

TÍTULO: ESTUDIO PILOTO PARA LA VALORACIÓN DE LOS EFECTOS DE UNA PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN UN GRUPO DE PACIENTES JÓVENES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA Y SUS FAMILIAS

Autor: Merino Aguado Javier

Tutora: Núria Ibáñez Martínez

RESUMEN

En el tratamiento actual que se realiza en la mayoría de los Centros de Salud Mental de nuestra comarca (Girona) se hace un gran énfasis en el tratamiento familiar en los casos de psicosis esquizofrénica en población adulta joven. Sin embargo, dicho tratamiento está basado en talleres psicoeducativos, medias de soporte y apoyo y en la promoción del asociacionismo entre distintas familias que comparten una misma problemática –la psicosis- en alguno de sus miembros. Pensamos que en el caso de las familias que muestran disfuncionalidad sería útil complementar dicho tratamiento con un abordaje psicoterapéutico sistémico familiar relacional. Hemos diseñado un estudio cuasiexperimental pre-post con 5 pacientes jóvenes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias. Hemos valorado la sintomatología de dichos pacientes, su funcionalidad, la percepción subjetiva de necesidades sin cubrir y la sobrecarga familiar con diferentes escalas: BPRS, CGI, EEAG, Checklist 2-COM y escala Zarit). Los resultados muestran que dicha Terapia Familiar Sistémica Relacional ha sido muy efectiva. Dado que se trata de un estudio cuasiexperimental que carece de grupo control y que la muestra es muy pequeña no podemos extraer conclusiones definitivas y sería necesario corroborar dichos resultados con estudios más amplios.

1. INTRODUCCIÓN

La psicosis, y en particular la esquizofrenia, sigue siendo una enfermedad polimorfa y de etiología desconocida. Habida cuenta de la heterogeneidad sintomática y pronóstica de la psicosis no se puede considerar como causal ningún factor aislado.

Buscando una explicación etiológica a la psicosis, el modelo de estrés-diátesis integra de modo comprensible los factores de tipo genético y ambiental. Este modelo se basa en la existencia de una vulnerabilidad (diátesis) específica de la persona, que bajo la influencia de una serie de factores ambientales estresantes conduce a la expresión de la enfermedad.

De entre las variables de tipo ambiental, nuestra investigación se quiere centrar en las problemáticas familiares. Existen investigaciones que apoyan la visión de que las disfunciones familiares, muchas de ellas intergeneracionales, se relacionan con el origen y desarrollo de los brotes psicóticos: familias rígidas de transacción esquizofrénica (con dificultades para definir y delimitar la relación parental); hijos triangulizados o desconfirmados de forma permanente (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

Dado que múltiples son los factores implicados en el origen de la psicosis, también diverso, individualizado e integrador ha de ser el abordaje terapéutico de la misma. Hasta la fecha la mayoría de Programas de Atención a los primeros brotes psicóticos incorporan tratamientos familiares, pero estos suelen estar basados en aspectos psicoeducativos de la enfermedad, de su pronóstico y de su tratamiento. Sin embargo, hasta la fecha pocos son los programas que integran un tratamiento familiar basado en aspectos relacionales. Pensamos que complementar el tratamiento integral de los pacientes jóvenes diagnosticados de esquizofrenia que forman parte de familias disfuncionales con un tratamiento familiar sistémico relacional puede ser muy beneficioso para: facilitar la estabilidad clínica del paciente identificado, mejorar su autonomía e integración comunitaria, incrementar la calidad de vida de toda la familia y disminuir las reagudizaciones de la enfermedad.

Para Linares (1996) la triangulación desconfirmante es el elemento clave de una teoría relacional de la psicosis. La desconfirmación, mediante la negación en términos relacionales de la existencia de alguien, destruye la identidad y provoca el desarrollo de

la psicosis (sin olvidar la vulnerabilidad de la persona a desarrollar psicosis). Este señala que la narrativa y la identidad individuales se generan en estrecha relación con los sistemas de pertenencia (especialmente la familia), en los que resultan muy importantes la organización y la mitología familiares.

Basados en el modelo de terapia familiar de Linares, Castelló, Colillas (2001) que plantean la Terapia Familiar Relacional en la psicosis como un proceso de destriangulización reconfirmante hemos utilizado algunas de sus estrategias para realizar una guía semiestructurada de tratamiento familiar relacional que pretendemos instaurar en el tratamiento de los casos de psicosis incipientes o de inicio reciente pertenecientes a familias con una marcada disfunción y que en el presente trabajo hemos utilizado en cinco familias.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Con la hipótesis de que la terapia familiar sistémica basada en aspectos relacionales es efectiva para mejorar la sintomatología de los miembros sintomáticos diagnosticados de esquizofrenia y para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y de sus familias hemos diseñado un estudio que tiene como objetivos:

- Valorar la calidad de vida de los cuidadores del miembro familiar sintomático antes y después de su participación en las sesiones de terapia familiar sistémica.
- Valorar las necesidades subjetivas del paciente identificado antes y después de su participación en el programa de terapia familiar sistémica.
- Valorar la intensidad de la sintomatología psicótica en el paciente diagnosticado, su nivel de funcionamiento global y la gravedad de la enfermedad antes y después de su participación en la psicoterapia familiar sistémica.
- Valorar la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en las familias participantes en el estudio.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Diseño

Se trataría de un estudio clínico piloto de intervención no experimental (cuasiexperimental) antes-después (pre-post). Es decir es un diseño en el cual no hay un grupo de control y los usuarios son valorados antes y después de la intervención –la participación en las sesiones familiares sistémicas- en una serie de variables que se consideran relevantes: sobrecarga de la familia como cuidadores, necesidades del paciente, intensidad de la sintomatología...

Tenemos el propósito de poder realizar en un futuro una segunda fase del estudio con un número de pacientes más amplio y compararlo con un grupo control todavía mayor y que pueda dar mayor potencia y validez a los resultados del estudio.

3.2 Participantes (Población de Estudio)

Se intentará que la muestra sea lo más homogénea posible. Estará constituida por cinco pacientes jóvenes diagnosticados de esquizofrenia paranoide y sus familias que den su consentimiento –previamente informado-, para participar en una terapia familiar sistémica independiente del resto de intervenciones habituales llevadas a cabo en nuestro Centro de Salud Mental de La Selva Marítima (Girona).

3.3 Descripción de La Intervención: Terapia Familiar Sistémica

En terapia familiar sistémica no existe un modelo preestablecido, una hoja de ruta estructurada y fijada de antemano; se trabaja de forma interactiva con toda la familia, corresponsable y reflexiva. La espontaneidad y un cierto grado de impredecibilidad marcan de forma notoria las sesiones de terapia familiar sistémica. A pesar de ello, hemos realizado un intento por disponer de una guía semiestructurada con la finalidad de sintetizar aspectos relevantes a explorar o tener en cuenta en las diferentes sesiones con la familia. Trabajando concienzudamente el proceso de derivación de dichas familias e informando sobre la necesidad y objetivos de la Psicoterapia Familiar Sistémica podemos conseguir un alto grado de participación e implicación en la terapia.

Respecto a la temporización del proceso. La idea es realizar una sesión quincenal durante los tres primeros meses, hasta un total de ocho sesiones, todo ello bajo una perspectiva de flexibilidad y pacto convenido con cada familia.

PRIMERA SESIÓN - SESIONES INICIALES

1) EXPLICACIÓN DEL MARCO DE TRABAJO.

Por una razón de eficiencia y limitaciones de personal sanitario, el terapeuta y co-terapeuta que participan en las sesiones de Terapia Sistémica Familiar, participan a su vez en otros abordajes dentro del Programa de Atención Precoz a la Psicosis. En esta primera sesión se explicará a toda la familia la forma de trabajo en este marco terapéutico y que se evitará entrar en aspectos que son tratados en otros contextos: medicación, tareas de rehabilitación... A su vez, se aclara que algunas cuestiones pueden haberse explorado a nivel individual en otros marcos terapéuticos, pero que aunque parezca reiterativo, es importante que se planteen de nuevo en presencia de toda la familia.

2) PRESENTACIONES.

Puede ocurrir que sea la primera vez que algún miembro familiar (hermanos...) participe en actividades del programa.

3) DEFINICIÓN Y FOCALIZACIÓN FAMILIAR DEL PROBLEMA.

Seguidamente se solicita que nos comenten, generalmente comenzando por el paciente, la conducta sintomática. Se pregunta ¿cuándo empezaron los síntomas?, ¿a qué lo atribuyen?, ¿soluciones intentadas?... Es fundamental el favorecer la interacción y plantear preguntas circulares: ¿qué hacía fulanito cuando menganito se encontraba mal?, ¿cómo se sentía cuando fulanito actuaba de aquella manera?, ¿cómo trató de ayudar a fulanito?, ¿qué le pareció a fulanito los intentos de ayuda de sus padres o hermanos cuando se encontraba mal?, ¿cómo se sentía?... Será importante que terapeuta y co-terapeuta mantengan un gran nivel de observación de las interacciones y de atención para no pasar por alto información o emociones relevantes.

4) OBSERVACIÓN.

Se observarán las **SECUENCIAS SIGNIFICATIVAS** referidas a la interacción familiar. Modo en que se comunican entre sí los miembros de la familia. Se fijará la atención sobre algún aspecto conductual específico en el contexto de la sesión ante la exploración: quién hace qué, con quién, cuándo y cómo funcionan, quién ejerce influencia con quién y cómo; de qué manera se repiten las secuencias.

También se observará cuál es la **TEMÁTICA PREDOMINANTE**, es decir, el eje temático en relación a los contenidos, relatos, construcción de la realidad que ofrece la familia en relación al problema.

A su vez, se prestará atención al **CLIMA EMOCIONAL** de la sesión en general y en particular: periodos de apatía, desgana, euforia, protesta, tensión... y al **CLIMA MOTIVACIONAL**: quién frena, quién facilita, quién estimula, quién imposibilita y cómo.

Por último, se analizará las pautas de interacción relativamente duraderas que ordenan u organizan los subsistemas componentes de una familia (**ESTRUCTURA DEL SISTEMA FAMILIAR**) prestando atención a los procesos más elementales de intercambios conductuales:

- a) Jerarquía, Poder y Roles familiares.
- b) Fronteras entre los diferentes subsistemas: franca, rígida, difusa; apego-desapego...
- c) Alianzas: intensas, difusas, cambiantes, estables, implícitas y/o explícitas, triadas rígidas...coaliciones intergeneracionales...
- d) Tipo de comunicación: simétrica, complementaria, descalificación, desconfirmación.... Comunicación analógica y digital.
- e) Mitos, Creencias y Reglas –normas- familiares: Los mitos son creencias, bastante bien integradas y compartidas por todos los miembros de la familia, que atañen a cada uno de estos y a sus posiciones recíprocas dentro de la vida familiar. Los mitos familiares se convierten en una matriz de

conocimiento y representan un elemento de unión y factor de cohesión para cuantos creen en su verdad. Existe una relación entre los mitos y las reglas familiares "en la medida en que éstas últimas se sobreentienden como generalizaciones y atribuciones de valor a ciertos comportamientos, los que no pueden entonces ser determinados unilateralmente". Las reglas familiares pueden ser más o menos rígidas, flexibles o permeables de cara al exterior.

- f) Nivel de individuación de los miembros de la familia en relación a su momento del ciclo vital.

5) EMOCIONES EMERGENTES, AUTO-OBSERVACIÓN.

Es importante valorar las emociones que surgen en las sesiones terapéuticas y como reaccionan los distintos miembros de la familia. Así mismo, es importante reconocer nuestras propias emociones y su vinculación con nuestros propios conflictos pasados o presentes. También es necesario observar nuestro posicionamiento ante los diferentes miembros de la misma y valorar la influencia que todo ello pueda tener en el proceso terapéutico.

6) ACOMODACIÓN MÚTUA (FAMILIA-TERAPEUTAS).

El entrar en coparticipación con el sistema familiar requiere un posicionamiento por parte del equipo terapéutico y una acomodación mutua ante el nuevo marco de trabajo. También se deben valorar y adecuar las expectativas que la familia ha puesto en el proceso terapéutico.

7) HIPÓTESIS DE TRABAJO EN TÉRMINOS FAMILIARES-RELACIONALES Y QUE TENGA EN CUENTA A TODOS.

Se parte de la base de que los síntomas cumplen funciones en el sistema y más que buscar la génesis, sus causas, se busca descubrir cómo es que éstos se mantienen. Las hipótesis que se realizan no tienen valor de verdad, sino de utilidad, nos proporcionan información y posibilidad de cambio. La confirmación y desconfirmación de hipótesis es clave para ordenar la información en una perspectiva de causalidad circular.

8) DEVOLUCIÓN

Después de un periodo de reflexión y de deliberación por parte de los terapeutas se dará una devolución que incluya a todos los miembros de la familia en la que se procurará hacer una connotación positiva de la sintomatología.

Se hará una pequeña recapitulación de lo acontecido durante la sesión y un reconocimiento del sufrimiento de toda la familia y en especial del miembro sintomático. Siempre se será positivo y con una puerta abierta a la esperanza, se huirá de las crueles culpabilizaciones. Se plantearán unos objetivos comedidos y haciendo hincapié en el trabajo en conjunto y en la corresponsabilidad y necesidad de implicación del miembro diagnosticado de psicosis. El equipo terapéutico también valorará posibles estrategias de intervención

SESIONES POSTERIORES

9) PROFUNDIZACIÓN EN LOS TEMAS ANTERIORES

Tras un resumen de sesiones previas, se puede aprovechar para aclarar o retomar aspectos importantes que no hayan sido tratados en profundidad.

10) COMENTARIOS CIRCULARES E INTERACTIVOS SOBRE LOS CAMBIOS, ESTADO FAMILIAR... DESDE LA SESIÓN PREVIA.

11) GENOGRAMA FAMILIAR; FOTOGRAMAS...

Es muy útil e indispensable en patologías graves, ya que ayuda a observar cómo el tiempo ha ido configurando el mapa de relaciones y se obtienen datos importantes sobre acontecimientos familiares significativos, implicaciones en la sintomatología del paciente identificado, funcionamiento de subsistemas, límites intergeneracionales, triangulaciones...

12) DEVOLUCIÓN (similar al punto 8).

SESIONES INTERMEDIAS

1) PREGUNTAS CIRCULARES SOBRE LOS CAMBIOS (AVANCES Y DIFICULTADES desde la sesión previa).

Dependiendo de la visión de los problemas, en especial si todas las dificultades se atribuyen al miembro sintomático, se intentará realizar REFORMULACIONES que cuestionen la importancia que se da a los síntomas, la estructura o la realidad familiar.

2) Mantener un espacio que permita MEJORAR LOS ASPECTOS RELACIONALES DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR y que no tengan que ver con la sintomatología del miembro diagnosticado.

A menudo, en estas familias, existe una “simbiosis” de toda la familia que inhibe la individualidad de cada quien, cayendo en intrincados mecanismos de rutina que preservan su unidad a expensas de su individualidad. Hablar sobre los problemas, logros, quehaceres y preocupaciones cotidianas... procurando que cada miembro de la familia tenga su espacio; que todos sean escuchados; que todos tengan derecho a discrepar, a manifestar su opinión y a mostrar sus sentimientos y emociones. Precisamente a través de estas emociones y sentimientos que se expresan puede facilitarse un cambio que logre un mayor respeto por los rasgos peculiares de cada miembro de la familia (individuación) y una mayor intimidad, sentido de co-pertenencia y de cooperación.

3) Siguiendo la teoría del profesor Juan Luís Linares se trabajará la DESTRIANGULIZACIÓN del paciente sintomático a través de la Organización Familiar:

- a) Triangulación reconfirmante: alianza entre terapeuta y paciente negociada y autorizada previamente con los padres que permita sentirse al paciente como una persona necesaria y de importancia.

- b) Desarrollo de numerosas relaciones diádicas del miembro sintomático con los otros miembros de su familia.
- c) Consolidación de subsistemas: espacios reservados para la pareja parental; para la fratría...
- d) Redefinición de la familia extensa: es importante reestructurar la familia y que no interfieran figuras pseudoparentales, para ello podemos prescribir alguna tarea o ritual que involucre a la familia nuclear: salidas; juegos...

4) También siguiendo la teoría del profesor Linares se procederá a un proceso de **RECONFIRMACIÓN DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO.**

Se realizarán intervenciones dirigidas a la mitología familiar; se tendrá especial cuidado en detectar y redefinir creencias y valores desconfirmantes sobre el paciente “bueno, pero insignificante”, “desastroso”, “aprovechado” o “imprevisible”

- a) Se puede aprovechar para redefinir la enfermedad como un trastorno complejo y multicausal que va más allá de la genética o de lo biológico y en el que se valoren los aspectos familiares en especial en todo lo relativo a la Emoción Expresada y recaídas. Demostrado está que las familias con mayor Emoción Expresada (hiperprotección , crítica severa u hostilidad) presentan mayor tasa de reagudizaciones.
- b) Puede ser útil incluir la necesidad de la medicación en el espacio psicoterapéutico como un recurso más para el abordaje multidisciplinar de un problema multicausal.
- c) A nivel cognitivo: sustituir los valores y creencias compartidas desconfirmantes por otros reconfirmantes: el paciente diagnosticado es alguien que necesita atención, cuidado y cariño; es alguien que merece la pena, hay que ser tolerante con los errores porque sus

heridas le hacen muy sensible; hay que ser firme frente a sus caprichos.

- d) A nivel emocional: el clima emocional debe ser transformado en menos conflictivo, hostil y crítico. Este aspecto es importante trabajarlo también con técnicas psicoeducativas.
- e) A nivel pragmático se opta por la prescripción de rituales reconfirmantes: actividades, celebraciones de todos los miembros familiares que incluyan al paciente; rituales que faciliten la expresión de afecto; tareas y rituales que combatan los posibles efectos perniciosos: responsabilidad del autocuidado o compartir tareas domésticas; rituales que faciliten un cambio en la organización: actividades entre hermanos...
- f) A través de los cambios en la Organización y Mitología familiar se pretende contribuir a producir cambios en la Identidad y Narrativa individual: “ahora soy alguien por mí mismo y puedo relacionarme con mis padres y con mis hermanos en términos de igualdad”.

5) En la medida en que se considere útil se recurrirá a utilizar intervenciones analógicas: metáforas, relatos, aforismos, esculturas familiares...

6) DEVOLUCIÓN (como en apartados previos).

SESIONES FINALES

1) PREGUNTAS CIRCULARES SOBRE LOS CAMBIOS (AVANCES Y DIFICULTADES) desde la sesión anterior.

Los terapeutas seguirán con atención intentando reformular información relevante surgida desde la familia y siempre favoreciendo la INTERACCIÓN FAMILIAR

2) Analizar las tareas o rituales prescritos: dificultades, sentimientos, emociones, resistencias...

3) Ir preparando el momento del alta del Espacio Psicoterapéutico Familiar:

- a) Hacer hincapié en el “camino” recorrido (avances, temas pendientes...)
- b) Motivar para seguir progresando.
- c) Prescripción pasiva (limitaciones de los terapeutas; la familia como experta en sí misma...)
- d) Reconocimiento de las posibles dificultades
- e) Resaltar los valores y capacidades de la familia

4) Rituales de finalización: preguntar de forma anónima lo nunca preguntado o decir lo nunca dicho...

5) La devolución final se acompañará de una breve carta –informe- en la que se pone énfasis en el proceso realizado, avances conseguidos y en el que se puntualiza de forma positiva los valores y capacidad de progreso de la familia.

3.4 Procedimientos: Recogida de Información

Se registrarán las variables sociodemográficas que se utilizan cotidianamente para describir la muestra de estudio (sexo, edad, tipo de familia, nivel socioeconómico, raza...). Además se describirán variables de interés relacionadas con el proceso de esquizofrenia paranoide: edad de inicio de la enfermedad, antecedentes familiares de esquizofrenia, número de reagudizaciones, hospitalizaciones, consumo de tóxicos, otras enfermedades de interés...

Como variables principales se evaluará: 1) la intensidad de la sintomatología psicótica a través de la versión traducida y validada de la “Brief Psychotic Rating Scale” (BPRS); 2) la carga de la familia como cuidadores a través de la escala Zarit también validada al castellano; 3) la calidad de vida del paciente con la Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist); 4) La Cohesión y

adaptabilidad Familiar mediante la escala CAF 5) Por último se objetivará la gravedad de la enfermedad con la Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (Clinical Global Impresión-Scizophrenia, CGI-SCH) y se administrará una Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Todas estas escalas que se utilizan como variables principales se medirán dos veces. La primera antes de iniciar la Terapia Familiar Sistémica y la segunda al concluir la misma.

3.5 Instrumentos Empleados

- a. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Perkins y Lieberman, 2005)
- b. Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit. (Zarit, 1990 y Haro, 2008)
- c. Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist; Van Os, 2008)
- d. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG; American Psychiatric Association, APA, 2005).
- e. Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (Clinical Global Impresión-Schizophrenia Scale, CGI-SCH).
- f. Escala CAF de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Olson, 1994 y Aquilino Polaino-Lorente, Pedro Martínez Cano 1996)

3.6 Análisis de Datos

En primer lugar se realizará una **Estadística Descriptiva** de la muestra de estudio. Para describir las distribuciones de datos se recurrirá a calcular las proporciones y porcentajes relativos en cada una de las variables categóricas. En el caso de las variables cuantitativas se describirán: a) los valores de tendencia central basadas en momentos (medias) u ordenaciones (medianas, especialmente relevantes por el pequeño tamaño de la muestra; b) medidas de dispersión basadas en momentos (desviación

estandar) u ordenaciones (percentiles y cuarteles). Dado que la muestra es muy pequeña y que se busca una gran homogeneidad con los criterios de inclusión en el estudio esperamos desviaciones estandar pequeñas. En algunas variables se administrarán intervalos de confianza del 95% y se representarán con los gráficos oportunos (barras, sectores, boxplot).

Por último se realizará una **Estadística Inferencial** con las variables principales. Dado que se trata de datos apareados, pues los mismos sujetos son valorados antes y después de la terapia familiar sistémica y dado que la muestra es muy pequeña se utilizará el test no paramétrico de Wilcoxon para comparar y buscar diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$) en las puntuaciones de: BPRS, CGI, EEAG, Escala de Zarit, Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist).

Para realizar los mencionados procesos estadísticos se utilizará el programa informático SPSS (versión 15.0).

A pesar de que nuestra Experiencia Clínica nos indica que la Terapia Familiar Sistémica es muy efectiva como complemento del resto de abordajes clínicos que se realizan en los pacientes con esquizofrenia y sus familias, seremos especialmente cuidadosos a la hora de generalizar los resultados de nuestro estudio y a la hora de elaborar conclusiones dado que un estudio como el planteado tiene numerosas limitaciones: muestra pequeña, ausencia de grupo control y de distribución aleatoria randomizada de la intervención...

4. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA CASUÍSTICA

CASO 1

El paciente identificado M está diagnosticado de esquizofrenia paranoide, está soltero y sin pareja, tiene en la actualidad 25 años y sufrió el primer brote psicótico a los 22 años. Desde que la enfermedad debutara ha sufrido dos brotes paranoides (a los 22 y 24 años) y ambos precisaron hospitalización en una Unidad Psiquiátrica de Agudos durante varias semanas. La sintomatología aguda respondió bien al tratamiento con risperidona

(hasta 9 mg/d) y en la actualidad realiza tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento con 3 mg/d de dicho fármaco. Últimamente M se mantiene estable, sin síntomas psicóticos positivos (delirios o alucinaciones), aunque ocasionalmente se muestra autorreferencial; en él dominan las dificultades relacionadas con los llamados síntomas negativos: tendencia al aislamiento, dificultades de comunicación y embotamiento afectivo.

M vive con sus padres (sexagenarios) y tiene dos hermanos varones mayores que él (30 y 26 años respectivamente).

La familia trabaja en una empresa familiar de mediano tamaño dedicada al transporte y venta de un determinado producto alimentario. El padre de M fundó la empresa y en la actualidad la dirigen sus dos hijos mayores. La madre de M también trabaja, a tiempo parcial, en la empresa y ayuda a las tareas administrativas y de contabilidad. Antes de iniciar el tratamiento en nuestro Centro M había sido el único miembro de la familia que no trabajaba en la empresa.

Tras la última reagudización psicótica de M y una vez consiguió volver a estabilizarse se decidió añadir un tratamiento familiar sistémico relacional al tratamiento que realizaba previamente: risperidona, psicoeducación individual y familiar, tareas de rehabilitación dominadas por: facilitar estímulos a su psicomotricidad, favorecer las interacciones sociales, manejo del estrés y habilidades comunicativas.

La participación y colaboración de toda la familia ha sido muy buena desde la primera sesión. Al principio los familiares de M se mostraban sobre-protectores y relacionaban los problemas de este con el consumo abusivo de tóxicos (cannabis, alcohol y ocasionalmente cocaína); decían que M mostraba un carácter excesivamente gregario y se dejaba influir enormemente por algunas amistades que le incitaban a consumir dichos tóxicos.

M, a diferencia de sus hermanos, fue un niño muy tímido e inhibido, con mal rendimiento académico, sobre-protégido por su madre y bastante “apartado” de su padre.

Entre los tres hermanos, el primogénito era el prestigioso, con fama de trabajador y de gran gestor, es el que verdaderamente lleva las riendas de la empresa en el momento actual. M había estado bastante excluido de dicha empresa y desde que abandonó los estudios básicos había conseguido las licencias que le habilitaban para conducir todo tipo de vehículos pesados (camiones...) y también había realizado cursos de ofimática; además, invertía mucho tiempo en sus hobbies habituales (música...).

A lo largo de los últimos meses la familia y M han realizado grandes progresos. M se mantiene asintomático de síntomas positivos y no consume tóxicos diferentes del café, tabaco y ocasionalmente algo de cannabis. Ha mejorado la relación entre la fratría y los tres hermanos mantienen frecuentes contactos entre sí que van más allá de lo laboral. M acude con frecuencia al domicilio de sus hermanos mayores ya emancipados del domicilio paterno. A su vez, la familia ha integrado a M en la empresa familiar y este se siente valorado y reconocido por sus aportaciones a la misma: “soy el comodín de la empresa y dicen que soy clave porque soy el único que puede estar en sitios diferente, un día con el ordenador, otro llevo un vehículo, otro me dedico a la venta...”.

CASO 2

El paciente identificado JL tiene 30 años de edad, está soltero (sin pareja) y está diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde los 25 años. Ha sufrido 3 brotes psicóticos paranoides y en dos ocasiones precisó una hospitalización en la Unidad de Agudos de Psiquiatría (la última en diciembre del 2008). En las reagudizaciones de la enfermedad han predominado los síntomas psicóticos positivos en forma de delirios de persecución y de perjuicio (sectas, su propia familia...).

JL es el menor de dos hermanos y el primogénito tiene 35 años. JL vive en la actualidad solo en su piso de alquiler. Sus padres se separaron cuando JL tenía 16 años, en una relación marcada por la intensa simetría y disputas en los últimos años de convivencia. Su padre falleció como consecuencia de una neoplasia hace 5 años. Tras la separación parental, los hijos fueron custodiados por su madre y convivían mayoritariamente con ella y con su nueva pareja. Al parecer JL estaba especialmente vinculado a su padre y fue el que más notó la separación de los dos hermanos, cayendo en un periodo de abuso

de tóxicos: alcohol, cannabis, pastillas, lo cual tuvo una importante implicación en la aparición de los primeros síntomas psicóticos.

JL tiene estudios medios de Formación Profesional (rama Mecánica) y por temporadas ha trabajado en diferentes talleres. Desde poco antes de la última reagudización (noviembre del 2008) está en paro.

Las relaciones de JL con su madre y la pareja de esta son bastante distantes y en los momentos de descompensación están presentes ideas de perjuicio relacionadas con los mismos. La madre de JL padece diferentes problemas de Salud (artrosis, hernia discal) que limitan sus movimientos y que se han relacionado con su ausencia en algunas de las sesiones de Terapia Familiar. La implicación del primogénito de los dos hermanos ha sido clara y últimamente se han intensificado los contactos entre los dos hermanos.

En la actualidad JL está estable, viviendo de forma independiente, colaborando en el cumplimiento al tratamiento psicofarmacológico y con buena adherencia al conjunto de prescripciones. Los contactos familiares se han intensificado y las relaciones están menos marcadas por el recelo y la desconfianza. También son más frecuentes los encuentros entre hermanos y ambos intentan encontrar un nuevo empleo para JL.

CASO 3

J es el paciente identificado y en la actualidad tiene 29 años; tampoco tiene pareja y está diagnosticado de sufrir esquizofrenia paranoide desde los 20 años. J es hijo único y vive junto a sus padres. En verano del 2008 sus padres decidieron trasladarse a la provincia de Girona, alejándose de Barcelona en donde habían vivido hasta entonces tras atravesar por dificultades económicas.

Desde que debutara la enfermedad J ha estado hospitalizado en 6 ocasiones por descompensaciones en las que predominaba la heteroagresividad y las ideas delirantes de perjuicio. J conoce y ha estado ingresado en diversos dispositivos de Salud Mental de la provincia de Barcelona (C. de Día, Hospital de Día, Unidades de Agudos, Unidades de Media Estancia).

En la primera visita que realizó en nuestro Servicio observamos una cierta contradicción entre la gran cantidad de medicación que traía prescrita J por la supuesta gravedad e insomnio del paciente y la inhibición que objetivábamos en la visita. Tenía pautado: quetiapina (1.200 mg/d), risperidona (6 mg/d), haloperidol (6 mg/d), trazodona (100 mg/d), clotiapina (40 mg/d) y omeprazol (20 mg/d). Sus padres se quejaban de que J presentaba conductas disruptivas porque fumaba en exceso, no dormía por las noches como deseaban y estaban muy temerosos y expectantes ante cualquier pequeña alteración de conducta de J. A nuestro parecer, J, estaba muy inhibido, embotado anímicamente y excesivamente neuroleptizado.

De forma progresiva se ha ido disminuyendo la medicación de J, a pesar de los temores y reticencias de sus padres. El trabajo integral ha sido provechoso y muy bien valorado por J y sus padres. En la actualidad J acude con regularidad al Centro de Día y participa activamente en diferentes talleres: habilidades sociales, hábitos saludables, habilidades cognitivas, psicomotricidad... A su vez, sus padres participan en un grupo psicoeducativo con otras familias.

Los padres de J están muy unidos, de forma muy complementaria y ambos trabajan juntos en un negocio de venta ambulante. En conjunto, evitan los conflictos entre ellos y predomina el que la madre de J ocupa la posición “up” dadas sus grandes habilidades comunicativas y sociales. También destaca el que los padres de J y el mismo J no se tratan con la familia de origen paterna (una hermana de su padre) tras una discusión relacionada con temas económicos.

J, tiene estudios primarios y desde su infancia ha sido un niño tímido, esquivo y huidizo. Nunca ha trabajado y desde que debutó la enfermedad mantiene una situación de dependencia, acudiendo a los dispositivos que le son prescritos y cobrando una pensión no contributiva.

En los antecedentes de J se intuyen problemas de nutrición emocional (reconocimiento, valoración) y en los últimos años ha sido analizado como una fuente de problemas.

En los últimos meses los progresos han sido evidentes y J tiene prescrita mucha menos medicación: quetiapina (800 mg/d), etumina (40 mg/d). En la actualidad se muestra

mucho más participativo y espabilado y no presenta síntomas psicóticos positivos ni alteraciones de conducta. En los próximos meses y de cara al verano se plantea la posibilidad que J acuda al negocio familiar acompañando a su padre y sustituyendo a su madre aquejada de diversas dolencias físicas.

CASO 4

G, es un varón de 24 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde los 17 años y el cual vive con sus padres.

G ha sufrido 4 episodios psicóticos por los que ha estado hospitalizado en Unidades de Agudos de Barcelona y Girona. Durante los periodos de descompensación predominan las vivencias de influencia del pensamiento y las ideas delirantes de perjuicio que le provocan una gran ansiedad y sufrimiento.

Los padres de G hacen hincapié en que desde que nació ha tenido importantes problemas médicos. Nació tras un embarazo difícil (contracciones precoces que hacían necesario el reposo) y un parto laborioso; en su primera infancia sufrió una grave infección pulmonar que amenazó su vida y que precisó hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Tras la aparición de la enfermedad G no pudo terminar los estudios de Bachillerato a pesar de intentarlo en un par de ocasiones. Hasta el inicio de la enfermedad mantenía un buen rendimiento académico. En los últimos años G no ha estado en ningún momento totalmente libre de síntomas psicóticos positivos (ideas delirantes) y en algunos momentos ha consumido tóxicos que le han perjudicado (alcohol, cannabis, cocaína).

Sus padres con más de 50 años de edad llevan juntos desde hace casi 30 años. A pesar de que sus estudios son primarios tienen una holgada situación económica labrada en la prosperidad conseguida con el acierto en sus actividades laborales (cada uno tiene su negocio propio). La relación parental se ha hecho muy simétrica y tormentosa en los últimos 7 años con frecuentes discusiones en presencia de los hijos. La comunicación y actividades lúdicas entre ellos son prácticamente inexistentes y cada uno se ocupa de su tarea laboral sin compartir preocupaciones ni angustias –en especial en los tiempos

actuales de crisis-. Al parecer hubo un antes y un después en la relación entre los padres de G y fue fallecimiento del abuelo materno de G que la relación conyugal se deterioró bruscamente.

A pesar de las dificultades conyugales, la pareja nunca se ha planteado la separación y al preguntarles si se han planteado esta posibilidad respondían que no lo harían porque sería peor para su hijo.

La hermana de G es profesora en un colegio y en la actualidad, y desde que se emancipó del domicilio paterno, se encuentra bien. En años previos fue diagnosticada de: crisis de ansiedad y de un trastorno alimentario de tipo anoréxico restrictivo. En un par de ocasiones realizó tentativas autolíticas.

La madre de G ha tenido periodos de abuso enólico.

En los últimos meses G persiste con sintomatología psicótica positiva. La participación de sus padres ha sido desigual. En las últimas sesiones la madre de G se ha mostrado menos participativa y en algunas ocasiones se ha ausentado. En la actualidad estamos en un proceso de realizar un trabajo relacional con los padres y su madre se mantiene abstinentes del consumo enólico. La pareja comienza a plantearse la separación como una posibilidad factible. También tratamos de integrar a G en un piso protegido junto a otros usuarios y que realice actividades en el Centro de Día.

CASO 5

O es un paciente de 19 años de edad, diagnosticado de sufrir esquizofrenia paranoide desde hace algo más de 2 años. Ha recibido numerosos diagnósticos: trastorno de la personalidad paranoide, trastorno límite de la personalidad, déficit intelectual...

Los padres de O se separaron cuando él tan solo tenía 2 años después de atravesar por situaciones de mucha tensión. Su padre convive desde hace años con su nueva pareja, un hijo de esta última y un hijo en común de ambos. La madre de Oriol también convive con su actual pareja y una hija de 7 años que ambos tienen en común.

O comenzó a presentar alteraciones de conducta a los 13 años: consumo de tóxicos, problemas escolares, comportamientos oposicionistas y desde los 15 años ha estado ingresado en diferentes Centros de Larga Estancia. En principio su madre tuvo la custodia, pero tras una agresión a su hijo, cuando este tenía 14 años, la misma pasó al padre. Poco después, ante la persistencia de alteraciones de conducta de O, comenzó un peregrinaje por los mencionados Centros .

Los padres de O han estado muy enfrentados desde su separación, sin apenas contacto y se han descalificado mutuamente. En verano del 2008 se produjo la última descompensación de O, poco después de abandonar la medicación neuroléptica que tenía pautada (20 mg/d de olanzpina) y de volver a consumir tóxicos (cannabis, alcohol, drogas de diseño), presentando ideas delirantes de perjuicio, abandono del autocuidado, aislamiento y conductas bizarras. Previamente habíamos comprobado que cuando O colabora con el tratamiento es una persona afable, con la que se puede conversar, sin apenas deterioro y que fue capaz de buscarse un empleo por sí mismo como mozo de almacén.

En el tratamiento familiar relacional han participado O y sus padres. La primera sesión fue tensa y las descalificaciones eran mutuas; O negaba que tuviese problema alguno y enojaba a sus padres calificándolos de enfermos; la madre se quejaba de tratamientos previos y su padre insistía en las dificultades que la convivencia con O creaba en su familia actual. Con posterioridad la relación de colaboración de los padres mejoró y su comunicación era más fluida. Finalmente se decidió ayudar a los deseos de emancipación por parte de O que en la actualidad vive independiente de sus padres y sin síntomas psicóticos positivos.

5. RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta de forma resumida algunas de las características sociodemográficas de los cinco casos que componen la muestra de estudio. Destaca el que los cinco pacientes identificados son varones. Aunque la media de edad (25,4 años) y la mediana o percentil 50 coinciden (25 años), se observa una cierta asimetría por un valor extremo de corta edad (19 años).

Tabla 1:

Variables sociodemográficas de la muestra de estudio

CASO	SEXO	EDAD	AÑOS EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR	NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS POR EL PACIENTE
1	MASCULINO	25	3	ALTO	ESTUDIOS SECUNDARIOS
2	MASCULINO	30	5	BAJO	ESTUDIOS SECUNDARIOS
3	MASCULINO	29	9	MEDIO	ESTUDIOS PRIMARIOS
4	MASCULINO	24	7	ALTO	ESTUDIOS PRIMARIOS
5	MASCULINO	19	3	MEDIO	ESTUDIOS PRIMARIOS

La mayoría de las familias de los pacientes identificados tienen un nivel socioeconómico entre medio y alto y los pacientes han logrado completar los estudios primarios o secundarios.

En la figura 1 se explora utilizando un diagrama Boxplot los años de evolución de la enfermedad en los varones que componen la muestra de pacientes y se observa que la misma es bastante homogénea con una mediana de unos 5 años de duración y con un valor extremo de 9 años.

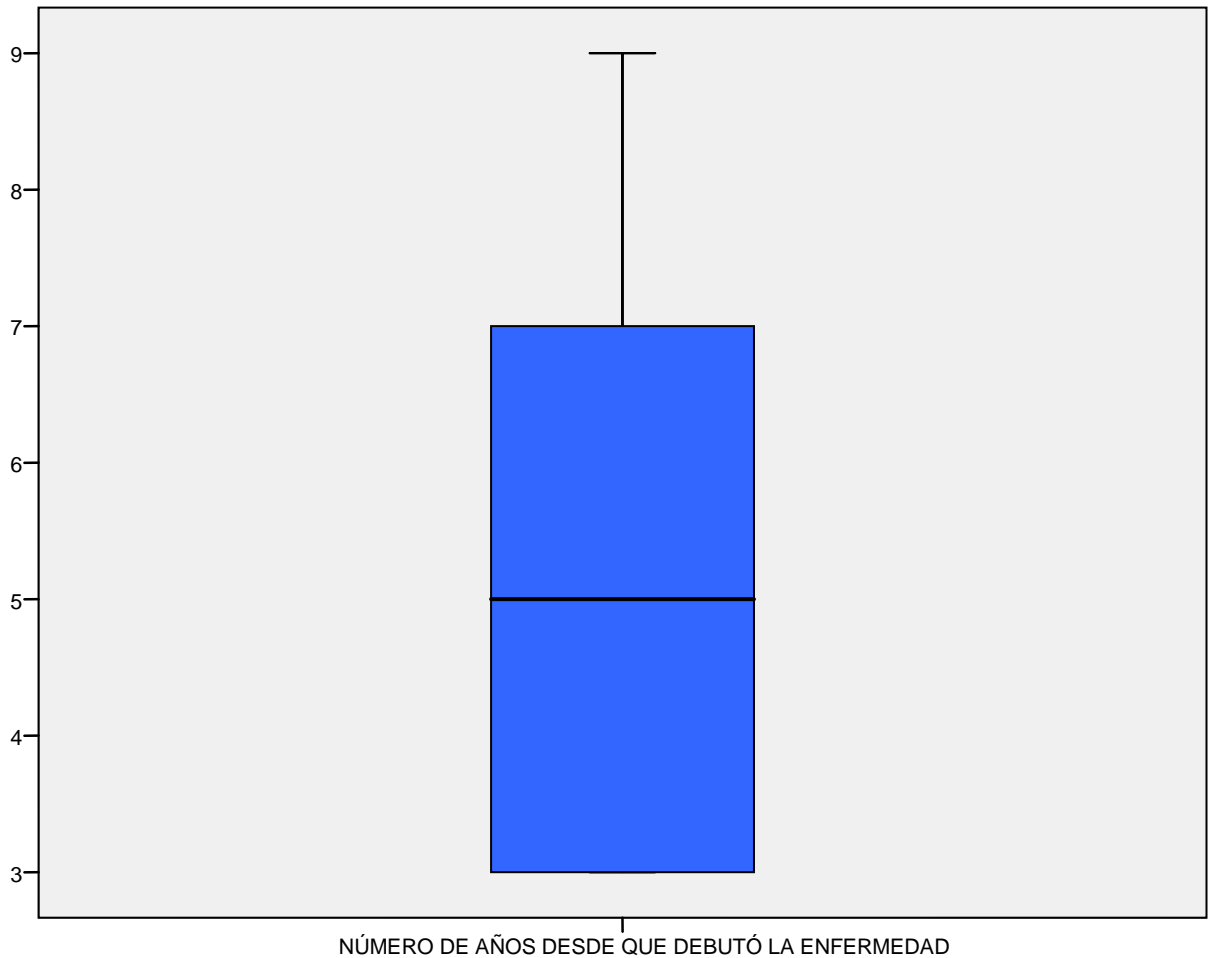


Figura 1: Boxplot con los años de evolución de la enfermedad en la muestra de estudio.

Además, en la tabla 2 se han representado otras variables individuales registradas referidas al: tratamiento neuroléptico principal, consumo de tóxicos, presencia de otras enfermedades médicas u obesidad y adherencia al tratamiento.

En la tabla 3 se recogen otras variables familiares: número de hermanos que componen la fratría (hay un paciente identificado que es hijo único), si los padres están o no separados, la puntuación en la escala CAF y las sub-puntuaciones extraídas a partir de la misma que permiten comparar la Cohesión (factores 2 y 3) y Adaptabilidad Familiar

(factores 4, 5 y 6). La escala CAF la han contestado de común acuerdo entre la pareja de padres al inicio del Tratamiento Familiar Sistémico.

Tabla 2:

Otras variables individuales y de tratamiento.

CASO	OTRAS ENFERMED.	OBESIDAD	NEUROLÉPTICO	TÓXICOS	ADHERENCIA CUMPLIMIENTO
1	NO	NO	RISPERIDONA	CANNABIS, TABACO	COMPLETO
2	NO	NO	OLANZAPINA	TABACO, CAFÉ	COMPLETO
3	NO	SI	PALIPERIDONA	TABACO, CAFÉ	COMPLETO
4	NO	SI	CLOZAPINA	TABACO, ALCOHOL, CANNABIS	PARCIAL
5	NO	NO	OLANZAPINA	TABACO, ALCOHOL, COCAÍNA	PARCIAL

Tabla 3:

Otras variables familiares en cada uno de los casos

CASO	HERMANOS (FRATRIA)	SEPARAC. DE LOS PADRES	PUNTUAC. EN LA ESCALA CAF	CATEGORÍA DE COHESIÓN FAM. SEGÚN LA CAF (FACTORES 2 + 3)	CATEGORÍA DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR SEGÚN LA PUNTUACIÓN EN LA CAF (FACTORES 4 + 5 + 6)
1	3	NO	62	SEPARADA	ESTRUCTURADA
2	2	SI	50	DESPRENDIDA	ESTRUCTURADA
3	1	NO	53	SEPARADA	ESTRUCTURADA
4	2	NO	63	DESPRENDIDA	RÍGIDA
5	3	SI	30	DESPRENDIDA	RÍGIDA

En las figuras 2 y 3 se muestra de forma más clara los resultados obtenidos en la escala CAF por cada una de las familias. Así en la figura 2 se resume la puntuación en la Cohesión familiar y se comprueba que en un 60% de los casos son familias desprendidas, mientras que el otro 40% puntúan como separadas.

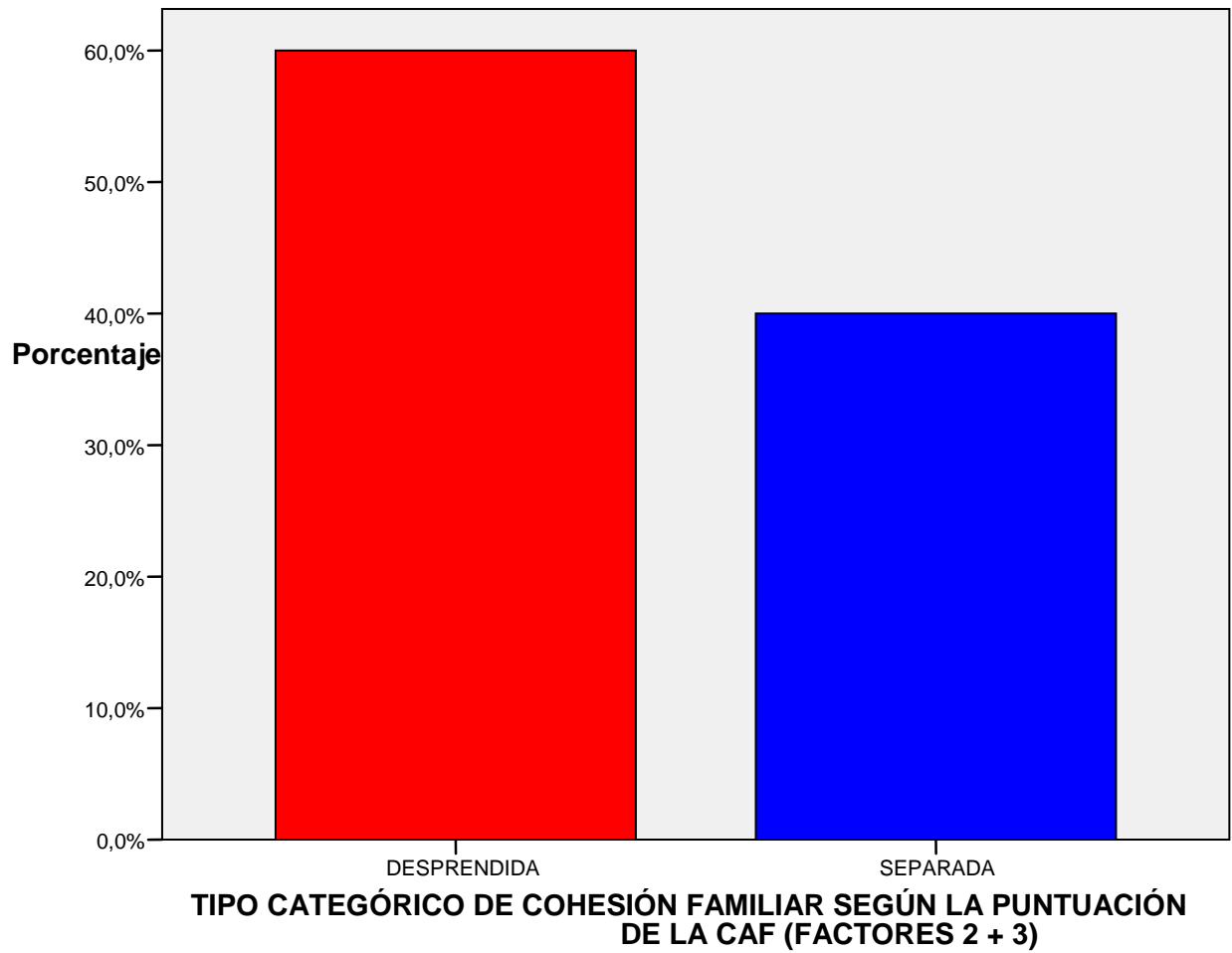


Figura 2: Proporciones de Tipologías de Cohesión Familiar en la Muestra.

En la figura 3 se resume la Adaptabilidad Familiar y en un 60% de los casos las familias son estructuradas y en un 40% de los casos son familias que puntúan como rígidas.

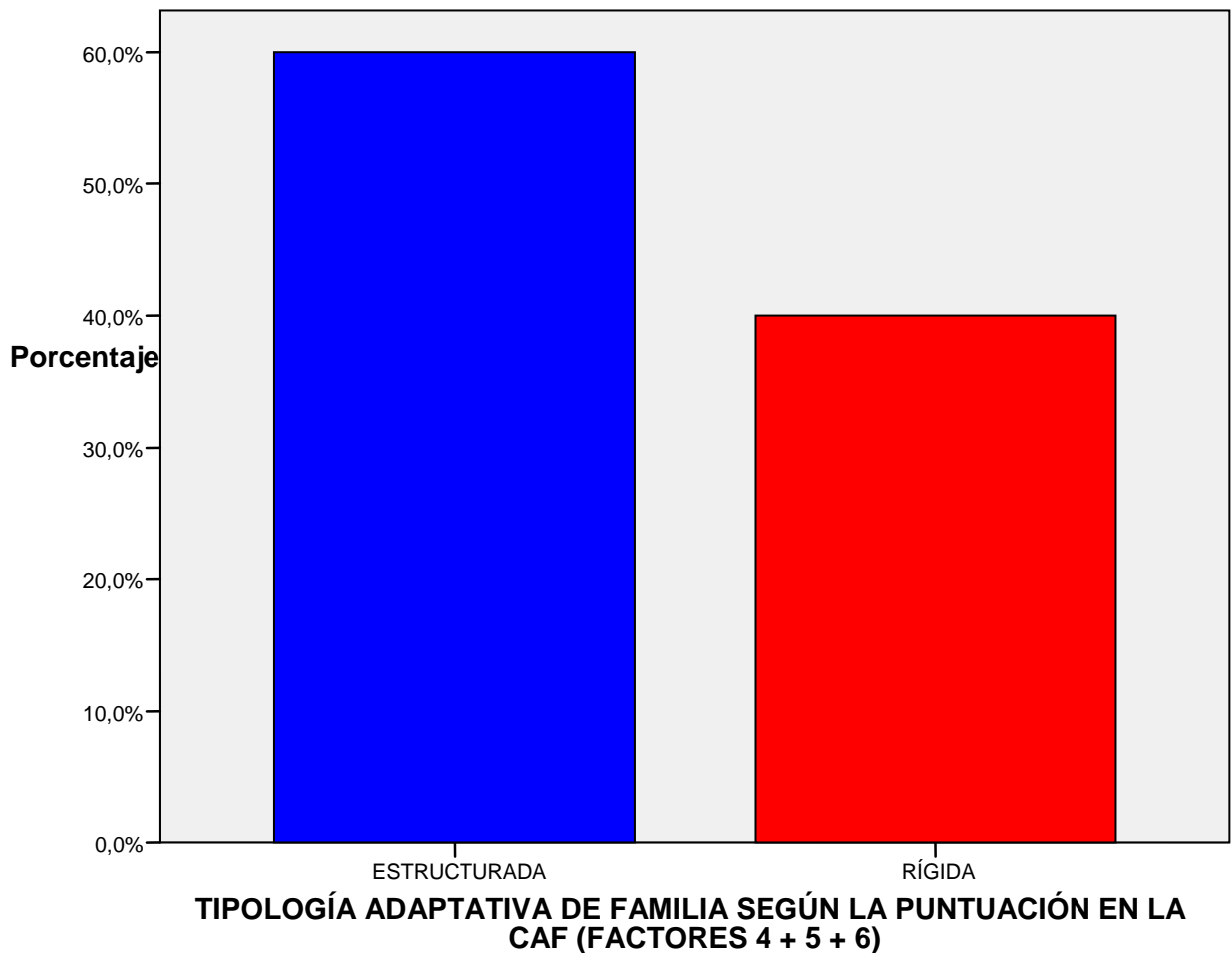


Figura 3: Proporciones en las Tipologías de Adaptación Familiar

En la tabla 4 puede observarse que a primera vista se obtienen diferencias antes y después de la Terapia Familiar Relacional en las puntuaciones en la Escala Brief Psychotic Rating Scale (BPRS); dicha escala indica la gravedad de la sintomatología de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Tras la Terapia se obtiene una disminución de la puntuación en todos los casos, aunque en los dos últimos es de menor intensidad. Así mismo, puede observarse una reducción similar en la puntuación de la Escala de Impresión Clínica Global (CGI). Por lo que se refiere a la evaluación de la Actividad Funcional de la muestra se objetiva que tras la Terapia Familiar hay un aumento en las puntuaciones (más pronunciado en los tres primeros casos) relacionado con el mejor funcionamiento de dichos ciudadanos.

Tabla 4:

Puntuaciones de los pacientes identificados en las escalas: BPRS, CGI, EEAG antes y después de la Terapia Familiar Relacional.

CASO	PUNTUAC. BPRS ANTES DE TERAPIA FAMILIAR RELACIONAL	PUNTUAC. BPRS DESPUÉS DE TERAPIA FAMILIAR RELACIONAL	PUNTUAC. CGI ANTES DE LA TERAPIA FAMILIAR	PUNTUAC. CGI DESPUÉS DE LA TERAPIA FAMILIAR	PUNTUACIÓN EEAG ANTES DE LA TERAPIA FAMILIAR	PUNTUACIÓN EEAG DESPUÉS DE LA TERAPIA FAMILIAR
1	52	34	5	3	50	70
2	47	32	4	2	60	80
3	53	33	5	4	40	60
4	77	73	6	6	40	50
5	46	35	5	4	60	70

Las figuras 4, 5 y 6 muestran gráficamente los cambios en las puntuaciones en las escalas: BPRS, CGI y EEAG antes y después de la Terapia Familiar.

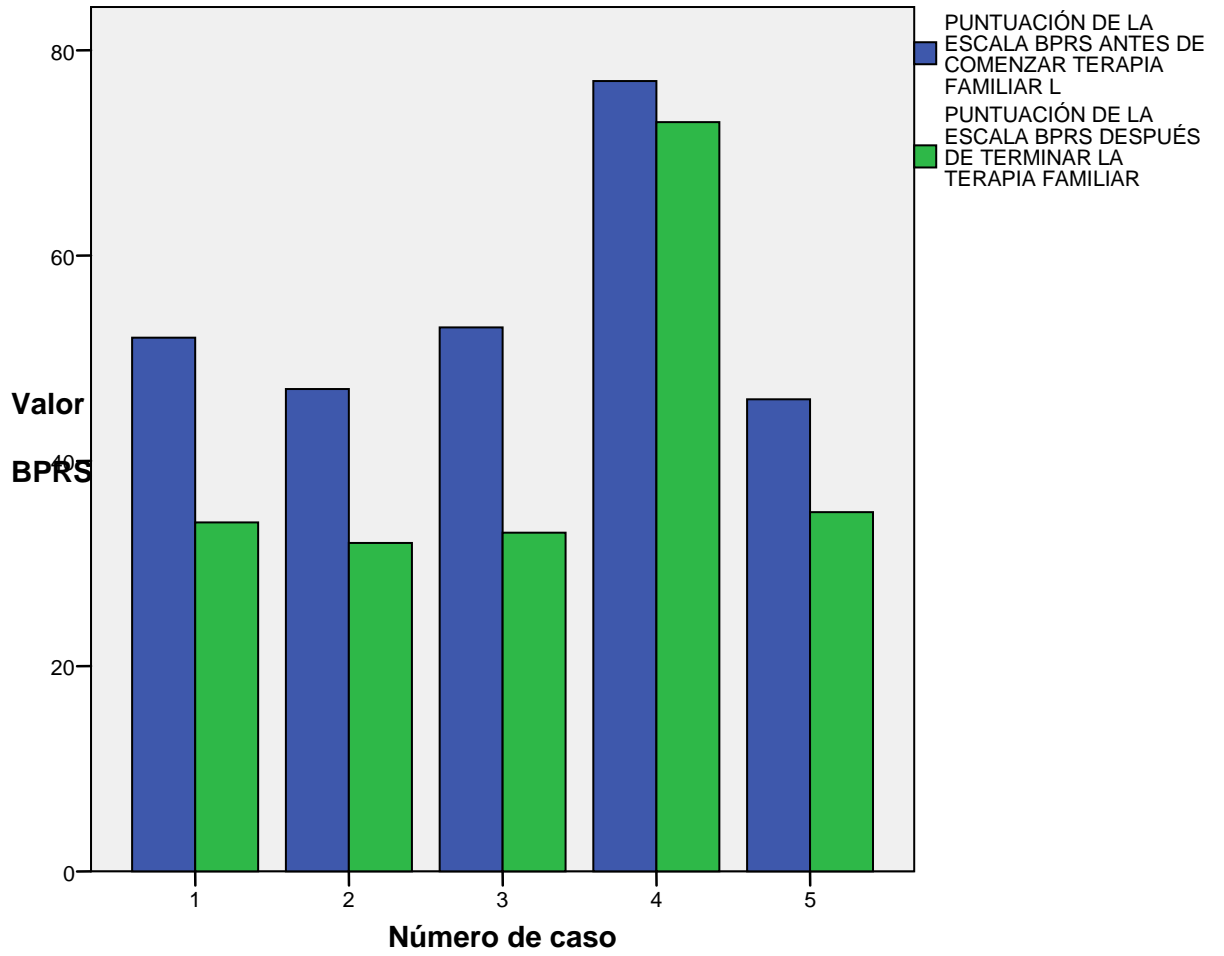


Figura 4: Barras agrupadas en cada caso mostrando la puntuación en el BPRS antes y después de la Terapia Familiar Relacional.

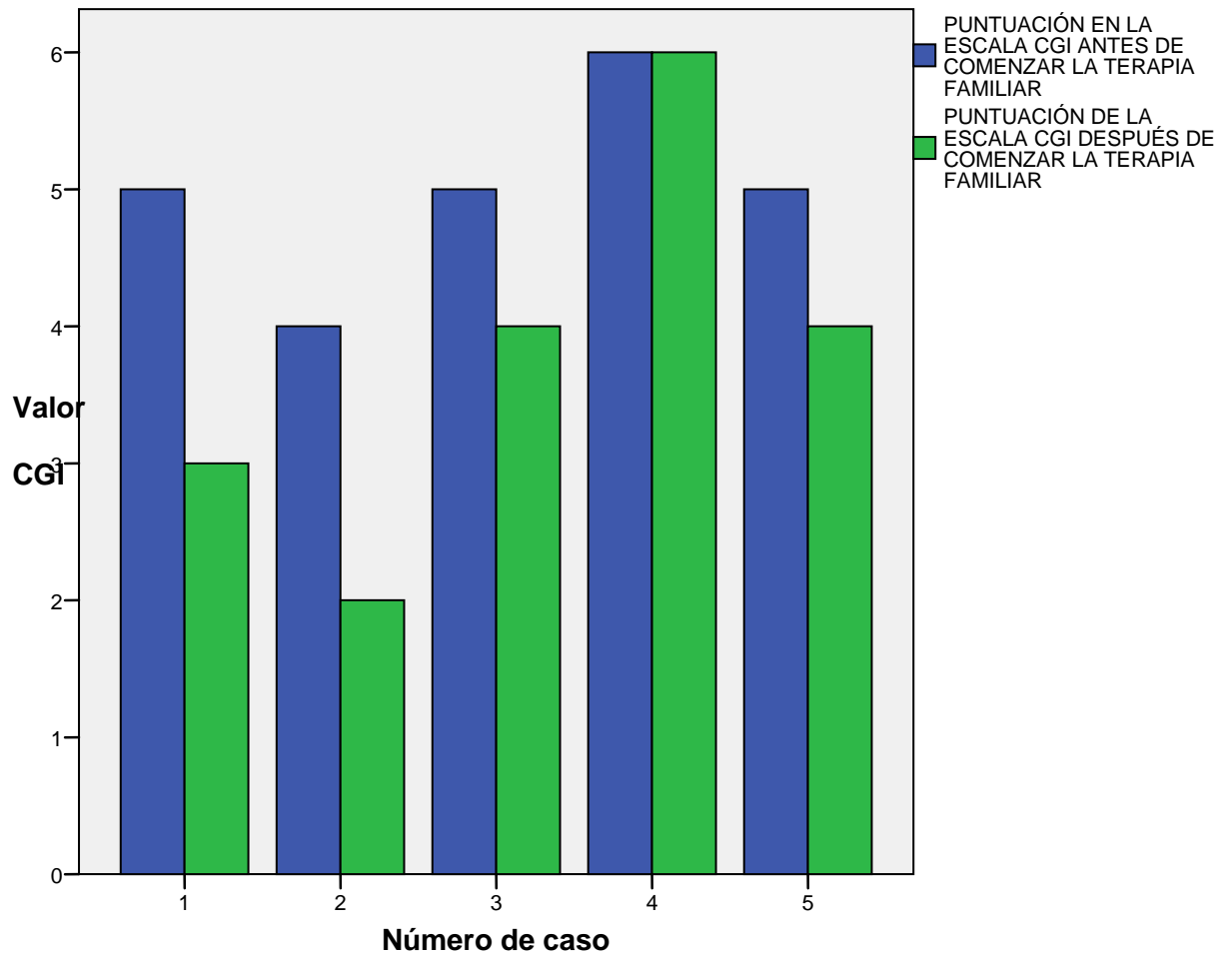


Figura 5: Puntuación en la Escala CGI antes y después de la Terapia Familiar.

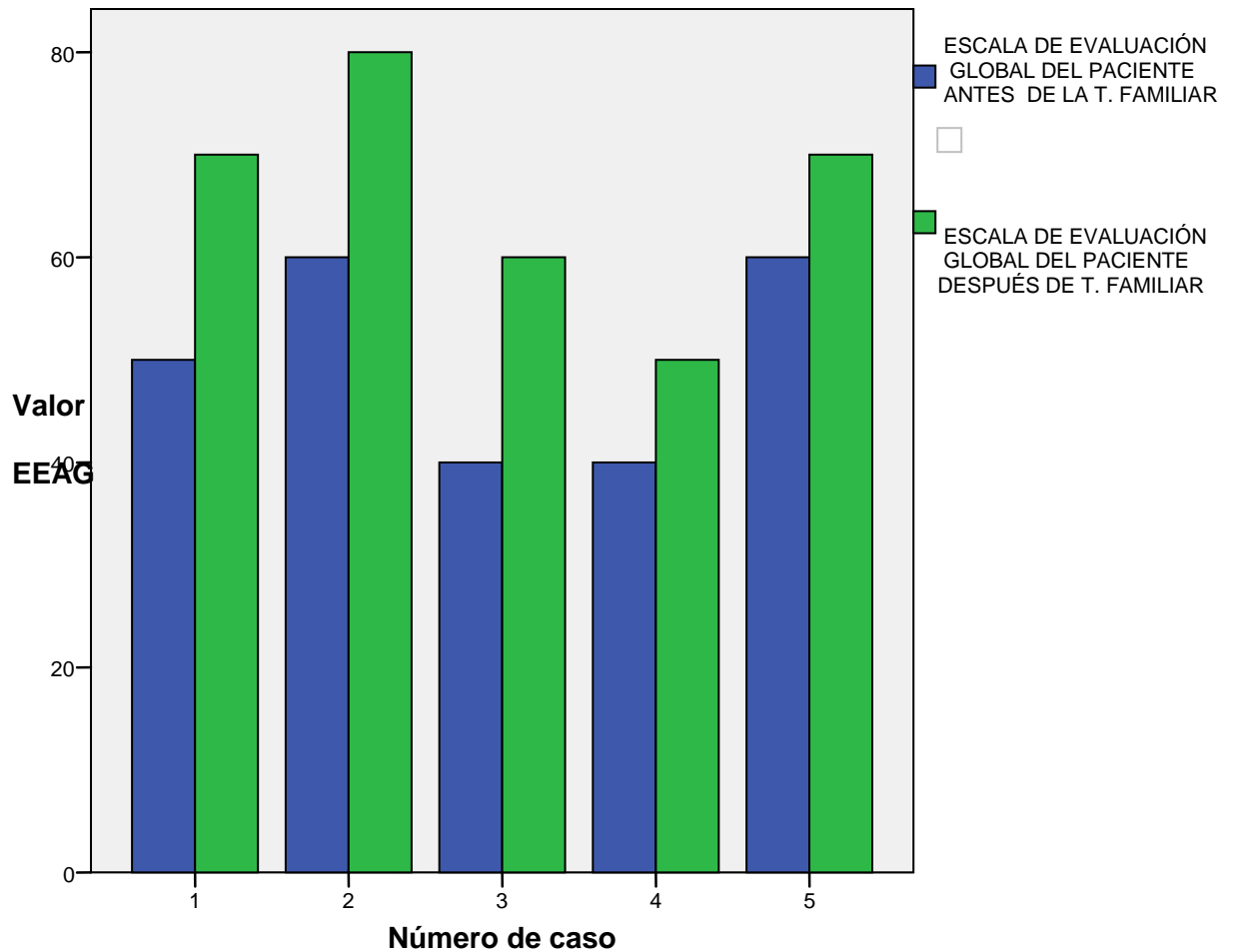


Figura 6: Puntuación en la Escala de Valoración Funcional (EEAG) antes y después de la Terapia Familiar Relacional.

En la tabla 5 y en la figura 7 se presenta el número de necesidades que el paciente tiene, en su opinión, sin cubrir de un checklist (ver anexos). Igualmente se observa una reducción notable de las necesidades sin cubrir después de la Terapia Familiar sistémica; especialmente en los tres primeros pacientes.

Tabla 5:

Necesidades no satisfechas para el paciente antes y después de la Terapia.

CASO	Nº NECESIDADES ANTES	Nº DE NECESIDADES DESPUÉS
1	9	3
2	11	5
3	12	4
4	12	11
5	8	6

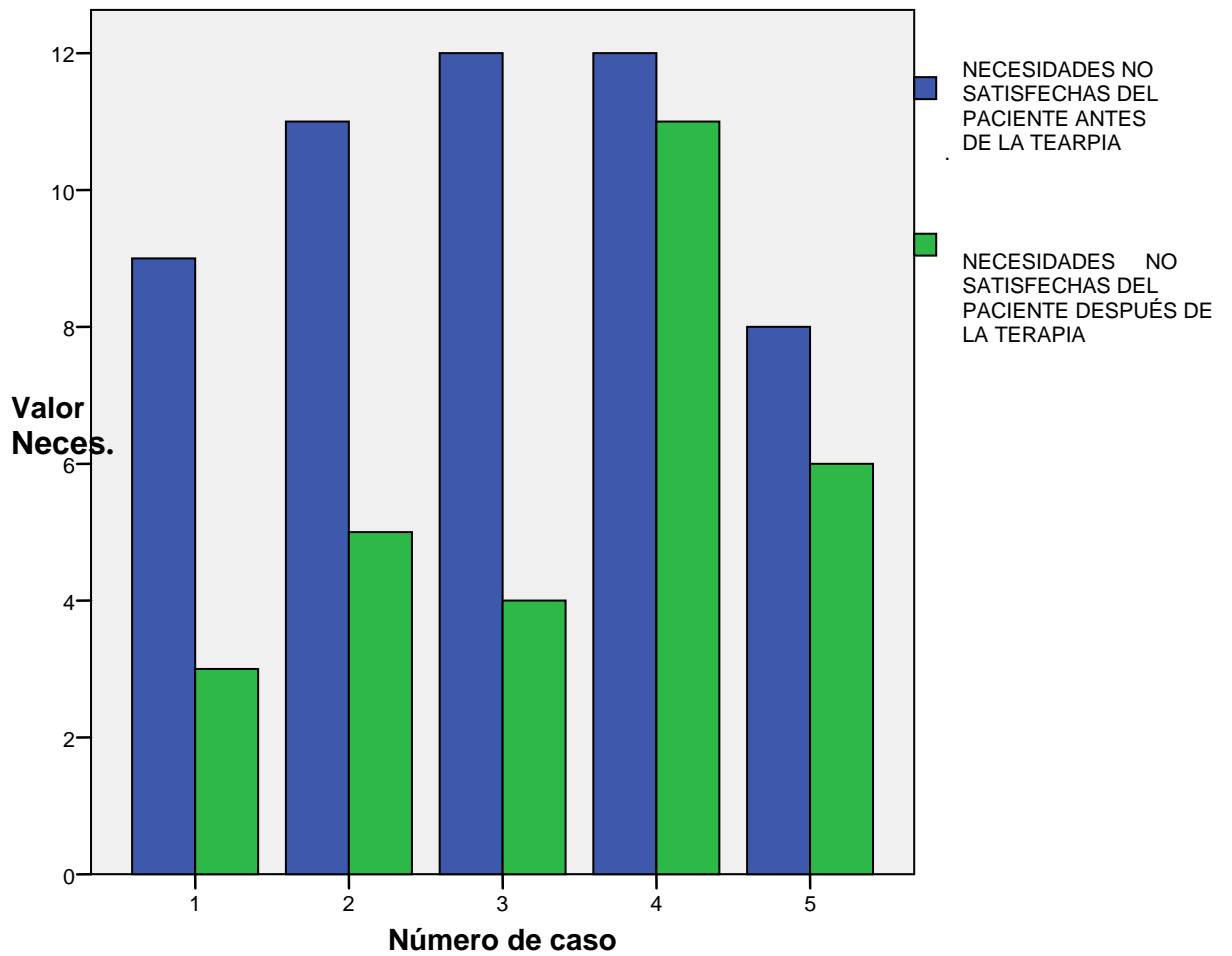


Figura 7: Barras agrupadas con las necesidades individuales no satisfechas percibidas por el paciente identificado antes y después de la Terapia Familiar.

En la tabla 6 se presentan los resultados obtenidos en la Escala Zarit que valora la sobrecarga familiar y puntuada por los padres del paciente identificado antes y después de la Terapia Familiar. Además se presenta el tipo cualitativo de sobrecarga familiar según corresponde con la puntuación cuantitativa de la escala. En los tres primeros casos se encuentra una notable reducción de las puntuaciones después de la Terapia Familiar y hace que pasen de tener una sobrecarga intensa a moderada y de moderada a no tener sobrecarga. En los dos últimos casos se mantiene una sobrecarga familiar intensa después de la Terapia Familiar.

Tabla 6:

Valoración de la Sobrecarga Familiar percibida por los Padres.

CASO	PUNTUACIÓN EN LA ESCALA ZARIT ANTES DE LA T. F. RELACIONAL	TIPO DE SOBRECARGA FAMILIAR ANTES DE LA T. F. RELACIONAL	PUNTUACIÓN EN LA ESCALA ZARIT DESPUÉS DE LA T. F. RELACIONAL	TIPO DE SOBRECARGA FAMILIAR ANTES DE LA T. F. RELACIONAL
1	60	INTENSA	48	MODERADA
2	58	INTENSA	45	NO
3	52	MODERADA	38	NO
4	73	INTENSA	71	INTENSA
5	83	INTENSA	83	INTENSA

En la figura 8 se presenta un gráfico en barras agrupadas con las puntuaciones cuantitativas en la escala de Zarit de sobrecarga familiar antes y después de la Terapia en cada una de las cinco familias.

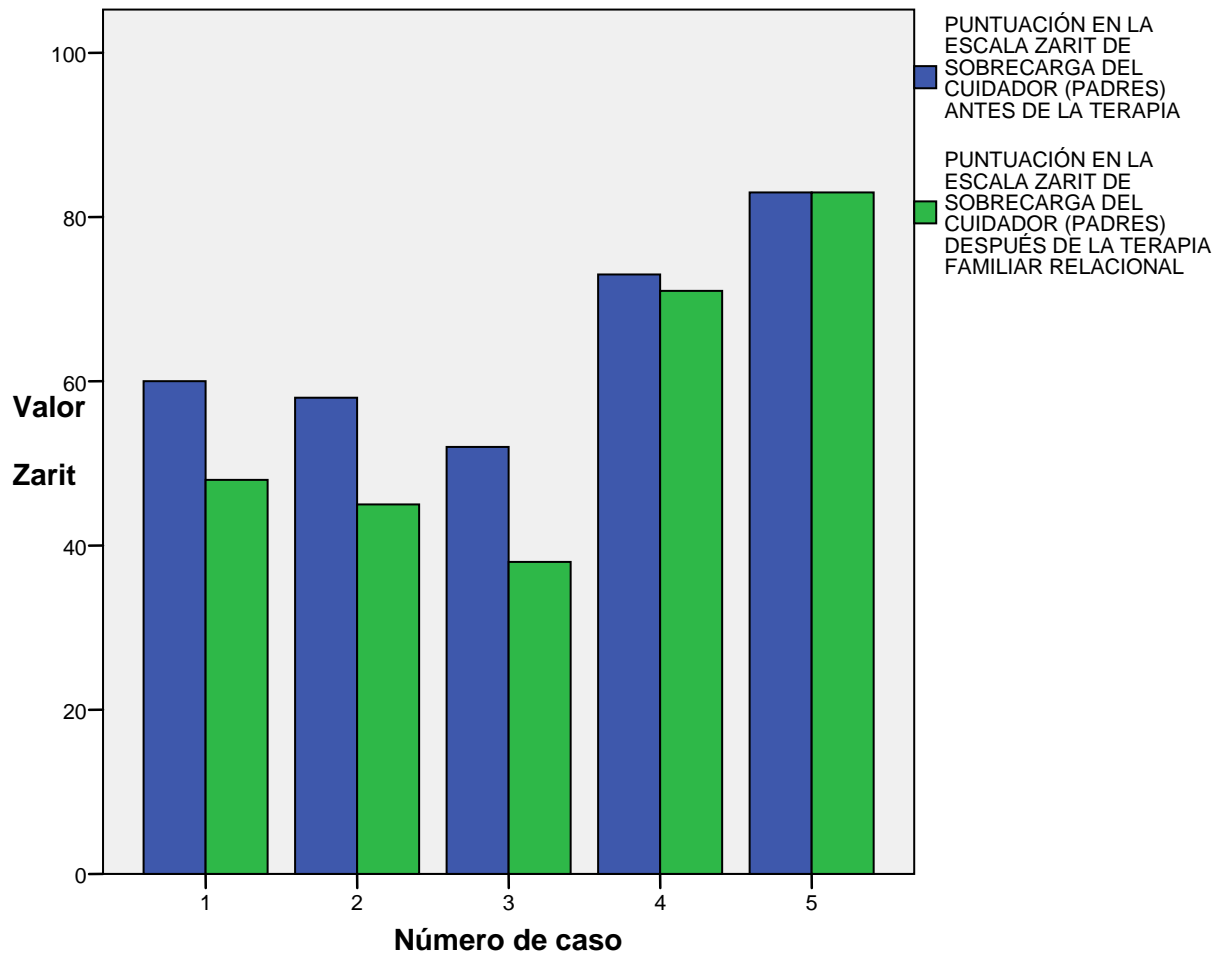


Figura 8: Diagrama de barras agrupadas con las puntuaciones familiares cuantitativas en la Escala Zarit antes y después de la Terapia Familiar

A continuación, una vez descritas las variables de estudio procedemos a realizar la Estadística inferencial. Dado que la muestra es muy pequeña (cinco casos) utilizamos pruebas no paramétricas basadas en ordenaciones y dado que los 5 casos, las cinco familias se valoran en la mayoría de las variables en dos ocasiones: antes y después de la Terapia Familiar se utilizan pruebas para datos apareados (son los mismos sujetos). En la Tabla 7 se presentan los resultados de la prueba no paramétrica para datos apareados de Wilconson que es la que se utiliza cuando la variable dependiente es cuantitativa (puntuación en BPRS, CGI, EEAG, Zarit y Número de Necesidades del paciente). En la Tabla 7 se muestran los valores z según la ley normal estándar y los valores P de significación estadística tanto con análisis asintótico como con pruebas exactas. Como puede observarse en el caso de las escalas BPRS, AEG y en las Necesidades del paciente se obtienen valores P menores de 0.05, lo cual indica que con una confianza del 95% la mejoría observada entre el estado de estos pacientes antes y después de la Terapia Familiar no se debe al azar.

Tabla 7:

Prueba no paramétrica de Wilconson (datos apareados).

	PUNTUAC. BPRS PRE- POST	PUNTUAC. CGI PRE- POST	PUNTUAC. EEAG PRE- POST	Nº DE NECESIDADES DEL PACIENTE PRE-POST	PUNTUACIÓN ZARIT DE SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES (PADRES) PRE- POST
Z	-2,023(a)	-1,857(a)	-2,070(b)	-2,032(a)	-1,826(a)
Significac. asintótico (bilateral)	,043	,063	,038	,042	,068

6. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

A pesar de que los resultados del presente estudio muestran que la Terapia Familiar Sistémica ha sido muy útil en la mejoría de estos pacientes identificados y en la disminución de la carga sentida por su familia (padres), se tiene que tener en cuenta que se trata de un estudio piloto con una muestra muy pequeña (cinco familias). Es necesario disponer de posteriores estudios con muestras mayores y sobre todo con la existencia de un grupo control de comparación que no haya participado de la Terapia Familiar Sistémica para extraer conclusiones definitivas.

Cuando las muestras son muy grandes, es fácil obtener resultados estadísticamente significativos, aunque carezcan del mínimo interés clínico y al contrario, cuando las muestras son muy pequeñas carecen de potencia para detectar diferencias significativas, aunque realmente existan y tengan importancia clínica. Por lo tanto, dado que la muestra de este estudio es muy pequeña, es digno de mención que se hayan obtenido resultados estadísticamente significativos en los resultados –tras la Terapia Familiar Relacional- de las escalas Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), AEEG (Valoración funcional) y en las Necesidades no satisfechas que los pacientes piensan que tienen. Por lo tanto, se obtienen mejoras en escalas valoradas por los clínicos y por los propios pacientes identificados. También se observa claramente valorando los gráficos que las familias de los pacientes piensan que hay una disminución de la sobrecarga familiar tras la Terapia Familiar Relacional (tabla 6 y figura 8), pero dichas mejoras no son estadísticamente significativas (probablemente por la falta de potencia por la escasa muestra).

Está claro que el escaso tamaño de la muestra y especialmente la ausencia de un grupo control menguan la validez interna de nuestro estudio al no controlar numerosos posibles sesgos tanto en el muestreo como en la información, pero una de las críticas que se vierte sobre la investigación científica actual y en especial sobre los ensayos clínicos controlados es que utilizan muestras demasiado escogidas que consiguen una elevada validez interna de los estudios a costa de un alejamiento de la población clínica habitual, es decir consiguen una gran validez interna a costa de la validez externa.

Los estudios cuasi-experimentales (pre-post), como el nuestro, también son necesarios en la investigación clínica como previos a los ensayos clínicos comparativos controlados. Este tipo de estudios son muy importantes para abrir nuevas líneas de investigación y al igual que los estudios observacionales (casos-control, cohortes...), se acercan más a las condiciones clínicas habituales y por lo tanto priorizan la validez externa.

Otro aspecto a tener en cuenta es la dificultad de estudiar tratamientos psicoterapéuticos de forma experimental mediante ensayos clínicos controlados, más aún estudiar procesos psicoterapéuticos como el familiar sistémico en el que a pesar de poder semiestructurar guiones con los temas a tratar en las diferentes sesiones es necesario fomentar la interacción circular que favorezca el intercambio de información relevante. Por lo tanto la espontaneidad y la falta de un control total de lo que ocurrirá en la sesión es un elemento indispensable, cosa que choca con la necesidad de control de todo tipo de variables en los ensayos clínicos comparativos.

Por lo tanto, además de resaltar las limitaciones de nuestro estudio también subrayamos la necesidad de este tipo de estudios en investigaciones de procesos psicoterapéuticos. Aún con las limitaciones, los datos del estudio son compatibles con una mejoría estadísticamente significativa en la mayoría de las variables relevantes del estudio tras la Terapia Sistémica. Por lo tanto, los datos globales del estudio apoyan, como un grano de arena más, la idea de que la Terapia Familiar Sistémica es útil para complementar el tratamiento multidisciplinar e integral de los pacientes jóvenes con esquizofrenia y sus familias.

Además de este análisis global, con los datos cuantitativos, y basado en las diferentes puntuaciones obtenidas antes y después de la Terapia Familiar Relacional, también se podemos realizar un análisis individual. De hecho la Terapia Familiar podría haber sido hipotéticamente útil en un único caso, por lo tanto sin significación estadística a nivel global, pero merecería la pena analizar las posibles razones de esta mejoría y las características individuales del caso.

En el caso 1, el de la familia de M, hemos tenido la sensación de que la familia en conjunto se ha implicado notablemente en el proceso psicoterapéutico relacional y para los clínicos ha sido muy gratificante el trabajo e interacción conjunta. La mayor distorsión vivida por la familia ha sido el consumo abusivo de cannabis y algunas amistades de M que no mejoró hasta bien avanzada la Terapia Familiar.

Las características individuales de la familia de M están descritas en las tablas 1, 2 y 3. Destaca el que la escala CAF permite obtener una puntuación que la califica como familia de cohesión separada y adaptabilidad estructurada. Es una familia que trabaja junta en un próspero negocio familiar en donde cada uno sabe perfectamente lo que tiene que hacer y con roles claramente establecidos. Hasta fechas recientes M se había mantenido alejado de las tareas laborales familiares y el trabajo relacional que ha culminado con la integración de M en la empresa creemos que ha influido en la mejoría de M en las variables dependientes analizadas. Así la puntuación de M en la BPRS pasa de 52 a 34 lo cual indica que la intensidad de la sintomatología ha disminuido considerablemente (tabla 4 y figura 4) y la Impresión Clínica Global (tabla 4 y figura 5) pasa de 5 (marcadamente enfermo) a 3 (levemente enfermo). Asimismo, M puntuaba 50 antes de la Terapia Relacional en la escala EEAG que indica el nivel funcional y 70 tras la misma (tabla 4 y figura 6). Quizás, el dato individual más sorprendente y alentador es que M piensa que 9 son sus necesidades sin cubrir en el Checklist 2-Com antes de la Terapia Familiar Sistémica y 3 después de la misma (tabla 5 y figura 7). Por último también se ha reducido la puntuación en la escala Zarit familiar, que ha pasado de 60 (sobrecarga intensa) a 48 (sobrecarga moderada) tras la Terapia Relacional (tabla 6 y figura 8).

En el caso 2, el de la familia de JL, también hemos tenido la sensación de que la familia en conjunto se ha implicado notablemente en el proceso psicoterapéutico relacional y para los clínicos de nuevo ha sido muy gratificante el trabajo e interacción conjunta. La mayor distorsión vivida por la familia y por el terapeuta ha sido la resistencia inicial que JL mostró a su compromiso con el proceso psicoterapéutico.

Las características individuales de la familia de JL están en las tablas 1, 2 y 3. Destaca el que JL es el caso de más edad, 30 años, con unos 5 años de evolución de la enfermedad, a diferencia de otros pacientes únicamente abusa de café y tabaco y su

familia es la única de las cinco con un nivel socioeconómico bajo. En la escala CAF permite obtener una puntuación que la califica como familia de cohesión desprendida y adaptabilidad estructurada. Se trata de una familia que se distancia considerablemente tras la separación parental y posterior fallecimiento del padre de JL. Este último había estado especialmente vinculado a su padre. El trabajo relacional con la familia ha culminado con un mayor acercamiento entre los dos hermanos y la madre, la colaboración y unión es mayor entre los dos hermanos y en la actualidad JL se encuentra estable y con mejor sociabilidad. La puntuación de JL en la BPRS pasa de 47 a 32 lo cual indica que la intensidad de la sintomatología ha disminuido considerablemente (tabla 4 y figura 4) y la Impresión Clínica Global (tabla 4 y figura 5) pasa de 4 (moderadamente enfermo) a 2 (levemente enfermo). Asimismo, JL puntuaba 60 antes de la Terapia Relacional en la escala EEAG que indica el nivel funcional y 80 tras la misma (tabla 4 y figura 6). Quizás, el dato individual más sorprendente y alentador es que JL piensa que 11 son sus necesidades sin cubrir en el Checklist 2-Com antes de la Terapia Familiar Sistémica y 5 después de la misma (tabla 5 y figura 7). Por último también se ha reducido la puntuación en la escala Zarit familiar, que ha pasado de 58 (sobrecarga intensa) a 45 (sobrecarga moderada-no sobrecarga) tras la Terapia Relacional (tabla 6 y figura 8).

En el caso 3, el de la familia de J, pensamos que el trabajo conjunto ha sido muy provechoso y satisfactorio y la familia en conjunto se ha implicado notablemente en el proceso psicoterapéutico relacional. Al inicio del proceso terapéutico observábamos que J estaba muy apático e inhibido y lo atribuíamos a la excesiva cantidad de medicación neuroléptica que tenía pautada. Sus padres se mostraban muy reticentes a que se le rebajase la dosis de medicación por temor a una nueva recaída y reagudización de alteraciones de conducta que habían sido muy estresantes para la familia en el pasado.

Las características individuales de la familia de J están en las tablas 1, 2 y 3. Destaca el que J es uno de los pacientes de más edad (29 años) y que es el que más años de evolución con el diagnóstico de esquizofrenia tiene (9 años); a diferencia de otros pacientes únicamente tiene estudios primarios y únicamente consume tabaco y café de forma abusiva. La escala CAF permite obtener una puntuación que la califica como familia de cohesión separada y adaptabilidad estructurada. Es una familia que trabaja junta en un esforzado y limitado negocio familiar dedicado a la venta ambulante. Hasta

fechas recientes J se había mantenido alejado de las tareas laborales familiares y el trabajo relacional que ha culminado con la integración de J en los planes de la familia para sustituir a su madre –limitada físicamente- en dicho negocio; J se muestra estabilizado, más activo y muy ilusionado con los planes de futuro. Así la puntuación de J en la BPRS pasa de 53 a 33 lo cual indica que la intensidad de la sintomatología ha disminuido considerablemente (tabla 4 y figura 4) y la Impresión Clínica Global (tabla 4 y figura 5) pasa de 5 (marcadamente enfermo) a 4 (moderadamente enfermo). Asimismo, J puntuaba 40 antes de la Terapia Relacional en la escala EEAG que indica el nivel funcional y 60 tras la misma (tabla 4 y figura 6). Quizás, el dato individual más sorprendente y alentador es que J piensa que 12 son sus necesidades sin cubrir en el Checklist 2-Com antes de la Terapia Familiar Sistémica y 4 después de la misma (tabla 4 y figura 7). Por último también se ha reducido la puntuación en la escala Zarit familiar, que ha pasado de 52 (sobrecarga moderada) a 38 (sin sobrecarga) tras la Terapia Relacional (tabla 6 y figura 8).

En el caso 4, el de la familia de G, es el que ha obtenido peores resultados en las diferentes escalas. Sin embargo, consideramos que a nivel familiar se han producido avances significativos. Los padres de G tienen una posición muy simétrica en la relación y cada uno tiene su negocio propio que atiende de forma independiente. Desde hace años su interacción es mínima y a pesar de los evidentes problemas como pareja nunca hablan sobre el tema ni se han planteado la separación u otras salidas a la situación de crisis que viven. G presenta importante sintomatología psicótica positiva que pensamos está relacionada con los problemas familiares y en diversas ocasiones ha manifestado que no quiere que sus padres se separen. En la actualidad G atraviesa un periodo de descompensación y sus padres continúan un trabajo relacional a nivel de pareja.

Las características individuales de la familia de G están en las tablas 1, 2 y 3. Destaca el que la escala CAF permite obtener una puntuación que la califica como familia de cohesión desprendida y adaptabilidad rígida. La puntuación de G en la BPRS pasa de 77 a 73 lo cual indica que la intensidad de la sintomatología es importante y que apenas hay cambios entre el antes y el después de la Terapia Familiar, aunque esta continua a nivel de la pareja (tabla 4 y figura 4). La Impresión Clínica Global de G (tabla 4 y figura 5) tampoco cambia con el nuevo proceso psicoterapéutico y se mantiene en 6 (gravemente enfermo). Asimismo, G puntuaba 40 antes de la Terapia Relacional en la

escala EEAG que indica el nivel funcional y 50 tras la misma, es decir el cambio funcional es apenas apreciable (tabla 4 y figura 6). A nivel individual, G piensa que 12 son sus necesidades sin cubrir en el Checklist 2-Com antes de la Terapia Familiar Sistémica y 11 después de la misma (tabla 5 y figura 7). Por último la puntuación en la escala Zarit familiar, apenas ha cambiado (de 73 a 71 puntos) que indican una sobrecarga familiar intensa (tabla 6 y figura 8).

En el caso 5 (O), comparte con el caso 4 las dificultades de la pareja de padres. Con la familia de O, hemos tenido la sensación de que aunque los resultados no se hayan plasmado en las mejoras de los valores obtenidos en las variables respuesta tras la Terapia Relacional, sí que en cambio se han producido notables avances a nivel individual (O), como de toda la familia. Los padres de O se separaron cuando él tenía 2 años después de numerosas dificultades. Después de la separación continuaron las desavenencias, luchas por la custodia y posteriores enfrentamientos y descalificaciones mutuas en relación con las alteraciones de conducta de O. La Terapia Relacional fue especialmente tensa y difícil en las primeras sesiones y el terapeuta tampoco se sintió cómodo con esta familia. Con posterioridad se logró un proceso de adaptación mutua y pudimos constatar que lo mejor era ayudar a O en el proceso de emancipación de sus padres y buscar una colaboración activa y práctica de estos a dicho proceso. La sensación del equipo es que la familia ha hecho grandes progresos, se ha rebajado la tensión parental y O está bastante mejor.

Las características individuales de la familia de O están en las tablas 1, 2 y 3. Es el paciente más joven de la muestra (19 años) y ha tenido problemas de abuso de tóxicos: tabaco, alcohol y cocaína. Al igual que en la familia del Caso 4 (G) la escala CAF permite obtener una puntuación que la califica como familia de cohesión desprendida y adaptabilidad rígida. Los padres de O se separaron hace muchos años y cada uno ha rehecho su vida con nuevas parejas y nuevos hijos. Ambos comparten profesión, aunque trabajan en medios diferentes. La puntuación de O en la BPRS pasó de 46 a 35 lo cual indica que la intensidad de la sintomatología ha disminuido considerablemente (tabla 4 y figura 4) y la Impresión Clínica Global (tabla 4 y figura 5) pasó de 5 (marcadamente enfermo) a 4 (moderadamente enfermo). Asimismo, O puntuaba 60 antes de la Terapia Relacional en la escala EEAG que indica el nivel funcional y 70 tras la misma (tabla 4 y figura 6). Por lo que respecta a las necesidades sin cubrir de O, quizás, el dato

individual más sorprendente y alentador es que O piensa que son 8 antes de la Terapia Familiar Sistémica y 6 después de la misma (tabla 5 y figura 7). Por último sus padres siguen pensando que el nivel de sobrecarga familiar es intenso antes y después de la Terapia Relacional (tabla 6 y figura 8).

7. DISCUSIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que afecta a diferentes funciones intelectuales y perceptivas. Aunque aún no se conoce de manera clara y completa la causa o causas de la misma, son numerosos los factores de riesgo implicados: genético-biológicos, familiares, ambientales en general.

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como la esquizofrenia u otras psicosis presentan problemas muy diversos y complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y su integración en la comunidad.

En los últimos años se ha puesto un gran énfasis en mejorar el pronóstico de esta enfermedad y para ello se insiste en la necesidad de un diagnóstico precoz y en un tratamiento individualizado e integral que valore las necesidades particulares de cada persona y cada familia que padece dicho proceso.

Tres han sido las modalidades de intervención terapéutica con estos pacientes jóvenes diagnosticados de esquizofrenia que hemos utilizado en nuestro Servicio: los psicofármacos, los programas de educación e intervención tanto con el paciente como con su familia y los programas de apoyo comunitario.

A pesar de haber hecho gran énfasis en el tratamiento de las familias de nuestros pacientes diagnosticados de esquizofrenia, este tratamiento se basaba en proporcionar: apoyo, información, educación, asesoramiento para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación psicosocial que mejorase la calidad de vida de toda la familia. Sin embargo, pensamos que sería útil complementar estos programas con un tratamiento familiar sistémico que aborde aspectos relacionales.

Somos partidarios de un abordaje integrador que sume y combine lo mejor de las diferentes opciones terapéuticas en el tratamiento de los pacientes jóvenes diagnosticados de sufrir un primer brote psicótico huyendo de posturas maniqueístas, reduccionistas o excluidoras que resten oportunidades a estas personas vulnerables, generalmente intensamente estigmatizadas y que soportan un intenso sufrimiento personal y familiar.

Hemos realizado un estudio piloto con cinco familias en las cuales un miembro de la misma está diagnosticado de esquizofrenia. A pesar de lo cautos que queremos y debemos ser por las limitaciones metodológicas de nuestro estudio que reducen la validez interna del mismo: escaso tamaño de la población de estudio y ausencia de un grupo control, pensamos que la participación en la terapia familiar relacional ha sido muy beneficiosa para las cinco familias. Los resultados y conclusiones expuestos en los puntos 5 y 6 muestran con claridad que la intensidad de la sintomatología, la calidad de vida del paciente diagnosticado y de toda la familia mejoran tras la terapia. Los resultados no son tan claros en el caso de las dos últimas familias, pero se trata de familias con un grado muy importante de disfunción y problemática conyugal que pensamos también se han visto beneficiados con la terapia relacional en aspectos de clarificación o colaboración entre sus miembros, aunque no presenten resultados tan espectaculares en las escalas de las variables respuesta del estudio. Aún así, los resultados globales del estudio han sido significativos en la mayoría de las variables respuesta y eso que cuando los tamaños muestrales son tan pequeños va en contra de la potencia del estudio para detectar dichas diferencias.

Los estudios cuasi-experimentales (pre-post), como el nuestro, también son necesarios en la investigación clínica como previos a los ensayos clínicos comparativos controlados. Este tipo de estudios son muy importantes para abrir nuevas líneas de investigación y al igual que los estudios observacionales (casos-control, cohortes...), se acercan más a las condiciones clínicas habituales y por lo tanto priorizan la validez externa. Pensamos que ahora sería necesario y útil corroborar los resultados de este trabajo con otro que tenga una muestra de estudio de 30 casos y que se comparen dichos resultados con una población control de 60 casos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la dificultad de estudiar tratamientos psicoterapéuticos de forma experimental mediante ensayos clínicos controlados, más aún estudiar procesos psicoterapéuticos como el familiar sistémico en el que a pesar de poder semiestructurar guiones con los temas a tratar en las diferentes sesiones es necesario fomentar la interacción circular que favorezca el intercambio de información relevante. Por lo tanto la espontaneidad y falta de control es un elemento indispensable, cosa que choca con la necesidad de control de todo tipo de variables en los ensayos clínicos comparativos.

8. BIBLIOGRAFÍA

Polaino-Llente, A. Martínez, P. (1996). *Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF)*. Universidad de Navarra: Instituto de Ciencias para la Familia.

American Psychiatric Association (2005) *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association (APA).

Anthony, W.A. (1993) *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), 11-23

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*, N°6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. and Weakland, J. (1956) *Towards a Theory of Schizophrenia*. Behav SC 1, 251-264

Boszormenyi-Nagy, I. (1962) *The concept of Schizophrenia from the perspective of family treatment*. Family Process 1, 103-113

Bowen, M. (1960) *A family concept of schizophrenia*. In: D. Jackson (Ed.), *The etiology of schizophrenia*, 346-372. New York: Basic Books

- Cameron, D.E. (1938). *Early schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 95:567-578
- Cancrini, L., La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora: Manual de Psiquiatría y Psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Edwards, J., McGorry, P. D. (2004). *La intervención precoz en la psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Gleeson, J.F.M y McGorry, P.D. (Coords.) (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana: Un manual de tratamiento*. Bilbao: DDB.
- Falloon IRH. (1992) *Early intervention for first episodes of schizophrenia*. *Psychiatry* 55:4-15
- Haley, J. (1967). *Towards a theory of pathological systems*. . In G. Zuk & I. Nagy (Eds.). *Therapy and disturbed families, 11—27*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Haro, J.M., Novick, D., Suarez, D., Alonso, J., Lepine, J.P. and Radcliffe, M. (2006). *Three-year Results From the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study*. *J Clin Psychopharmacol*. 26(6): 571-578
- Linares, J.L (1996) *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000) *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J.L.; Castelló, N. y Colillas, M. (2001) *La terapia Familiar de la psicosis como un proceso de reconfirmación*. *Revista Redes*, 22, 1-18.
- Lieberman, J.A. & Perkins, D.O. (2005). *Psychotic Disorders Measures*. In: American Psychiatric Association (Ed.), *Handbook of Psychiatric Measures*, 490-494. Washington, DC: American Psychiatric Association (APA).

Loebel , A., Lieberman, J., Alvir, M. (1992). *Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia*. Am J Psychiatry 149: 1183-1188

McGlashan, T. (1996). *Early detection and intervention in schizophrenia*. Schizopr Bull 22: 197-352

McGorry, P. (1998). *Preventive strategies in early psychosis: verging on reality*. Br J Psychiatry 172 (Sup. 33):1-2

Meares, A. (1959). *The diagnosis of prepsychotic schizophrenia*. Lancet i:55-59

Olson, D.H. (1985). *Struggling with congruence across theoretical models and methods*. Family Process, 24, 203-207.

Olson, D.H. (1986). *Modelo Circunflejo VII: Validation Studies and FACES III*. Family Process, 25, 337-351.

Olson, D.H. (1991). *Three-Dimensional (3-D) Circumflex Model and Revised Scoring of FACES III*. Family Process, 30, 74-79.

Olson, D.H. (1994). *Curvilinearity survives: The world is not flat*. Family Process, 33, 471-478.

Olson, D.H., Russell, D.H. y Sprenkle, D.H. (1983). *Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical update*. Family Process, 22, 69-83.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.

Sullivan, H. (1927) *The onset of schizophrenia*. Am J Psychiatry 151:135-139.

Touriño, R., Inglot, R., Baena, E., Fernández, J. (2007) *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa

Van Os, J. (2008). *Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist)*. En: Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5ª ed.), 64. Barcelona: Ars Medica.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder .

Wynne, L. (1970). *Communication disorders and the quest for relatedness in families of schizophrenics*. Am J Psicoanálisis 30, 100-114.

Zarit, S.H. (1980). *Relatives of the impaired elderly. Correlates of feelings of burden*. Gerontologist, 20: 649-654.

Junio-09