materna* (PBI) ($r=0,47$, $p=0,003$). Esto indica que a mayor crítica materna, también hay crítica paterna. Estos resultados son importantes para considerar la influencia de la crítica en ambos padres. Así como considerar que si se modifica la crítica en uno de los dos, afectará al otro padre.

Se encontró una correlación positiva y significativa entre la *protección* de las **madres** (PBI) y el cuidado de los **padres** ($r= 0,47$, $p=0,003$). Lo que indica que a mayor protección materna, mayores cuidados de los padres.

4.4.1.4. Correlaciones de Sintomatología de los Pacientes y las variables de los Familiares

Con el objetivo de conocer si hay alguna relación significativa entre las **variables sintomatológicas de los pacientes** (Gravedad del trastorno, Funcionamiento social y laboral, Síntomas positivos, negativos, Número de recaídas, Tiempo de evolución del trastorno) y **las variables de sus familiares** (Cohesión, Adaptabilidad, Cuidado, Protección, Crítica), en el pre-tratamiento, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman.

Se encontró una relación positiva y significativa entre las variables *gravedad de la sintomatología* ($r= 0,64$, $p=0,001$) y la variable *sobreprotección de los padres* (PBI). Se encontró una relación negativa y significativa entre el funcionamiento social y laboral de los pacientes y la *sobreprotección de los padres* ($r=-0,50$, $p=0,0019$). Lo cual indica que a mayor sobreprotección de los padres, mayor sintomatología. Y a peor funcionamiento socio-laboral de los pacientes, más sobreprotección de los padres.

También se encontró una relación positiva y significativa entre las variables *tiempo de evolución del trastorno del paciente y la crítica de los padres* (IRQ) ($r= 0,53$, $p=0,001$). Esto indica que a mayor tiempo de evolución del trastorno del paciente, mayor crítica de los padres.

Se encontró una relación positiva y significativa entre los *síntomas positivos* de los pacientes (PANSS) y la variable de *sobreprotección de la madre* (PBI) ($r=0,48$, $p=0,01$). Lo que indica que a mayor sintomatología positiva de los pacientes, mas sobreprotección materna.

También se encontró una relación positiva y significativa entre los *síntomas negativos* del paciente (PANSS) y la variable *cuidados* (PBI) de las madres ($r=0,61$, $p=0,03$). Esto indica que a mayor sintomatología negativa, más cuidados de la madre . A menor sintomatología del paciente, son menores los cuidados maternos.

Se encontró una relación positiva y significativa entre los *síntomas negativos de los pacientes y la cohesión familiar en los hermanos* ($r= 0,76$, $p=0,001$). Este resultado indica que a mayor sintomatología negativa de los pacientes, habrá una mayor cohesión percibida por los hermanos.

4.4.1.5. Sintomatología del paciente y Calidad de Vida.

Con el objetivo de conocer si hay una relación estadísticamente significativa entre las variables **sintomatológicas de los pacientes** (Síntomas positivos, negativos, gravedad del trastorno, numero de recaídas, tiempo de evolución del trastorno) y las variables de **calidad de vida de los pacientes** (Escala Favorable y Escala Desfavorable). Se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman.

No se encontraron relaciones significativas entre la sintomatología y la escala desfavorable de calidad de vida de los pacientes. Sin embargo se encontró una relación negativa y significativa entre los síntomas positivos y la escala de calidad de vida favorable, satisfacción vital ($r=-0,45$, $p=0,03$), lo que indica que a mayor gravedad de la sintomatología positiva, menor satisfacción vital tienen los pacientes.

También se realizaron correlaciones bivariadas entre la **variable educación** de los padres y **calidad de vida de los pacientes** (Escala Favorable y Desfavorable), sin encontrarse valores estadísticamente significativos.

Con el objetivo de conocer si hay una relación significativa entre las variables **sintomatológicas de los pacientes** (Síntomas positivos, negativos, Gravedad del trastorno, Número de recaídas, Tiempo de evolución del trastorno) y las variables de **calidad de vida de los familiares** (Salud, Estado emocional, Trabajo, Actividades de casa, Actividades tiempo libre, Relaciones sociales, Actividades generales) se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman.

Se encontró una relación negativa y significativa entre los *síntomas positivos* del paciente (PANSS) y la escala de *calidad de vida del estado de salud de los padres* (QLS) ($r=-0,48$, $p=0,001$). Estos resultados indican que a mayor sintomatología positiva del paciente, peor estado de salud hay en los padres.

Se encontró una relación negativa y significativa entre los *síntomas positivos* (PANSS) y la escala de calidad de vida de *clases o cursos de las madres* (QLS) ($r= -0,90$, $p= 0,01$). Los resultados indican que a más síntomas positivos del paciente, peor es la calidad de vida de las madres en los cursos que realizan.

También se encontró una relación negativa y significativa entre las *escalas de la EEAG, funcionamiento socio-laboral y la gravedad de la sintomatología* de los pacientes y la variable de calidad de vida de *satisfacción con los cursos de las madres* ($r=-0,90$, $p=0,03$). Esto indicaría que a mayor gravedad y peor funcionamiento social y laboral de los pacientes, menor satisfacción de las madres en sus clases o cursos.

Se encontró una relación positiva y significativa entre los *síntomas positivos* de los pacientes (PANSS) y la *calidad de vida* de los(as) **hermanos (as)** en el *tiempo libre* (QLS) ($r=0,67$, $p= 0,02$). Esto indica que a peor sintomatología del paciente, mejor calidad de vida en el tiempo libre de los hermanos. Se puede considerar esto, debido a que los padres pueden asumir más el rol de cuidado de los pacientes, dejando más tiempo libre a los hermanos.

No obstante no se encontraron valores significativos entre la sintomatología de los pacientes y las variables de calidad de vida de los familiares: Estado emocional, Trabajo, Actividades de casa, Relaciones sociales y Actividades de los familiares.

4.5. ANÁLISIS DE CONTRASTE ENTRE LOS GRUPOS EN EL PRE-TRATAMIENTO

4.5.1. Pruebas de contraste entre los Grupos

Se realizaron pruebas no paramétricas de contraste estadístico entre el grupo en tratamiento y el grupo control en la primera medida de tiempo (condición pre-test), con el objetivo de comprobar la homogeneidad de las variables sociodemográficas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas tales como el género, estado civil y edad, ni tampoco en el tiempo de evolución del trastorno.

Se puede concluir que tanto el grupo control como el de tratamiento han sido homogéneos en las características sociodemográficas, el tiempo e evolución del trastorno y la sintomatología de los pacientes. Elementos fundamentales para la inclusión del grupo control.

El cuarto objetivo del estudio es conocer si hay diferencias estadísticamente significativas en las **variables sintomatológicas** (síntomas positivos, negativos y psicopatología general), de gravedad del trastorno, tiempo de evolución del trastorno y del funcionamiento social y laboral de los pacientes en los dos grupos de comparación (grupo control y grupo en tratamiento) en el pre-tratamiento. Se realizaron análisis estadísticos paramétricos para dos grupos independientes. Teniendo como variables dependientes: *la sintomatología positiva, síntomas negativos, psicopatología general, la gravedad del trastorno, funcionamiento social y laboral de los pacientes*. Y como variable independiente a los dos grupos de comparación: 1) El grupo en tratamiento y 2) El grupo control.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la psicopatología general (PANSS) ($t=4,4$, $p=0,001$), habiendo más psicopatología en el grupo en tratamiento ($M=50$) comparada con el grupo control ($M=35$). También se encontraron diferencias significativas ($t= 2,17$, $p=0,03$) en la sintomatología positiva, se observan más síntomas positivos en el grupo en tratamiento ($M=30$), comparado con el grupo control ($M=19,33$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la gravedad del trastorno (ICG) ($t=-4,5$ (45) $p=0,001$) habiendo mayor gravedad en el grupo en tratamiento ($M=3,17$), comparado con el grupo control ($M=4,75$).

Se puede observar que no hay diferencias estadísticamente significativas en los síntomas negativos ($t=1,018$, $p>0,5$) entre los dos grupos de comparación. No se encontraron valores estadísticamente significativos en el tiempo de evolución del trastorno, en el funcionamiento social y laboral, ni tampoco en los síntomas negativos entre los dos grupos de comparación en el pre-tratamiento.

No obstante, el grupo en tratamiento, muestra una mayor psicopatología general, más síntomas positivos y más gravedad en la sintomatología que el grupo control.

4.6. CONTRASTES ESTADÍSTICOS ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y A LOS DOS AÑOS DE INTERVENCIÓN

4.6.1. Análisis de contraste estadístico en el Grupo en Tratamiento

Se compara el pre-tratamiento y después de dos años de intervención, ya que los estudios previos de tratamiento (Pitschel y cols., 2001) indican que hay cambios terapéuticos en el ámbito de la Esquizofrenia después de dos años de intervención.

Para conocer si hay diferencias estadísticamente significativas en las variables sintomatológicas, de gravedad del trastorno, de funcionamiento social y laboral de los pacientes del grupo en tratamiento, se realizaron análisis paramétricos de contraste estadístico para muestras relacionadas. Las variables dependientes fueron: sintomatología positiva, negativa, psicopatología general, gravedad del trastorno y funcionamiento socio-laboral. Las variables independientes fueron las dos medidas de tiempo, el pretratamiento y después de dos años de intervención.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los *síntomas positivos* (PANSS) ($t=7,27$ (16), $p=0,001$) entre la medida de tiempo pre-tratamiento ($M=30$) y después de dos años de intervención familiar ($M=11,7$). Se observa una disminución de la sintomatología positiva en los pacientes. También se encontraron valores significativos en los *síntomas negativos* (PANSS) ($t=7,72$ (16) $p=0,0001$) entre

las medidas de tiempo pre-tratamiento (M=22) y después de dos años de intervención familiar (M=12,88). Habiendo una disminución de la sintomatología negativa en los pacientes.

Hay diferencias estadísticamente significativas en la escala de psicopatología general (PANNS) ($t=8,42$, $p=0,001$), entre las medidas de tiempo pre-tratamiento (M=48,8) y después de dos años de intervención familiar (M=27,2). Se observa una disminución de la psicopatología general de los pacientes.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de *sintomatología* en la EEAG ($t= -9,59$, $p=0,001$) entre las medidas de tiempo pre-tratamiento (M= 45,5) y después de dos años de terapia (M=64,4). Se observa una mejora en la gravedad de los síntomas.

También se encontraron diferencias significativas en la escala *funcionamiento social y laboral* de la EEAG ($t=-7,50$, $p=0,001$) entre las medidas de tiempo del pre-tratamiento (M=47) y después de dos años de intervención familiar (M=68,58). Aumentando el funcionamiento social y laboral de los pacientes, después del tratamiento familiar. Se encontraron valores significativos en la *EEAG Total* ($t= -10$, $p=0,001$), entre las dos medidas de tiempo (pre-tratamiento M=46,7, dos años de terapia M=66,7). Habiendo un mejor funcionamiento social y laboral y una mejora en la sintomatología de los pacientes después de dos años de intervención familiar.

Se observa que los pacientes del grupo en tratamiento mejoran significativamente en los síntomas positivos, los síntomas negativos, la gravedad del trastorno, el funcionamiento social y laboral después de dos años de intervención.

4.6.2. Análisis de Contraste estadístico en el Grupo control

Para conocer si hay diferencias estadísticamente significativas en las variables *sintomatológicas, de gravedad del trastorno y de funcionamiento socio-laboral* de los pacientes del grupo control, se realizaron análisis paramétricos de contraste estadístico para muestras relacionadas. Las variables dependientes fueron: *sintomatología positiva y negativa, psicopatología general, gravedad del trastorno y funcionamiento socio-laboral*. Las variable independientes fueron las dos medidas de tiempo: el pretratamiento y después de dos años de intervención.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los *síntomas positivos* (PANSS) ($t=2,98$ $p=0,04$) entre las dos medidas de tiempo (pre-tratamiento $M=19,3$, y después de dos años $M=16$). Habiendo una disminución de la sintomatología positiva en el grupo control que tomaba medicación antipsicótica.

No obstante, no se encontraron diferencias significativas en los síntomas negativos ($t= 0,98$, $p>0,05$), ni en la psicopatología general ($t=1,1$, $p=0,20$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la gravedad del trastorno (ICG) ($t=1,0$, $p=0,3$) ni en ninguna de las escalas de la EEAG (Síntomas y funcionamiento social y laboral) ($t=-1,12$, $p=0,27$).

Por lo que se observa que el grupo control puede ayudar en la disminución de la sintomatología positiva del paciente.

4.7. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE MEDIDAS REPETIDAS

La Hipótesis 1 del presente estudio afirma que el tratamiento familiar sistémico en la Esquizofrenia puede tener un efecto en la disminución de las siguientes variables: a) Síntomas negativos, b) Psicopatología general, c) Gravedad del trastorno,. No obstante, el grupo control no presentará la disminución de puntuación en estas variables.

Así como puede tener un efecto en la mejora del grupo en tratamiento de: 1) La actitud en la toma de medicación 2) Creencias acerca del trastorno con una visión más esperanzadora, 3) Calidad de vida de los pacientes.

Para contrastar la H1, en las variables sintomatológicas de los pacientes, se han realizado análisis multivariados (MANOVA) de medidas repetidas con cinco variables dependientes: *Síntomas positivos*, *síntomas negativos*, *psicopatología general*, *gravedad*. Las variables independientes, intra-sujetos fue el tipo de tratamiento con dos valores: 1) El grupo control con tratamiento farmacológico sin terapia psicológica y 2) El grupo en tratamiento familiar basado en el modelo de la reconfirmación y con abordaje farmacológico. Se analizaron los datos en las tres medidas de tiempo: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años y 3) Al finalizar el tratamiento familiar.

En éste análisis se aplicaron los contrastes simples comparando la media de cada medida del tiempo.

Previamente se realizaron pruebas con el objetivo de comprobar los supuestos de normalidad, linealidad, outliers, matrices de homogeneidad de varianza y covarianza, multicolinealidad y no se observan violaciones a los supuestos.

En los análisis multivariados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables dependientes (Lamda de Wilks :0,65, $F=6,4$, $p=0,005$, $gl=2$). Al examinar los contrastes univariados, este efecto alcanzó valores significativos en las variables *síntomas positivos* ($F=6,9$, $p=0,005$), *síntomas negativos* ($F=8,72$, $p=0,001$), *Psicopatología general* ($F=12,19$, $p=0,0001$) y *funcionamiento social y laboral* ($F=13,77$, $p=0,001$).

En los contrastes intra-sujetos hay una interacción significativa entre los *síntomas positivos y el grupo* ($F= 6,9$, $p=0,002$). Los contrastes simples indican diferencias estadísticamente significativas ($F=2,98$ $p=0,04$), habiendo una disminución en el grupo control de los síntomas positivos entre el pre-tratamiento ($M=19,85$) y a los dos años de intervención ($M= 16,15$). Se puede observar en la Figura 83 la tendencia a aumentar ligeramente las puntuaciones en el post-tratamiento. No obstante, las puntuaciones directas de las tres medidas de tiempo, corresponden al percentil 20 en todas las medidas. Se observa que el grupo control no muestra sintomatología positiva grave en ninguna medida del tiempo, además de que no hay significación clínica.

En el *grupo en Tratamiento*, los contrastes simples indican una disminución estadísticamente significativa en los *síntomas positivos* ($F=6,9$, $p=0,02$) entre las medidas de tiempo pre-tratamiento ($M= 30$), después de dos años de intervención ($M=12,66$) y al finalizar la terapia familiar ($M=12$). Estos resultados además de ser estadísticamente significativos, son clínicamente relevantes, ya que se observa un cambio en las puntuaciones que van del percentil 70 (en el pre-tratamiento) al percentil 5 (en el post-tratamiento), lo cual indica que antes de iniciar el tratamiento familiar habían síntomas positivos graves y después de dos años y hasta finalizar el tratamiento familiar los síntomas positivos fueron leves.

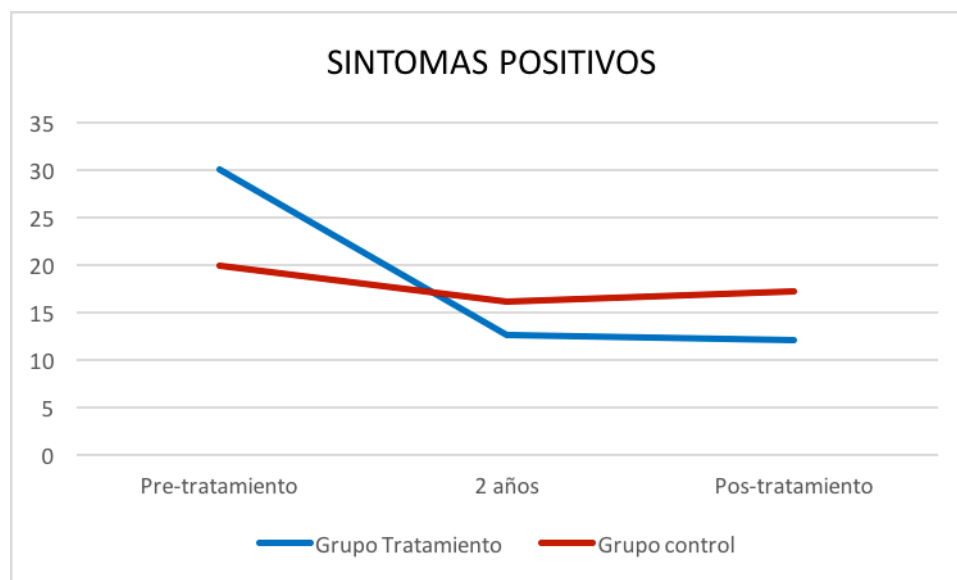


Fig. 84. Sintomatología Positiva de los pacientes del Grupo control y el Grupo en tratamiento en las tres medidas de tiempo.

Se observa en los contrastes intra-sujetos que hay una interacción significativa entre **los síntomas negativos** y el grupo ($F= 8,55$, $p=0,001$). Los contrastes simples indican diferencias estadísticamente significativas ($F= 14,49$, $p=0,001$). En el grupo en tratamiento hay una disminución de los síntomas negativos entre el pre-tratamiento ($M= 22$), a los dos años de intervención ($M= 12,11$) y al finalizar el tratamiento familiar ($M=10,55$). Se puede observar en la Figura 83 la disminución de las puntuaciones en las tres medidas de tiempo en el grupo en tratamiento.

Se observa que los resultados son clínicamente relevantes ya que hay una disminución de las puntuaciones que van del percentil 45 al percentil 5. Pasando de haber síntomas negativos moderados a haber síntomas negativos leves.

En el grupo control, no hay valores significativos, no obstante se observa una disminución de las puntuaciones entre el pre-tratamiento ($M=21,31$) y a los dos años de intervención ($19,21$), pero en el post-tratamiento ($M=21$) los valores vuelven a aumentar. Las puntuaciones de los síntomas negativos permanecen en el percentil 50 en las tres medidas de tiempo.

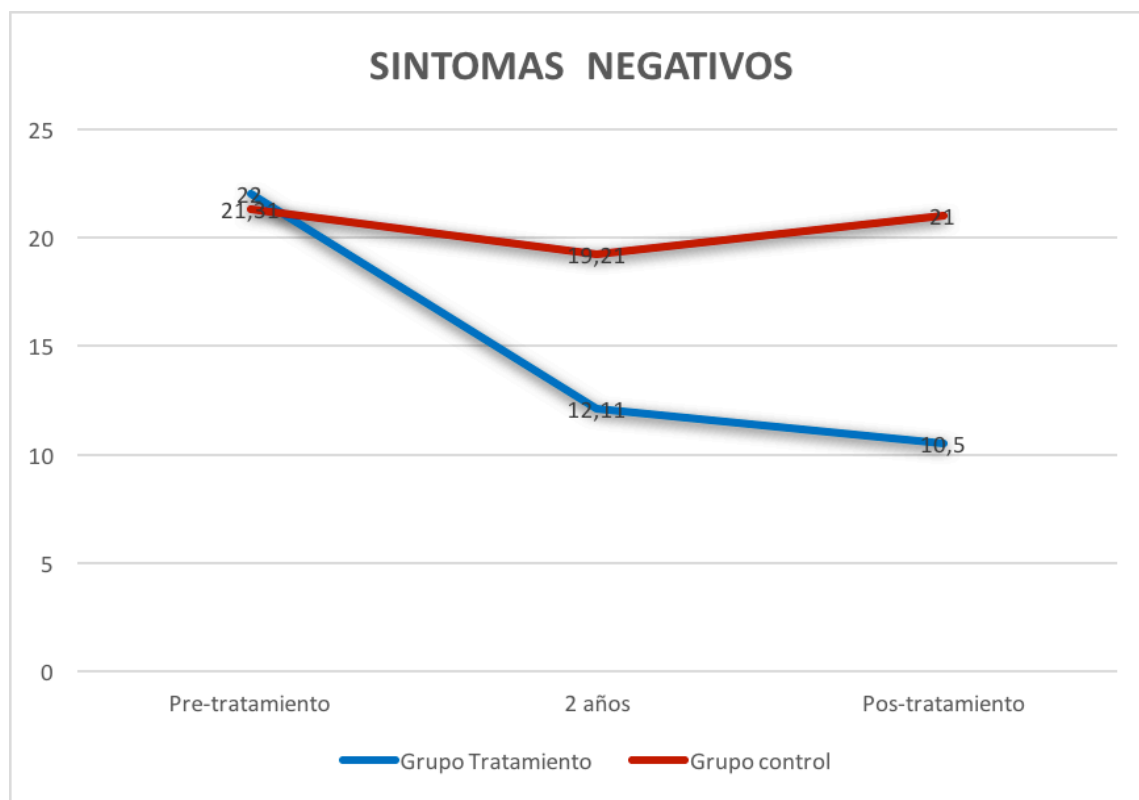


Fig. 85. Síntomas Negativos de los Pacientes. Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.

Los contrastes inter-sujetos indican que hay diferencias estadísticamente significativas en la **Psicopatología general** entre el grupo control y el grupo en tratamiento ($F= 5,25$, $p=0,001$). Los contrastes simples o intra-sujetos muestran valores significativos ($F=13,77$, $p=0,00001$), habiendo una disminución de la psicopatología general en el grupo en tratamiento, en dos medidas del tiempo: el pre-tratamiento ($M= 50$) y a los dos años de intervención ($M= 27$), manteniéndose las puntuaciones en el post-tratamiento ($M=24$). Se puede observar en la Figura 84 que hay significación clínica, ya que la psicopatología general en el pre-tratamiento puntuaba en el percentil 60, habiendo síntomas moderados, y se observa en el post-tratamiento la disminución al percentil 25, habiendo psicopatología leve.

No obstante, en el grupo control no se observa una disminución estadísticamente significativa ni clínicamente relevante, permaneciendo las puntuaciones de las tres medidas de tiempo por debajo del percentil 20, habiendo psicopatología leve.

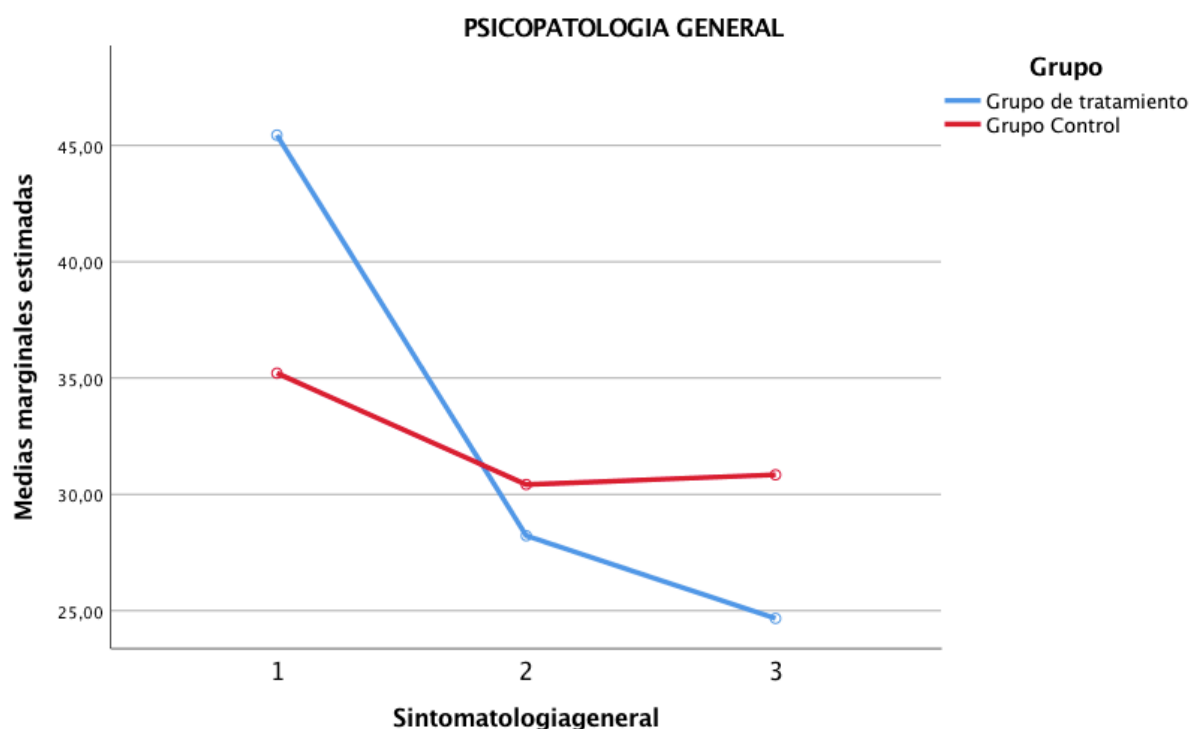


Fig. 86. Psicopatología General de los Pacientes.

Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.

No se encontraron valores estadísticamente significativos ($F=2,34$, $p=0,11$) en la gravedad de la sintomatología entre el grupo control y el grupo en tratamiento, en las tres medidas de tiempo.

Se ha realizado un **Análisis Univariado de medidas repetidas (ANOVA)** con la variable dependiente: **Actitud hacia la medicación** y con la variable independiente el grupo en tratamiento familiar en tres medidas de tiempo: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años y 3) Al finalizar el tratamiento familiar.

Se encontraron valores significativos en los contrastes multivariados (Lambda de Wilks: 0,65, $F=4,39$, $p=0,02$). En los contrastes univariados, se encontraron una interacción significativa entre la actitud hacia la medicación y el grupo (Lambda de Wilks =0,70 $F= 4,35$, $p=0,02$). En los contrastes simples se obtuvo un valor significativo ($F=21,3$, $p=0,001$) entre el pre-tratamiento ($M=11,8$) y a los dos años de la intervención familiar ($M=15,2$). Se observa en los pacientes del grupo en tratamiento que antes de iniciar el estudio, no había una buena adherencia al tratamiento farmacológico habiendo un aumento significativo de una mejor actitud hacia la medicación a los dos años de intervención.

Se observa en la Figura 86, que en el grupo control ya había una mejor adherencia al tratamiento farmacológico antes de iniciar el estudio (M=16), manteniéndose la buena actitud hacia la toma de medicación (t2 M=17, t3 M=17), sin mostrar cambios significativos en las tres medidas de tiempo.

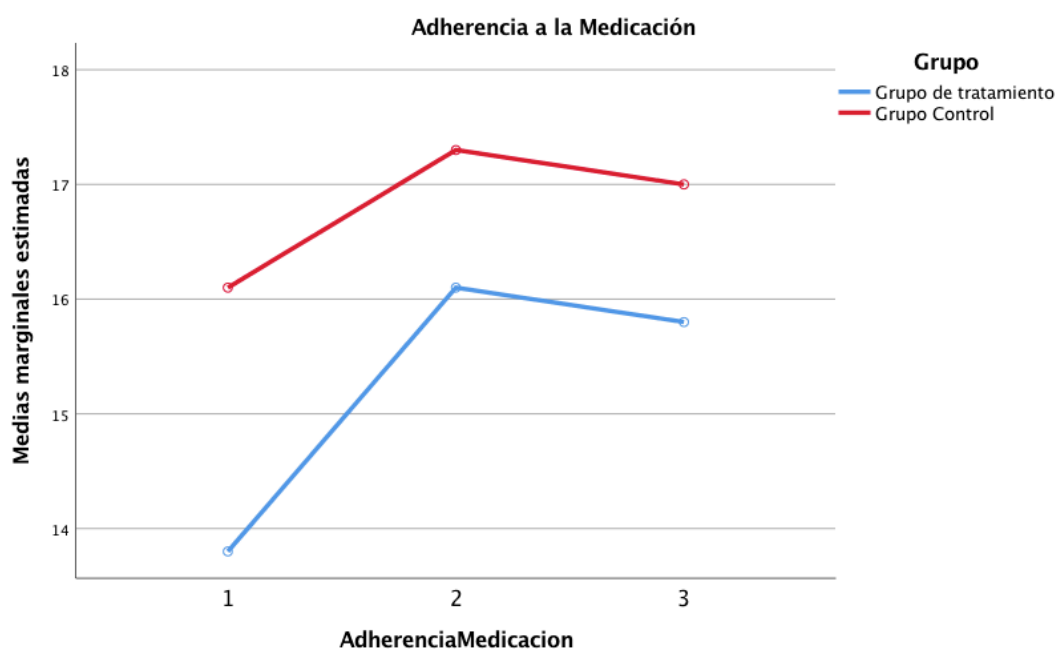


Fig. 87. Adherencia a los Antipsicóticos.

Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.

Se observa que mejora la actitud de la medicación en el grupo en tratamiento.

La Hipótesis 2 considera **“El grupo en tratamiento tendrá una disminución de la dosis de medicación antipsicótica; habiendo diferencias significativas en las tres medidas de tiempo”**.

Medicación

El 79% de la muestra del grupo en Tratamiento disminuyó la dosis de medicación antipsicótica después de dos años de tratamiento, el 16% permaneció sin cambios en la medicación y un 5% subió la medicación (corresponde a una persona que no tomaba medicación e inició la toma de antipsicóticos a raíz del inicio de la terapia familiar).

Al finalizar la Terapia familiar, el grupo en Tratamiento disminuyó en la toma de antipsicóticos un 70% y el 30% de los pacientes se mantuvo con la dosis que tenía a los dos años de intervención.

En el grupo control, después de dos años del estudio, el 60% de la muestra, aumentó la dosis de medicación antipsicótica. El 20% se quedó con la misma dosis sin modificarla y un 20% tomó menos medicación.

Al finalizar el estudio el 30% del grupo control permaneció con la misma medicación que a los dos años de intervención, un 55 % aumentó y un 15% disminuyó.

Se puede observar valores de disminución de las dosis de medicación más altos en el grupo en tratamiento que en el grupo control.

Para seguir contrastando **la Hipótesis 1** en la variable de Calidad de vida, se realizó un **análisis multivariado de medidas repetidas** con las variables dependientes de **calidad de vida**, en sus *escalas favorables y desfavorables* (Escala Favorable: Satisfacción vital, Autoestima y armonía; Escala Desfavorable: Falta aprehensión, Pérdida de energía, Falta de control interno, Dificultad en Expresión emocional, Dificultad de expresión cognitiva, Extrañamiento, Miedo pérdida de control, Hostilidad contenida, Automatismos), con la variable independiente grupo en tratamiento *en las tres medidas de tiempo*: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años y 3) Al finalizar el tratamiento familiar.

En relación a la **calidad de vida de los pacientes** no se encontraron valores estadísticamente significativos en ninguna de las escalas de calidad de vida de los pacientes ($F=1,12$, $p=0,38$).

En relación a las *escalas favorables* se observa una tendencia a la mejora en la escala de calidad de vida favorable. Se observa un aumento entre el pre-tratamiento ($M=2,93$) y a los dos años de la intervención familiar ($M=3,26$). Se observa un aumento del 20% en la escala favorable de calidad de vida (véase Figura 87).

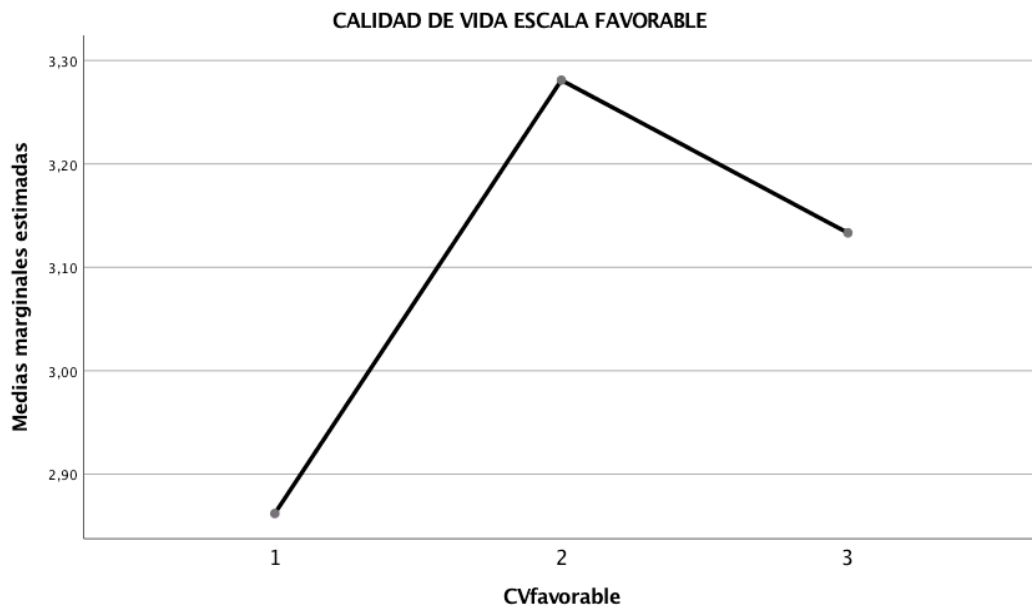


Fig. 88. Escala de calidad de vida Favorable de los Pacientes del Grupo en Tratamiento en las tres medidas del tiempo

En relación a las escalas desfavorables, se observa una tendencia a la mejora del control interno en el grupo en tratamiento en el pretratamiento (M=2,9), a los dos años de intervención (M=2,6) y al finalizar la terapia familiar (M=2,3). Aumentando el control interno en un 15%.

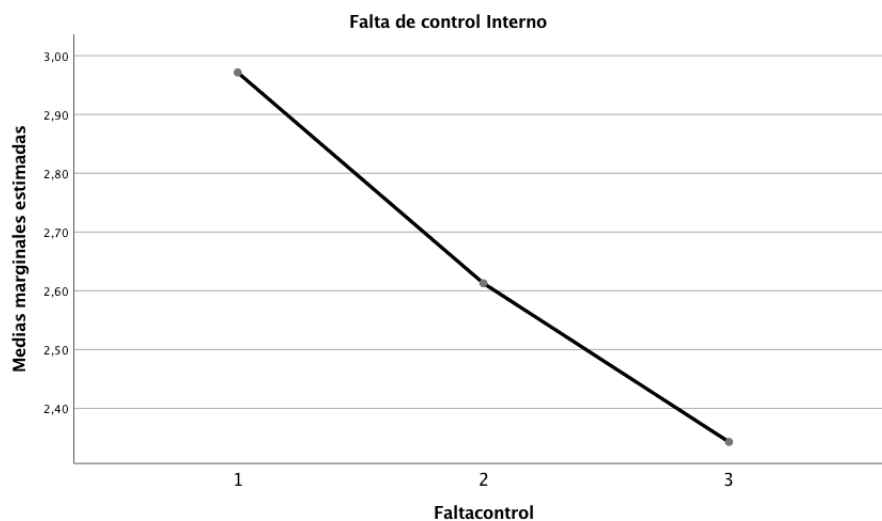


Fig. 89. Escala Desfavorable de Calidad de vida de los pacientes. Falta de Control en las tres medidas del tiempo.

Considerando la H₁ hay una mejora significativa en la adherencia y actitud hacia la medicación en el grupo en tratamiento, no obstante, no hay una mejora estadísticamente significativa en la calidad de vida de los pacientes.

4.8. ANÁLISIS UNIVARIADO DE MEDIDAS REPETIDAS: FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y LABORAL

La Hipótesis 2 considera **“El grupo en tratamiento tendrá un mejor Funcionamiento Social y Laboral, habiendo diferencias significativas en las tres medidas de tiempo”**.

Se realizaron análisis Univariados (ANOVA) de medidas repetidas con la variable dependiente **Funcionamiento Social y laboral**. La variable independiente, intrasujetos fue el tipo de tratamiento con dos valores: 1) El grupo control con tratamiento farmacológico sin terapia psicológica y 2) El grupo en tratamiento familiar basado en el modelo de la reconfirmación y tratamiento farmacológico. Se analizaron los datos en las tres medidas de tiempo: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años y 3) Al finalizar el tratamiento familiar.

En los análisis univariados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la variable dependiente (Lambda de Wilks: 0,63, F=6,92, p=0,04). Los contrastes intra-sujetos mostraron diferencias significativas (F= 11,45, p=0,002). En el grupo en tratamiento se observa un aumento del funcionamiento social y laboral entre el pre-tratamiento (M=47), después de dos años de intervención (M=70) y al finalizar la terapia familiar (M=71). Se puede observar en la Figura 89 que hay diferencias clínicamente significativas, ya que el grupo en tratamiento muestra un funcionamiento social y laboral grave en el pre-tratamiento y al finalizar la terapia familiar se muestra un funcionamiento bueno, con relaciones sociales significativas. No obstante en el grupo control las puntuaciones se mantienen en un rango de funcionamiento social y laboral grave (M=45) en las tres medidas del tiempo.

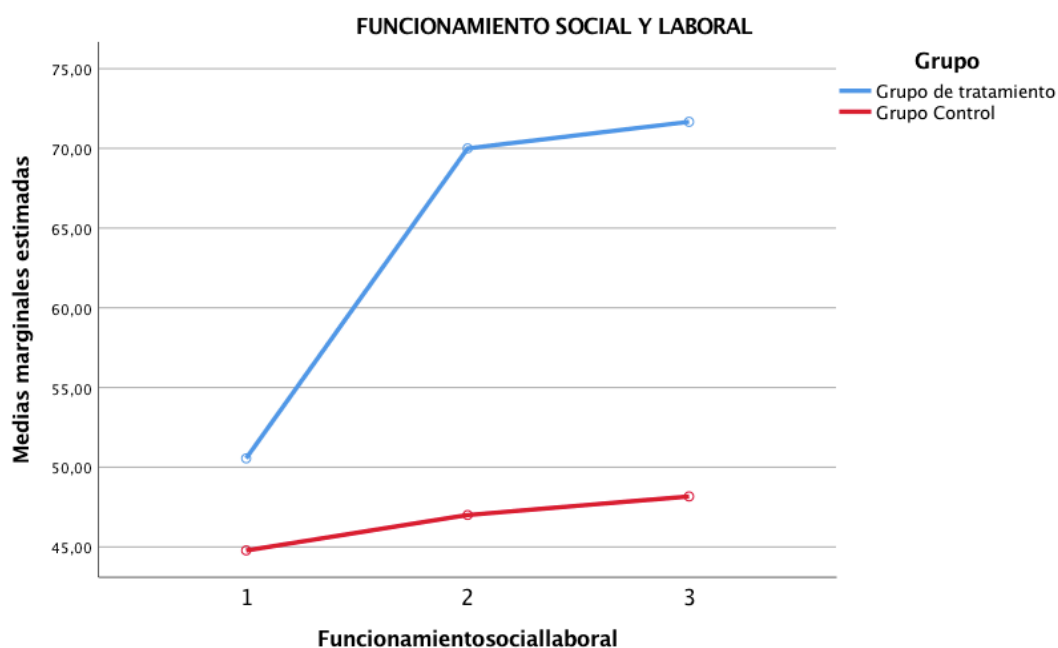


Fig. 90. Funcionamiento Social y Laboral de los Pacientes

Comparación de los dos grupos (Control y en Tratamiento) en las tres medidas de tiempo.

Se observa que hay una mejora estadística y clínica en el funcionamiento social y laboral en el grupo en tratamiento.

En el presente estudio el 30% de los pacientes vivían independientes después de terminar el tratamiento.

4.9. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE MEDIDAS REPETIDAS DE LAS VARIABLES FAMILIARES

La Hipótesis 3 considera "La intervención familiar en la Esquizofrenia puede tener un efecto clínicamente significativo en la disminución de las siguientes variables familiares: a) Crítica y sobreprotección, b) Desconfirmación (Desconfirmación y triangulación). Y un aumento de 1) Calidez, 2) Adaptabilidad familiar y 3) Mejora de la calidad de vida de los familiares."

Se ha realizado un análisis multivariado de medidas repetidas con las variables dependientes: 1) Cohesión, 2) Adaptabilidad familiar y 3) Cuidado, 4) Protección y 5) Crítica, con la variable independiente el grupo en tratamiento en las tres medidas de tiempo: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años y 3) Al finalizar el

tratamiento familiar. Se realizaron diferentes análisis estadísticos para las padres, madres y hermanos.

En éste análisis se aplicaron los contrastes simples. Previamente se realizaron pruebas con el objetivo de comprobar los supuestos de normalidad, linealidad, outliers, matrices de homogeneidad de varianza y covarianza, multicolinealidad y no se observan violaciones a los supuestos.

En relación a los **padres** no se encontraron valores significativos en las variables cohesión ($F=0,63$, $p=0,53$) y adaptabilidad familiar ($F=0,14$, $p=0,18$), cuidado ($F=3,78$, $p=0,10$) y protección ($F=0,77$, $p=0,52$). Sin embargo, se encontraron valores significativos en la variable crítica (Lambda de Wilks: $0,68$, $F=2,77$, $p=0,05$).

Se analizaron los contrastes simples, como se puede observar en la Figura 90, hay una disminución de la crítica de los padres entre el pre-tratamiento ($M=19,5$), después de dos años de intervención ($M=18,5$) y al finalizar la terapia familiar ($M=12,55$). El tratamiento familiar ha tenido un efecto en la disminución de la crítica de los padres.

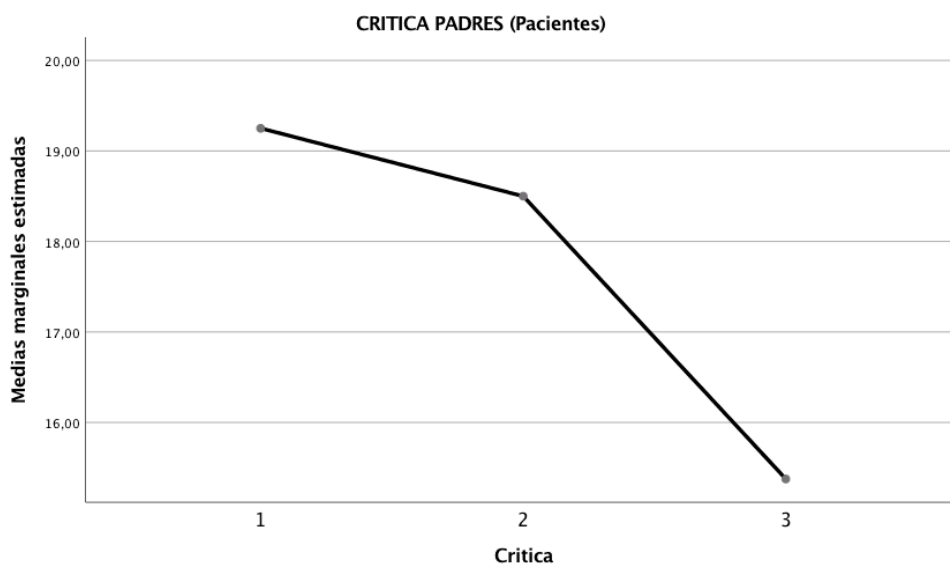


Fig. 91. Crítica de los Padres. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo

Se observa en las puntuaciones del IRQ y del PBI de los padres y en la interpretación cruzada (Cuidados $M= 18,75$; Protección $M=5,8$, Crítica $M=11$), puntuaciones que describen un vínculo óptimo entre padres e hijos.

Al analizar las pruebas multivariantes y en los contrastes simples no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables cohesión ($F=0,22$, $p=0,8$) y adaptabilidad familiar ($F= 0,41$, $p=0,68$), cuidado ($F=1,10$, $p=0,39$), protección ($F=0,22$, $p=0,8$) y crítica ($F=0,58$, $p=0,58$) de las **madres**.

A pesar de no encontrar valores estadísticamente significativos, se observa una tendencia a aumentar los cuidados maternos respecto al paciente en un 20% entre el pre-tratamiento ($M= 20,62$) y el post-tratamiento ($M=25$).

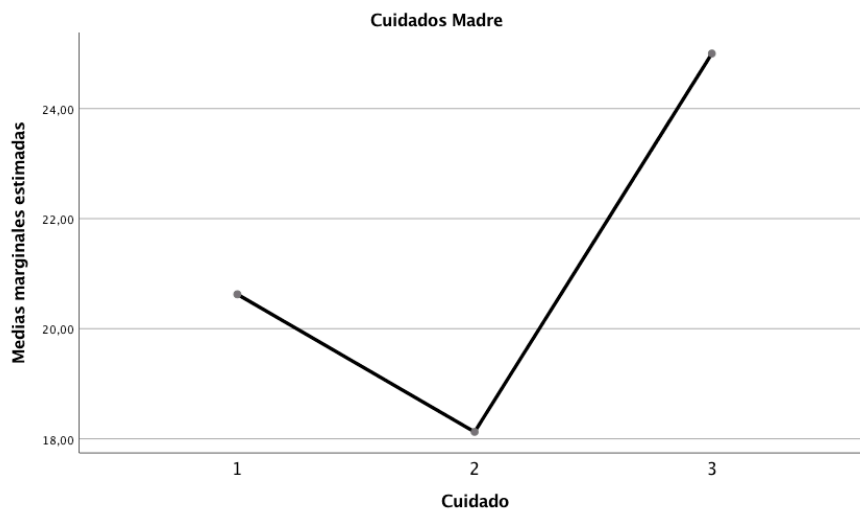


Fig. 92. Cuidados de las Madres. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo

También se observa una tendencia a la disminución de la crítica materna respecto al paciente, se observa en la Figura 93 una disminución del 20% entre el pre-tratamiento ($M=18$), y después de dos años de terapia familiar ($M=15$).

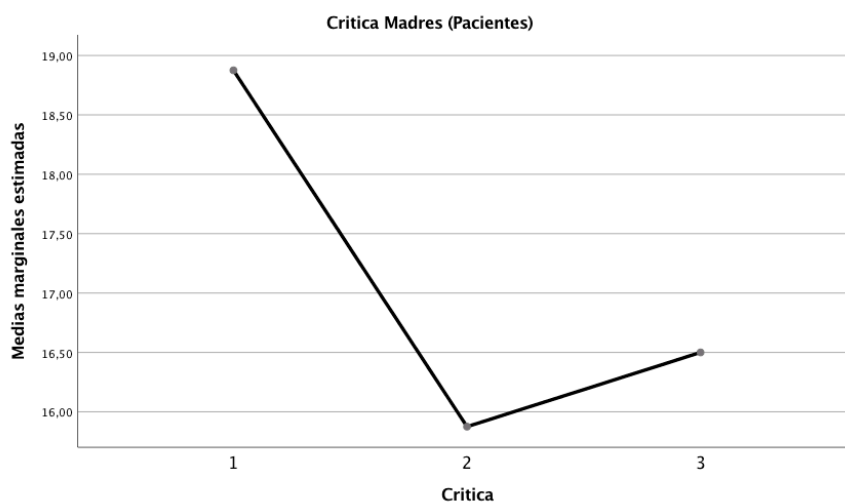


Fig. 93. Crítica de las Madres. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

Se observa en la interpretación cruzada, que las madre establece un vínculo óptimo con el paciente, aumentando los cuidados maternos y disminuyendo la crítica.

Respecto a **los hermanos**, al analizar los contrastes multivariados se encontraron valores significativos en la *cohesión* y en la *adaptabilidad* familiar (Lamda de Wilks: =0,90, F= 4,73, p= 0,002). En los contrastes simples o intra-sujetos se observa que hay diferencias significativas (F=2,7, p=0,02) entre el pre-tratamiento (M=3,25), después de dos años de terapia (M=3,95) y al finalizar la terapia familiar (M=4). Se puede observar en la Figura 94 que hay un aumento de la cohesión familiar en los hermanos(as) de los pacientes como efecto de la intervención familiar.

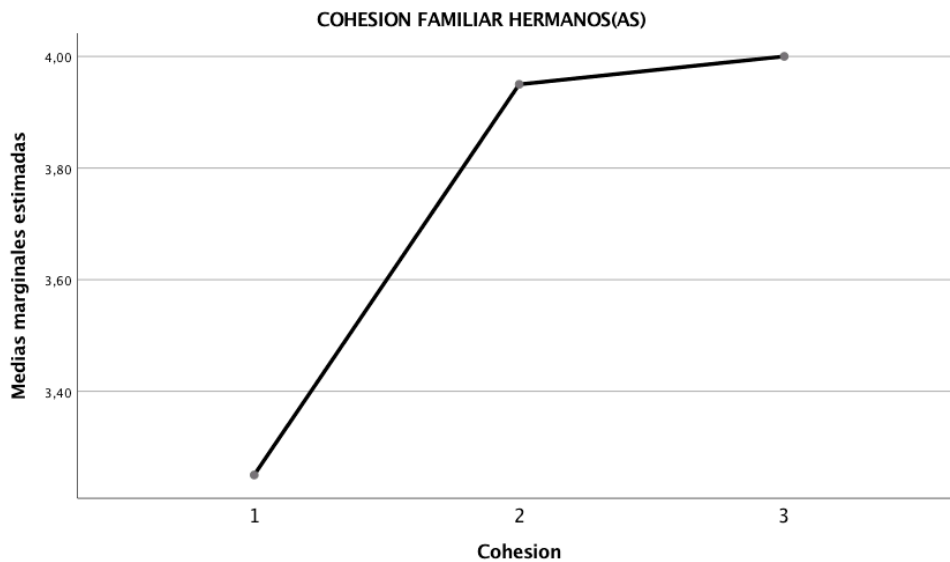


Fig. 94. Cohesión Familiar Hermanos. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo

En la variable *adaptabilidad*, se observó en los contrastes simples o intra-sujetos que hay diferencias estadísticamente significativas (F=7,5, p=0,03) entre el pre-tratamiento (M=3,15) y después de dos años de terapia (M=3,77). Al finalizar la terapia familiar (M=3,75) disminuyen ligeramente las puntuaciones. En la Figura 95 se puede ver un aumento de la adaptabilidad familiar en los hermanos(as) como efecto de la intervención familiar, entre el tiempo de medida del pre-tratamiento y después de dos años de intervención.

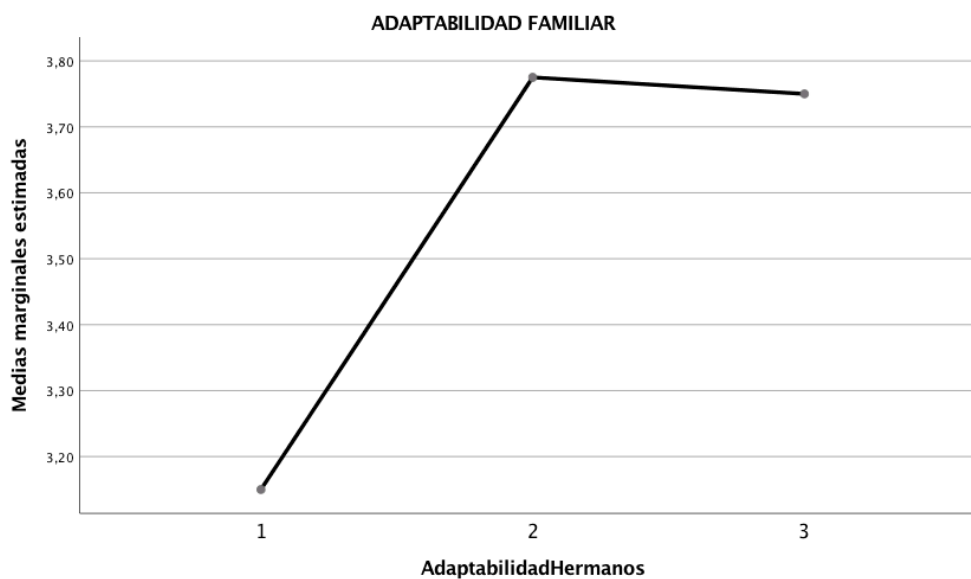


Fig. 95. Adaptabilidad Familiar Hermanos. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

En relación a las variables **Triangulación y Desconfirmación**, al ser variables cualitativas y observacionales, se realiza un análisis descriptivo de frecuencias.

En relación al análisis de la Check List basada en observaciones de las sesiones en las primeras tres sesiones de terapia, comparadas con las últimas tres sesiones. Se observa lo siguiente: el 36,8% de las familias tuvieron un cambio grande en **la desconfirmación**, el 31,6% mostraron un cambio leve, el 26,3% un cambio moderado y el 5,3% no mostraron cambio. Se observa que el 94,7% muestran un cambio en la desconfirmación familiar.

La percepción del paciente acerca de **ser triangulado** mejora en todos los casos. Después de finalizar la terapia familiar, el 63% de los pacientes tenían la percepción de no formar parte de la relación de pareja de los padres. El 33,3% mostraban una triangulación interconyugal, el 3,71% una triangulación intra-familiar.

En relación al **clima familiar desconfirmador**, el 45% de las familias mejoró notablemente el ambiente desconfirmador, el 30% mejoró de forma consistente y moderado el ambiente desconfirmador y el 25% mostraron un cambio leve. Todas las familias mejoraron en el clima familiar desconfirmador, un 75% de forma notable y consistente.

El 70% de las familias no tenían características estructurales de **triangulación desconfirmadora** al finalizar el tratamiento familiar, un 20% cumplía con la característica de pareja parental bloqueada, había un 10% de figuras de hermanos prestigiosos. Se observa que hay un 70% de las familias que modifican las características de triangulación desconfirmadora.

Los valores y creencias desconfirmadoras en los familiares, mejoran en un 79%, es decir, dejaban de pensar que el paciente era tonto, o que tendría una enfermedad para toda la vida, que es peligroso e imprevisible. Teniendo ideas y creencias de empatía y comprensión respecto al paciente, más esperanzadoras con respecto al futuro del paciente y de la familia.

4.10. ANÁLISIS MULTIVARIANTES DE MEDIDAS REPETIDAS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES

Se ha realizado un análisis multivariado de medidas repetidas con seis variables dependientes de Calidad de vida de los familiares: salud física, salud emocional, trabajo, clases o cursos, tiempo libre y relaciones sociales, con la variable independiente del grupo en tratamiento en las tres medidas de tiempo: 1) Antes de iniciar la terapia familiar, 2) Después de dos años y 3) Al finalizar el tratamiento familiar. En éste análisis se aplicaron los contrastes simples. Previamente se realizaron pruebas con el objetivo de comprobar los supuestos de normalidad, linealidad, outliers, matrices de homogeneidad de varianza y covarianza, multicolinealidad y no se observan violaciones a los supuestos. Se realizaron diferentes MANOVAS de medidas repetidas para los padres, madres y hermanos.

En los contrastes Multivariados se observaron valores significativos en los **padres** (Lambda de Wiks =0,09, F= 3,51, p=0,05). Se observaron los contrastes univariados, encontrándose valores marginalmente significativos en la escala de salud física de los **padres** (F=3,51, p=0,05). Analizando los contrastes simples, se encontraron valores significativos (F=6,06, p=0,045) entre los dos años de intervención (M=45) y al finalizar la terapia familiar (M=52). Lo cual indica que los padres mejoraban en la calidad de vida en su salud física al finalizar la terapia familiar. (Véase Figura 96).

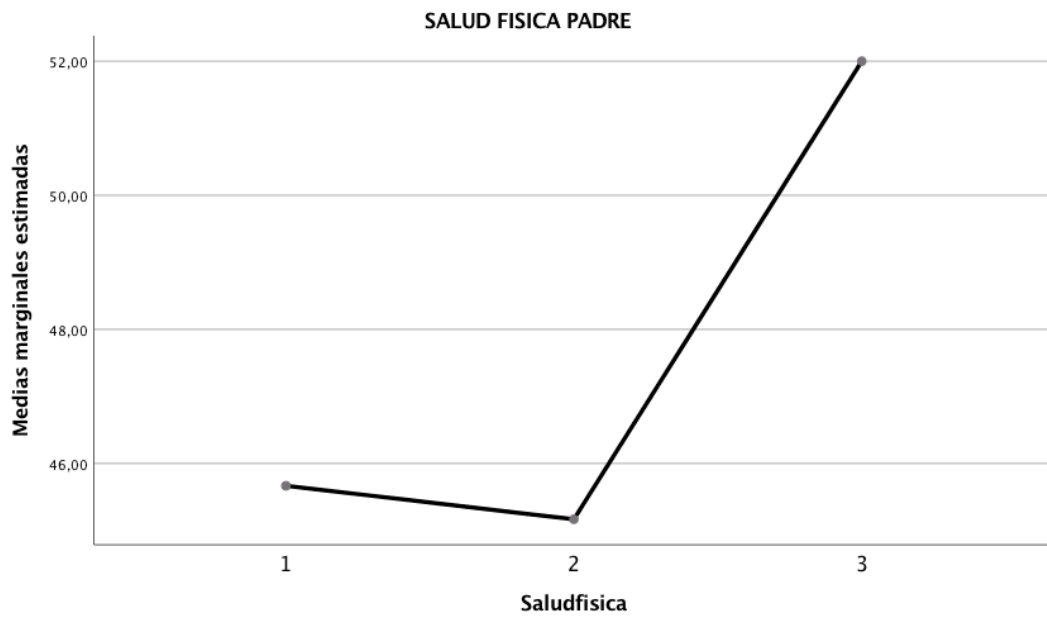


Fig. 96. Calidad de vida Padre: Salud Física. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

Al analizar las pruebas univariantes, se encontraron valores significativos en el estado de ánimo de los padres ($F= 19,3$, $p=0,04$). Al observar los contrastes simples y las pruebas de contraste intra-sujetos, se encontraron valores significativos ($F=19, 3$, $p=0,04$) entre el pre-tratamiento ($M=46$) y al finalizar la terapia familiar ($M=56$). Se puede observar en la Figura 97 que a los dos años de intervención los padres empeoran en su estado de ánimo, pero al finalizar el tratamiento familiar, los padres mejoran significativamente su estado anímico.

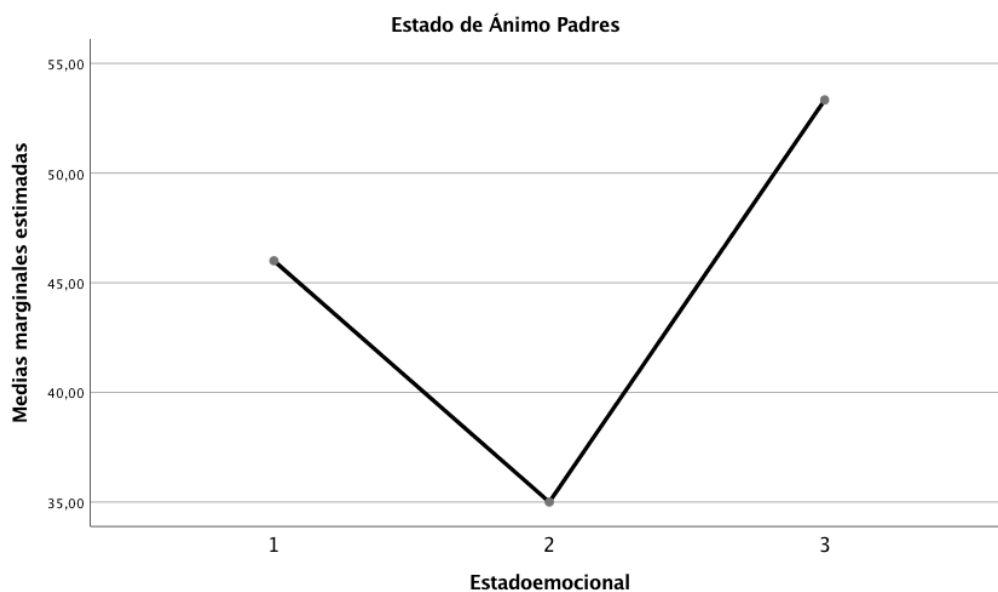


Fig. 97. Calidad de vida Padre: Estado Emocional. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

Al observar las pruebas intra-sujetos, en la escala relaciones sociales, se encontraron valores significativos ($F = 7,5$, $p=0,015$). Se observan valores significativos entre las tres medidas del tiempo ($t_1 M=37$, $t_2 M=38,6$, $t_3 M=43$). En la Figura 98 se observa la tendencia a la mejora en la vida social de los padres y un aumento de su satisfacción en la calidad de vida.

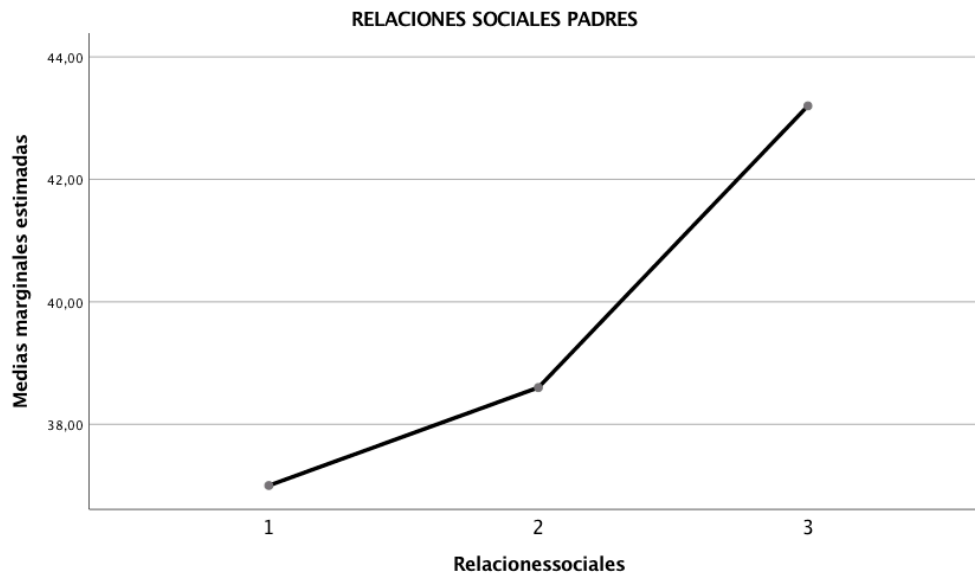


Fig. 98. Calidad de vida Padre: Relaciones Sociales. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

No se encontraron valores significativos para la variable de calidad de vida; cursos, tiempo libre y tampoco en el trabajo ($F=12,4$, $p=0,80$).

No obstante, se observan una tendencia a la mejora en *la escala de calidad de vida satisfacción en el trabajo* de los padres que es clínicamente relevante entre las tres medidas de tiempo ($T_1 M= 26,5$, $T_2 M=48$, $T_3 M=53,5$).

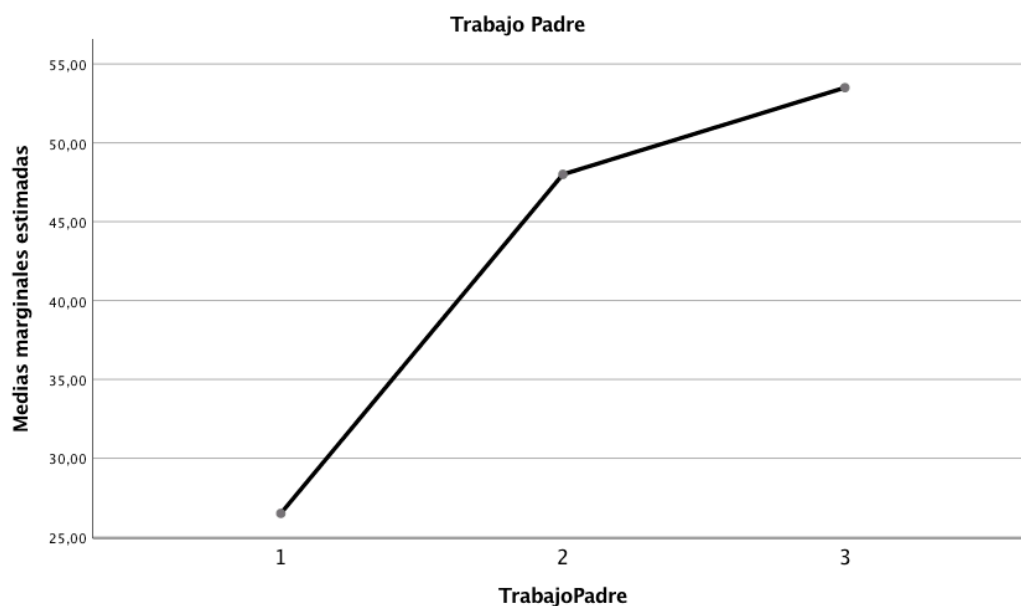


Fig. 99. Calidad de vida Padre: Trabajo. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

En relación a las **Madres** no se encontraron valores estadísticamente significativos en la salud física, estado de ánimo, trabajo, clase o curso ni en las relaciones sociales, tampoco en el tiempo libre.

No obstante hay valores clínicamente relevantes en las **relaciones sociales de la madre**. Se puede observar la tendencia a la mejora de las relaciones sociales, entre las tres medidas del tiempo (T1 M=36, T2 M=41,5, T3 M=44,5). Aumentando la calidad de vida social en las madres en un 25% (Véase figura 100).

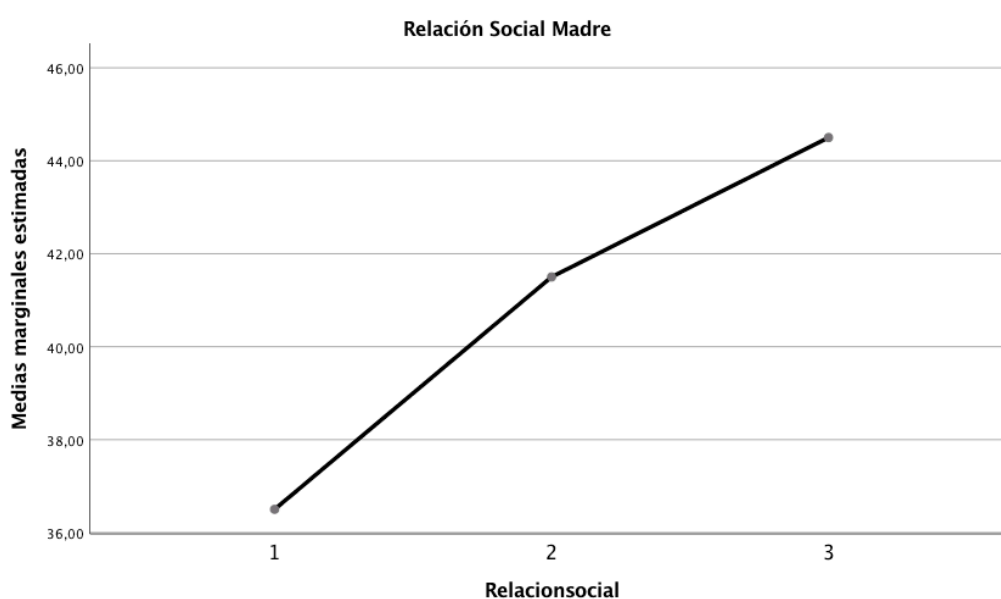


Fig. 100. Calidad de vida Madre: Relaciones Sociales. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

Respecto a los(as) hermanos(as) del paciente, no se encontraron valores significativos en la salud física, estado de ánimo, trabajo, clases y relaciones sociales.

Al analizar los contrastes univariantes, se observaron valores estadísticamente significativos en la escala tiempo libre ($F=64$, $p=0,01$). En los contrastes simples o intra-sujetos, se observaron valores significativos entre el pretratamiento ($M=22$) y después de dos años de intervención ($M=25,66$). Aumentando significativamente la calidad de vida de los(as) hermanos(as) en el tiempo libre. Se observa en la Figura 99 que al finalizar el tratamiento ($M=25$) disminuye ligeramente las puntuaciones de calidad de vida.

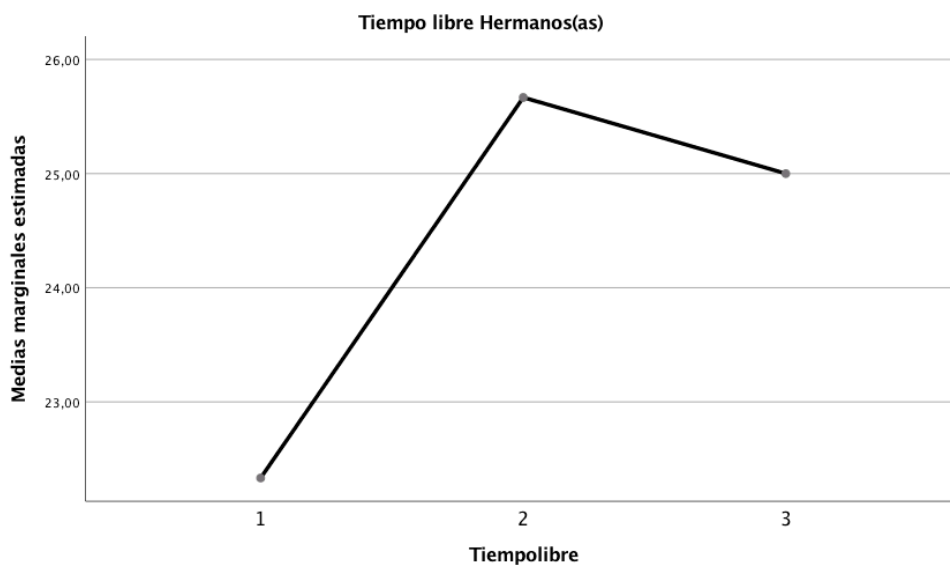


Fig. 101.. Calidad de vida Hermanos(as): Tiempo Libre. Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

A pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas, se observa una tendencia a la mejora de la calidad de vida en las clases o cursos de los hermanos. Se puede observar en la Figura 102 que ha habido una mejora entre el tiempo 1 ($M=35$) y el 3 ($M=43$). Se observa una mejora del 30% entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

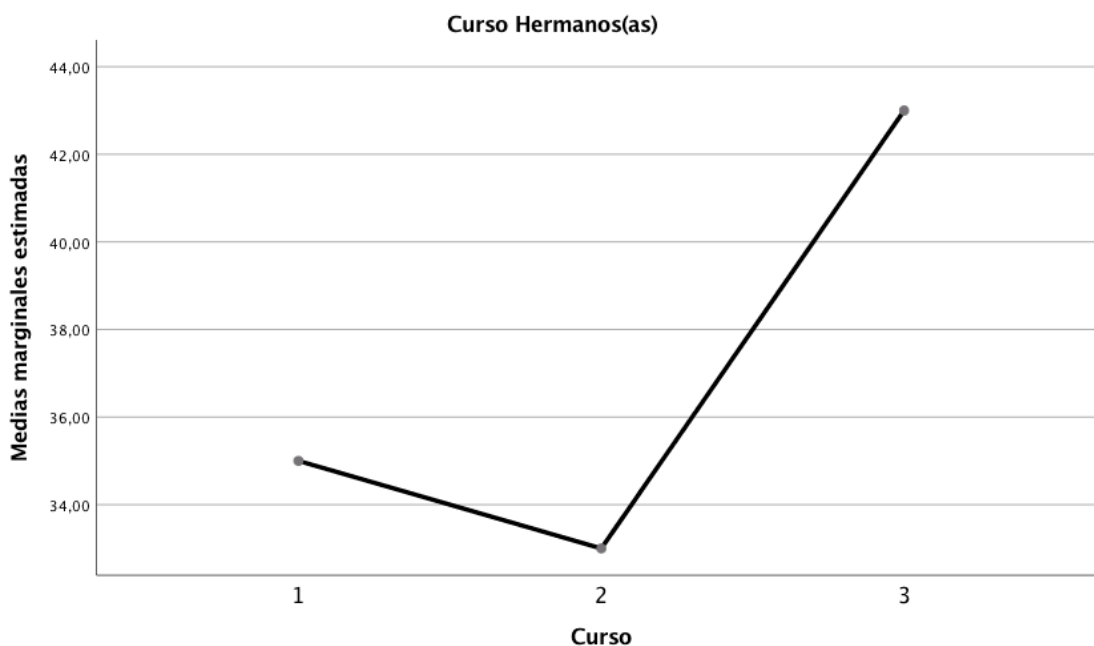


Fig. 102. Calidad de vida Hermanos(as): Cursos o clases.
Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

A pesar de no encontrar valores significativos. Se observa una mejora en las relaciones sociales, entre el pre-tratamiento (M=39,5), después de dos años de intervención familiar (39,75) y al finalizar el tratamiento familiar (M=44,25). Habiendo una mejora del 20% en las puntuaciones la terapia.

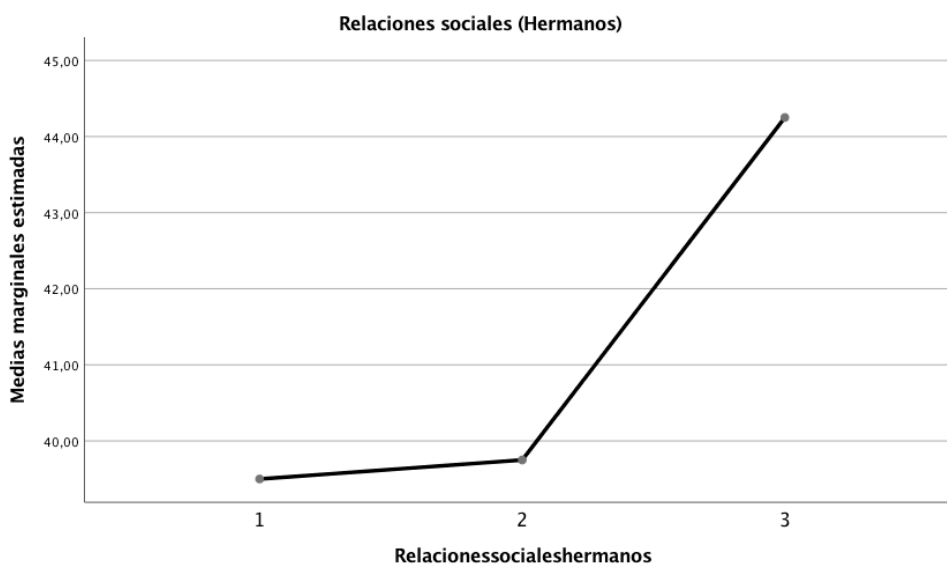


Fig. 103. Calidad de vida Hermanos(as): Relaciones sociales.
Grupo en Tratamiento en las tres medidas de tiempo.

4.11. ANÁLISIS CUALITATIVOS

4.11.1. Análisis de la Terapia

El 90% de las familias fueron tratadas en un formato de Terapia familiar siguiendo el programa de intervención basado en el Modelo de la Reconfirmación (Terapia Familiar y Abordaje farmacológico). El 10% de las familias fueron tratadas con el programa basado en el Modelo de la Reconfirmación (Terapia Familiar y Abordaje farmacológico) y además, los pacientes asistieron a algunas sesiones de Terapia del grupo relacional.

El tratamiento duró entre 3 y 4 años (con una media de 3 años y medio). Con una media de 30 sesiones de Terapia Familiar, en un rango de entre 12 y 60 sesiones.

4.11.2. Abandonos

En relación a la *terapia familiar* el 12% de la muestra abandonó la terapia familiar (3 familias) después de las primeras 3 sesiones (después de dos meses de iniciar la terapia).

En los casos que abandonaron, se observó que un 75% eran pacientes hombres, el 25% eran mujeres. El 70% de los pacientes no se percibían enfermos y el 30% se percibían como levemente enfermo. Tenían un tiempo de evolución del trastorno entre 3 y 36 meses, menos tiempo de evolución del trastorno que la muestra total.

El 75% de las personas que abandonaron recibían ayudas económicas por larga enfermedad. Se observa un porcentaje muy alto de beneficios secundarios Institucionales.

Las demandas de terapia familiar, estaban muy centradas en el cambio del paciente y lo percibían como una persona agresiva.

4.11.3. Derivaciones

Hubieron 2 casos (8 % de la muestra) que se derivaron a otro servicio (el equipo de terapia los derivó) después de dos años de tratamiento familiar. Se realizó la derivación por tratarse de situaciones clínicas que habían cambiado su sintomatología, inicialmente cumplía con los criterios de Esquizofrenia y después de dos años de

tratamiento familiar mostraban síntomas de Trastorno Límite de la Personalidad sin síntomas psicóticos. La derivación a otro servicio se realizó cuando las situaciones familiares habían mejorado, no habían síntomas psicóticos y se recomendaban intervenciones de tipo individuales y grupales para el control de la impulsividad.

4.11.4. Altas Terapéuticas

El 80 % de la muestra del grupo en tratamiento, continuó la intervención familiar hasta que los terapeutas les dieron el alta terapéutica.

El alta terapéutica se realizó cuando había disminuido la sintomatología de los pacientes, no había situaciones de riesgo o de crisis. Y cuando la demanda de petición de ayuda de la familia se había cumplido. Las familias tenían la percepción subjetiva de haber recibido la ayuda que necesitaban.

4.11.5. Recaídas

No se tuvieron datos del grupo control, ya que no estaban registrados en la base de datos Hospitalaria, tampoco en las historias clínicas, por ello no se aportaron datos de grupo control.

El 10% de la muestra (2 pacientes) del grupo en tratamiento, tuvieron una recaída o rehospitalización en una unidad de Psiquiatría a lo largo de 4 años que duró la terapia familiar. Estas hospitalizaciones tuvieron una duración menor a dos semanas, un tiempo significativamente menor a las hospitalizaciones previas.

4.12. EVALUACIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR

La Hipótesis 4 afirma, **El grupo de pacientes y familiares que recibieron tratamiento familiar sistémico tendrá la percepción subjetiva de mejora familiar, disminución del sufrimiento y esperanza respecto al futuro (después de dos años y al finalizar el tratamiento)**. Para contrastar dicha Hipótesis, se analizan los siguientes resultados.

Se consideran los datos obtenidos de las preguntas abiertas sobre la motivación y demanda de Terapia familiar en el pre-tratamiento. También se muestran los resultados de la Entrevista de percepción de cambio terapéutico de Elliot (1998). Los resultados se organizaron para su comprensión en pacientes, madres, padres y hermanos.

4.12.1. Pacientes

Respecto a los **problemas que los pacientes** tenían antes de iniciar la terapia familiar.

El 23,8% de los pacientes querían mejorar la relación con su familia, el 23,8% quería tratar su trastorno, el 19% de los pacientes quería mejorar su capacidad de relación social, el 14,3% buscaba sentir menos miedo, el 9,5% de los pacientes querían mejorar la relación con su familia y tratar el trastorno, el 9,5% buscaba mejorar la relación de pareja de los padres (véase Figura 104).

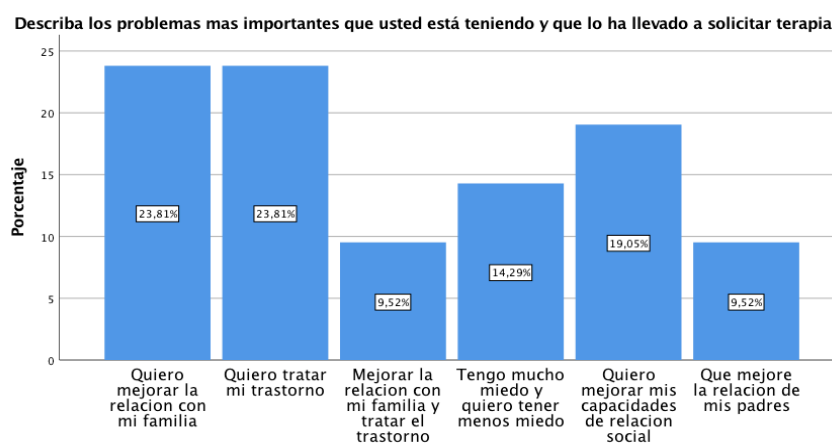


Fig. 104. Problemas que motivaron la solicitud a Terapia familiar. Pacientes

Habían **otros problemas** que preocupaban a los *pacientes* como **motivo de consulta** en Terapia familiar fueron los siguientes. El 33,3% de los pacientes querían tener una mejor relación con sus padres, un 33,3% querían conseguir trabajo, el 11,1% de los pacientes buscaban mejorar su relación social, el 11,1% querían mejorar la seguridad en ellos mismos, el 11,1% querían ser más independientes.

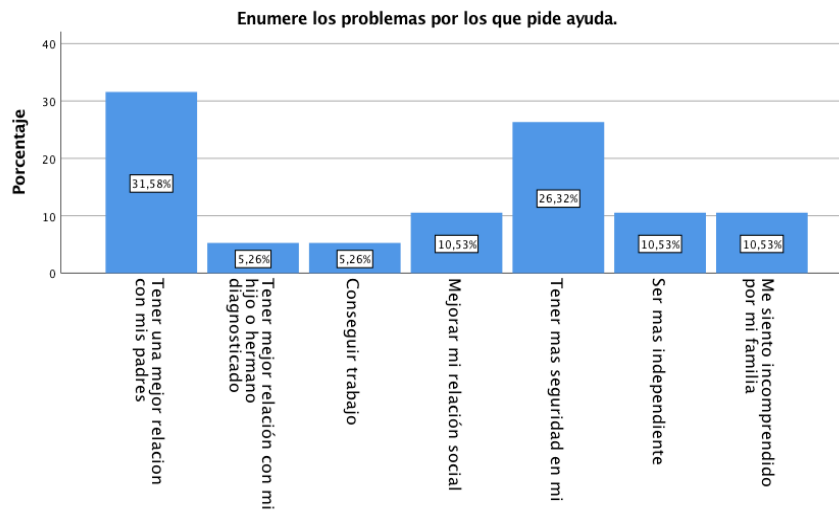


Fig. 105. Otros problemas que motivaron la solicitud a Terapia familiar. Pacientes.

En relación a **las expectativas** de la Terapia familiar, el 42,9% de *los pacientes* querían mejorar la relación familiar, el 19% de los pacientes buscaban ser más independientes y autónomos, el 14,3% de los pacientes querían mejorar su forma de ser, el 9,5% buscaba disminuir sus miedos, el 4,8% querían mejorar su vida actual para tener un mejor futuro, el 4,8% querían mejorar la relación con la madre, el 4,8% buscaban sentir más comprensión de su familia.

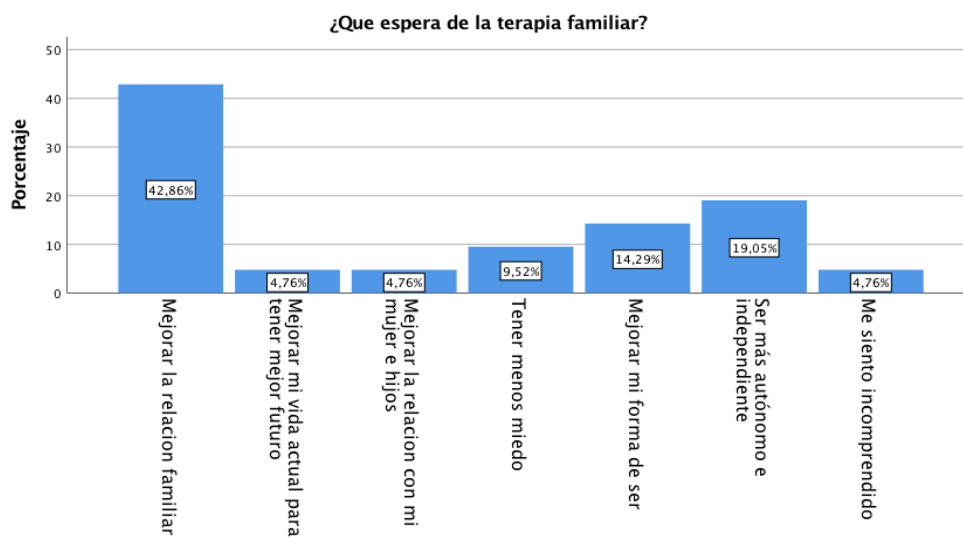


Fig. 106. Expectativas de la Terapia familiar. Pacientes.

En relación a las cosas que *los pacientes* querían que **cambiaran dentro del ambiente familiar** el 35% de los pacientes querían disminuir los conflictos, otro 35% de los pacientes querían mejorar el clima familiar, el 20% de los pacientes buscaban que sus familia los trataran mejor, el 5% querían mejorar el proyecto de futuro y el 5% buscaba que su pareja le tratase mejor.

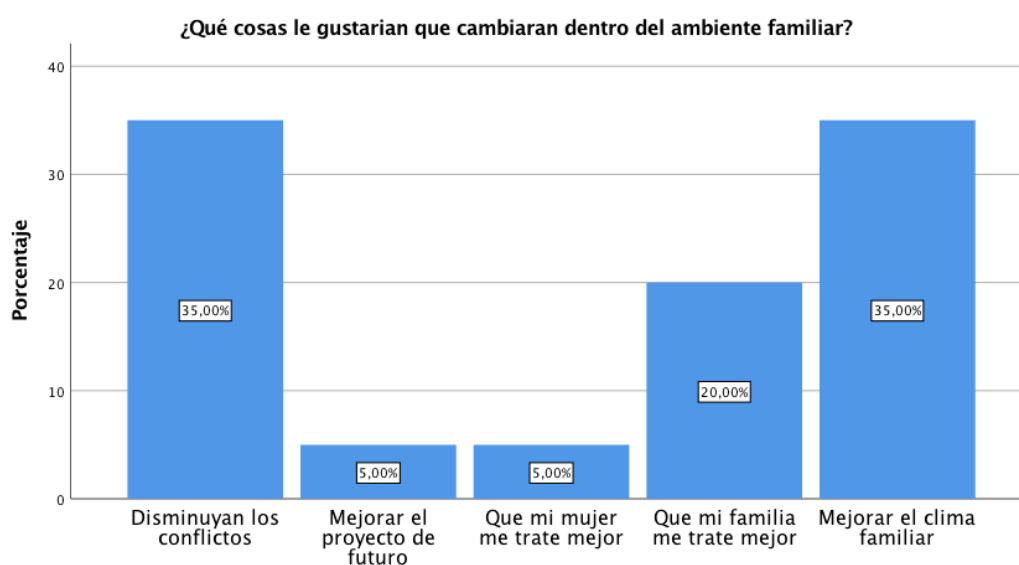


Fig. 107. Expectativas de Cambio de Terapia Familiar. Pacientes.

Cambios después de dos años de Tratamiento

En relación a los cambios **después de dos años** de iniciar la terapia familiar, *los pacientes* valoraron los siguientes cambios productos de la terapia familiar.

El 28,6% de los pacientes percibían una mejora del clima familiar, el 21,4% de los pacientes describía una mejora en la relación y comunicación familiar, el 21,4% habían aumentado más su confianza en las relaciones sociales, el 14,3% pensaba que había disminuido la hostilidad familiar, el 7,1% percibía una mejora en la relación de pareja de los padres, el 7,1% de los pacientes valoraba la sensación de que alguien creía en ellos y eso les había motivado a cambiar.

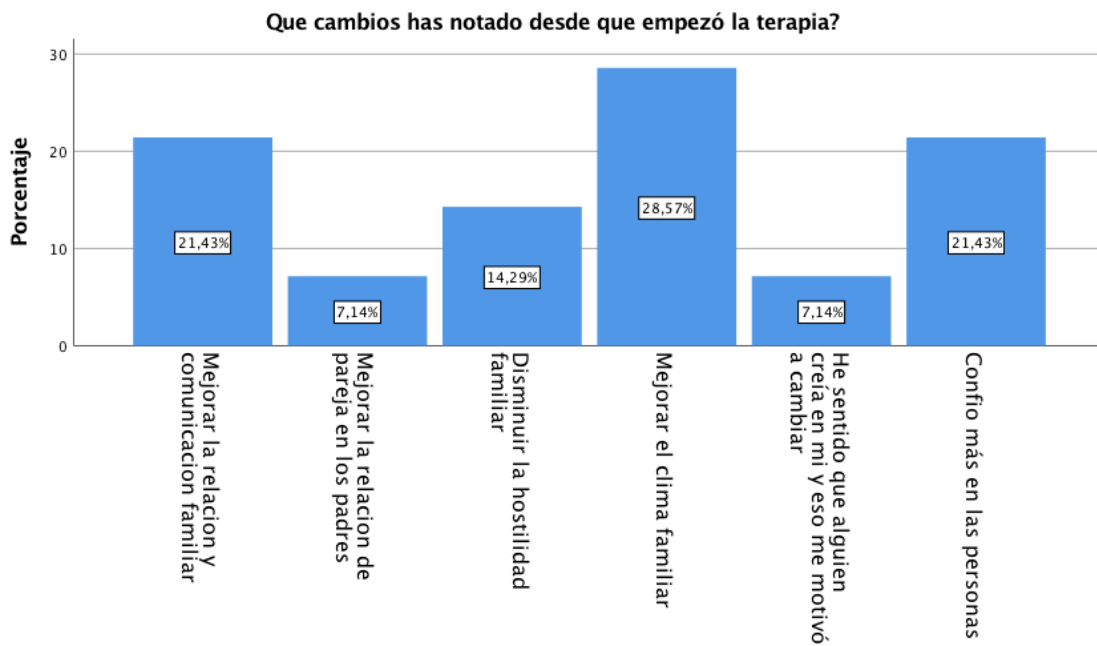


Fig. 108. Cambios producidos por la Terapia familiar después de 2 años. Pacientes.

En relación a lo que los pacientes pensaron que **había sido de más ayuda**, el 25% de los pacientes observó que después de dos años de terapia familiar no tenían síntomas psicóticos y atribuían ese cambio a la terapia familiar, el 25% de los pacientes atribuyó su motivación al cambio el hecho de que los profesionales del equipo terapéutico creyeran en ellos, el 12,5% de los pacientes pensó que hubo una disminución de la hostilidad familiar, el 12,5% de los pacientes observó una mejora en el clima familiar, el 12,5% de los pacientes pensaron que confiaban más en las personas y el 12,5% de los pacientes pensaba que había mejorado mucho la relación con sus hermanos (as).

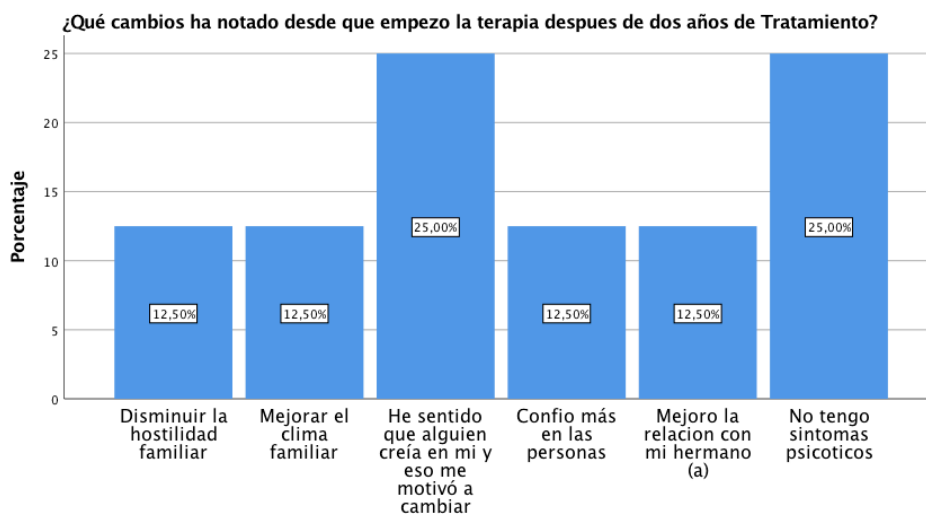


Fig. 109. Otros cambios producidos por la Terapia familiar después de 2 años. Pacientes

En relación a los cambios a peor, desde el inicio de la terapia, el 95% de los pacientes pensaron que nada había empeorado, mientras que el 5% de los pensaron que existían conflictos familiares más abiertos.

El 71,4% de los pacientes pensaron que hubieron muchos cambios productos de la terapia familiar, mientras que el 28,6% pensó que hubieron bastantes cambios. Todos los pacientes pensaron que no se habrían dado los cambios mencionados con anterioridad sin la terapia familiar.

El 93% de los pacientes se sintieron muy sorprendidos por el cambio en la relación y la comunicación familiar. Todos los pacientes atribuyeron ese cambio a la terapia familiar.

El 93% de los pacientes se sintieron muy sorprendidos por el cambio que tuvieron en las relaciones sociales. Todos los pacientes atribuyeron ese cambio a la terapia familiar.

El 93% de los pacientes refirieron cambios en la relación con sus amigos. Todos atribuyeron ese cambio a la terapia familiar.

El 91% de los pacientes se sintieron sorprendidos por el cambio que tuvieron a nivel laboral o escolar después de dos años de tratamiento. Todos los pacientes atribuyeron ese cambio a la terapia familiar

El 93% de los pacientes se sintieron muy sorprendidos por el cambio en su proyecto de vida futuro. Todos los pacientes atribuyeron ese cambio a la terapia familiar.

Cambios al Finalizar la Terapia familiar (3-4 años) en los Pacientes

El 33,3% de los pacientes afirmaron tener más seguridad en ellos mismos, el 33,3% pensaban que tenía una mejor relación y comunicación familiar, el 16,7% percibió una mejora de la relación de pareja en los padres y el 16,7% refirieron confiar más en las personas.

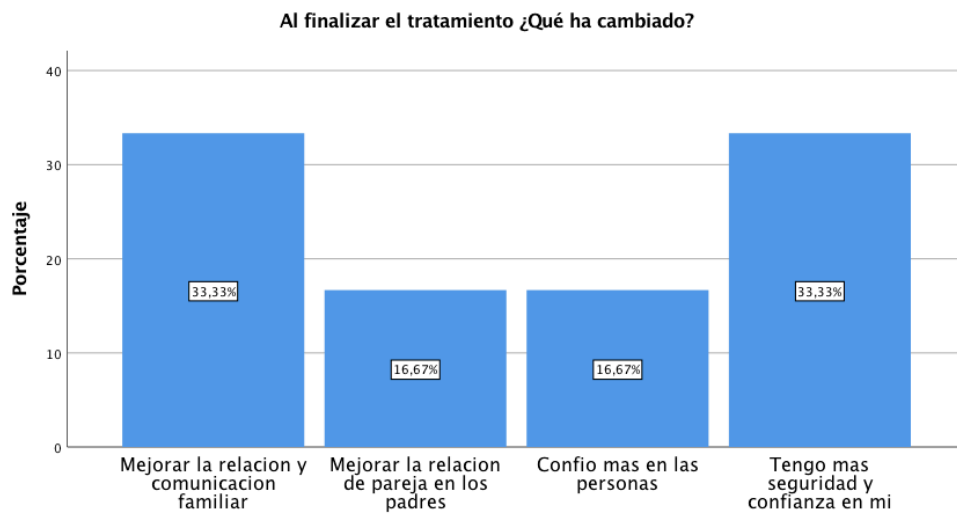


Fig. 110. Cambios producidos por la Terapia familiar al Finalizar el Tratamiento. Pacientes.

Otros cambios que percibieron los pacientes desde que empezó la terapia fueron los siguientes: el 50% de los pacientes pensaba que había mejorado la relación con sus hermanos, el 25% de los pacientes expresaron que les motivó mucho que alguien creyera en ellos (el equipo terapéutico y posteriormente la familia) y el 25% de los pacientes aseguraron que confiaron más en las personas. Se observa un aumento de la confianza en ellos mismos y en los demás.

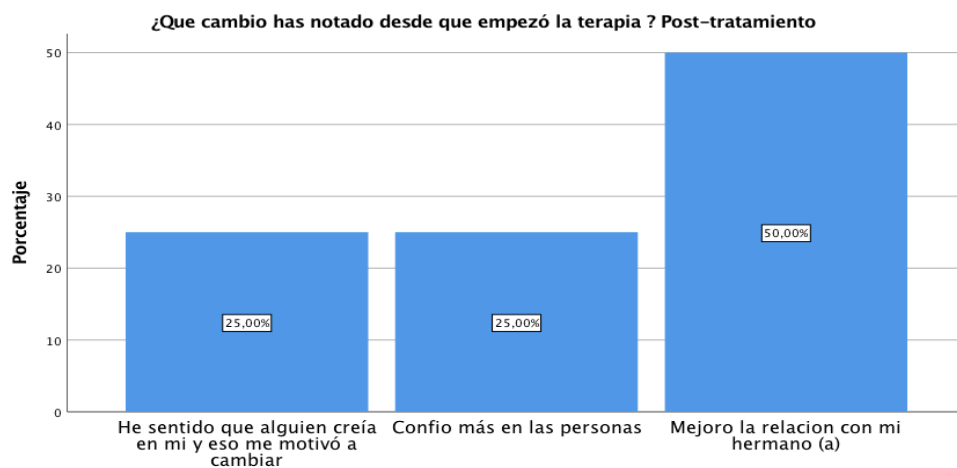


Fig. 111. Otros Cambios producidos por la Terapia familiar al Finalizar el Tratamiento. Pacientes

El 100% de los pacientes pensaron que nada cambió a peor desde el inicio de la terapia.

El 80% de los pacientes creyeron que *el ambiente familiar* y la relación familiar había cambiado mucho desde que inició la terapia, el 20% pensaron que había cambiado bastante.

Respecto al *ambiente o clima familiar*, el 66,7% de los pacientes se sorprendieron mucho por el cambio, mientras que al 16,7% de los pacientes les sorprendió el cambio y al 16,7% no lo esperaban y no les sorprendió.

Respecto a *la relación y la comunicación familiar*, el 88,3% de los pacientes se sorprendieron mucho por el cambio, mientras que el 16,7% de los pacientes no esperaban ese cambio pero no les sorprendió.

En *la relación amigos*, el 80% de los pacientes refiere que cambió mucho su relación social, mientras que el 20% de los pacientes pensaron que no esperaban ese cambio, pero no se sintieron sorprendidos.

En cuanto *al tema laboral y de estudios*, el 60% de los pacientes se sorprendieron mucho por el cambio y el 40% de los pacientes se sorprendió con ese cambio.

Respecto al *proyecto de futuro*, el 84% de los pacientes se sintieron muy sorprendidos por el cambio y el 16% no esperaba este cambio pero no les sorprendió.

4.12.2. Madres

Los problemas que preocupaban a *las madres* antes de iniciar la terapia familiar fueron los siguientes: El 66,7% de las madres estaban preocupadas porque su hijo(a) tenía un trastorno y necesitaba ayuda, el 11,1% de las madres quería llevar mejor la problemática emocional de su pareja, el 5,6% buscaba mejorar la relación con su familia y tratar el trastorno del hijo(a), el 5,6% quería mejorar la relación de pareja, el 5,6% buscaba mejorar el proyecto de futuro, el 5,6% quería ayuda para disminuir las paranoias de su familiar.

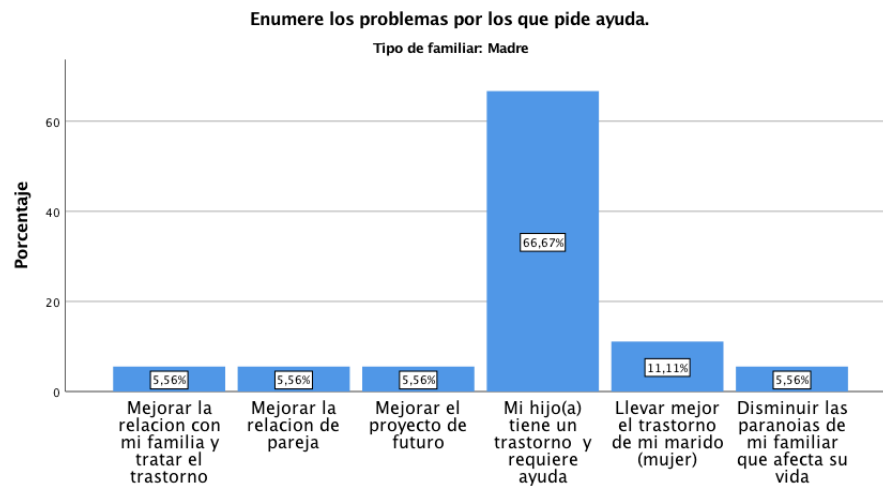


Fig. 112. Problemas por los que pide ayuda a Terapia familiar. Madres.

En relación a **las expectativas** de la terapia familiar, el 50% de *las madres* querían que su hijo diagnosticado cambiara, el 25% de las madres se sentían sobrecargadas con los problemas y quería mejorarlos, el 18,8% buscaban mejorar la relación con la familia, el 6,3% querían disminuir los conflictos familiares.

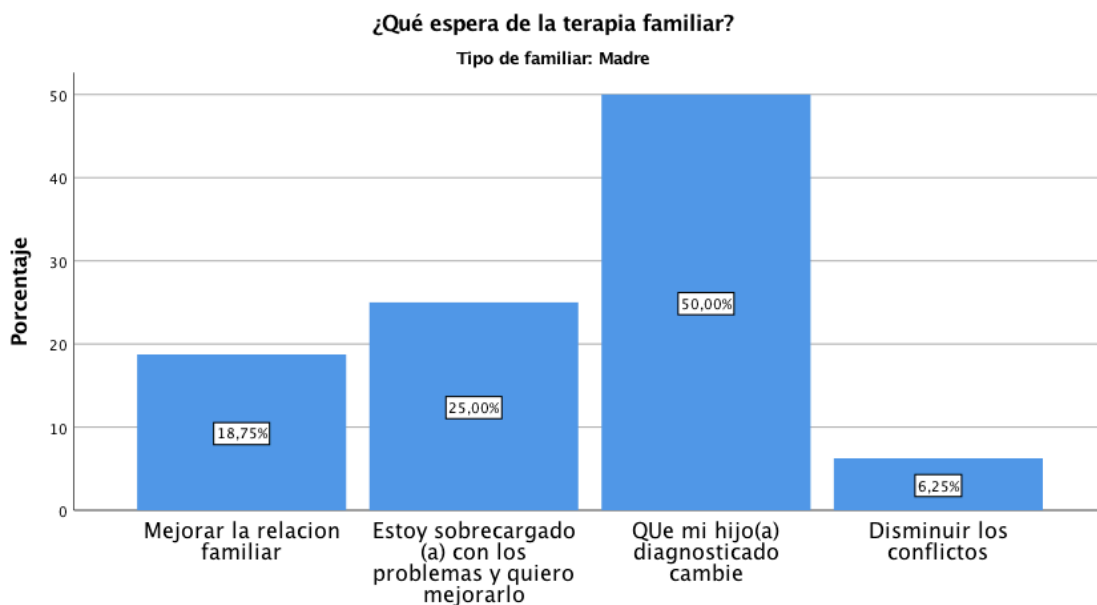


Fig. 113. Expectativas de Terapia familiar. Madres.

Lo que las madres **querían cambiar dentro del ambiente familiar** fueron los siguientes aspectos: el 36,8% querían mejorar el clima familiar, el 10,5% buscaban

disminuir los conflictos, un 10,5% querían disminuir la sensación de sobrecarga respecto al paciente, el 10,5% de las madres querían entender mejor el trastorno de su hijo(a), el 10,5% querían mejorar la comunicación familiar sin secretos y el 5,3% de las madres buscaban mejorar la relación de pareja.

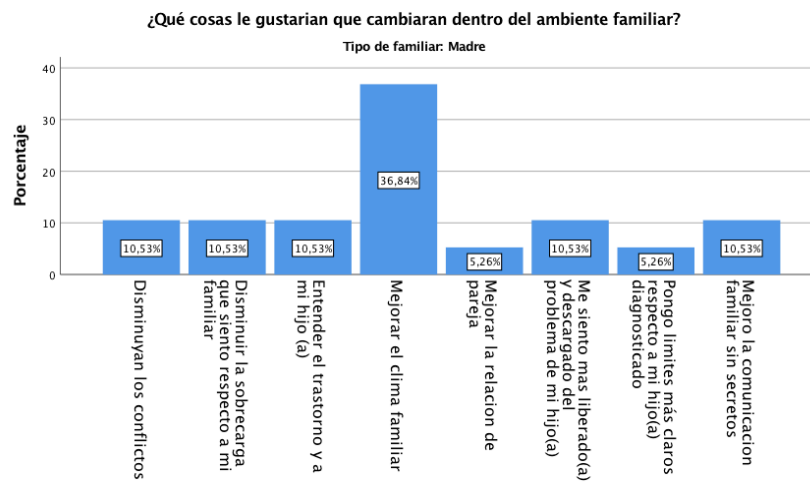


Fig. 114. Cambios en el ambiente Familiar Madres.

Cambios después de dos años de Intervención Familiar

En relación a los cambios que *las madres* percibían como **resultado de la terapia familiar** el 36,4% de las madres entendieron mejor el trastorno del hijo(a), el 18,2% de las madres percibieron una disminución de los conflictos, el 18,2% mejoró la relación con el paciente, el 9,1% de las madres pensó que hubo una mejora del clima familiar, el 9,1% ponía límites más claros respecto al paciente, el 9,1% de las madres percibió una mejora de la relación entre los hermanos.

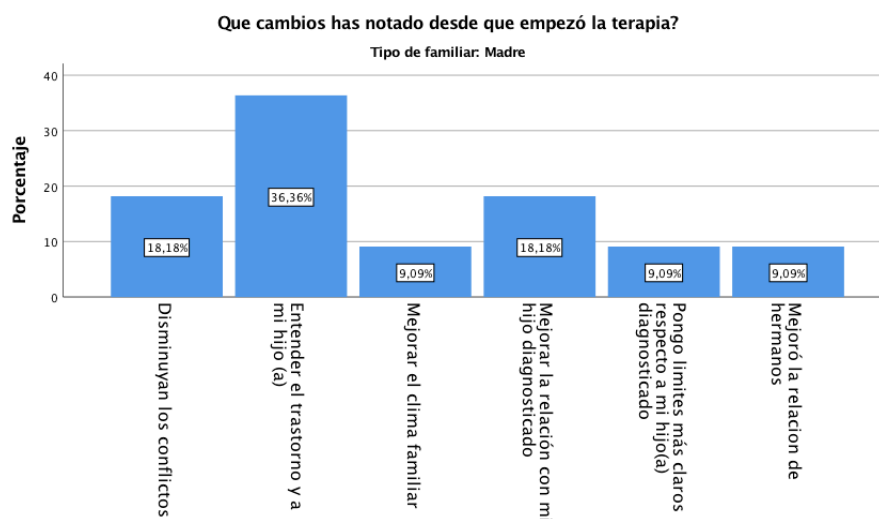


Fig. 115. Cambios después de dos años de Terapia familiar. Madres.

En relación a los **cambios a peor**, desde el inicio de la terapia familiar, el 90% de las madres no observaban ningún cambio a peor, mientras un 10% percibía un aumento de conflictos más abiertos.

Todas las madres pensaron que después de dos años de tratamiento hubieron cambios familiares. El 100% de las madres estaba de acuerdo en que cambió el ambiente en casa y que cambió la relación familiar y comunicación a dos años de tratamiento familiar.

Después de dos años de iniciar la terapia familiar, el 85% de *las madres* pensaron que había una mejor relación y comunicación familiar, el 15% percibió una mejora en su estado de ánimo.

Otro tipo de **cambios que valoraron** *las madres* producto de la terapia familiar, después de dos años de intervención fueron: el 33,3% de las madres pensó que había comprendió más al paciente, el 33,3% pensó que el paciente era más independiente, el 33% de las madres percibió que todos los miembros de la familia habían mejorado en su estado de ánimo.

Al 75% de las madres les sorprendió mucho que los pacientes mejoraran la relación con sus amigos después de dos años de intervención familiar. Al 25% les sorprendió que esto ocurriera.

Respecto al tema laboral o de estudios, al 75% de las madres les sorprendió el cambio laboral o escolar de los pacientes, después de dos años de tratamiento familiar. Un 25% de las madres no esperaba ese cambio, pero no les sorprendió.

Cambio al finalizar la Terapia Familiar

Al finalizar la terapia familiar, el 75% de las madres pensaban que había mejorado la relación y comunicación familiar. El 12,15% de las madres pensaba que había más unión familiar y otro 12,15% veía al paciente con mayor independencia.

El 100% de las madres pensaron que hubieron cambios familiares y ninguna de las madres observó cambios a peor.

De los cambios familiares, todas las madres observaron cambios en el ambiente familiar, en la relación y comunicación familiar, así como el 75% de las madres observaron una mejora social y de proyectos en el futuro de los pacientes.

4.12.3. Padres

Los problemas por los que pidieron ayuda a terapia familiar *los padres* fueron: El 60% de los padres pidieron ayuda porque su hijo tenía un trastorno, el 15% de los padres querían mejorar la relación familiar, el 10% buscaban mejorar su relación de pareja, el 5% quería tratar una problemática individual, el 5% buscaban mejorar la relación entre los hermanos y el 5% de los padres querían que disminuyeran las paranoias que afectaban la vida del paciente.

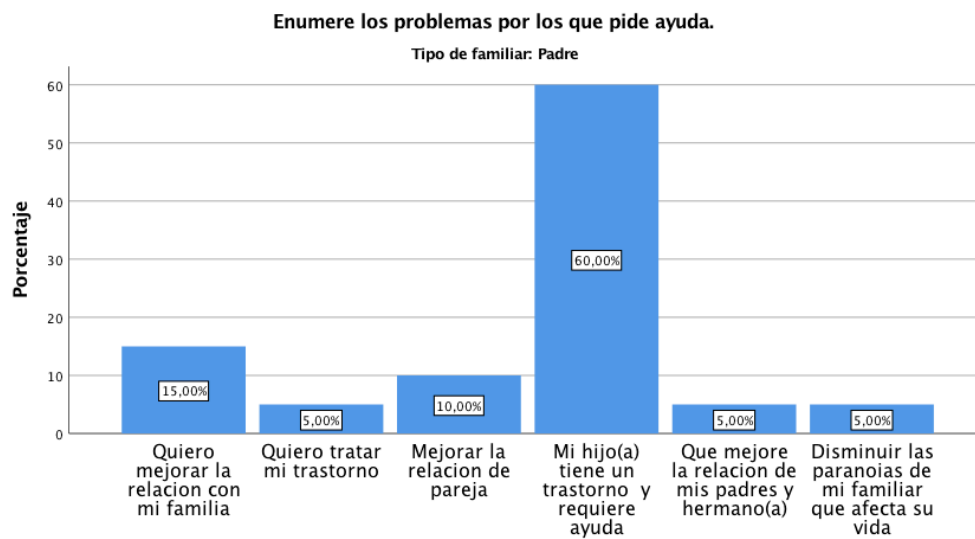


Fig. 116. Problemas por los que pide ayuda a Terapia familiar. Padres.

En cuanto a **las expectativas** de terapia familiar, el 35,3% de los *padres* buscaban ayuda en la terapia familiar para disminuir los conflictos, el 29,4% de los padres quería que su hijo diagnosticado cambiara, el 29,4% buscaba mejorar la relación familiar, el 5,9% de los padres se sentía sobrecargado con los problemas de los pacientes y querían mejorarlo.

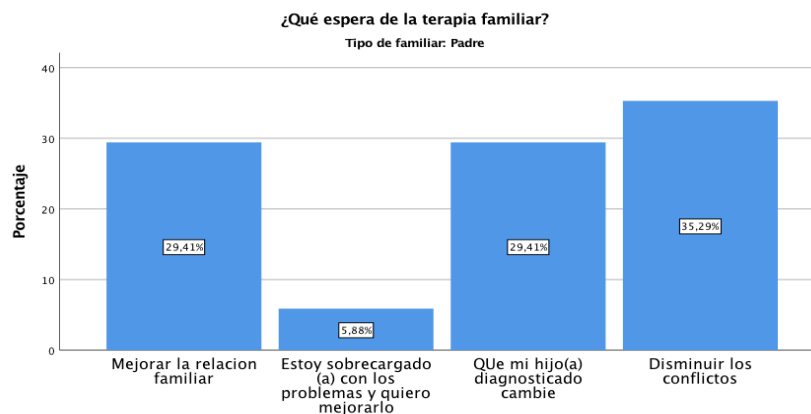


Fig. 117. Expectativas de Terapia familiar. Padres.

En relación a las expectativas de **cambio dentro del ambiente familiar**, el 36,8% de los padres querían entender mejor el trastorno y a su hijo(a), el 26,3% buscaban mejorar el clima familiar, el 10,5% querían que disminuyeran los conflictos, el 5,3% de los padres querían disminuir la sobrecarga que sentían hacia el familiar, el 5,3% buscaban mejorar la relación con su hijo diagnosticado, el 5,3% tenía necesidad de

apoyo de profesionales para llevar mejor el trastorno del hijo, el 5,3% querían poner límites más claros con el hijo diagnosticado, y el 5,3% de los padres buscaba mejorar la relación entre hermanos.

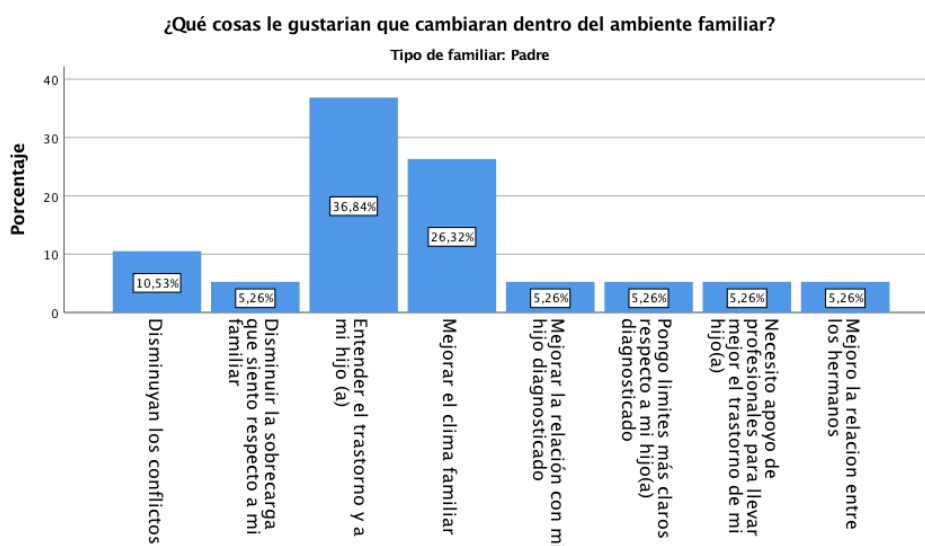


Fig. 118. Expectativas de cambio de la Terapia familiar. Padres.

Cambios después de dos años de Tratamiento

En relación a los cambios que **los padres** notaron desde que empezó la terapia y después de **dos años de intervención**, el 45,45% de los padres percibió una mejora del clima familiar, el 18,2% mejoró la relación el paciente, el 9,1% de los padres creyó que mejoraron los conflictos familiares, el 9,1% de los padres observó una mejora de la situación laboral del hijo, el 9,1% de los padres se sintió comprendido en sus problemas por el equipo terapéutico, el 9,1% entendió más el trastorno de su hijo.

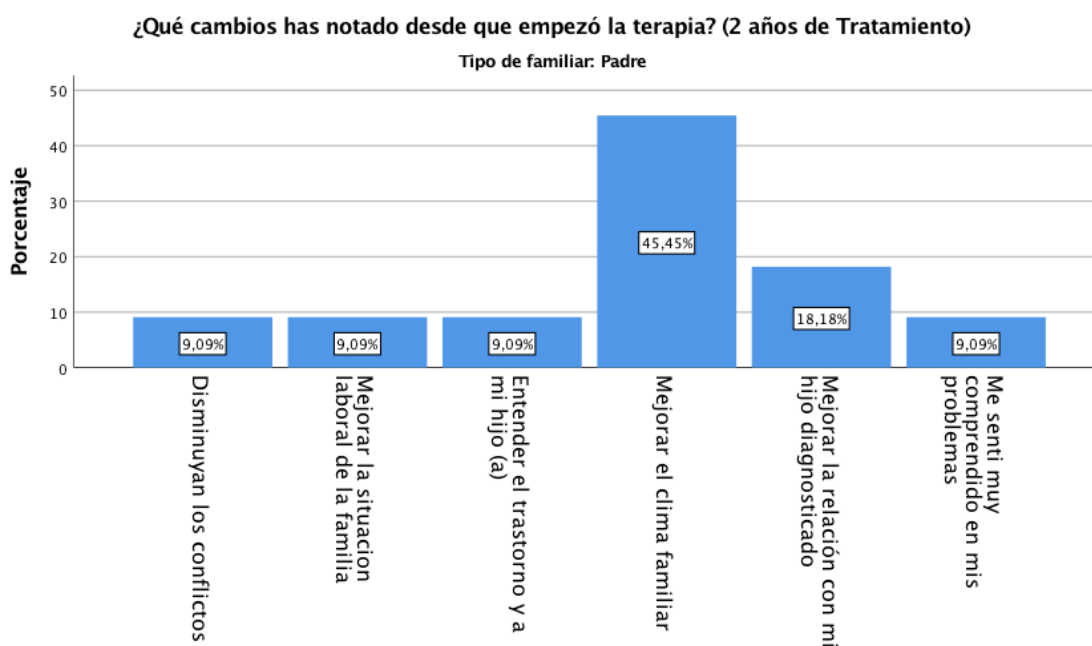


Fig. 119. Cambios de la Terapia familiar después de dos años. Padres.

El 90% de los padres pensó que su familia había cambiado mucho después de dos años de intervención familiar, el 10% de los padres pensó que su familia había cambiado.

Respecto a los cambios en la relación y la comunicación familiar, un 70 % de los padres se sorprendieron mucho con ese cambio, un 20% se sorprendieron y el 10% no esperaban ese cambio y no se sorprendieron.

Respecto a la relación del paciente y su vida sociales, el 56% de los padres se sorprendieron mucho con este cambio y un 44% pensó que su hijo cambio en ese aspecto, aunque no les causó sorpresa.

Respecto al tema laboral o de estudios, el 50% de los padres se sorprendieron mucho del cambio laboral o escolar que hicieron los pacientes, mientras que el 50% refirieron cambios del paciente, pero sin sorprenderse por ellos.

Todos los padres atribuyeron los cambios en el ambiente familiar, la relación y comunicación, los aspectos sociales y laborales del paciente, a la terapia familiar.

Cambios al finalizar la Terapia Familiar

El 100% de los padres refirieron cambios grandes en la relación, la comunicación y el ambiente familiar al finalizar el tratamiento. Ningún padre pensó que hubiera un cambio a peor desde que la terapia inició hasta la finalización del tratamiento.

El 75% de los padres pensaron que la familia había cambiado mucho, el 25% de los padres pensaron que habían cambios importantes en la familia.

El 75% de los padres se sorprendieron mucho por el cambio del paciente respecto a su relación social con sus amigos.

El 70% de los padres se sorprendió mucho por el cambio laboral o escolar del paciente.

Todos los padres se sorprendieron mucho por la mejora del hijo respecto a sus relaciones sociales. Mientras que el 75% se sorprendieron mucho por la mejora del proyecto a futuro de su hijo (el 25% se sorprendieron).

Todos los padres atribuyeron la mejora de la familia y el paciente debido a la terapia familiar. Ninguno de los padres refirieron cambios a peor como producto de la terapia.

4.12.4. Hermanos(as)

Los problemas que preocupaban a *los(as) hermanos(as)* antes de iniciar la terapia familiar fueron los siguientes: El 30% de los(as) hermanos(as) querían que sus padres se pusieran de acuerdo en la educación del paciente, el 20% querían mejorar la relación con su familia y tratar el trastorno del hermano, el 20% buscaban ayuda para disminuir las paranoias del paciente, el 20% quería mejorar la seguridad en sí mismo del paciente, el 10% buscaba ayuda para el paciente.

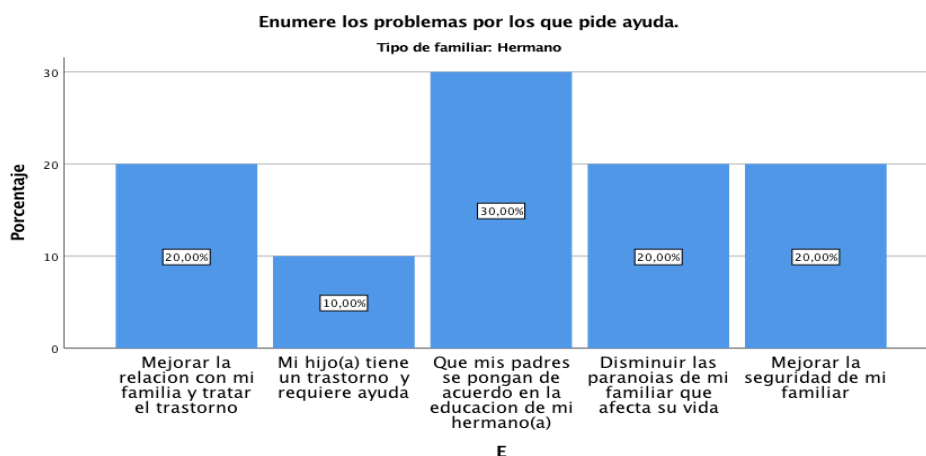


Fig. 120. Problemas por los que pide ayuda a Terapia familiar. Hermanos(as).

El 35% de los(as) hermanos(as) **esperaban de la terapia familiar**, una mejora de su hermano, el 30% esperaban además de la mejora del hermano, un cambio en el ambiente familiar, mientras el 20% esperaban disminuir los conflictos familiares, el 10% querían que la familia cambiara y un 5% no sabían que esperaban de la terapia.

Respecto a los *cambios* deseados en relación a *la terapia familiar*, se encontró que el 28% de los(as) hermanos(as), querían mejorar el clima familiar, el 39% esperaban aumentar la comunicación familiar, el 22% esperaban que disminuyeran los conflictos familiares, el 5,6% querían mejorar los acuerdos de la pareja de padres y el 5,6% querían que el paciente cambiara.

Cambios después de dos años de Intervención Familiar

Después de **dos años de intervención familiar**, el 25% de los hermanos creyeron que los pacientes habían mejorado su proyecto de futuro, el 25% percibió una mejora en el clima familiar, un 25% mejoró la actitud del hermano diagnosticado, el 12,5% valoró el apoyo de los profesionales para llevar mejor el problema de su hermano(a), el 12,5% mejoró la relación entre los hermanos.

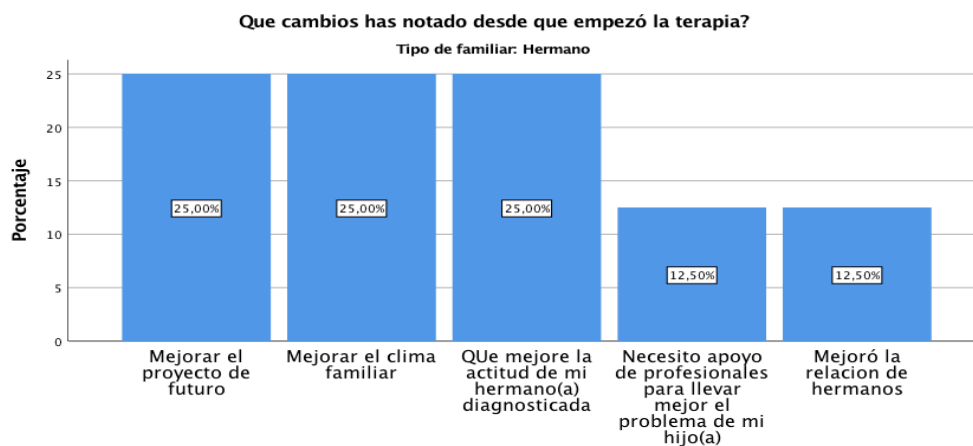


Fig. 121. Cambios después de dos años de Intervención. Hermanos(as):

En relación a los cambios a peor, el 90% de los hermanos pensaron que no habían cambios a peor desde que había iniciado la terapia familiar y después de dos años de intervención, mientras que el 10% pensó que habían aumentado los conflictos familiares.

Un 75% de los hermanos pensaba que la familia había cambiado mucho, un 25% no esperaba los cambios, pero percibió cambios familiares.

El 75% de los hermanos pensaron que había cambiado mucho el ambiente familiar, mientras que el 25% de los hermanos no esperaban esos cambios del ambiente familiar, pero consideraban que también había mejorado.

Respecto a la relación social, el 70% de los hermanos pensó que su hermano diagnosticado había cambiado mucho la relación social.

Un 70% de hermanos se han sorprendido mucho con los cambios laborales o estudios del hermano diagnosticado. El 85% de los hermanos pensó que había más perspectiva de futuro los hermanos a raíz de la terapia familiar.

Todos los hermanos atribuyeron estos cambios del ambiente familiar, de la relación social y del ámbito laboral (o escolar) a la terapia familiar. Ninguno de los hermanos tuvo atribuciones negativas de la terapia familiar.

Cambios al Finalizar la Terapia Familiar

Respecto al cambio familiar, el 75% de los hermanos percibió que su familia había cambiado mucho, mientras el 25% percibió cambios grandes en la dinámica familiar.

El 75% de los hermanos percibió que había cambiado mucho la relación del paciente con sus amigos. Los hermanos pensaron que ninguno de estos cambios habría sido posible sin la terapia familiar.

4.13. CAMBIOS FAMILIARES

A continuación se presentan algunos cambios familiares, resultado de las observaciones de las sesiones de terapia familiar (registrados en una Check List).

Conflicto entre los padres

El 74,2% de los conflictos de los padres disminuyeron, habiendo únicamente conflictos con negociación eficaz, el 19,5% de los padres no mostraron conflicto al finalizar la terapia. Y el 6,3% de los padres continuaron teniendo una relación conflictiva. Se observa que los conflictos entre los padres disminuyeron en un 93,7%.

Conflicto entre los hermanos

El 50% de los hermanos no mostró una relación de conflicto al finalizar la terapia familiar, mientras que el 46,2 % de los hermanos tenían conflictos puntuales , únicamente un 3,8% continuaban teniendo una relación conflictiva.

Un 60% de los hermanos(as) consideró que su relación mejoró notablemente, al finalizar la terapia familiar.

Sociabilidad del paciente

El 52,63% de los pacientes mostraba un cambio moderado en la sociabilización, el paciente veía más frecuentemente a su familia (de origen y extensa) y tenían alguna relación con personas de otro entorno que no fuera el familiar.

El 46,11% de los pacientes mostraban un cambio consistente, ya que tenía relación con amigos y con su familia de forma más frecuente. El 1,3% de los pacientes

tenía un cambio leve en la sociabilidad, veía de forma más frecuente a su familia de origen y /o familia extensa.

Se observa que todos los pacientes mostraron cambios en la sociabilidad, en mayor o menor medida.

El 90% de la muestra realizaban alguna actividad diaria fuera del entorno familiar finalizar la terapia familiar.

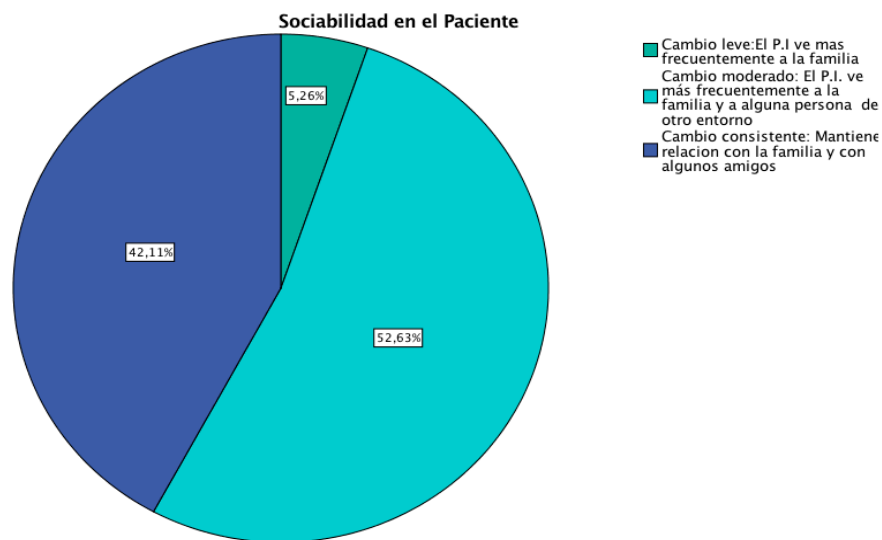


Fig. 122. Nivel de Sociabilidad del Paciente al finalizar la Terapia

4.14. MEJORA Y RECUPERACIÓN DEL GRUPO EN TRATAMIENTO

4.14.1. Cambios desde la percepción de los co-terapeutas

En relación a la mejora de la gravedad de la sintomatología de los Pacientes. Después de dos años terapia familiar, el 50% de los coterapeutas percibió moderadamente mejor a los pacientes, el 38,9% los percibió levemente mejor y el 11,1% mucho mejor. Se observa que los co-terapeutas percibieron cambios en todos los pacientes.

Al finalizar la terapia familiar, los co-terapeutas percibieron a los pacientes en un 50% como mucho mejor y el 50% moderadamente mejor. Se observa una mejora importante de los co-terapeutas respecto a los pacientes.

4.14.2. Mejora Clínica

Para Evaluar la mejora del tratamiento familiar sistémico, se consideran **los porcentajes de mejora clínica en la sintomatología de los pacientes** indicados en los análisis estadísticos anteriores.

A continuación se resumen los resultados de mejora sintomatológica de los pacientes.

Se puede observar una disminución clínicamente significativa de los síntomas positivos, en el pre-tratamiento al finalizar la terapia familiar, las puntuaciones pasan del percentil 70 al percentil 5, habiendo síntomas positivos muy leves al finalizar el tratamiento. Se observa una mejora del 45% en los síntomas positivos

También se observa una disminución clínicamente relevante de la sintomatología negativa, que disminuye del percentil 50 (en el pre-tratamiento) al percentil 5 (en el post-tratamiento). Habiendo una sintomatología negativa muy leve. Se observa una mejora del 43% de los síntomas negativos.

Hay una disminución clínicamente significativa en la Psicopatología general que en el pre-tratamiento mostraba valores en el percentil 60 y al finalizar la intervención familiar estaba en el percentil 25, habiendo una psicopatología muy leve en los pacientes. Se observa una mejora del 45% de la psicopatología general.

Se observa una mejora en los pacientes del grupo en tratamiento del 45% en la gravedad de la sintomatología.

Hay un aumento estadísticamente significativo del Funcionamiento social y laboral del paciente. Se observa una mejora del 40% en el funcionamiento social y laboral de los pacientes.

Al finalizar el tratamiento, el 90% los pacientes realizaban alguna actividad diaria, ya fuera trabajo o algún curso.

Otro dato relevante, es la disminución de la dosis de toma de medicación antipsicótica, que disminuye un 79% después de dos años de intervención. Y al finalizar el tratamiento familiar, disminuye un 70%.

También se observa una mejora en la toma de medicación, antes de la terapia familiar, hay una actitud resistente ante la toma de medicación y al finalizar el tratamiento familiar, se observa una buena actitud y adherencia a la toma de antipsicóticos.

Durante los 4 años de Tratamiento familiar, únicamente 2 casos (el 9% de la muestra total) tuvieron un ingreso psiquiátrico durante la terapia. Este ingreso duró menos de dos semanas. Se observa una tasa baja de recaídas durante el tratamiento.

4.14.3. La Recuperación

La recuperación se evaluará con los siguientes criterios considerados por Glynn *et al.* (2007) y Bellack (2007):

- 1) Presencia de Sintomatología leve en los pacientes.
- 2) Un adecuado funcionamiento social y laboral (aumento de la puntuación en la EEAG, más autonomía en las relaciones interpersonales y actividades).
- 3) Percepción subjetiva de mejora del paciente.
- 4) Percepción subjetiva de mejora de los familiares.
- 5) Percepción clínica de mejora de los terapeutas.

Los resultados de Recuperación indican que el 42,1% de los casos tratados disminuyeron la sintomatología, tuvieron un funcionamiento social y laboral adecuado, aumentaron la autonomía, así como tuvieron la percepción subjetiva de mejora los pacientes, familiares y los terapeutas.

El 31,6% del grupo en tratamiento disminuyen la sintomatología en los paciente, mejoran el funcionamiento social y laboral así como la autonomía, y la familia percibió una mejora del paciente.

El 15,8% de los casos tratados, los pacientes mejoraron en la sintomatología, amentaron el funcionamiento social y laboral, aumentaron la autonomía, el paciente y los terapeutas percibieron la mejoría.

El 5,3% de la muestra mejoraron en la sintomatología de los pacientes y el funcionamiento social y laboral. Mientras otro 5,3% de los casos tratados mostraron una mejora en la sintomatología del paciente, funcionamiento social y laboral, aumento de autonomía y los pacientes y los familiares percibieron una mejora.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

La gran cantidad de tratamientos psicológicos existentes en la actualidad, hacen que la evaluación y el control de la calidad de los mismos sean tareas imprescindibles para la práctica clínica. En el ámbito de la Terapia familiar existen muy pocos estudios en los que se evalúe el efecto de la intervención familiar considerando las variables sintomatológicas, familiares y de calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus familiares. El presente estudio resulta innovador en realizar la evaluación de las variables mencionadas, con una Metodología Mixta en los Padres, los Pacientes y Hermanos(as), siendo un estudio longitudinal con una duración de 4 años.

El presente trabajo resulta novedoso en el tipo de intervención realizada dentro del ámbito de la Terapia familiar, el Modelo de la Reconfirmación (Linares, 2007) es un modelo teórico y de intervención reciente. Éste es el primer estudio que evalúa los resultados del Tratamiento Familiar basado en ese modelo, con una Metodología Cuantitativa y comparado con un grupo control. Los estudios previos de Intervención Familiar en Esquizofrenia de Goldstein (Miklowitz *et al.*,1988), Mac Farlane *et al.* (2000), Fallon *et al.*(1993) Vaughn y Leff (1976), Anderson (Hogarty *et al.*,1991), Retzer *et al* (1991), Pharoah *et al.*(2007), han realizado Tratamientos con Familias de pacientes con Esquizofrenia, pero a diferencia del presente estudio, se centraron en intervenciones psicoeducativas con una duración máxima de 2 años.

Otro elemento innovador en el presente estudio es considerar los porcentajes de mejora y recuperación de los Pacientes, así como considerar la percepción de la Familia, el Paciente y de los Terapeutas para evaluar clínicamente esos resultados.

5.1. PACIENTES

El presente estudio fue realizado con una muestra de 46 pacientes. Se observa una muestra de pacientes en su mayoría hombres, con una media de edad de 29,5 años. El 90% de los pacientes eran solteros y vivían con sus padres en el momento previo a iniciar el estudio. El 85% de los pacientes no trabajaban y no realizaban ninguna actividad. La mayoría tenían un diagnóstico de Esquizofrenia simple y de Esquizofrenia Paranoide, con un tiempo de evolución del trastorno de 7,5 años. Los pacientes tenían sintomatología de subtipo negativo, habitualmente los síntomas negativos están asociados a un peor pronóstico (DSM-V).

Todos los pacientes del grupo control tomaban medicación antipsicótica antes de iniciar el estudio, el 87% de los pacientes del grupo en tratamiento tomaban medicación antipsicótica antes de iniciar la Intervención Familiar. Estudios previos de intervención familiar (Bellver *et al.*, 2005, MacFarlane y cols, 2000, O'Farrell *et al.*, 1998 Vaughn y Leff, 1976, 1993), han incluido un tipo de población muy similar a la del presente estudio. Se trata de muestras de entre 20 y 30 pacientes, conformada por una mayoría de pacientes hombres, que viven con sus padres. A diferencia de éste estudio, son intervenciones con una duración menores a dos años.

Llama la atención que la mayor parte de los estudios sobre intervenciones familiares, tienen en su mayoría pacientes hombres. La prevalencia en esquizofrenia, tiene una distribución más homogénea entre hombres y mujeres, aunque ligeramente superior en hombres (DSMV). Eso lleva a reflexionar sobre qué tipo de ayudas piden las pacientes mujeres. Es probable que las mujeres muestren mayor apoyo social y por ese motivo no lleguen a pedir ayuda a Servicios Asistenciales o Terapéuticos públicos. También es posible que el curso del trastorno en Esquizofrenia en las mujeres, tengan otro tipo de características sintomatológicas y pidan ayuda a otro tipo de servicios, por ejemplo a unidades de Trastornos Alimentarios o de Trastornos Límite de Personalidad. Resulta llamativo que toda la información en el ámbito de la Terapia Familiar, hasta el momento, aporte datos de pacientes hombres. Por lo que hay un desconocimiento clínico y de Intervención en pacientes mujeres.

En el presente estudio, los grupos de comparación fueron homogéneos en las variables sociodemográficas y el tiempo de evolución del trastorno. Sin embargo, se observa una mayor gravedad de la sintomatología en el grupo en Tratamiento, mientras que el Grupo Control tiene síntomas leves o moderados. Los resultados muestran mayor gravedad en los Síntomas positivos y la Psicopatología general en el grupo en Tratamiento. Estos resultados de mayor gravedad en el Grupo en Tratamiento, hace que los resultados deban interpretarse con más cautela en relación a posibles generalizaciones. Y también es probable que debido a que hay una mayor gravedad en la sintomatología de los Pacientes, las Familias muestren una mayor motivación en pedir ayuda en Terapia Psicológica o ayuda Familiar. Es probable que los pacientes del Grupo Control no buscaran ayuda Psicológica, porque mostraban menos necesidad, al tener síntomas más leves.

En el momento previo de iniciar el estudio, se observa que los pacientes del Grupo Control, recibían en su mayoría (75%) ayudas económicas del estado por larga enfermedad, mientras que la mayoría de los pacientes del Grupo en Tratamiento (74%) no tenían ayudas económicas. Esto plantea diferentes reflexiones, es posible que las ayudas económicas, sean un beneficio secundario para los pacientes y familias en cuanto a cubrir sus necesidades básicas. Se observa que el tener una ayuda económica que provee una cierta estabilidad o beneficio secundario, podría alentar a no buscar otro tipo de ayudas Terapéuticas, además de la ayuda Psiquiátrica (siendo ésta necesaria para emitir informes y mantener ese apoyo económico). Encontrándose, los pacientes en una paradoja de *“si mejoro pierdo la ayuda económica”*. A la vez, de que puede haber menos motivación al cambio si hay un beneficio secundario Institucional.

Sería importante establecer políticas en las ayudas económicas, considerando como un elemento positivo (de mantener esa ayuda económica), que los pacientes y sus familiares busquen ayudas en Tratamientos Psicológicos y Familiares, así como Abordajes Comunitarios o de Rehabilitación Psicosocial. Reforzando que los pacientes busquen opciones de mejora y cambio. Esto podría suponer una disminución del gasto público Sanitario, que está asociado con costes muy altos en España y se ha estimado que el tratamiento de la Esquizofrenia supone casi el 3% del gasto sanitario nacional (Oliva y Osuna, 2009), además del coste indirecto (costes derivados de la disminución de la productividad). Sin dejar de mencionar, la mejora que puede suponer en la vida de los pacientes y sus familiares

Los resultados del presente estudio, muestran que las variables de la sintomatología de los pacientes, tienen relaciones entre sí. Hay correlaciones positivas y significativas entre el número de ingresos y los síntomas positivos, lo que indica que a mayor sintomatología positiva, más ingresos psiquiátricos. También se observa una relación entre el número de ingresos y la actitud hacia la medicación, habiendo una mejor actitud hacia la medicación si han habido un mayor número de ingresos psiquiátricos. Estos resultados coinciden con el Grupo Control, quienes mostraron una mejor actitud hacia la medicación y también un mayor número de ingresos psiquiátricos, que el Grupo en Tratamiento, en el pre-tratamiento.

Se observan valores significativos que muestran que a mayor tiempo de evolución del trastorno, más gravedad de la sintomatología. Por lo que se observa que que es un factor de peor pronóstico en el Tratamiento, el que los pacientes tengan más tiempo de

evolución del trastorno. El presente estudio muestra una media de 7,5 años de evolución del trastorno, por lo que puede ser indicador de buen pronóstico para la mejora de los pacientes.

Se encontró una relación negativa y significativa en los síntomas positivos y negativos con el Funcionamiento Social y Laboral. Observando que a mayor gravedad de los Síntomas Positivos y Negativos, hay un peor Funcionamiento Social y Laboral en los pacientes. En los resultados de este estudio, se observa una disminución de la sintomatología positiva y de la negativa, así como un aumento del Funcionamiento Social y Laboral en los pacientes del Grupo en Tratamiento. Por lo que una propuesta de Intervención indirecta respecto a la sintomatología de los pacientes con Esquizofrenia, pueda ser la de mejorar el Funcionamiento Social y Laboral, ya que puede influir en disminuir los síntomas positivos y negativos. Siendo una línea de intervención importante para mejorar la vida de la persona.

5.2. FAMILIAS

Las Familias que participaron en el Grupo en Tratamiento, fueron familias con una configuración estructural de Familia Tradicional. Constituida por los padres, el paciente y alguna(o) hermana(o). Conviviendo de forma directa los padres y el paciente. Únicamente un 15% de los padres estaban divorciados. El 40% de los padres estaban jubilados y el 50% de las madres se dedicaban al hogar. Si se considera que el 85% de los pacientes estaban en el paro, se observa que hay un porcentaje muy alto de convivencia familiar, tal como Vaughn y Leff (1976,1985) han reflejado en sus diferentes estudios.

Se observa un índice de Depresión en los padres, más alto que el de la población general, considerando los datos de prevalencia del DSMV. El 37% de las madres y el 23% de los padres estaban deprimidos en el pre-tratamiento. Esta no fue una variable que se midiera de forma directa en el presente estudio, estos datos se obtuvieron a través los informes psiquiátricos previos. Es un aspecto muy importante a considerar en estudios futuros, así como un objetivo del Tratamiento, considerar el estado de ánimo de los padres.

En relación a las *Creencias del Trastorno*, los padres pensaban antes de iniciar el Tratamiento, que la etiología del Trastorno tenía que ver con el consumo de drogas, causas orgánicas y de la Personalidad del Paciente. Las madres consideraron las causas

orgánicas y genéticas, traumáticas y debido al estrés. El 55% de los hermanos pensaba que era por causas ambientales o estrés, el 37% por consumo de drogas. Se observa que los familiares, tenían creencias en relación a la Esquizofrenia, desde una visión genética, orgánica, por estrés y consumo de sustancias. Se observa que estas causas, tienen relación con las investigaciones más antiguas sobre la Esquizofrenia, dando poca cabida a los elementos familiares, psicológicos y ambientales. Elementos que después de dos años de intervención y al finalizar el tratamiento, se modifican ampliando la visión etiológica hacia una integración multicausal. Esta visión compleja y multicausal, también ha permitido que los familiares pudieran pensar que su ayuda, era importante para la mejora del paciente.

Respecto a la *calidad de vida* de las madres y los padres, se observa que muestran una peor calidad de vida en el tiempo libre y las relaciones sociales.

En relación *los(as) hermanos(as)* del paciente, tienen una media de edad de 27,5 años, con estudios universitarios en su mayoría, el 91% de los hermanos trabajaban. Estas características podrían definir que son jóvenes con un determinado éxito a nivel profesional y que la mayoría viven de forma independiente. Esto coincidiría con el concepto de hermano prestigioso de Linares (2012) ya que comparados con los pacientes, los hermanos han podido realizar una carrera universitaria y vivir de forma independiente. Se observa que el 75% de los(as) hermanos(as) no tenían pareja, por lo que es probable que tengan ciertas dificultades en establecer relaciones de proximidad emocional. La *calidad de vida* de los hermanos era ligeramente más baja que la población general. No obstante tenían una peor calidad de vida en el tiempo libre.

En relación a *las variables familiares* sobre la estructura y organización familiar, en el pre-tratamiento, se observa que las madres y los padres perciben a la familia como flexiblemente unida. Las madres muestran más cohesión familiar, por lo que coincide con el modelo circumplejo de Olson (2000) como familias estructuralmente unidas. No obstante, los pacientes y los hermanos perciben a la familia como estructuralmente separada.

Respecto *al clima familiar*, se observa que tanto las madres como los padres, muestran un vínculo débil (PBI) en relación al paciente. Las madres con un vínculo débil y los padres un vínculo ausente. Los padres y madres muestran puntuaciones bajas en *cuidados*, las madres se muestran más protectoras que los padres (con una protección

dentro de la media). Esto difiere de los estudios previos, Vaughn y Leff (1976) y Blair (1995) quienes encontraron valores altos de sobreprotección en los padres de personas con Esquizofrenia.

En el presente estudio, la mayor parte de los pacientes y sus hermanos opinan que el contacto de los pacientes hacia sus familias es de aislamiento y distancia. No obstante los padres perciben que los pacientes comparten tiempo con ellos para cosas importantes. Esta información cualitativa puede comprobar que existe más contacto de los pacientes con los padres que con los hermanos. Habiendo un vínculo débil del paciente con todos los miembros de la familia. Este tipo de vinculación más débil con el paciente, coincide con el concepto de Desconfirmación (Linares, 2007). En el análisis de los datos cualitativos se observa que tanto los pacientes como sus padres y hermanos, piensan que los pacientes tienen la misma cercanía emocional hacia los padres y las madres. Esta distancia emocional hacia ambos padres, podría indicar triangulación (Linares, 2012). Los resultados observacionales del presente estudio, muestran que el 95% de los pacientes estaban triangulados y el 91,3% mostraban elementos de triangulación desconfirmatoria.

También se observa un nivel de *conflicto alto* entre los padres y de conflicto encubierto, los pacientes se podrían ver envueltos en una situación de conflicto y buscan aliados, instrumentalizando a los hijos (Linares, 2007). Los elementos de triangulación y de conflicto de pareja, pueden ser características de la *pareja parental bloqueada* caracterizada en la configuración familiar desconfirmadora.

En la teoría de la Desconfirmación (Linares, 2007) se considera una posible influencia de la familia extensa, estableciendo posibles triangulaciones con el paciente. En el presente estudio, las Madres y los Pacientes piensan que hay una influencia de la familia extensa en sus vidas.

Las familias del presente estudio pasaban mucho tiempo de contacto juntos. Los miembros de la familia estaban de acuerdo en que participaban en actividades juntos, así como que el paciente participaba en las celebraciones familiares más importantes (asistía de forma obligatoria). Sin embargo, llama la atención las puntuaciones bajas del PBI en cuidados y protección, definiendo un vínculo muy débil entre padres y pacientes. Estos dos elementos (cualitativos y cuantitativos) coinciden con la definición de Linares (2007) sobre *adaptabilidad contradictoria*, habiendo patrones aglutinados y desligados en el

funcionamiento familiar. No obstante, en el FACES II se observan puntuaciones en los Padres y las Madres que se definirían como *estructuralmente conectadas*; mientras los Hermanos y los Pacientes definirían a sus Familias como *estructuralmente desligadas*. Estos datos contradictorios, podrían confirmar que las familias pueden mostrar rasgos aglutinados en Estructura y Organización familiar y rasgos desligados en otros elementos que tienen que ver con la vinculación y el Clima emocional familiar.

En los resultados cualitativos, la familia *describe el ambiente en casa*, como controlador, crítico y hostil (desde la percepción de los padres e hijos). Solo *los padres* percibían que hay comprensión y flexibilidad familiar. Los resultados del IRQ muestran Crítica alta en las madres y en los padres, habiendo correlaciones positivas y significativas entre las puntuaciones de ambos. Los Pacientes perciben a sus madres y padres como muy críticos. Estos resultados, están en la misma línea que los estudios de Bellver *et al.* (2005), O'Farrell *et al.* (1998), Vaughn y Leff (1976), quienes encontraron porcentajes muy altos de comentarios críticos en los padres de pacientes con Esquizofrenia.

Los Padres y las Madres perciben dificultades en adaptarse y cambiar como familia. Los Padres, Madres y Pacientes perciben una tendencia fuerte a la inestabilidad familiar. Estos resultados cualitativos coinciden con los resultados del FACES II de los pacientes y los (as) hermanos(as), quienes perciben a sus familias como estructuralmente separadas y con tendencia a la caoticidad.

5.3. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN

5.3.1. Medicación

Un indicador de mejora en los tratamientos psicológicos, es la adherencia a la medicación antipsicótica y la disminución de la toma de medicación.

En el presente estudio se encontró una *disminución de la dosis de medicación* del 79% después de dos años de realizar Terapia Familiar y Abordaje Farmacológico. Después de 4 años de intervención hubo una disminución del 70%. Al finalizar el Tratamiento Familiar, todos los pacientes, tomaban medicación antipsicótica, pero con dosis bajas. En relación a la *actitud hacia la medicación*, antes de iniciar la terapia familiar los pacientes tenían una mala actitud hacia la medicación habiendo una buena actitud después de dos años de Tratamiento Familiar.

En el grupo Control, la actitud hacia la medicación era mejor que la del grupo en Tratamiento antes de iniciar el estudio, manteniéndose en una actitud de regular a buena en la toma de medicación en todas las medidas de tiempo. Se puede observar que el Grupo Control tenía una buena actitud hacia la medicación desde el inicio, aspecto que posiblemente ayudó mantener la motivación y la asistencia a las consultas en Psiquiatría.

Se puede observar que el presente estudio está en la línea del meta-análisis de Pharoah *et al.* (2007) que encontraron que las Intervenciones Familiares tienen un efecto significativo en la disminución de la dosis de medicación antipsicótica. El estudio de Pitshel *et al.* (2001) concluyó que la participación familiar en el tratamiento de la Esquizofrenia, mejoraba la adherencia a la medicación, es decir mejoraba el cumplimiento de la toma de medicación antipsicótica (Pitshel *et al.*, 2001). El presente estudio está en la misma línea que los anteriores, estos resultados muestran que el Tratamiento Psicológico con un enfoque Familiar puede ser de utilidad para disminuir la dosis de medicación antipsicótica, así como mejorar la adherencia al Tratamiento en Esquizofrenia.

5.3.2. Recaídas

La mayor parte de los estudios de Intervención Psicológica o Familiar en la Esquizofrenia consideran la mejora de los pacientes, a partir del número de recaídas o reingresos psiquiátricos (Philling, *et al.*, 2002). El presente estudio, no considera a las recaídas como el único indicador de mejora, ya que como plantea Bellack (2007) el proceso de mejora o recuperación puede ir alternado con periodos de recaídas. No obstante, es importante considerar la tasa de recaídas para poder comparar este estudio con otros previos.

En el presente estudio recayeron un 10% de los pacientes durante la Terapia Familiar. Únicamente 2 personas necesitaron un ingreso psiquiátrico en un periodo de 4 años de Intervención. Las hospitalizaciones psiquiátricas tuvieron una duración menor a dos semanas, significativamente menores a los ingresos previos que duraban más de un mes. En el estudio de Fallon (1993) hubo un 17% de recaídas después de dos años de Terapia Familiar. Mao-Sheng *et al.* (2003) observaron un 20% de recaídas después de dos años de Tratamiento Familiar. Estudios de meta-análisis (Pitshel *et al.*, 2001) encontraron una tasa del 20% de recaídas en pacientes tratados desde abordajes

Familiares. Seikkula *et al.* (2011) encontró un 24% de recaídas en pacientes tratados desde el Dialogo Abierto.

Los Tratamientos con un formato Familiar, muestran una tasa más baja de recaídas comparados con Tratamientos Individuales (Bellver *et al.*, 2005). No obstante, se observa que el presente estudio, hay una tasa de recaídas más baja que los estudios de Tratamiento Familiar previos. Considerando además, la duración del tratamiento que es mayor a 4 años. Esto indica una tasa baja de recaídas. Los estudios que incluyen a la Familia en el tratamiento disminuyen el número de recaídas, los ingresos psiquiátricos (Glynn *et al.*, 2007), así como el tiempo de hospitalización.

5.3.3. Funcionamiento Social y Laboral

En relación al Funcionamiento Social y Laboral de los pacientes del Grupo en Tratamiento, se observa una mejora estadísticamente significativa en las tres medidas de tiempo. Así como muestran valores clínicamente relevantes, ya que antes de iniciar el tratamiento, los pacientes tenían limitaciones sociales y laborales graves, al finalizar el tratamiento tenían un Funcionamiento Social y Laboral bueno, con relaciones sociales significativas. El 90% de los pacientes realizaban alguna actividad diaria fuera del entorno familiar al finalizar la Terapia Familiar. Los pacientes aumentaron su sociabilidad en un 98,7%.

MacFarlene *et al.*(2000) obtuvieron resultados que indican la mejora de los pacientes en la actividad laboral y social después de realizar una Intervención Familiar Psicoeducativa. Pharoah *et al.*(2007) encontraron que las Intervenciones Familiares ayudan a mejorar el funcionamiento social. Estos dos estudios están en la misma línea de mejora que el presente trabajo, tanto del Funcionamiento Social como del laboral en los pacientes.

Aaltonen *et al.* (2010) y Seikkula *et al* (2011) encontraron resultados que indican, (después de recibir la Intervención basada en el Diálogo Abierto) que el 84% de los pacientes comenzaron a trabajar después del tratamiento. Los resultados del presente estudio, van en la línea de los resultados obtenidos en Finlandia de Aaltonen *et al.* (2010) y Seikkula *et al.* (2011), aunque es importante considerar el contexto social y económico Español con mayores limitaciones en el aspecto laboral. Es por ello, que los resultados del presente estudio son alentadores, ya que el 90% de los pacientes del presente

estudio realizaban alguna actividad diaria después de ser tratados con Terapia familiar, ya que se considera un elemento de éxito terapéutico que coincide con los estudios de Aaltonen *et al.* (2010) y Seikkula *et al.* (2011).

En el estudio de Randal *et al.* (2003) se encontró que 8 pacientes vivieron solos después de recibir tratamiento multimodal, el mismo número de pacientes que en el presente estudio fueron a vivir solos después de terminar el tratamiento. Específicamente, el 30% de los pacientes vivieron independientes al finalizar el tratamiento familiar.

5.3.4. Sintomatología

En el presente estudio se encontraron resultados que muestran una disminución de los Síntomas Positivos, Negativos, la Psicopatología General y la Gravedad del trastorno. Se observó un efecto además de estadísticamente significativo, clínicamente relevante en los Síntomas Positivos, Negativos y Psicopatología general. Estos cambios se observaron después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar. Se observó una mejora del 45% de los Síntomas Positivos, una mejora del 43% de los Síntomas Negativos y una mejora del 45% en Psicopatología General. En el estudio de Randal *et al.* (2003) sobre Terapia Multimodal, se observaron valores estadísticamente significativos en la Sintomatología Positiva, Negativa y Psicopatología general de los pacientes tratados. Habiendo una disminución del 43% de los Síntomas Positivos, el 30% de los Negativos y el 27,5% en la Psicopatología general. Bellack (2007) encontró una mejora de entre el 20% y 70% en la disminución de la Sintomatología en los pacientes tratados con abordajes familiares. En el presente estudio, se observan resultados similares al estudio de Randal *et al.* (2003), habiendo un porcentaje de mejora más elevado en la Sintomatología general y en los Síntomas Negativos que el estudio de Randal *et al.* (2003).

En el DSM-V los síntomas negativos están asociados a un peor pronóstico de los pacientes con Esquizofrenia. Es por ello, que disminuir los síntomas negativos de los pacientes, mejora el pronóstico y también su calidad de vida.

Seikkula *et al.* (2011) en su estudio sobre Diálogo Abierto, observó que el 17% de los pacientes tratados, finalizaron el Tratamiento con Sintomatología leve. El presente trabajo está en la misma línea, ya que los pacientes finalizaron la Terapia Familiar con una sintomatología leve.

A pesar de que el tratamiento psicológico reduce sustancialmente los síntomas y puede disminuir el deterioro, aproximadamente el 40% de los pacientes no reciben Tratamiento (OMS, 2001).

Se observa que ninguno de los estudios sobre Terapia Familiar, aporta resultados sobre la sintomatología de los pacientes. Sin embargo, los estudios sobre Emoción Expresada (Brown y Birley, 1962; Vaughn y Leff, 1976), consideran indicadores de gravedad del paciente, a través de la tasa de recaídas, hospitalizaciones y tiempo de hospitalización. No obstante, hay pocos estudios de Terapia Familiar con indicadores sintomatológicos (Gaudiano, y Herbert, 2006). En diferentes estudios se menciona en los objetivos, la evaluación de la sintomatología, sin embargo, no aportan información de los instrumentos que utilizan, ni tampoco dan información en los resultados de dicha variable.

En el presente estudio, se observa que en el Grupo Control, mejoró la actitud hacia la medicación y los síntomas positivos. Por lo que se puede observar que la toma de medicación antipsicótica puede ayudar a disminuir sobre todo los Síntomas Positivos. Habiendo una disminución estadísticamente significativa, pero no clínicamente relevante.

5.4. EL TRATAMIENTO FAMILIAR

5.4.1. Número de sesiones

En la actualidad, hay estudios sobre Tratamientos Psicológicos en Esquizofrenia que no indican el número de sesiones de Terapia que realizaron (MacFarlane *et al.*, 2000, Svensson y Hansson, 1998). Éste es un aspecto muy importante para poder entender el papel que tiene el número de sesiones en las intervenciones y en el efecto de éstas. En el presente estudio, se realizaron una media de 30 sesiones de terapia familiar en un rango entre 12 y 60 sesiones. En el estudio de Randal *et al.* (2003) se realizaron 67 sesiones de terapia multimodal, dicho estudio muestra resultados similares al presente trabajo en relación a la disminución de la Sintomatología del paciente, teniendo un mayor número de sesiones que el presente estudio. Sin embargo en el estudio de Bechdolf *et al.* (2005) ,con un enfoque cognitivo conductual, se realizaron 16 sesiones de tratamiento. La mayor parte de los programas de Intervención Familiar, muestran una variabilidad de entre 6 y 24 sesiones de Terapia Familiar desde un enfoque Psicoeducativo (Fallon *et al.*, 1993; Tarrier *et al.* ,1989; Vaughn *et al.*, 1999). Se observa que el presente estudio es

pionero en realizar una evaluación longitudinal con más de 30 sesiones de terapia familiar en un periodo de 4 años de Tratamiento.

5.4.2. Abandonos

En el presente estudio se muestra una tasa baja de abandonos durante el Tratamiento. Se observa que al iniciar la Terapia Familiar, dentro de los primeros dos meses y 3 sesiones de terapia, se producen los abandonos de un 12% de la muestra del grupo en Tratamiento. No hay ningún abandono después de ese lapso de tiempo, durante los 4 años de Intervención. Esto indica una tasa muy alta de adherencia al tratamiento, ya que los pacientes con Esquizofrenia suelen tener muchas limitaciones para confiar en los profesionales y los síntomas negativos que limitan la sociabilidad con el aislamiento social. Frank y Gundersen (1990) consideran que el establecimiento de una alianza terapéutica con pacientes Esquizofrénicos, es difícil, por la baja asistencia y poca adherencia a los Tratamientos.

Mac Farlane *et al.* (1995) encontraron un 17,8% de abandonos en la fase inicial del Tratamiento Psicoeducativo Familiar, así como un un 31,3% de abandonos a los dos años de Tratamiento. En los estudios recientes de Terapia Familiar Sistémica, no se suele especificar con claridad el porcentaje de abandonos de los tratamientos (Retzer *et al.*, 1991), es por ello que resulta difícil comparar esos porcentajes de abandonos con el del presente trabajo. Sin embargo, los resultados del presente estudio, están en la línea del estudio de Svensson y Hansson (1998) encontraron un porcentaje del 15% de abandonos en las primeras sesiones y al inicio del estudio, la intervención que realizó fue desde la orientación cognitivo-conductual. Randal *et al.* (2003) realizaron un estudio en Australia con Terapia Multimodal (psicoeducativa, cognitivo-conductual y con intervenciones interpersonales) y tuvieron un 10% de abandonos a lo largo de dos años de tratamiento. Tanto el estudio de Svensson y Hansson (1998) como el de Randal *et al.* (2003) muestran porcentajes similares al del presentes estudio.

En un estudio de Gaudiano y Herbert (2004) en Estados Unidos con Terapia de Aceptación y Compromiso, tuvieron un 33,3% de abandonos al inicio de la Terapia. No obstante, Bechdolf *et al.* (2005) realizaron un estudio en Alemania de corte Cognitivo Conductual, y se observó un 40% de abandonos a lo largo de los dos años que duró el Tratamiento.

En el presente estudio se observa que después de dos años, el Equipo de Terapia propuso dos derivaciones de pacientes. Por lo que se observa un 8% de derivaciones. En definitiva, de la muestra original, continuaron el tratamiento el 80% de los pacientes hasta recibir el Alta Terapéutica.

Se puede observar que hay un porcentaje muy elevado de adherencia al Tratamiento Familiar, con índices mucho más bajos de abandonos que los que muestra MacFarlane *et al.* (2000), se observa que dentro del ámbito de la Intervención Familiar, resulta uno de los estudios con índice más bajo de abandonos. Esta buena adherencia al tratamiento, puede ser un indicador de alianza terapéutica (Horvath y Luborsky 1993).

5.4.3. Variables Familiares

Los resultados del presente estudio muestran una disminución estadísticamente significativa de la *Crítica* (IRQ), en los Padres de los Pacientes. En las madres no se encontraron valores estadísticamente significativos, sin embargo, aumentaron los Cuidados o Calidez maternos en un 20% al finalizar el Tratamiento y disminuyó la Crítica en un 20%, habiendo un vínculo óptimo entre las madres y los pacientes al finalizar el tratamiento. Se observa una disminución de la Crítica hacia el paciente, tanto en las Madres como en los Padres. El presente estudio, está en la misma línea que los estudios de Vauhgn y Leff (1976) Bellver *et al.* (2005); O'Farrell *et al.* (1999) en los cuales se observa una disminución de las actitudes de Crítica de los padres respecto a los pacientes, como efecto de la Intervención Familiar.

Se observa un cambio importante en el Clima Emocional Familiar en relación a la vinculación entre padres e hijos. Se observaron cambios en la percepción de los pacientes (interpretación ortodoxa del PBI) y la percepción de los padres y madres (interpretación cruzada del PBI), antes de iniciar el tratamiento había una vinculación débil o un vínculo ausente. Y después de terminar la terapia familiar, hay una mayor vinculación o un vínculo óptimo. Con un aumento de los Cuidados afectivos y una Protección Familiar óptima.

No obstante, no se observan cambios en *la Cohesión y Adaptabilidad Familiar*. Antes de iniciar el tratamiento, los Padres y Madres tenían puntuaciones que describían a sus familias como *flexiblemente conectadas y unidas*, al finalizar el tratamiento continuaron con esa configuración estructural. Sin embargo, se observan cambios en los

Pacientes y sobretodo en los(as) Hermanos(as) que tenía una cohesión desligada, modificándose a una familia *flexiblemente unida o estructuralmente apegada*. Aumentando la Cohesión y Adaptabilidad familiar en los(as) hermanos(as) de los pacientes. No existen estudios previos, que aporten resultados de los Hermanos de pacientes con Esquizofrenia. No obstante, se observa que los Hermanos se logran implicar en el Tratamiento, así como mejoran su Cohesión y Adaptabilidad familiar y la Relación con los pacientes.

Se puede observar que las características de la Estructura Familiar, tales como la Cohesión y la Adaptabilidad familiar son elementos más estables en las familias y pueden ser más difíciles de modificar o pueden necesitar más tiempo para que cambien. También se observa que las familias ya tenían un funcionamiento en la Cohesión y en la Adaptabilidad con puntuaciones que están dentro de la funcionalidad familiar. Por lo tanto, los elementos que más se han modificado producto del tratamiento, son del Clima y el Ambiente familiar.

En relación a las *variables Familiares de Desconfirmación*, se observa que hay un 94,7% de los Familiares y Pacientes que cambiaron después del Tratamiento. Únicamente el 5,3% de la muestra no cambió en la Desconfirmación al finalizar la Terapia Familiar.

El 63% de los pacientes no mostraban rasgos de Triangulación al finalizar la Terapia Familiar. Se observa este cambio estructural en la mayor parte de las familias tratadas. El 70% de las Familias no tenían características estructurales de Triangulación Desconfirmadora al finalizar el Tratamiento.

Los Conflictos de los Padres, disminuyeron en el 74,2% de las Familias, por lo que se observa que ha podido modificarse esta característica de Pareja Parental bloqueada (Linares, 2007). El 96,2% de los Hermanos no tenían una relación de conflicto y la mayor parte de los hermanos consideraron que su relación había mejorado con el paciente.

En relación al Clima Familiar, en el 45% de las familias mejoró mucho el ambiente Desconfirmador, el 30% mejoró de forma consistente y moderado y el 25% mostraron un cambio leve. Todas las familias tuvieron un cambio en el clima familiar Desconfirmador al finalizar el Tratamiento.

5.4.4. Creencias

Algo que se consideró de buen pronóstico en relación a las creencias, es que todos los padres, antes de iniciar la Terapia Familiar, pensaban que el paciente podía mejorar. Ningún padre consideró que el paciente fuera irrecuperable. Únicamente en los casos que abandonaron se encontraron ese tipo de creencias.

El 79% de los Familiares cambiaron sus creencias sobre el trastorno a una visión de Multicausalidad, considerando elementos que tenían que ver con los factores familiares, sociales, el estrés y la tensión familiar. Esa visión ayudó a que los Familiares se sintieran partícipes y responsables del Tratamiento y la mejora del familiar. Tenían creencias de tipo *“mi hijo sufre” “mi hijo mejorará” “mi hijo se esfuerza y necesita ayuda” “Todos necesitamos apoyo”*.

5.4.5. Terapeutas

Los co-terapeutas percibieron que el 61,1% de los pacientes estaban moderadamente y mucho mejor después de dos años de intervención. Y al finalizar la terapia familiar todos los pacientes estaban mucho mejor y moderadamente mejor.

No se encontraron estudios en los que se pudiera observar el índice de mejora observado por los terapeutas para poder comparar con el presente estudio.

5.4.6. Calidad de vida Pacientes

Los resultados del presente estudio, muestran que los Pacientes no tenían mucha afectación de su Calidad de Vida. Había una Calidad de Vida conservada en el Grupo en Tratamiento antes de iniciar la Terapia Familiar. Se encontró una correlación negativa y significativa entre los Síntomas Positivos y la Satisfacción Vital, lo que significa que a más Síntomas Positivos, hay una peor Satisfacción Vital. Estos resultados coinciden con el meta-análisis de Eack y Newhill (2007) que encontraron que los Síntomas Positivos mostraban una relación negativa, con la Calidad de Vida subjetiva.

Se observa que las escalas que muestran una mejora al finalizar el Tratamiento (sin tener valores estadísticamente significativos) fue la Escala Favorable de Calidad de Vida, que considera los elementos de Satisfacción vital, Autoestima y Armonía. La Satisfacción Vital aumentó en un 20%, así como el Control Interno en un 15% al finalizar

el Tratamiento Familiar. Los resultados del presente estudio difieren al del estudio de Bellack (2007) quien encontró índices más altos de mejora en la Calidad de Vida (entre el 20% y 70% de mejora en la calidad de vida). Es importante considerar que los pacientes del presente estudio, antes de iniciar la Terapia Familiar, tenían una Calidad de Vida sin afectación importante. También es posible que los pacientes tuvieran menor tiempo de evolución del trastorno y que esto influyera en un menor deterioro de la Calidad de Vida en los pacientes.

Se observa que la Escala Sevilla de Calidad de vida, a pesar de ser una escala validada en España, muestra indicadores de procesos internos y cognitivos en los Pacientes. La Escala favorable, evalúa elementos que tienen que ver con los indicadores de Calidad de Vida Subjetiva, tal como la Satisfacción vital y Autoestima. No obstante la Escala Desfavorable evalúa procesos más cognitivos de los pacientes.

Es posible que esta escala sea idónea para utilizar en situaciones más agudas o en pacientes con una mayor cronicidad, siendo sensible en detectar procesos cognitivos y de funcionamiento básico en relación a la Calidad de Vida.

La definición de calidad de vida de Gómez y Botella (2007) considera como un objetivo de los Tratamientos Psicológicos en Esquizofrenia, mejorar la percepción del individuo sobre su propia situación con el fin de integrarlo al entorno social que cubra mejor sus necesidades. Otra definición de Barack y Duncan (2006) afirma que *La calidad de vida en la Esquizofrenia* se percibe como el reflejo de la participación social y la capacidad de mantener alguna actividad adecuada o productiva. Bobes et al. (2002) Gómez y Botella (2002) señalan que los determinantes más importantes de un elevado nivel subjetivo de calidad de vida parecen ser: las relaciones sociales positivas, estables e íntimas. Se observa en los resultados de las entrevista de Cambio terapéutico (Elliot,1998) (al finalizar el Tratamiento Familiar), que los pacientes manifestaron tener una percepción subjetiva de haber mejorado su vida, así como hubo un aumento del nivel de Funcionamiento Social y Laboral, nivel de actividad y Sociabilidad del paciente (en un 98,7%). Además de que muestran más Satisfacción en sus relaciones Familiares y personales. Se puede observar también el porcentaje de Mejora Clínica (disminución de la sintomatología). Estos resultados aportan datos subjetivos sobre una mejora en la Calidad de Vida Subjetiva de los pacientes, considerando las definiciones de Barack y Duncan (2006), Bobes et al. (2002), y de Gómez y Botella (2007). No obstante la escala

de calidad de vida, no considera estas dimensiones subjetivas que resultan más difíciles de medir desde un cuestionario de auto-informe.

5.4.7. Calidad de vida de los Familiares

En relación a la Calidad de Vida de los familiares, en el presente estudio no se encontraron relaciones significativas entre el nivel de educación de los padres y la Calidad de Vida de los Familiares. A diferencia del estudio de Caqueo y cols (2009) Grandon y cols (2008) y de Yeh y cols(2009), quienes encontraron resultados que muestran que la Calidad de Vida de los familiares de pacientes con Esquizofrenia, dependía del nivel educativo de los familiares. En el presente estudio, no se observa una influencia al respecto. Es posible que los familiares de los pacientes, tengan un nivel educativo y socio-cultural similar, por lo que no existe esta variabilidad e influencia. Es probable que en el estudio de Caqueo *et al.* (2009) existiera diferencias en los estratos socio-económicos y culturales teniendo una incidencia en la Calidad de Vida.

No obstante, en el presente estudio, se encontró que los Familiares (padres y madres) tenían afectación en la Calidad de Vida, en el área Emocional. Estos resultados coinciden con el estudio de Lee *et al.* (2006) y de Chen *et al.* (2004), en los cuales se observa, que uno de los aspectos más deteriorados en la vida de los Familiares es el aspecto emocional. Como se mencionó al inicio de la discusión, hay un índice muy elevado de Trastornos del Estado de Ánimo entre las Madres y Padres de los Pacientes en el presente trabajo. Por lo que resulta de interés considerar estos elementos en los Tratamientos, para aumentar la Calidad de Vida de los Familiares.

Los aspectos que mostraban más afectación en la Calidad de Vida de los Familiares de los pacientes con Esquizofrenia del grupo en Tratamiento, fueron en el Tiempo libre y las Relaciones Sociales en las Madres y los Padres. En los Padres, estuvo afectada la Salud Física. En los hermanos, la Calidad de Vida en el Tiempo Libre.

En el presente estudio, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la Sintomatología de los Pacientes y la Calidad de Vida de los Familiares. Hubo una relación negativa y significativa entre la Sintomatología Positiva de los Pacientes y la Calidad de Vida en el estado de Salud Física de los Padres, así como con la Satisfacción en las clases o cursos realizados por las Madres. En el estudio de Ochoa *et al.* (2008), se encontró que los Síntomas positivos en los pacientes, disminuyen la Calidad de Vida en

sus Familiares. La Calidad de Vida de los Familiares que conviven con los pacientes puede verse afectada por el curso del Trastorno.

Como efecto de la Intervención Familiar, los padres tuvieron una mejora estadísticamente significativa en la Calidad de Vida en el estado de Salud Física y en el Estado de Ánimo. A los dos años de Tratamiento Familiar, los Padres empeoran ligeramente en el Estado de Ánimo. Esto puede ser debido a que los padres se implicaron más emocionalmente con los Pacientes, se considera también el proceso de aceptación o duelo en relación al Trastorno. Sin embargo, al finalizar el Tratamiento Familiar, los Padres mejoraron significativamente en el Estado de Ánimo. También se observa una mejora de las Relaciones Sociales y la Satisfacción con el Trabajo.

En las Madres, llama la atención que no se observan valores estadísticamente significativos en la Calidad de Vida en las tres medidas del tiempo. Esto puede ser debido a que no tenían una mala Calidad de Vida en el pre-tratamiento, por lo que el rango de la mejora puede llegar a ser más limitado que cuando se tienen puntuaciones bajas. Sin embargo, se observa un aumento del 25% de la Calidad de Vida en Relaciones Sociales.

En los (as) hermanos(as) aumenta de forma estadísticamente significativa la Calidad de Vida en el Tiempo Libre después de dos años de intervención. Se observa una mejora del 30% en las Clases o cursos y un 20% en las Relaciones Sociales.

5.5. MEJORA TERAPÉUTICA

El grupo en Tratamiento comparado con el grupo Control, muestra una mejora estadísticamente y clínicamente significativa en los Síntomas Negativos (mejoran un 43%), la Psicopatología general (mejoran el 45%) y la escala de Funcionamiento Social y Laboral (mejoran el 40%) Estos porcentajes de mejora, están en la misma línea que el estudio de Bellack (2007) quien consideró que entre el 20% y 70% de las personas diagnosticadas de Esquizofrenia, mejoraron en la Sintomatología, así como un mejor Funcionamiento en la vida cotidiana después de recibir Tratamiento Psicológico.

El grupo Control muestra una disminución de los síntomas positivos con significación estadística, el grupo en Tratamiento con significación clínica y estadística

(mejoró en un 45%). El grupo en Tratamiento muestra una mejora de la actitud hacia la medicación. El grupo Control conserva la buena actitud hacia la medicación.

Todos los casos mejoraron en las variables Familiares, habiendo una mejora en el Clima familiar (disminución de la crítica). Así como ayudando a una mejor vinculación de los padres y hermanos con el paciente.

En relación a la Estructura familiar, en las características de Cohesión y Adaptabilidad, continúan habiendo una Cohesión y Adaptabilidad dentro de la normalidad. Mejorando con la inclusión de los hermanos, aumentando su Cohesión respecto con la familia. Se observa una mejora de la Calidad de Vida en la Satisfacción Vital de los pacientes y su Autoestima, así como de la Salud Física de los padres, las Relaciones Sociales y el Tiempo Libre de las Madres, Padres y Hermanos.

Los conflictos entre los padres disminuyeron en un 74%. El 96,2% de la muestra no mostraron conflictos entre los hermanos, el 60% de los hermanos considera que mejoraron la relación con el paciente. Todos los pacientes mostraron un cambio en la Sociabilidad. Habiendo un 90% de los pacientes que realizaban alguna actividad social o laboral diaria.

Los co-terapeutas percibieron que todos los casos mejoraron al finalizar el Tratamiento Familiar.

Respecto a *los cambios percibidos por los pacientes y sus familiares*. Los *Pacientes* pensaron que tenían más seguridad en ellos mismos, una mejor relación y Comunicación Familiar, una mejora del Clima Familiar, una mejora en la relación de pareja de los padres y que podían confiar más en las personas, así como una mejora en relación de los hermanos.

Un factor que los pacientes consideraron muy importante para su cambio, fue que les motivó que el equipo de terapeutas creyera en ellos. Sloane *et al.* (1975) evaluaron los factores curativos en los pacientes, éstos atribuyeron su mejora a las cualidades generales de los Terapeutas. Brykczynska (1990) afirma, que la construcción que hace el paciente sobre su Terapeuta es uno de los principales componentes de la Relación Terapéutica. Y esto incide sobre los resultados en el tratamiento.

En relación a *los padres*, consideraron que había mejorado el Clima familiar, su relación y la Comunicación familiar, una mejora en la relación con el paciente, disminución de los conflictos familiares, una mejora de la vida laboral del paciente al finalizar el Tratamiento.

El 75% de *las madres* pensaban que había mejorado el Clima familiar y la Comunicación familiar. Pensaban que comprendían más al paciente, lo veían más independiente y había mejorado su estado de ánimo. Todas las madres percibieron que los cambios fueron producto de la Terapia familiar.

Tanto los padres como las madres, valoraron sentirse apoyados por un equipo que les orientaba y comprendía sin juicios.

Los(as) hermanos(as) pensaban que había cambiado la dinámica y el Clima familiar, así como la relación con el paciente. *Los(as) hermanos(as)* observaron una mejora de la relación del paciente con sus amigos (as).

Se observa que tanto los pacientes como los familiares, consideran cambios familiares importantes en los primeros dos años de Intervención. Al finalizar el Tratamiento Familiar, se observan más cambios individuales de los pacientes en relación a aumentar la autonomía, confianza y autoestima, así como el que el paciente tuviera un trabajo o mejora social. De acuerdo con el modelo de Reconfirmación (Linares, 2007) el Tratamiento tiene como objetivo mejorar el Clima y la organización Familiar, y como efecto de esas mejoras pueden haber cambios individuales en los pacientes (en su identidad y narrativa no identitaria). Se observa que la Familia tiene la percepción, a los dos años de intervención, de mejorar primero los elementos Familiares y después los elementos individuales del Paciente (aspecto Laboral, Autoestima y Seguridad).

5.6. LA RECUPERACIÓN

Hay pocos estudios previos, que especifican y evalúan a la recuperación en el ámbito de la Esquizofrenia. Existen pocos estudios que consideran criterios específicos de mejora y recuperación de los Pacientes y sus Familiares al finalizar el Tratamiento. Se puede observar en los estudios previos de Glynn *et al.* (2007), Leff y Vaugh (1985), MacFarlane *et al.* (2000), Pilling *et al.* (2002) quienes realizaron Intervenciones Psicoeducativas y Familiares, consideran como un indicador de mejora, disminuir la tasa

de recaídas y el tiempo de hospitalización en los Pacientes. Pharoah, *et al.* (2007) consideraron la mejora a partir de la adherencia a la medicación antipsicótica.

Leff y Vaughn, (1985), propusieron disminuir la Emoción Expresada en los Familiares y el tiempo de contacto cara a cara con el Paciente, con el objetivo de disminuir la tensión y Hostilidad familiar. Estas dos variables, están asociadas con una mayor tasa de recaídas de los pacientes.

Los criterios de recaídas, hospitalizaciones y mejora de la adherencia a la medicación son importantes, pero no son los únicos indicadores de mejora en los Pacientes y los Familiares. Randal *et al.* (2003) consideran a la Recuperación a través de la disminución de Sintomatología Positiva y Negativa y la iniciativa de los pacientes de ir a vivir solos. Svensson y Hansson (1998) considera a la mejora de los pacientes por la percepción subjetiva de mejora y cambio de los pacientes. Lysaker *et al.* (2003) consideran a la mejora a partir del cambio de la narración del paciente. Estos tres autores, consideran elementos de mejora y recuperación similares al presente estudio, en el presente trabajo se consideran los elementos teóricos de Bellack (2007) y Glynn *et al.* (2007).

La Recuperación es una experiencia subjetiva y autodefinida (Bellack, 2007), por tanto, consiste en desarrollar una vida gratificante a pesar de las dificultades que pueda imponer el Trastorno (Glynn, *et al.*, 2007) y poder tener un funcionamiento adecuado, a pesar de la Sintomatología leve. Considerando las definiciones de Glynn *et al.* (2007) y Bellack (2007) y los criterios de mejora y recuperación propuestos para el presente estudio (véase en el apartado 4.13), se observa que el 31,6 % de los casos estaban recuperados al finalizar el Tratamiento Familiar, esto significa que disminuyeron la Sintomatología, tuvieron un Funcionamiento Social y Laboral adecuado, aumentaron la Autonomía, así como tuvieron la percepción subjetiva de mejora los pacientes, familiares y los terapeutas. Este porcentaje coincide con el 40% de pacientes recuperados en un estudio de Bellack (2007).

El 31,6% de los pacientes muestran una Recuperación total, se observa que los pacientes tiene una Sintomatología leve, mejoran el Funcionamiento social y laboral así como la Autonomía, y tanto la familia como el paciente perciben una mejoría.

Se observa un 73,7% de Recuperación parcial y Total en los pacientes con Esquizofrenia. Este estudio muestra valores similares en la recuperación total (42,1%) que el *International study of schizophrenia* encontraron que el 48,1% de los pacientes se recuperaban después de ser tratados, no eran percibidos por sus familiares como enfermos y no mostraban Sintomatología Psicótica (Bellack ,2007).

El 35,3% de los pacientes mejoraron en sintomatología y funcionamiento social y laboral, los terapeutas percibían su mejora.

En el *International Study of Schizophrenia* encontraron que el 48,1% de los pacientes se recuperaban después de ser tratados, no eran percibidos por sus familiares como enfermos y no mostraban sintomatología psicótica (Bellack ,2007). Estos resultados, son similares a los encontrados en el presente estudio, que considera el 73,7% de recuperación parcial y el 31,6% de recuperación total. Estas definiciones de Recuperación consideran la presencia de Sintomatología leve y un adecuado Funcionamiento social y laboral, aunque esto puede lograrse dependiendo del contexto social, económico y cultural donde se desenvuelva la persona que padece el Trastorno. Esta definición es similar a la definición de Calidad de Vida Subjetiva de Gómez y Botella (2007).

5.7. LIMITACIONES Y ESTUDIOS FUTUROS

Dentro de las limitaciones del estudio ha estado la dificultad en poder encontrar un grupo control o grupo de comparación. En el presente estudio se contó con un Grupo Control de pacientes, pero no se tuvo un grupo Control de Familiares. Por lo que las conclusiones en torno a las variables Familiares y de Calidad de vida, han de ser consideradas con cautela por la falta de comparación de un grupo control o en lista de espera.

La posibilidad de lista de espera también se planteó, pero por ética profesional, en el Servicio de Terapia Familiar se tienen como prioridad atender los casos con sintomatología más grave. Lo que lleva a una lista de espera no mayor a 4 meses. Debido a la disparidad del tiempo que dura el Tratamiento y la lista de espera, era imposible realizar una comparación con los Familiares de pacientes de la lista de espera.

Se ha realizado este estudio como una primera aproximación a la Evaluación con una metodología mixta de un Tratamiento Familiar en la Esquizofrenia, considerando que los resultados obtenidos no pueden generalizarse. Sin embargo, los resultados aportan información sobre el tipo de pacientes y familias que pueden beneficiarse de esta Intervención, el tipo de familias y /o pacientes que no se benefician de este tipo de Intervención, así como el efecto del tratamiento en términos de mejora y recuperación.

En relación al grupo control, no se tuvieron a algunos datos importantes, tales como las dosis de medicación a los dos y cuatro años de intervención; así como el número de recaídas. En la planificación inicial del presente estudio, se consideraba la base de datos Hospitalaria, como la fuente de recogida de la información sobre el número de re-ingresos hospitalarios y para obtener información psiquiátrica de los pacientes. Por ser una fuente de información objetiva. Sin embargo, en los años que se realizó el estudio, hubieron muchos cambios en el sistema de protección de datos, cambios en el programa informático y la sistematización de las Historias clínicas del Hospital de Sant Pau, por lo que se perdieron muchos datos que eran relevantes en las variables recaídas y medicación del Grupo Control. Se contaban con algunos registros en Historias clínicas escritas o información de los pacientes. Pero, al no tener una información fiable en todos los pacientes del grupo control, se descartó utilizar esa información, realizándose únicamente los análisis estadísticos en el grupo en Tratamiento. Sería importante, que en estudios futuros, se asegurara obtener esta información, realizando entrevistas a los Psiquiatras en el momento de la Evaluación.

Otra limitación del presente estudio es el tamaño de la muestra de los pacientes, la mayoría de los estudios longitudinales en el ámbito del Tratamiento Familiar se realiza con muestras pequeñas (entre 30 y 50 sujetos). Se sugieren estudios con muestras más grandes. No obstante, no se puede perder de vista que se trata de estudios que se realizan en contextos clínicos reales, los pacientes son referidos por rutas habituales y son muestras heterogéneas. Por lo tanto, es una aportación clínica relevante.

Las Familias llegaban a pedir ayuda a la Unidad de Terapia Familiar por rutas habituales (derivados por algún médicos de cabecera, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores o psicólogos), por lo que no han sido tratadas en el mismo momento del tiempo. Han sido tratadas entre los años 2012 y 2018, a pesar de no iniciar el Tratamiento en el mismo momento del tiempo han seguido el mismo tipo de Tratamiento, con el mismo protocolo de intervención y los mismos terapeutas. Cuando llegaban

Familias nuevas, también se seleccionaban los Pacientes voluntarios del grupo Control, con características sociodemográficas similares a los pacientes del grupo en Tratamiento.

La Evaluación Psicológica en la Esquizofrenia, requiere de conocimientos teóricos y clínicos del evaluador-entrevistador. Los pacientes con mayor Sintomatología Positiva y /o Negativa, se mostraban más resistentes en contestar los cuestionarios. Por lo que se intentó fomentar un clima de confianza y alianza terapéutica, Así como estrategias de acomodación. Una vez se conseguía ese clima, se podía realizar la batería de cuestionarios. También se necesitó un Abordaje clínico para que los pacientes tuvieran la sensación de confianza y confidencialidad en la entrevista PANSS. En ocasiones, las Entrevistas tenían que ser interrumpidas por pequeños descansos e incluso se le dio la posibilidad al paciente de terminar la entrevista otro día, si el paciente estaba muy cansado. La duración de las entrevistas fue variable y se adaptó a las necesidades de los pacientes, con el objetivo de disminuir las resistencias.

Otra de las limitaciones del estudio es que existen muy pocos cuestionarios específicos para Evaluar variables Familiares y/o relacionales. Se ha intentado resolver esta limitación, utilizando cuestionarios validados en muestra Española y cuestionarios utilizados en estudios previos de Esquizofrenia y Terapia familiar. Sin embargo, algunas variables familiares tales como la Desconfirmación, Triangulación y Triangulación Desconfirmadora, son variables no estudiadas hasta el momento o que se pudieran recabar en cuestionarios validados. Por lo que una primera aproximación para evaluar dichos constructos teóricos se han realizado a través de registros observacionales. Para ello se grabaron las sesiones de tratamiento y se realizó una *Check List*.

Otro aspecto que se utilizó fue un cuestionario de auto-informe sobre variables familiares (de organización , estructura y clima familiar) realizado por el equipo de Intervención en Psicosis de la Unidad de Terapia Familiar en el Hospital de Sant Pau. Este cuestionario, fue una referencia de datos cualitativos, pero sería importante realizar una validación y análisis factorial de dicho cuestionario.

El presente trabajo no era un estudio de validación, pero se sugiere realizar análisis factorial y validación del cuestionario, como un posible estudio futuro. Así como se sugiere crear un Instrumento de Medición para la Desconfirmación.

Algunos cuestionarios validados en España, tales como el PBI, IRQ muestran baja sensibilidad y especificidad para detectar cambios en las diferentes medidas del tiempo. EL PBI fue validado por Ballús (1991) con una muestra muy pequeña en España. El IRQ tiene poca sensibilidad y especificidad para detectar cambios a lo largo del tiempo. Afortunadamente, se pudieron complementar esos resultados con variables cualitativas. Es de relevancia, que los estudios de fenómenos relacionales y comunicacionales puedan realizarse desde una Metodología Mixta.

El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, se eligió por ser un Cuestionario específico para pacientes con Esquizofrenia. Es posible que los factores que se evalúan en dicho cuestionario tengan más que ver con una Calidad de Vida de pacientes con un mayor deterioro, que los pacientes del presente estudio. A su vez que los indicadores muestran elementos cognitivos, conductuales e individuales de la percepción de la Calidad de Vida, dejando de lado elementos más sociales y comunitarios, aspecto que era de más relevancia para el presente estudio.

En estudios futuros se sugiere que se utilicen los mismos cuestionarios para Familiares y Pacientes, para realizar comparaciones entre diferentes variables entre los pacientes y los familiares.

Un elemento que se tiene que considerar, por el cuál no se tuvo un grupo control sin medicación, es porque actualmente en el ámbito de la Esquizofrenia resultaría poco ético no medicar o derivar a algún servicio psicosocial este tipo de pacientes. Por lo que todos los pacientes del estudio están medicados.

Se sugieren estudios futuros que consideren un grupo control de los Familiares, con el objetivo de comparar con un grupo en Tratamiento. Así como utilizar otro tipo de cuestionarios o entrevistas con alta sensibilidad en detectar cambios en diferentes medidas de tiempo, para evaluar el clima familiar, tal como la entrevista Camberwell (CFI) en la escala Sobreprotección y Calidez.

Se sugiere utilizar cuestionarios de calidad de vida que consideren aspectos de la vida más amplios tanto en los pacientes como en los familiares y que tengan alta sensibilidad y especificidad en detectar los cambios re-tests.

Se sugiere replicar el presente estudio en diferentes muestras, para comprobar el Modelo de Recuperación en diferentes contextos, con un grupo control de Familiares.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Se realizan las conclusiones a partir de las Hipótesis del presente trabajo.

H1. El tratamiento familiar sistémico en la Esquizofrenia puede tener un efecto en la disminución de las siguientes variables: a) Síntomas negativos, b) Psicopatología general, c) Gravedad del trastorno. No obstante, el grupo control no presentará la disminución de puntuación en estas variables. Así como puede tener un efecto en la mejora del grupo en tratamiento de: 1) La actitud en la toma de medicación 2) Creencias acerca del trastorno con una visión más esperanzadora, 3) Calidad de vida de los pacientes (funcionamiento social y familiar).

Se confirma la Hipótesis 1, concluyendo que la Intervención Familiar Sistémica basada en el modelo de la Reconfirmación tiene un efecto estadísticamente significativo y clínicamente relevante en la disminución de la Sintomatología Negativa, la Psicopatología general y la Gravedad del trastorno en el grupo en Tratamiento. También se observa una mejora en la actitud en la toma de la medicación antipsicótica, las Creencias acerca del Trastorno con una visión más compleja, multicausal y esperanzadora respecto al futuro.

Se observa que el *Grupo Control* que tomaba medicación antipsicótica, y el grupo en Tratamiento Familiar con abordaje farmacológico mostraron un efecto en la disminución de la sintomatología positiva. El Grupo Control obtuvo valores estadísticamente significativos y el Grupo *en Tratamiento*, estadísticamente y clínicamente significativos.

Se observa que los pacientes del *Grupo Control*, han tenido una buena actitud hacia la medicación desde el pre-tratamiento, por lo que la buena actitud se mantiene en las diferentes medidas de tiempo. En el *Grupo en Tratamiento*, se observa que cambia de una mala actitud a una actitud correcta hacia la medicación, mejorando la adherencia. Se concluye que la medicación antipsicótica muestra un efecto en la disminución de los síntomas positivos. El abordaje familiar, ayuda a que haya una mejora clínicamente relevante.

En relación a la *Calidad de Vida* de los pacientes, la hipótesis se comprueba parcialmente, ya que no se encontraron valores estadísticamente significativos, pero sí un

aumento de la satisfacción vital, aumento de la sociabilidad y mejora de las relaciones del entorno cercano del paciente. Todos los pacientes comunicaron una mejora de su vida en la entrevista de Cambio Terapéutico (Elliot *et al.* ,2001).

H2. El grupo en tratamiento tendrá un mejor Funcionamiento Social y Laboral, así como una disminución de la dosis de medicación antipsicótica; habiendo diferencias significativas en las tres medidas de tiempo.

Se confirma parcialmente la Hipótesis 2, hay una mejora del Funcionamiento Social y Laboral estadísticamente y clínicamente significativos en el grupo en Tratamiento. Los pacientes pasan de tener limitaciones sociales y laborales graves a tener un buen Funcionamiento Social y Laboral, mejorar el grado de sociabilidad y realizar en un 90% actividades diarias (algunas remuneradas y algunas no remuneradas). Hay una mejora del Funcionamiento en las tres medidas de tiempo. En el Grupo Control no se observa ningún cambio en las diferentes medidas de tiempo.

No obstante, la disminución de la dosis de medicación antipsicótica fue contrastada únicamente en el Grupo en Tratamiento (no se obtuvieron datos válidos en el grupo control), observando una disminución de la dosis de medicación antipsicótica en un 79% después de dos años de intervención y en un 70% al finalizar la Terapia Familiar. Todos los pacientes tomaban medicación, pero a dosis muy bajas al finalizar el Tratamiento.

H3 La intervención familiar en la Esquizofrenia puede tener un efecto clínicamente significativo en la disminución de las siguientes variables familiares: a) Crítica y sobreprotección, b) Desconfirmación y Triangulación. Y un aumento de 1) Calidez, 2) Adaptabilidad familiar y 3) Mejora de de la calidad de vida de los familiares.

La Hipótesis 3 se confirma parcialmente. La intervención Familiar basada en el Modelo de la Reconfirmación tuvo un efecto significativo en la disminución de *la Crítica* de las madres y los padres después de dos años y al finalizar el tratamiento familiar. Así como una disminución de *la Desconfirmación y Triangulación* al finalizar el tratamiento.

No obstante, se observa un aumento de la *Calidez o Cuidados* en las madres del 20% al finalizar el tratamiento. La *Adaptabilidad Familiar* mejora significativamente desde la perspectiva de los hermanos, no obstante los pacientes, padres y madres muestran

valores de Sobreprotección y Adaptabilidad familiar dentro de la normalidad en el momento antes de iniciar la Terapia Familiar. Por lo que no había valores disfuncionales en estas variables familiares y no hay cambio en esas características familiares, manteniéndose una buena Adaptabilidad familiar, Cohesión y Protección familiar con valores dentro de la normalidad.

En relación a la *Calidad de Vida de los familiares*, se observa una mejora estadísticamente y clínicamente relevante en la calidad de vida de los padres en el *Estado de Salud Física, las Relaciones Sociales, el Estado de Ánimo y la Satisfacción con el Trabajo*. No se encontraron valores significativos en las madres, pero sí un aumento de la Calidad de Vida en un 25% en *las Relaciones Sociales*. En los (as) hermanos(as) aumenta de forma estadísticamente significativa la Calidad de Vida en Tiempo libre después de dos años de intervención. Se observa una mejora del 30% en las clases o cursos y un 20% en las Relaciones Sociales al finalizar el Tratamiento Familiar.

H4. El grupo de pacientes y familiares que recibieron Tratamiento Familiar Sistémico tendrá la percepción subjetiva de mejora familiar, disminución del sufrimiento y esperanza respecto al futuro (después de dos años y al finalizar el tratamiento).

Se comprueba la Hipótesis 4. Debido a que después de dos años de Intervención Familiar y al terminar el Tratamiento, tanto los pacientes como los familiares, tienen la percepción subjetiva de que el paciente ha mejorado en sintomatología, han mejorado el Clima Familiar y la Comunicación familiar, así como una disminución de los conflictos y el sufrimiento. Los hermanos muestran más esperanza respecto al proyecto futuro de los pacientes, pero todos los miembros de la familia se muestran esperanzados en tener una vida mejor.

Respecto a *los cambios percibidos por los pacientes y sus familiares* como efecto de la Terapia. *Los pacientes* pensaron que tenían más seguridad en ellos mismos, una mejor relación y Comunicación Familiar, una mejora del Clima Familiar, así como una mejora en la relación de pareja de los padres y que podían confiar más en las personas, también percibían una mejora en relación de los hermanos. Un factor que los pacientes consideraron como curativo, así como muy importante para su cambio, fue que el equipo de terapeutas creyeran en ellos y les trataran con igualdad.

En relación a *los padres*, consideraron que había mejorado el Clima familiar, la relación y la Comunicación familiar, así como también había mejorado la relación con el paciente, había una disminución de los conflictos familiares, una mejora de la vida laboral del paciente. *Las madres* pensaban que comprendían más al paciente, lo veían más independiente y había mejorado su estado de ánimo. Todas las madres y padres percibieron que los cambios mencionados con anterioridad, fueron producto de la Terapia Familiar.

Tanto *los padres como las madres*, valoraron sentirse apoyados por un equipo que les orientaba y comprendía, sin juicios.

Los (as) hermanos(as) pensaban que había cambiado la dinámica y el clima familiar, así como la relación con el paciente. Percibían una mejora de la relación del paciente con sus amigos (as).

Los paciente y los familiares valoraron sentirse apoyados por un equipo de profesionales que les apoyaba cuando necesitaban.

Se observa que tanto los pacientes como los familiares, perciben cambios familiares importantes en los primeros dos años de intervención. Al finalizar el Tratamiento Familiar, los familiares perciben cambios individuales en relación a aumentar la autonomía, confianza y autoestima del paciente, así como una mayor mejora del paciente en el aspecto laboral y social. En los familiares se observa una mejora en el estado de ánimo y las relaciones sociales al finalizar el Tratamiento.

Las Intervenciones Familiares con abordaje farmacológico, son importantes para la mejora sintomatológica y el funcionamiento social y laboral de los pacientes. Se observa una mejora en la adherencia a la medicación, así como una disminución de la dosis de antipsicóticos. También se observa una tasa muy baja de recaídas y un índice de abandono del tratamiento bajos. El Tratamiento Familiar basado en el Modelo de Reconfirmación muestra un efecto para mejorar la Calidad de vida de los familiares, sobre todo en los padres de los pacientes. Así como mejora el clima familiar, la desconfirmación y la triangulación desconfirmadora. Se observa un 31,6% de los pacientes con una recuperación total y todos los pacientes mejoraron en sintomatología y funcionamiento social.

La Esquizofrenia es considerada uno de los trastornos mentales más graves, se observa que una vía para lograr la mejora y recuperación de los pacientes son los abordajes familiares. El modelo de reconfirmación mostró éxito en adherencia al tratamiento y en disminución de la sintomatología del paciente. Se sugiere replicar este estudio con otras muestras y en un seguimiento de dos años del Tratamiento.

La Terapia basada en la Re-confirmación (Linares, 2007) coincide totalmente con el enfoque de recuperación en algunos factores centrados en la intervención, tales como: 1) Presupone que todas las personas tienen la capacidad de mejorar y desarrollar una vida diferente al trastorno, 2) Los objetivos terapéuticos se centran en las habilidades y no en el déficit, 3) Se promueve un grado de independencia confortable para las personas, promueve el desarrollo de sistemas de apoyo y habilidades sociales. 4) Se intenta transmitir esperanza para el futuro y centrarse en mejorar los apoyos naturales, 5) Que sea el paciente quien se responsabiliza al máximo de su recuperación. 6) Ampliar la definición de la familia para incluir las relaciones maritales, parentales y fraternales (Glynn, *et al.*, 2007), 7) Ofrecer un tratamiento flexible y ajustado a las necesidades individuales de las familias (Bellack, 2007).

Se concluye el presente trabajo con una cita Bellack (2007) *“No necesariamente es la sintomatología la que hace sufrir a las personas que padecen Esquizofrenia, sino la falta de esperanza, la ausencia de un sentimiento de control sobre la propia vida y la pérdida del sentido del propio ser, los que tienen un impacto más doloroso en la persona, más que los propios síntomas”*.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. y Lehtinen, V. (2000). Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito onryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista. [The Need-Adapted treatment of schizophrenia is team work.] In Finnish with English summary. *Stakes, Raportteja*, 257. Helsinki.
- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rakkolainen, V. y Aaltonen, J. (1991) Need adapted Treatment of New Schizophrenic Patients: Experiences and Results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372
- Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Apiquián, R., Páez, F. y Lozaga, C. (1997). Estudio Mexicano sobre el primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental*, 20,1-6.
- Arieti, S. (1965). *Interpretación de la esquizofrenia*. México: Labor.
- Badilla, Y. (2012) *Elementos relacionales en Esquizofrenia*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Baker, B., Helmes, E. y Kazarian, S. S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relations to rehospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 263–269.
- Ballús, C. (1991). *Adaptación del parental Bonding Instrument en población barcelonesa* (disertación doctoral no publicada). Universidad de Barcelona: España.
- Barack, S. y Duncan, P. (2006). Issues in selecting outcome measures to assess functional recovery after stroke. *NeuroRx*, 3(4), 505-524.
- Barta, P.E., Pearlson, G.D., Powers, R.E., Richards, S.S. y Tune, L.E. (1990). Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyral volume in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1457-1462.
- Bateson, G. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bayle, C., Laurent, A. y Cotard, J. (1882). El delirio de las negaciones. Alucinar y Delirar. Tomo I. Buenos Aires: Polemos.
- Bechdolf, D., Kçhn, B., Knost, R. y Pukrop, Klosterkçtter J. (2005). *Acta Psychiatr Scand*, 112, 173–179.
- Beck, J. (1975). Errores de la percepción y la fantasía en la esquizofrenia. *Revista Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª ed. Buenos Aires: Hormé.
- Bellack, A. (2007). Modelos Científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizofrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones. *Schizophrenia Bulletin*, 2(3),117-128.
- Bellver, F., Masanet, M., Montero, I., Lacruz, M. y Medina, P. (2005). Modificación de la expresividad emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo. *Actas Esp Psiquiatr*. 22(2), 102-109.
- Benoit, J. (1985). *El doble vinculo*. México: F.C.E.

- Bergeret, J. (1975). *Manual de psicología patológica: teoría y clínica*. Barcelona: Masson.
- Berrettini, WH. (2000). Are schizophrenic and bipolar disorders related? A review of family and molecular studies. *Biol Psychiatry*, 15(48), 531-538.
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*, 172, 53-59.
- Birley, J.L.T. y Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Blair, C., Freeman, C. y Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychol Med*, 25, 985-993.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz*. Buenos Aires: Lumen.
- Blouin, JL., Dombroski, BA., Nath, SK., Lasseter, VK., Wolyniec, PS., Nestadt, G. et al (1998). Schizophrenia susceptibility loci on chromosomes 13q32 and 8p21. *Nat Genet*, 20, 70- 73.
- Bobes, J., García-Portilla, MP., Bascarán, MT., Saiz, PA. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. [CD-ROM]. 2ª Edición. Barcelona: Ars Medica.
- Bobes, J. y González, M.P. (2000). Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katsching, H., Freeman, H., Sartorius, N. (Eds.), *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson, S.A., 151-170.
- Bobes, J., González, M.P., Bousoño, M. y Sáiz, P.A. (1996) Calidad de vida y psiquiatría. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra XL(1)*, 44-49.
- Bobes, J., González, P., Bousoño, M. y Suárez Retuerta, E. (1993). Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Monografías de Psiquiatría*, 5(6), 5-9.
- Borgoños, E., Morcillo, L. y Barcia, D. (1995). Tratamiento farmacológico y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista psiquis*. 16(3).
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. (1976). *Terapia familiar intensiva*. México: Trillas.
- Bowen, M. (1960). Esquizofrenia y familia. En D. Jackson (compendio), (1981). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). *La Terapia Familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Descleé de Browe.
- Boyer, L., Caqueo-Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Gutiérrez-Maldonado, J., y Auquier, P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract*. 13, 42.
- Broustro, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-58.

- Brown, AS., Begg, MD., Gravenstein, S., Schaefer, CA., Wyatt, RJ., Bresnahan, M. et al. (2004). Serologic Evidence of Prenatal Influenza in the Etiology of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 774-780.
- Brown, G. M., y Birley, J.L.T. (1968). Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and social behavior*, 9, 203-214.
- Brown, G.M. y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships. *Human relation*, 19, 241-263.
- Brown, G., Monk, E.M., Carstairs, G.M. y Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit. Jour Preventive and Social Medicine*, 15, 55-68.
- Bruce, A., Stuart, R. y Schwartz (1999). *Psiquiatría General. Trastornos esquizofrénicos*, Cap. 18. México: Manual Moderno.
- Bryczynska, C. (1990). Changes in the patient's perception of his therapist in the process of group and individual psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53, 179-184.
- Brzustowicz, LM., Hodgkinson, KA., Chow, EW., Honer, WG. y Bassett, AS. (2000). Location of a major susceptibility locus for familial schizophrenia on chromosome 1q21 - q22. *Science*, 28(288), 678-682.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología*. España: Paidós.
- Cannon, M., Jones, P. y Murria, R. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*, 159, 1080-1092.
- Cameron, H. (1975). Análisis experimental del pensamiento esquizofrénico. *Revista Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª ed. Buenos Aires: Hormé.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J. y Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 84.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M., Yovel, I., Mueser, K. y Goff, D. (2005). A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (FCBT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 74, 201-209.
- Caviaras, A. y Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 97-106.
- Chen, PS., Yang, YK., Liao, YC., Lee, YD., Yeh, TL. y Chen, CC. (2004). The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58(6), 600-605.
- Ciampi, L. (1984). Is there really a schizophrenia?. The long term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, 145, 636-640.
- Clarke, D., Walker, J. y Cuddy, T. (1996). The role of perceived overprotectiveness in recovery 3 months after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil*, 16(6), 372-377.
- Cooper, D. (1974). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós.

- Dalman, C., Allebeck, P., Gunnell, D., Harrison, G., Kristensson, K., Lewis, G. et al. (2008). Infections in the CNS During Childhood and the Risk of Subsequent Psychotic Illness: A Cohort Study of More Than One Million Swedish Subjects. *Am J Psychiatry*, 165, 59- 65.
- Damarus, V. (1975). Las leyes específicas de la lógica en la esquizofrenia, *Revista Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª ed. Buenos Aires: Hormé.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. y Andres-Hyman, R. (2008). Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8.
- Deakin, J.F. y Simpson, M.D. (1997). A two-process theory of schizophrenia: evidence from studies in post- mortem brain. *J Psychiatr Res*, 31, 277-95.
- De las cuevas, C. y Gonzáles de Rivera, J. (1994). Cumplimiento con la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y psicósomática*, 15.
- Diaz Portillo, I. (1973). *La historia clínica, La anamnesis* (tesis de Maestría en Psicología Clínica). UNAM, México.
- Diaz Portillo, I. (2002). *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. Colombia: Pax.
- Domínguez Sanz, M. (1990). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. México: Manual Moderno.
- Dompablo, M. (2018). *Calidad de vida en Esquizofrenia* (tesis de Doctorado). Universidad Complutense de Madrid: España.
- Eack, S. y Newhill, C. (2007). Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225–1237.
- Ekelund, J., Hovatta, I., Parker, A., Paunio, T., Varilo, T., Martin, R. et al. (2001). Chromosome 1 loci in Finnish schizophrenia families. *Hum Mol Genet*, 10, 1611-1617.
- Elliot, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the Empirically Supported Treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 115–126.
- Elliott, R., Slatick, E. y Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychologische Beiträge*, 43, 69-111.
- Elliott, R. y James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443–467.
- Endicott, J., Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure.. *Psychopharmacol Bull*, 29(2), 321-326.
- Etchegoyen, H. (1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Ey, Henri. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. 8ª ed. Barcelona: Toray- Masson.
- Fadiman, J. y Frager, R. (1999). *Teorías de la Personalidad*. México: Oxford.
- Falicov, C. J. (1998). The Guilford family Therapy series. Latino families in therapy: A guide to Multicultural Practice. New York: Guilford Press.
- Falloon, I., Montero, I., Sungur, M. y Mastroeni, A. (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*, 2004, 3, 104-109.

- Falloon, IR., Boyd, JL. y McGill, C (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, IR., Boyd, JL., McGill, CW., Williamson, M., Razani, J., Moss, HB. et al (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a twoyear longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 887-896.
- Falloon, IR., Laporta, M., Fadden, G. y Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. London: Routledge.
- Falloon IR. y Liberman, RP. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En McFarlane WR (ed). *Family therapy in schizophrenia*. New York: Guilford Press, 117-137.
- Feder, L. (1959). *El encuentro psicogénesis y fenomenología* (tesis de Doctorado en Psicología Clínica). UNAM: México.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, M. (1965). *Dinámica familiar en 5 esquizofrénicos* (tesis de postgrado en Filosofía y Letras). UNAM: México.
- Fichter, M., Glynn, S., Weyerer, S., Liberman, R. y Frick, U. (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Fam Proc.*, 36, 202-221.
- Fischmann, L. y Marston, A. (1984). Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *Br J Clin Psychol*, 23, 265-271.
- Flores, J. (1980). *La familia del esquizofrénico, sus delirios afecto inadecuado y dificultad en diferenciar los estímulos internos de los externos desde el punto de vista de la teoría de la comunicación* (tesis de Licenciatura). UNAM: México.
- Foucault, M. (1988). *Historia de la Locura en la época Clásica*. 8ª ed. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frith, C. (1995). *La esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Frank, A. F. y Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228-236.
- Fromm, E. (1951). *El lenguaje olvidado*. Buenos Aires: Hachete.
- Fromm-Reichmann, F. (1954). Psicoterapia de la esquizofrenia. En: *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Hormé.
- Fromm-Reichmann, F. (1994). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacodepresivos*. 4ª ed. Buenos Aires: Lumen Hormé.
- Frontman, K.C., y Kunkel, M.A. (1994). A Grounded Theory of counselor's construal of success in the initial session. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 492-499.
- Frontman, K.C., y Kunkel, M.A. (1994). A Grounded Theory of counselor's construal of success in the initial session. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 492-499.
- Galíndez, A. y Sanz, M. (2009). Criterios para la evaluación y diagnóstico del contexto familiar. En Z. Villar-Sánchez y J.A. Ríos-González (Coord). *Personalidad, desarrollo humano y contexto familiar*, Cap. 26. Madrid: Editorial CCS.

- García, M. (2007). *Avaluació de la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual en les Centres Ocupacionals i Centres Especials de Treball* (tesis de Doctorado). Universitat Ramon Llull: Barcelona.
- Gaudiano, B. y Herbert, J. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415–437.
- Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., Bobes, J., Leal, C. y Cervera, S. (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de vida. Propiedades Psicométricas. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc*, 25 (supl. 2), 11 -23.
- Glynn, S., Cohen, A., Dixon, L. y Niv, N. (2007). Impacto potencial del movimiento de recuperación en las intervenciones familiares en la esquizofrenia: oportunidades y obstáculos. *Schizophrenia Bulletin*, 2(3), 129-142.
- Goldman-Rakic, P.S. (1994). Working memory dysfunction in schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 6, 348-357.
- Gómez, A. y Botella, L. (2007). Efecto de la intervención Psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 349-367.
- González, C., Páez, F., Vázquez, F. y Ocampo, J. (2000). Evaluación de la validez y confiabilidad de la escala cognoscitiva para el Delirium. *Salud Mental*, 23(5), 20-26.
- González de Chávez, M. (2008). *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- González de Chávez, M., Silver, A. y Martindale, B. (eds) (2008). *Abordajes Psicoterapéuticos de las Psicosis Esquizofrénicas: Historia, Desarrollo y Perspectivas*. 293-313. Madrid: Fundación para la Investigación y el tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Grandón, P., Jenaro, C. y Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res.*, 158(3), 335-43.
- Greedharry, D. (1987). Expressed emotion in the families of the mentally handicapped: a pilot study. *Br J Psychiatry*, 150, 400–402.
- Grawitz, M. (1975). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Tomo 1. Barcelona: Hispano Europea.
- Grossman, L., Harrow, M., Rosen, C. y Faull, R. (2006). Sex differences in outcome and recovery for schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *Psychiatric services*, 57(6).
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D.H., Jenum, P., Jordanova, A., Jonsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H.C., Stovner, L.J., Vallat, J.M., Van den Bergh, P., van Os, J., Vos, P., Xu,

- W., Wittchen, H.U., Jonsson, B., Olesen, J. y Group, C.D. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Guy, W. (1976). *Early clinical drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville National Institute Mental Health.
- Haddock, G. y Lewis, S. (2005). Psychological Interventions in Early Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 697-704.
- Haley, J. (1966). Estrategias en psicoterapia. Barcelona: Toray, Barcelona. Harvard University Press, Trad. Castellana: *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1967). Towards a theory of pathological systems. Family Therapy and disturbed families. En *Family Therapy and Disturbed Families*, Ed.I. Boszormenyi-Nagy & G. Zuk. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- Hattie, J. (1984). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychology Measurement*, 20, 1-14.
- Hattie, J. (1985). An empirical study of the various indices for determining unidimensionality. *Multivariate Behaviour Research*, 19, 49-78.
- Ham Fernández, R. (1964). *Conceptos actuales sobre Esquizofrenia* (tesis de Licenciatura). UNAM: México.
- Henderson, D y Batchelor, I. (1962). *Textbook of psychiatry*. 9ª ed. Londres: Oxford Universitypress.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: MacGraw Hill.
- Hinojosa, A. (2019) Modalidades de Desconfirmación en familias de Transacción Psicótica. Tesis Doctoral. Argentina: Universidad Flores.
- Hodes, M. y Le Grange, D. (1993). Expressed emotion in the investigation of eating disorders: a review. *Int. J. Eat Disord.*, 13, 279–288.
- Hoffman, H. y Zeno, K. (2002). Facilitators of psychosocial recovery from schizophrenia. *Family Process*.
- Hoffman, P., Buteau, E., Hooley., J., Fruzzetti, A. y Bruce, M. (2003). Family members' knowledge about Borderline disorder: Correspondence with their levels of Depression, Burden, Distress and Expressed Emotion. *Family Process*, 42(4).
- Hogan, A. y Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance. En: schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*, 13(1), 177-183.
- Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith S, Greenwald, D., Ulrich, R. y Carter, M. (1991). Family Psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II . Two years effects of a controlled study relapse and adjustment. *Archives of general Psychiatry*, 48, 340-347.
- Hooley, J. (1987). The nature and origins of expressed emotion. In M. J. Goldstein, Hahlweg (Eds.) *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. New York: Family process press, 176-194.
- Hooley, J. y Orley, J. Teasdale J. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry*, 148, 642–647.

- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Hossein F. y Folsom, T.D. (2009). The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia, Revisited. *Schizophr Bull*, 35, 528-548.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. y Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship. In psychotherapy. (1998). *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Jackson, D. (1960). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jasanin, J. (1975). La perturbación del pensamiento conceptual en la esquizofrenia. *Revista Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª ed. Buenos Aires: Hormé.
- Jaspers, K. (1973). *Psicopatología general*. 4ª ed. Buenos Aires: Beta.
- Jaureguizar, J. y Espina, A. (2005). Estudio de Emoción Expresada familiar en relación al curso de la enfermedad de crohn. *Medicina Psicosomática*, 73, 9-19.
- Jiménez, R., Vazquez, A. y Waisman, L. (2000). Género y Funcionamiento social en Esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 75, 27-34.
- Jung, C. (1971). *El contenido de las psicosis, Psicogénesis de las enfermedades mentales*. Barcelona: Paidós.
- Kahn, R.S. y Davis, K.L. (1995). New development in dopamine and schizophrenia. En: Bloom, F.F. y Kupfer, D.J. (1995). *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Cuarta edición. Nueva York: Raven Press.
- Kasanin, J. (1975). Recopilación de artículos sobre esquizofrenia. *Revista Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª ed. Buenos Aires: Hormé.
- Kavanagh, D. (1992). Recent developments in expressed emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kay, R., Fiszbein, A. y Opfer, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kelly, D., Conley, R. y Carpenter, W. (2005). First- episode schizophrenia: a focus on pharmacological treatment and safety considerations. *Drugs*, 65, 1113-1138.
- Kelly, M. y Gamble, R. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 245-251.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de personalidad, estrategias Psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (1990). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.
- Koenigsberg, H., Klausner, E., Pelino, D., Rosnick, P. y Campbell, R. (1993). Expressed Emotion and Glucose Control in Insulin-dependet diabetes mellitus. *The American Journal of Psychiatry*, 1114.
- Kolb, L. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna*. 6ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana.

- Krassoievitch, M. (sf). La neuropsiquiatría de las Demencias: Alucinaciones, Ilusiones, Confabulaciones. *Revista Mexicana de Psicología*. Número Monográfico Especial, 32-38.
- Kurs, R., Farkas, H. y Ritsner, M. (2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research*, 14(2), 433-440.
- Laing, R. (1992). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R. (1964). ¿Qué es la Esquizofrenia? *Revista Alucinar y Delirar*. Tomo II.169-176. Buenos Aires: Polemos.
- Laing, R. y Esterson, A. (1995). *Cordura, locura y familia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lanteri, L. (1994). *Las Alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare C. y Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *J Fam Ther*, 14, 177-192.
- Lee, T.C., Yang, Y.K., Chen, P.S., Hung, N.C., Lin, S.H. y Chang, F.L., et al (2006). Different dimensions of social support for the caregivers of patients with 202 schizophrenia: main effect and stress-buffering models. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60(5), 546-50.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guilford Press.
- Lewandowski, W., Morris, R., Burke, C. y Risko, J. (2007). Chronic pain and the family theory-driven treatment approaches. *Issues in mental health nursing*, 28, 1019.
- Liakopoulou-Kairis, M., Alifieraki, T., Protagora, D., Korpa, T., Kondyli, K., Dimosthenous, E., Christopoulos, G. y Kovanis, T. (2002). Recurrent abdominal pain and headache Psychopathology, life events and family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 115-122.
- Lidz, T. y Fleck, S. (1965). *Schizophrenia and the family*. Nueva York: International Universities Press.
- Linares, F. (2007). Terapia familiar en la Psicosis. Un proceso de reconfirmación. *Redes*, 18, 149-154.
- Linares, J. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna. La Inteligencia Terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. (2019). *La Terapia Familiar de la Psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación*. Barcelona: Morata.
- Linares, J. y Vallarino, D. (2008). Esquizofrenia y Eco-resiliencia. *Redes*, 19, 85-99.
- Llewelyn, S. (1998) Psychological Therapy as viewed by clients and Therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27 (3), 223-237.
- Longi Rojas, Rafael, (s.f.). Dos piernas y una psicosis, *Sextas Jornadas AMERPI, A.C.*, 137.
- Lopez, J. y Valdés, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR. Masson.

- Lysaker, P. y Buck, K. (2007). Psychotherapy and Recovery in Schizophrenia: A proposal of key elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. *Psychological services*, 4(1), 28-37.
- Lysaker, P., Lancaster, R. y Lysaker, J. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 285-299.
- MacFarlane, W. y Beels, C. (1983). *Un modelo arbóreo de elecciones para integrar las terapias de familia para la Esquizofrenia*. Family Therapy in Schizophrenia. New York: Guilford Press.
- Matsui, M., Sumiyoshi, T., Arai, H., Higuchi, Y. y Kurachi, M. (2008). Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry* 32(1), 280-287.
- MacKinnon, M. (1971). *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México: Interamericana.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). (2001). Barcelona: Masson.
- Martin, M., Velasquez, J. y García J. (2006). *Remisión en esquizofrenia ¿Un objetivo alcanzable?* Madrid: Arán.
- Martínez, C. y Santelices, M. (2005). Evaluación del Apego en el adulto: una revisión. *Psyke*, 14(2), 181-191.
- Martínez-Pampliega, A. (2006). Family Adaptability and Cohesion escale: desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of clinical and health psychology*, 2(6), 317-338.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galindez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 317-338.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galindez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 317-338.
- Mao-Sheng R., Meng-Ze ,X., Lai-Wan ,C, Leff, J., Simpson, P., Ming-Sheng, H., You-He, S. y Si- Gan L. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 38, 69-75.
- McFarlane, W., Bruce, L. y Dushay, R. (1995). Psychoeducational Multiple Family Groups: Four-Year Relapse Outcome in Schizophrenia. *Family Process*, 10.
- McFarlane, W., Dushay R., Deakins, S. (2000). Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry*, 70, 203-214.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. y Chant D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13.
- Medeiros, L., Obiols, J., Navarro, J. y Zúñiga, A. (2013). Metabolic syndrome and health-related quality of life in patients with schizophrenia. *Actas Españolas Psiquiatría*, 41(1), 17-26.
- Medina, D., Eguía, R. y Melgar, M. (1995). Repetición y creatividad en el tratamiento de las patologías psicóticas. *Recopilación Hacia el psicoanálisis de las psicosis*, 3-22. Buenos

Aires: Lumen.

- Meehl, P. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S. y Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 225–231.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S. y Doane, J. (1986). Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. *Psychopharmacol Bull*, 22, 628–632.
- Miller, B. (2010). Meta-analysis of Paternal Age and Schizophrenia Risk in Male Versus Female Offspring. *Schizophrenia Bulletin*.
- Minkowski, E. (2001). *La esquizofrenia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Crónica.
- Minuchin, S. (1991). *Calidoscopio familiar*. Buenos Aires-Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Mass.
- Montero, I., Gómez, M., Ruiz, I., Puche, E. y Adam, A. (1992). The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients. A two year follow up study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W, Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A. y Gingeric, S. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv*, 53, 1272-1284.
- Murray, R.M. y Lewis, S.W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *BMJ*, 295, 681.
- Murray, R.M., O'Callaghan, E., Castle, D.J. y Lewis, S.W. (1992). A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 18, 319-332.
- Musitu, G., Buelga, S. y Lila, M.S. (1994). Teoría de Sistemas. En Musitu, G. y P. Allat, *Psicosociología de la Familia*. Valencia: Albatros, 47-79.
- Nathan, P., Stuart, S. y Dolan, S. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between scylla and charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.
- Naughton, M.J., Shumaker, Anderson, R.T., Czajkowski, S.M. (1996). *Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2 ed.) New York: Lippincott-Raven, 117-132.
- O'Hanlon, W. H. (1987). *Raíces profundas*. Barcelona: Paidós.
- O'Farrell, T., Hooley, J., Fals-Stewart, W. y Cutter, H. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 66(5), 744-752.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, S., Vilaplana, M., Haro, J., Villalta-Gil, V., Martínez, F. y Negredo, M., et al. (2008). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(8), 612-8.

- Oliva, J. y Osuna, R. (2009). *Los costes de los cuidados informales en España. Presupuesto y Gasto Público*. España: Instituto de Estudios fiscales.
- Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. New York: Haworth Press, 7-40.
- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Faces III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D.H. (1988). Capturing family change: Multi-system level assessment. En: L. C. Wynne (ed.) *The state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations*. Nueva York: Family Process Press, 75-80.
- Olson, D.H., Sprenkle, D. y Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems. Part 2, Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Olson, D.H., Sprenkle, D. y Russell, C. (1983). Circumplex model of marital and family system, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Olson, D.H. (1986). Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D.H. (1988). Capturing family change: Multi-system level assessment. En L.C. Wynne (Ed). *The state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations*. New York: Family Process Press, 75-80.
- Olson, D. H. (1989). Circumplex model of family systems VIII: Family assessment and intervention. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 4, 7-49.
- Olson, D.H. (1999). Empirical approaches to family assessment. *Journal of Family Therapy*. Publishes as a special edition. Accesible en: <http://www.facesiv.com/pdf/circumplex.pdf>.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D.H. y Gorall, D.M. (2006). FACES IV and the Circumplex Model. St. Paul, MN; University of Minnesota. Manuscrito no publicado. En Iraurgi, I. y González-Saiz, F. (Eds.) *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*, 403-434. Madrid; Aula Médica. 29 (1).
- Olson, D.H., Bell, R.Q. y Portner, J. (1978). *FACES: Family Adaptability and Cohesion evaluation Scales*. St. Paul: University of Minnesota.
- Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment families*. New York: Haworth Press.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. y Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems, I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Olson, D.H., Tiesel, J.W., Gorall, D.M. y Fitterer, C. (1996). Family Assessment Package. Unpublished Manuscript. St. Paul: University of Minnesota.
- OMS: http://www5.who.int/mental_health/main
- OMS: CIE 10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. España.
- OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza.

- Palma, C. (2007). *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE* (tesis de doctorado) Universidad Blanquerna: Barcelona.
- Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, 9(8), e105471.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. (1994). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. Londres.
- Parson T. y Bales, R. (1955). *Family Socialization and Interaction Process*. Taylor & Francis Group.
- Peralta, V., Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 22(4), 171-177.
- Pereira, R. (1992). La terapia familiar en la Esquizofrenia. *Información Psicológica*, 48, 17-21
- Peter, H. y Hand, I. (1988). Patterns of patient–spouse interaction in agoraphobics: assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome of self-exposure treatment. In: Hand I, Wittchen HU, eds. *Panic and phobias. 2. Treatments and variables affecting course and outcome*. Berlin: Springer, 240–251.
- Petkari, E. (2010). Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia. Un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA. Granada: Universidad de Granada.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, y Wong W. (2007). Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4*. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Pilling, S., Bebbington, P. y Kuipers, et. Al (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol med.*, 32, 763-782
- Piro, S. (1987). *El lenguaje esquizofrénico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pitshel, G., Leucht, S., Baum, J., Kissling, W. y Engel, R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 73-92.
- Portin, P. y Alanen, Y. (1997). A critical review of genetic studies of schizophrenia. I. Epidemiological and brain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 1-5.
- Priebe, S., Wildgrube, C., y Müller-Oerlinghausen, B. (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 154, 396-399.
- Radosh, R. (1969). Factores psicodinámicos en la génesis de la esquizofrenia (estudio de 6 madres con hijas esquizofrénicas) (tesis de doctorado). UNAM: México.
- Ramírez, F., Robles, R., Salazar, V. y Páez, F. (2004). Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(3), 138-142.
- Randal, P., Simpson, A. y Laidlaw, T. (2003). Can recovery-focused multimodal psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant psychotic illness? A comparison study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37, 720-

- Read, J., Geekie, J. y Codony, M. (2015). *El sentido de la locura: La exploración del significado de la esquizofrenia*. España: Herder.
- Resnick, S., Rosenheck, R., Lehman, A. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv.* 55, 540-547.
- Retzer, A., Simon, F. y Schmidt, G. (1991). A Followup Study of Manic-Depressive and Schizoaffective Psychoses after Systemic Family Therapy. *Family Process.* 30(2).
- Rice, D.P. (1999). The economic impact of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(1), 4-6.
- Riordan, H., Antonini, P. y Murphy, M. (2011). Atypical antipsychotics and metabolic syndrome in patients with schizophrenia: risk factors, monitoring, and healthcare. *Am Health Drug Benefits*, 4(5), 292-302.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Endicott, J., Nechamkin, Y., Rauchverger, B., Silver, H. y Modai, I. (2002). The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *European Neuropsychopharmacology*, 12(1), 31-38.
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coord.). *Familia y Desarrollo Humano*, 45-70.
- Rodríguez, I. (1991). Rasgos Predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos (tesis de Licenciatura). UNAM: México.
- Rodríguez, A. y Campuzano, M. (s.f.). *Nuevos paradigmas en la psicoterapia familiar para esquizofrénicos*. Recuperado de: <http://www.laemental.com/artmed9.html>
- Rodríguez, M., Castro, M., Sanhueza, V., Del Valle, A., y Martínez-Arriagada, J. (2011). Quality of life in Schizophrenic Patients. *Aquichan*, 11(1), 66-76.
- Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S., y White, L. (1981). Compliance, defiance, and Therapeutic paradox: Guidelines for strategic use of paradoxical interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(3), 454-467. *Implications. American Health and Drug Benefits*, 4(5), 292-302.
- Rosen, J. (1953). *Direct Analysis*. New York: Grune & Stratton.
- Rössler, W., Salize, H.J., van Os, J. y Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rümke, H. (1950). Significado de la fenomenología en el estudio clínico de los delirantes. Trabajo presentado en el congreso internacional de Psiquiatría, Paris, Herman & Cie, Edit, Paris. Publicado en la *Revista Alucinar y Delirar*, Tomo II. Buenos Aires: Polemos.
- Sanz, D. (1992). Psiquiatría del niño y del adolescente. *Revista de la Asociación Española*, 12(1). Barcelona: Prensa técnica.
- Sanz, J. (s.f.). Evaluación Cognitiva en Pacientes Esquizofrénicos Crónicos. Recuperado de: <http://copsa.cop.es/congresoiberboa/base/clinica/cr159.html>

- Sanz, J., Junqué, Plaja, C. y Pérez, M. (1993). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Revista psiquis*, 1(15).
- Sarason, I. (1975). *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada* (Cap. 14). México: Trillas.
- Sawa, A. y Snyder, S.H. (2002). Schizophrenia. Diverse Approaches to a Complex Disease. *Science*, 296, 692-695.
- Schatzman, M. (1999). *El asesinato del alma. La persecución del niño en la familia Autoritaria*. 14ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S.J., Schimmelmann, B.G., Maric, N.P., Salokangas, R. K., Riecher-Rossler, A., van der Gaag, M., Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Morrison, A., Ruhrmann, S. y Klosterkötter, J., (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30(3), 405-416.
- Schwartz, C.E., Dorer, D.J., Beardslee, W.R., Lavori, P.W. y Keller, M.B. (1990). Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatry Res*, 24, 231–250.
- Schwartz, H. (1984). *Sociología Cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas.
- Sechehaye, M. (1994). *La Realización Simbólica y Diario de una Esquizofrénica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204.
- Selvini, M., Boscolo L., Cecchin, G y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. España: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1998). *Los juegos psicóticos en la familia*. España: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Cortina, R. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Serieux, P. y Capgras, J. (1909). *Las locuras Razonantes. Alucinar y Delirar*. Tomo II. Buenos Aires: Polemos, 7-38.
- Shumaker, S. A. y Naughton, M.J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: S. A. Shumaker & R. Berzon (Eds). *Quality of life: theory translation measurement and analysis*, 3-10. Oxford: Rapid Communication of Oxford.
- Sigman, M. y Hassan, S. (2006). Benefits of long-term group therapy to individuals sufferingschizophrenia: A prospective 7-year study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(40).
- Singh, V., Vijapurkar, U. y Robb, A. (2010). Efficacy, safety and tolerability of paliperidone ER in adolescent patients with schizophrenia. *Poster presented at: 65th Annual Meeting of the Society of Biological Psychiatry*. New Orleans, USA. May 20-22.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., y Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

- Soria, J. y Santiuste, S. (1994). Efecto de la Medicación neuroléptica sobre la conducta en la esquizofrenia crónica. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15(3). Barcelona, España.
- Stierlin, H. (1977). *Psychoanalysis and family therapy*. New York: Jason Aronson.
- Straub, R.E., MacLean, C.J., O'Neill, F.A., Burke, J., Murphy, B., Duke, F. et al (1995). A potential vulnerability locus for schizophrenia on chromosome 6p24-22: evidence for genetic heterogeneity. *Nat Genet*, 11, 287-293.
- Sullivan, H. (1931-1932). El tratamiento psicoanalítico modificado de la esquizofrenia. En: Perry HS (ed.). *La esquizofrenia como un proceso humano*. México: Herrero Hermanos.
- Sullivan, H. (1974). *Estudios Clínicos de Psiquiatría*. Buenos Aires: Psique.
- Sullivan, H. (1975). Lenguaje de la esquizofrenia. *Revista Lenguaje y Pensamiento en la Esquizofrenia*. 3ª ed. Buenos Aires: Hormé.
- Sum, M.Y., Ho, N.F. y Sim, K. (2015). Cross diagnostic comparisons of quality of life deficits in remitted and unremitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 191-196.
- Svensson, B. y Hansson, L. (1998). Perceived curative factors and their relationship to outcome: a study of schizophrenic patients in a comprehensive treatment program based on cognitive therapy. *Eur Psychiatry*, 13, 365-71
- Szilasi, W. (1959). *Introducción a la Fenomenología de Hursstel*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Szmukler, G., Eisler, I., Russel, G. y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry* 147, 265-271.
- Tae-Youn, J., Chi-Un, P., Kwang-Soo, K. y Hoon, H., Serretti, A. (2003). Interleukin-10 gene promoter polymorphism is not associated with schizophrenia in the Korean population. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 57(2), 153-159. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Tan, E.J. y Rossell, S.L. (2016). Comparing how co-morbid depression affects individual domains of functioning and life satisfaction in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 66, 53-58.
- Tandon R. (2011). Antipsychotics in the treatment of schizophrenia: an overview. *J Clin Psychiatry*, 72, 4-8.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J., Watts, S., y Freeman, H. (1989). Community management of schizophrenia: A two-year follow-up of a behavioral intervention with families. *British Journal of Psychiatry*, 154, 625-628.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H. (1999). Relatives' level of expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, 29, 801-811.
- Tsang, H. y Chen, E. (2007). Perceptions on Remission and Recovery in Schizophrenia. *Psychopathology*, 40, 469.
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006.

- Vaillant, G., Carpenter W., Buchanan R. y Eighner J. (1994). Dieciocho meses de Seguimiento en pacientes con esquizofrenia. *Revista Salud Pública de México*, 36(6), 23-40.
- Vallina, O. y Lemos, S. (1998). Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, 10(2), 459-474.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- Van Furth, E.F., Van Strien, D.C., Martina, L.M.L., Van Son, M.J.M., Hendrickx, J.J.P. y Van Engeland, H. (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord*, 20, 19-31.
- Vasse, Denis (1985). *El peso de lo real. El sufrimiento*. España: Gedisa.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients *Brit. Jour. Psych.* 129. Trad. en: *Estudios de Psicología*, 27-28, 111-127(1987).
- Vaughn, C., Leff, J. y Sarner, M. (1999). Relatives' expressed emotion and the course of inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 461-469.
- Venkatasubramanian, G., Gangadhar, B., Jayakumar, P., Janakiramaiah, N. y Keshavan, M. (2003). Striato-cerebellar abnormalities in never-treated schizophrenia: Evidence for neurodevelopmental etiopathogenesis. *German Journal of Psychiatry*, 6(1), 1-7.
- Viaro, M. y Leonardi, P. (1982), Le insubordinazoni. *Terapia Familiare*, 12, 41-63.
- Vitaliano, P., Young, H., Russo, J., Romano, J. y Magana, A. (1993). Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? *J Geront*, 48, 202-209.
- Volpe, JJ. (2001). Perinatal brain injury: from pathogenesis to neuroprotection. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 7, 56-64.
- Vostanis, P., Burnham, J. y Harris, Q. (1992). Changes of expressed emotion in systemic family therapy. *J Fam Ther*, 14, 15-27.
- Watts, F.N. y Bennett, D.H. (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica*. Compilación. México: Noriega Limusa.
- Watzlawick, P., Bavelas, J.B. y Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communications*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (1982). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Biblioteca de psicología.
- Weinberger, D.R. (1995). From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet*, 348, 552-557.
- Weinberger, D.R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 660-667.
- Werner, W. (1980). *Introducción a la psicopatología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- WHOQOL Group, (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159.

- WHOQOL Group, (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group, (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine*, 5(3), 387-393. Doi:10.1017/ S0033291704003538.
- Wilhelm, S. (1959). *Introducción a la fenomenología de Husserl*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wilson, M. (1983). *Families: What makes them work*. Los Angeles, CA; Sage Olson, D.H., Portner, J. y Bell, R.Q. (1982). *FACES II*. St. Paul, MN; University of Minnesota. Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985).
- Wise, D. y Stein, L. (1973). Dopamine. -B- Hydroxylase Deficits in the Brains of Schizophrenic Patients. *Science*, 181, 344-347.
- Woon, P.S., Chia, M.Y., Chan, W.Y., Sim, K., (2010). Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(3), 463-468.
- Worrall-Davies, A., Owens, D., Holland, P., Haigh, D. (2002). The effect of parental expressed emotion on glycemic control in children with type 1 diabetes parental expressed emotion and glycemic control in children. *Journal of psychosomatic research*, 107-113.
- Wynne, L. y Singer, M. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. IV Results and implications. *Arch. of Gen. Psychiat.*, 12, 201-212.
- Wynne, L. y Singer, M. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. IV Results and implications. *Arch. of Gen. Psychiat.*, 12, 201-212.
- Yeh, L.L., Hwu, H.G., Chen, C.H., Chen, C.H. y Wu, A.C. (2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *J Formos Med Assoc.*, 107(8), 644-52.
- Zacarias, R. (1995). *Factores Etiológicos de la psicosis esquizofrenia*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Zamzam, R., Midin, M., Hooi, L.S., Yi, E.J., Ahmad, S.N. y Azman, S.F., et al (2011). Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *Int J Ment Health Syst*, 5(1), 16.

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Sr. /Sra.:

Les solicitamos de la manera más atenta posible que contesten unos cuestionarios y entrevistas. Todas las respuestas y los resultados de estos cuestionarios que se le administraran son estrictamente confidenciales y serán empleadas con finalidad terapéutica y de investigación.

Por favor, lean detenidamente este documento y no duden en hacernos las preguntas que consideren a fin de entender la finalidad de este estudio y cuáles son sus derechos.

Lo que tenemos como objetivo es estudiar la “El Efecto del tratamiento familiar en Esquizofrenia”, para llevar a cabo dicho cometido, necesitaremos su participación antes de la terapia, a mitad del tratamiento y al finalizar el tratamiento.

En nombre de esta Institución y de los investigadores del estudio, les agradecemos su atención y su participación.

Yo, (Nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información que me han entregado.

He podido hacer las preguntas pertinentes,
He recibido suficiente información sobre el estudio,
He hablado con los psicólogos responsables del mismo,
Entiendo que mi participación es voluntaria,
Entiendo que me puedo retirar del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en la calidad de la atención que reciba.

De esta forma, les doy mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

DNI



CENTRE DE CONSULTA I TERÀPIA FAMILIAR ESCOLA DE TERÀPIA FAMILIAR

SERVEI DE PSIQUIATRIA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Av. San Antoni M^a Claret, 167. Barcelona 08025. Tl.93 291 94 75

SOLICITUD DE CONSULTA AL EQUIPO DE TERAPIA FAMILIAR

La Terapia Familiar se basa en la idea de que cualquier problema relacionado con la salud mental que afecte a uno o a varios miembros de la familia puede solucionarse mejor con la colaboración de la misma. Por ello, el equipo de Terapia Familiar plantea como **requisito mínimo en la primera visita la presencia de todos los miembros de la familia que sean expresamente convocados.**

El proceso psicoterapéutico será llevado a cabo por el Equipo de Terapia Familiar, constituido por psiquiatras y psicólogos coordinados por un responsable clínico adscrito al caso, en estrecha colaboración con la familia. Las sesiones tendrán lugar en una sala equipada con espejo unidireccional y sistemas de registro videográfico, imprescindibles para un adecuado seguimiento clínico de los casos. Asimismo, el material clínico resultante podrá ser utilizado en trabajos docentes y de investigación.

Cumplimentando esta solicitud de consulta, firmada por los miembros responsables de la familia, quedan ustedes anotados en la lista de espera del Equipo de Terapia Familiar para, posteriormente, ser contactados telefónicamente por un miembro del mismo.

La cumplimentación y firma de esta solicitud supone una aceptación de las características del trabajo clínico antes señaladas. En caso de cualquier duda al rellenarla pueden contactar con la Secretaría llamando al teléfono 93 291 94 75 los días laborables de 10 a 14 horas.

1. Describan todos los miembros de la familia que conviven actualmente, especificando nombre y apellidos, lugar y fecha de nacimiento, profesión y ocupación actual.

2. Comenten de forma detallada cuál es el principal problema por el que piden consulta al equipo de Terapia Familiar **en este momento.**

6. ¿Quién les aconsejó realizar esta consulta al equipo de Terapia Familiar?

7. Si han sido orientados por un profesional, especificar nombre y apellidos, profesión, centro asistencial y teléfono de contacto.

8. ¿Quién está rellenando esta solicitud?

9. ¿Están de acuerdo los responsables de la familia en realizar esta consulta?

10. ¿Hay algún miembro de la familia que no conozca o no esté de acuerdo en la realización de esta consulta?. Si así fuera, ¿quién?

11. Dirección y teléfono del domicilio familiar:

Calle/Plaza/Av.:

CP: Población: Provincia:

Teléfonos (fijo y móvil):

12. Teléfono de contacto en horario laboral:

13. Fecha, firma y nombre y apellidos de los responsables de la familia:

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre completo _____

Edad _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Lugar de nacimiento: _____ **Género:** [1] Hombre [2] Mujer

Estado civil:

- [1] Soltero(a)
- [2] Tiene pareja pero no viven juntos
- [3] Vive con su pareja
- [4] Casado(a)
- [5] Divorciado(a)
- [6] Viudo(a)

Nivel de estudios:

- [0] No tengo estudios, pero sé leer y escribir
- [1] Primaria
- [2] ESO
- [3] Bachillerato
- [4] FP
- [5] Universidad no graduado
- [6] Universidad graduado(a)
- [7] Otros estudios: _____

Ocupación: _____

Trabajo:

- [1] En paro
- [2] Empleado, por cuenta ajena
- [3] Por cuenta propia
- [4] Actividades de voluntariado
- Otros _____

Relación con la persona por la que acuden a terapia familiar:

- [1] Padre o madre
- [2] Hermano/a
- [3] Pareja
- [4] Hijo
- [5] Otro familiar

¿Con quién vive?

- [1] Abuelos/padres
- [2] Pareja/esposo
- [3] Hijos
- [4] Otro pariente, ¿Con quién? _____
- [5] Compañero/s de vivienda
- [6] Solo _____
- [7] Otros _____

Antecedentes Personales

FAMILIARES

1. ¿Qué cosas hace en su tiempo libre?
2. ¿Está recibiendo tratamiento médico actualmente? ¿Si es así descríbalos?
3. ¿Está recibiendo tratamiento psiquiátrico? ¿Ha recibido este tipo de tratamiento en el pasado?
4. ¿Le han diagnosticado a usted algún problema psicológico? ¿Cuál? ¿Hace cuánto tiempo?
5. ¿Ha estado en terapia psicológica? ¿Por qué razón? ¿De qué tipo?

Antecedentes del Familiar Diagnosticado (por el que acuden a Terapia familiar)

A continuación le haremos una serie de preguntas con referencia a su familiar por el que han venido a terapia familiar. En las preguntas que tienen opciones de respuesta, elija únicamente una respuesta. Conteste de la forma más sincera posible.

¿Hace cuánto tiempo que comenzó el problema de su familiar?

- [1] Hace menos de un mes
- [2] De 1 a 3 meses
- [3] De 3 meses a 1 año
- [4] De 1 año a 5 años
- [5] De 5 a 10 años
- [6] Más de 10 años

¿Qué piensa del familiar al que le han diagnosticado un trastorno psicótico?

- [1] Se puede recuperar totalmente
- [2] Puede mejorar
- [3] Irrecuperable, no mejora

¿Cuántas veces ha estado ingresado su familiar en una sala de psiquiatría?

¿Actualmente él (ella) cobra algún tipo de paga por incapacidad?

- [1] Sí ¿Cuál? _____
- [2] No
- [3] No lo sé

¿Qué piensa usted sobre el trastorno y qué piensa acerca de su familiar?

¿Cuál piensa que es el origen del trastorno?

Basándose en su experiencia, ¿cuál es la gravedad del trastorno de su familiar en el momento actual?:

- [1] Normal, no enfermo
- [2] Dudosamente enfermo
- [3] Levemente enfermo
- [4] Moderadamente enfermo
- [5] Marcadamente enfermo
- [6] Gravemente enfermo
- [7] Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra su familiar en estos momentos? :

- [1] Mucho mejor
- [2] Moderadamente mejor
- [3] Levemente mejor
- [4] Sin cambios
- [5] Levemente peor
- [6] Moderadamente peor
- [7] Mucho peor

Su familiar ¿toma algún tipo de medicación psiquiátrica?

- [1] Sí
- [2] No
- [3] No sé

¿Qué medicación toma su familiar?

¿Cuál es la actitud de su familiar frente a la medicación?

- [1] Es buena y colabora
- [2] No es necesaria, pero si el médico lo indica toma la medicación
- [3] Es negativa, la rechaza

Nivel de cumplimiento con la medicación

- [1] No la toma nunca, ni la quiere tomar
- [2] La toma de vez en cuando, cuando se acuerda o cuando se ve obligado(a)
- [3] La toma cada día, pero se le tiene que recordar
- [4] La toma él (ella) solo (a), no hace falta recordárselo

PBI- IRQ
Paciente- Padre

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una X la casilla que Usted considere más parecida para caracterizar como Usted ve **a su padre** en la actualidad.

6. Me habla con una voz cálida y amigable	Mucho	Bastante	Poco	Nada
7. No me ayuda lo suficiente	Mucho	Bastante	Poco	Nada
8. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan	Mucho	Bastante	Poco	Nada
9. Me parece emocionalmente fría, seca conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
10. Parece entender mis problemas y preocupaciones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
11. Es cariñosa conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
12. Le gusta que yo tome mis propias decisiones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
13. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
14. Intenta controlar todo lo que yo hago	Mucho	Bastante	Poco	Nada
15. Invade mi vida privada	Mucho	Bastante	Poco	Nada
16. Le gusta comentar las cosas conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
17. Me sonrío con frecuencia	Mucho	Bastante	Poco	Nada
18. Tiende a tratarme como a un niño (a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
19. No parece entender que es lo que yo necesito o quiero.	Mucho	Bastante	Poco	Nada
20. Me deja tomar mis propias decisiones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
21. No me hace sentir querido(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
22. Sabe consolarme cuando yo estoy mal	Mucho	Bastante	Poco	Nada
23. Habla muy poco conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
24. Trata que yo dependa de ella	Mucho	Bastante	Poco	Nada

25. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que ella esté cerca.	Mucho	Bastante	Poco	Nada
26. Me da toda la libertad que yo quiero	Mucho	Bastante	Poco	Nada
27. Me deja salir cuantas veces yo quiero	Mucho	Bastante	Poco	Nada
28. Es sobreprotectora conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
29. No me alaba, ni felicita, ni elogia	Mucho	Bastante	Poco	Nada
30. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos	Mucho	Bastante	Poco	Nada
31. Frecuentemente me critica	Mucho	Bastante	Poco	Nada
32. Se enfada conmigo sin razón	Mucho	Bastante	Poco	Nada
33. Pocas veces desapueba mi conducta	Mucho	Bastante	Poco	Nada
34. No está resentida conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
35. Me hace sentir rechazado(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
36. Pocas veces siento que no le agrado	Mucho	Bastante	Poco	Nada
37. Habla sobre mi padecimiento de forma que me molesta	Mucho	Bastante	Poco	Nada
38. Me deja de lado	Mucho	Bastante	Poco	Nada
39. Me pone nervioso (a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
40. No se fija en mí cuando estoy enfermo(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
41. Se fija más en mis fallos que no me felicita	Mucho	Bastante	Poco	Nada
42. Casi nunca me dicen cosas que me confunde	Mucho	Bastante	Poco	Nada

PBI- IRQ
Paciente-Madre

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una X la casilla que Usted considere más parecida para caracterizar como Usted ve **a su madre** en la actualidad.

43. Me habla con una voz cálida y amigable	Mucho	Bastante	Poco	Nada
44. No me ayuda lo suficiente	Mucho	Bastante	Poco	Nada
45. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan	Mucho	Bastante	Poco	Nada
46. Me parece emocionalmente frío, seco conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
47. Parece entender mis problemas y preocupaciones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
48. Es cariñoso conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
49. Le gusta que yo tome mis propias decisiones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
50. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
51. Intenta controlar todo lo que yo hago	Mucho	Bastante	Poco	Nada
52. Invade mi vida privada	Mucho	Bastante	Poco	Nada
53. Le gusta comentar las cosas conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
54. Me sonrío con frecuencia	Mucho	Bastante	Poco	Nada
55. Tiende a tratarme como a un niño (a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
56. No parece entender que es lo que yo necesito o quiero	Mucho	Bastante	Poco	Nada
57. Me deja tomar mis propias decisiones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
58. No me hace sentir querido(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
59. Sabe consolarme cuando yo estoy mal	Mucho	Bastante	Poco	Nada
60. Habla muy poco conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
61. Trata que yo dependa de él	Mucho	Bastante	Poco	Nada
62. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él esté cerca.	Mucho	Bastante	Poco	Nada
63. Me da toda la libertad que yo quiero	Mucho	Bastante	Poco	Nada
64. Me deja salir cuantas veces yo quiero	Mucho	Bastante	Poco	Nada
65. Es sobreprotector conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
66. No me alaba, ni felicita, ni elogia	Mucho	Bastante	Poco	Nada
67. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos	Mucho	Bastante	Poco	Nada
68. Frecuentemente me critica	Mucho	Bastante	Poco	Nada

69. Se enfada conmigo sin razón	Mucho	Bastante	Poco	Nada
70. Pocas veces desaprueba mi conducta	Mucho	Bastante	Poco	Nada
71. No está resentido conmigo	Mucho	Bastante	Poco	Nada
72. Me hace sentir rechazado(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
73. Pocas veces siento que no le agrado	Mucho	Bastante	Poco	Nada
74. Habla sobre mi padecimiento de forma que me molesta	Mucho	Bastante	Poco	Nada
75. Me deja de lado	Mucho	Bastante	Poco	Nada
76. Me pone nervioso (a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
77. No se fija en mí cuando estoy enfermo(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
78. Se fija más en mis fallos que no me felicita	Mucho	Bastante	Poco	Nada
79. Casi nunca me dicen cosas que me confunde	Mucho	Bastante	Poco	Nada

**PBI-IRQ
MADRE-PADRE (FORMA CRUZADA)**

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. “Marque con una X” la casilla que Usted considere más parecida para caracterizar como Usted se comporta con su hijo(a) en la actualidad.

1. Le hablo con una voz cálida y amigable	Mucho	Bastante	Poco	Nada
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita	Mucho	Bastante	Poco	Nada
3. Le dejo hacer las cosas que a él (ella) le gusta hacer	Mucho	Bastante	Poco	Nada
4. Soy emocionalmente fría, seca con él (ella)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
6. Soy cariñosa con él (ella)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
7. Me gusta que él tome sus propias decisiones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
8. No quiero que crezca, quiero que él (ella) siga siendo un niño(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
9. Intenta controlar todo lo que él (ella) hace	Mucho	Bastante	Poco	Nada
10. Invado su vida privada	Mucho	Bastante	Poco	Nada
11. Me gusta comentar las cosas con él (ella)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
12. Le sonrío con frecuencia	Mucho	Bastante	Poco	Nada
13. Tiendo a tratarle como a un niño (a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
14. No entiendo lo que él (ella) necesita o quiere	Mucho	Bastante	Poco	Nada

15. Le dejo tomar sus propias decisiones	Mucho	Bastante	Poco	Nada
16. No le hago sentirse querido(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
17. Le consuelo cuando él (ella) está mal	Mucho	Bastante	Poco	Nada
18. Hablo muy poco con él (ella)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
19. Trato de que él (ella) dependa de mí	Mucho	Bastante	Poco	Nada
20. Creo que él (ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca	Mucho	Bastante	Poco	Nada
21. Le doy toda la libertad que él (ella) quiere	Mucho	Bastante	Poco	Nada
22. Le dejo salir cuantas veces él (ella) quiere	Mucho	Bastante	Poco	Nada
23. Soy sobreprotectora con él (ella)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
24. No le alabo, ni le felicito, ni le elogio	Mucho	Bastante	Poco	Nada
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	Mucho	Bastante	Poco	Nada
26. Frecuentemente lo (la) critico	Mucho	Bastante	Poco	Nada
27. Me enfado con él sin razón	Mucho	Bastante	Poco	Nada
28. Pocas veces desapruebo su conducta	Mucho	Bastante	Poco	Nada
29. No estoy resentido con él (ella)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
30. Le hago sentir rechazado(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
31. Pocas veces siento que no me agrada	Mucho	Bastante	Poco	Nada
32. Hablo sobre su padecimiento de forma que le molesto	Mucho	Bastante	Poco	Nada
33. Le dejo de lado	Mucho	Bastante	Poco	Nada
34. Le pongo nervioso(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
35. No me fijo cuando está enfermo(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
36. Me fijo más en sus fallos que felicitarlo(a)	Mucho	Bastante	Poco	Nada
37. Casi nunca le digo cosas que le confunden	Mucho	Bastante	Poco	Nada

-
- ¿Realizáis juntos actividades?
 1. Sí
 2. Frecuentemente
 3. Algunas veces
 4. Casi nunca
 5. No

 - ¿Quiénes participan? _____ (si contestan A, B, C o D)
 - ¿Cómo tendéis a hacer las cosas en tu familia?
 - Juntos
 - Separados
 - Equilibradamente, tanto juntos como separados

 - ¿Sientes que en tu familia existen dificultades para adaptarse a los cambios?
 - A. Si, incluso en circunstancias extremas
 - B. Si, con algunas resistencias
 - C. Si, con cierta tendencia al conformismo
 - D. No lo sé
 - E. No

 - ¿Sientes que en su familia existen cambios constantes y una tendencia a la inestabilidad?
 - A. Sí, hay cierta tendencia a la inestabilidad
 - B. Sí, hay cambios frecuentemente
 - C. No, existe tendencia a la estabilidad

 - ¿Entre tu pareja y tú , hay uno que toma las decisiones importantes y el otro que obedece?
 - Sí ¿Quién? _____
 - No
 - Ambos por igual
 - No lo sé

 - Cuando han de tomar decisiones juntos ¿como los percibes?
 - A. Les cuesta mucho y se pelean
 - B. Les cuesta, no se pelean pero el ambiente es tenso

C. No les cuesta. Consiguen ponerse de acuerdo

- Sientes que en tu casa la autoridad es ejercida por:
 1. Los padres, de una forma arbitraria
 2. Los padres, de una forma flexible
 3. Los hijos
 4. Otro miembro de la familia (abuelos, tíos, primos, etc.)
¿Quién/ Quienes? _____
 5. No existe una autoridad clara

- ¿Sientes que alguno de tus hermanos tiene más poder del que le corresponde?
Sí ¿Quién/ Quienes? _____
No
No lo sé

- ¿Generalmente, te has sentido reconocido como persona por tus padres?
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho

- ¿Has sentido que tus padres valoran tus cualidades o tu forma de ser?
 - e) Si, de una manera clara
 - f) Si, aunque a veces tengo dudas
 - g) Casi nunca. Me siento confuso
 - h) No, creo que no me quieren

- Generalmente en tu casa, el ambiente afectivo es
(Elige como mínimo 5 términos)

a. Hostil	B. Crítico	C. De valoración	D. Amable
E. Comprensivo	F. Controlador	G. Tenso	H. Flexible

- ¿Cuándo se hacen celebraciones familiares, generalmente participas?
 - A. Sí, creo que se siente a gusto
 - B. Sí, porque me obligan a participar
 - C. No, porque no me apetece
 - D. No, porque siento que no les importo

¿Actualmente tienes síntomas? (delirios, alucinaciones, paranoias, etc.)

- A. No
- B. Sí, algunas veces
- C. Siempre

En tu vida cotidiana cuales de las siguientes actividades realizas asiduamente:

- A. Cocinar
- B. Limpiar la casa
- C. Planchar
- D. Hacer la compra
- E. Tender ropa
- F. Ninguna
- G. Otra(s): _____

¿Qué tipo de relación mantienes con las personas con las que vives? (Puedes contestar a más de una opción).

- De colaboración
- De aislamiento (En mi habitación, con la televisión, leyendo, etc.)
- Compartimos lo que nos ha pasado durante el día (aspectos significativos)
- Una relación positiva, cordial y agradable
- Estoy en mi mundo y siento que los demás están en mi contra

EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

1. Describa por favor los problemas más importantes que usted está teniendo y que lo ha llevado a solicitar terapia.

2. Enumere por favor los problemas o las dificultades específicos con los cuales quisiera ayuda dentro de la terapia familiar. Siéntase libre de agregar a su lista todo lo que para usted sea importante.

3. ¿Qué espera de la terapia familiar?

4. ¿Qué cosas le gustaría que cambiaran dentro del ambiente familiar?

CHECK LIST SOBRE DESCONFIRMACIÓN

Fecha:
Código del Paciente:
Número de Sesión:

TRIANGULACIÓN

Unión emocional de dos personas a través de tres personas

Presencia_____ Ausencia_____

Grado de Triangulación:

Intensa. Habiéndola el paciente no es consciente y no controla Sí_____ No_____

Media. Habiéndola, es consciente y no controla Sí_____ No_____

Leve. Habiéndola es consciente y controla. Sí_____ No_____

INTERCONYUGAL	El paciente está triangulado entre padre y madre	Si	No
INTER-FRATERNAL	El paciente está triangulado entre padres y hermanos(as)	Si	No
INTER-FAMILIAR	El paciente está triangulado entre un progenitor (o eventualmente hermano) y un miembro de la familia extensa	Si	No
OTRAS	Intervienen figuras prestigiosas no familiares	Si	No

DESCONFIRMACIÓN

Negación relacional y comunicacional del paciente.

Actitudes en las que se trata a la persona como si no existiera.

Ignorar al paciente.

Presencia_____ Ausencia_____

INTENSIDAD	DEFINICIÓN	PRESENCIA	AUSENCIA
INTENSA	Habiéndola, el paciente no es consciente y no se defiende (se auto-desconfirma).		
MEDIA	Habiéndola, el paciente es consciente pero no se defiende adecuadamente.		
LEVE	Habiéndola, el paciente es consciente y se defiende.		

CONFLICTO DE PAREJA

Relación de desacuerdo entre los padres, que genera tensión.

Pueden haber enfados, hostilidad, insultos o competitividad.

Ausencia _____ Presencia _____

Conflicto permanente	Hay conflictos permanentes en todos los contenidos comunicacionales. No hay acuerdos. Hay tensión.		
Conflicto abierto	Hay conflictos y desacuerdos explícitos. Hay tensión.		
Conflicto encubierto	En apariencia hay armonía, pero hay desacuerdos y conflictos encubiertos. Hay tensión.		
Conflictos puntuales para resolver problemas	Hay conflictos puntuales, hay desacuerdos, pero se llega a acuerdos y se resuelven los problemas.		

CONFLICTO ENTRE HERMANOS

Relación de desacuerdo entre los hermanos, que genera tensión.

Pueden haber enfados, hostilidad, insultos o competitividad.

Ausencia _____ Presencia _____

Conflicto permanente	Hay conflictos permanentes en todos los contenidos comunicacionales. No hay acuerdos. Hay tensión.		
Conflicto abierto	Hay conflictos y desacuerdos explícitos. Hay tensión.		
Conflicto encubierto	En apariencia hay armonía, pero hay desacuerdos y conflictos encubiertos. Hay tensión.		
Conflictos puntuales para resolver problemas	Hay conflictos puntuales, hay desacuerdos, pero se llega a acuerdos y se resuelven los problemas.		

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE CAMBIO TERAPÉUTICO (Elliot)

Preparación

Entregar al paciente una copia de la entrevista la semana anterior, de forma que pueda pensar sobre estas cuestiones con antelación.

Estrategia de entrevista

Esta entrevista es más efectiva si se realiza como una exploración empática y relativamente no estructurada de la experiencia del cliente con respecto a la terapia. El principal objetivo es ayudarle a contar cómo ha sido su terapia. Es recomendable adoptar una actitud de curiosidad acerca de los diferentes temas que aparecen en la entrevista, utilizando las preguntas abiertas que se sugieren en la entrevista además de respuestas empáticas, para ayudar al cliente a elaborar su propia experiencia. Así, es aconsejable comenzar de forma no estructurada y adoptar una estructura más rígida sólo si es necesario. Para cada pregunta se sugieren diferentes alternativas, pero es necesario tener presente que no siempre son necesarias.

- Pedir al cliente tantos detalles como sea posible:

- Se puede emplear la expresión “¿alguna cosa más?” (por ejemplo, “¿has notado algún otro *cambio*?”). Seguir preguntando empáticamente hasta que el cliente no tenga más que decir.

Introducción para el cliente

Esta entrevista se centra principalmente en examinar qué cambios (si los ha habido) has observado desde que se iniciaron las sesiones de terapia, a qué atribuyes dichos cambios y cuáles han sido para ti los aspectos más y menos útiles de la terapia. El principal objetivo de esta entrevista es que puedas hablarnos de tu experiencia en terapia con tus propias palabras. Esta información nos ayudará a comprender mejor cómo funciona la terapia y, más importante, a mejorarla. Grabamos esta entrevista para poder transcribirla (recordar el consentimiento informado del comienzo de terapia). Por favor, proporciona tantos detalles como te sea posible.

REGISTRO DE CAMBIO TERAPÉUTICO

Código: _____

Fecha: _____

Entrevistador/es: _____

Registro de medicación (incluir terapias alternativas, remedios naturales, etc.)

Nombre	¿Para qué síntomas?	Dosis/Frecuencia	¿Desde cuándo?	Fecha del último ajuste

Cambio	El cambio:	Sin la terapia este cambio sería:	Importancia:
	1. Muy esperable	1. Muy improbable	1. Nada importante
	3. Ni lo esperaba ni me sorprendió	3. Ni probable ni improbable	2. Un poco importante
	5. Me sorprendió mucho	5. Muy probable	3. Moderadamente importante
			4. Muy importante
			5. Sumamente importante

1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE CAMBIO TERAPÉUTICO

Esta entrevista se centra principalmente en examinar qué cambios (si los ha habido) has observado desde que se iniciaron las sesiones de terapia, a qué atribuyes dichos cambios y cuáles han sido para ti los aspectos más y menos útiles de la terapia. El principal objetivo de esta entrevista es que puedas hablarnos de tu experiencia en terapia con tus propias palabras. Esta información nos ayudará a comprender mejor cómo funciona la terapia y, más importante, a mejorarla. Grabamos esta entrevista para poder transcribirla posteriormente (consentimiento informado del comienzo de terapia).

Por favor, proporciona tantos detalles como te sea posible.

No tienes que escribir nada en este formulario. Las preguntas sólo son guías para que puedas reflexionar sobre ellas y contestarlas con más detalle durante la entrevista con los evaluadores.

1. Preguntas generales

- ¿Qué medicación tomas actualmente?
- ¿Cómo ha sido para ti la terapia? ¿Cómo te has sentido?
- En este momento, ¿cómo te encuentras en general?

2. Auto-descripción

- ¿Cómo te describirías a ti misma? (¿Qué más dirías de tu forma de ser?, ¿me puedes poner algún ejemplo?...)
- ¿Cómo te describirían las personas que te conocen bien?
- Si pudieras cambiar algo de ti misma, ¿qué cambiarías?

3. Cambios

¿Qué cambios (si los ha habido) has notado desde que empezó la terapia? (Por ejemplo, ¿has hecho, pensado o sentido algo de forma diferente a como lo hacías antes?; ¿Qué ideas concretas has sacado de la terapia, incluyendo ideas sobre ti misma o sobre los otros?; ¿Otras personas han notado algún cambio en ti?) [Entrevistador: anota los cambios en la hoja de registro para más adelante].

¿Ha cambiado algo a peor desde que empezó la terapia?

¿Hay algo que querías cambiar y que no ha cambiado?

4. Valoración del cambio (Valora cada uno de los cambios indicados en las tres escalas siguientes).

¿En qué medida el cambio X era algo esperable para ti o ha sido un cambio que te ha sorprendido? Emplea la siguiente escala de valoración:

- Muy esperable
- Un poco esperable
- Ni lo esperaba ni me ha sorprendido
- Me ha sorprendido un poco
- Me ha sorprendido mucho

¿En qué medida crees que es probable que el cambio X se hubiera producido si no hubieras realizado la terapia? Emplea la siguiente escala de valoración:

- Muy improbable sin la terapia (claramente *no* habría sucedido)
- Un poco improbable sin la terapia (probablemente *no* habría sucedido)
- Ni probable ni improbable
- Un poco probable sin la terapia (probablemente habría sucedido de todas formas)
- Muy probable sin la terapia (claramente habría sucedido de todas formas)

¿En qué medida consideras que este cambio ha sido importante o significativo para ti? Emplea la siguiente escala de valoración:

- Nada importante
- Un poco importante
- Moderadamente importante
- Muy importante
- Sumamente importante

5. Atribuciones:

En general, ¿qué crees que ha causado estos cambios que has mencionado? En otras palabras, ¿Qué es lo que crees que los ha provocado? (incluyendo tanto aspectos/situaciones, etc. relacionados con la terapia como ajenos a ella).

6. Aspectos útiles:

- **¿Podrías resumir qué aspectos te han resultado más útiles de la terapia? Por favor, pon ejemplos.** (aspectos generales, acontecimientos concretos, etc.).

7. Aspectos problemáticos:

- b. **¿Qué aspectos de la terapia han sido contraproducentes, poco útiles, negativos o decepcionantes para ti?**
- c. **¿Ha habido algún aspecto de la terapia que fuera difícil o doloroso pero que, aún así, fuera positivo o útil? ¿Cuáles?**
- d. **¿Consideras que ha faltado algo en el tratamiento?** (Para ti, ¿qué podría haber hecho que la terapia fuera más efectiva o útil?).

8. Sugerencias:

- i) **¿Tienes alguna sugerencia, tanto con respecto a la terapia como con respecto a la investigación? ¿Hay alguna cosa más que quieras decirnos?**

CERTIFICAT DE TESI DOCTORAL

Jo, JOSE ANTONIO SORIANO PACHECO, con NIF 25080116L com a director/s de la tesi doctoral de MARIA VIRGINIA RANGEL GOMEZ, CERTIFICO QUE:

La doctoranda María Virginia Rangel Gómez ha completado su doctorado en el Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la UAB con la redacción y presentación de forma original de la tesis titulada:

“EL TRATAMIENTO FAMILIAR SISTEMICO EN LA ESQUIZOFRENIA. Estudio basado en el Modelo de Reconfirmación comparado con un grupo control”

Se hace constar a los efectos oportunos en Barcelona a 23 de Setiembre de 2019



[Signatura Director 1]
