



TESIS DOCTORAL

Modalidades de desconfirmación en
familias de transacción psicótica

Adrián José Hinojosa

Nº de Legajo: 19579

Director: Dr. Juan Luis Linares

Barcelona - Buenos Aires

Febrero, 2018

Juan Luis Linares Fernández, Doctor en Medicina, Licenciado en Psicología, Profesor Titular de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Barcelona, Director de la Unió de Psicoteràpia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundador y Director de la Escola de Teràpia Familiar Santa Creu i Sant Pau y Co-Director del Master en Teràpia Familiar de la Universidad Ramón Llull de Barcelona.

DECLARA Y CONFIRMA

Que ha supervisado el desarrollo de la Tesis Doctoral titulada: “*Modalidades de desconfirmación en familias de transacción psicótica*”, realizada por el doctorando Adrián José Hinojosa. Por lo que certifica estar en pleno conocimiento de su contenido.



Dr. Juan Luis Linares Fernández

Barcelona, Febrero del 2018

*A mi madre, **Magui**,
que trabaja por mis sueños
como si fueran suyos
Gracias Mamá.*

Ama quella, ama llulla, ama sua

(Principio Inca)

Agradecimientos

Esta tesis doctoral intenta conservar las formalidades prudentes y lógicas de las ciencias y los modos de transmitir los hallazgos y conocimientos, sosteniendo seriedad y ceremonial. Pero la psicología sistémica también distingue y realza el valor de la condición humana, la creatividad, la entropía y la irreverencia, por lo que un trabajo sistémico como este no puede ser distinto.

La tesis lleva el nombre *Modalidades de Desconfirmación*, pero muchas veces suelo llamarla *Los caminos de la locura*, claro que sin ser peyorativo con el término. Esta última denominación es más bien una expresión poética/dramática que también sirve como metáfora para expresar como ha sido la construcción de la investigación y como la he vivido.

Como muchos otros tesisistas me permitiré una licencia de emocionalidad en este segmento. Desde mis estudios de grado he dicho que ninguno de mis esfuerzos y logros es ajeno a mi familia, y aunque a veces pareciera que vivimos en mundos diferentes, ellos de alguna u otra manera han participado en los caminos que he transitado y eso es muy valioso para mí.

Con el perdón de mis hermanos **Lito** y **Fabi**, me veo en el febril deseo de resaltar el lugar de mi madre, quien siempre me ha mostrado con ejemplos los resultados del sacrificio y el trabajo. Pero sobre todo me mostró que no es necesario conocer todas las partes de un proceso para brindar apoyo y afecto, nunca necesito garantías y nunca me pidió explicaciones. Ella me ha apoyado incondicionalmente de la manera que pudo, desde un café hasta un pasaje, y pasando por todas las muestras de afecto posibles que una madre puede tener.

Y aunque los he dejado en un segundo plano, la historia con mis hermanos no es muy diferente, poniendo matices y cambiando situaciones, ellos a su manera buscaron

hacerme sentir su apoyo y preocupación, además me dieron cuatro sobrinos: **Cande, Laucha, Martu y Santi.**

Si continúo con la línea familiar, y aunque suene muy atrevido, quiero agradecer al **Dr. Juan Luis Linares**, o como he aprendido a llamarlo en el último tiempo, *Papá Linares*. Desde el primer momento en que lo conocí (allá a finales del 2014) me cobijó en su casa, me regaló sus libros, me brindó su tiempo, supervisó mis casos, me puso un plato en su mesa y rio conmigo ¡Y como si fuera poco aceptó ser mi director de tesis, invitándome a una nueva estancia en su casa! Este párrafo jamás podrá abarcar las palabras suficientes para expresar todo mi afecto, así que con cierta frustración, solamente voy a decir: gracias Maestro, gracias Papá.

Si sus escritos, ideas y modelos de trabajo pueden calificarse como valiosos y brillantes, su actitud de cuidado y enseñanza para conmigo son indescriptibles. Además, su familia replicó la misma actitud y me atrevo a decir que el día de hoy tengo 4 hermanos Linares: **Clara, Manu, Bruna y Joan**, gracias.

Pero mi relación con la familia Linares sólo se debe a la generosidad de otros dos grandes referentes en mi vida (personal y profesional): El **Dr. Ceberio** y el **Dr. Serebrinsky**, o Marcelo y Horacio en escenarios más informales. Tengo el orgullo de decir que son mis primeros Maestro, quienes me brindaron el tiempo necesario para continuar aprendiendo, unos Rockstar sistémicos a mis ojos.

Ellos me acompañaron desde mis primeros pasos en el modelo, y a finales del 2013 me recibieron en su escuela, me regalaron sus libros, me supervisaron, me ubicaron cuando lo necesitaba y siempre me han otorgado oportunidades. Muchas gracias Maestros.

Quisiera nombrar también a dos instituciones con las que tengo un gran sentimiento de pertenencia, que se convirtieron en espacios de encuentro y aprendizaje.

La **Escuela Sistémica Argentina (ESA)** y la **Escòla de Teràpia Familiar Sant Pau (ETFSP)** son los escenarios donde practiqué, me equivoqué, me frustré, lloré, reí y volví a empezar, son lugares a los que siempre pude acudir y donde siempre quiero volver.

Los caminos de la locura me llevaron de Jujuy a Barcelona, y pocas personas fueron testigos de lo mucho que costó este cambio de vida, entre ellos mis mejores amigos. En Barcelona me esperaban: **Edu, Mariana, Cris y Pau**, y jamás habría viajado con la misma seguridad si ellos no me esperaban en el aeropuerto. Un café, un concierto, un abrazo o The Walking Dead, ellos siempre estuvieron ahí. Muchas gracias.

Me tomo el lujo de dejar al final a mis amigos de toda la vida, porque son eso, amigos que siempre van a estar, los ponga donde los ponga. Quiero agradecerles a ellos, a *La Vagancia*, amigos con los que nos llamamos hermanos desde los 15 años, a **Gogo, Tucán, Rodri, Chocón, Chino, Juan, Negro y Emi**. Gracias por no ser nada serios, por atrevidos, informales, irreverentes, ocurrentes, gastadores, por todas las que pasamos juntos, por mantenernos cerca sin importar cuanto viajó cada uno de nosotros, y sobre todo por hablarme de cualquier cosa menos de psicología. Gracias por eso.

Para terminar, un agradecimiento general (uno políticamente correcto, pero transparentemente honesto) a todos aquellos que colaboraron en este camino, a mis compañeros de doctorado, a los de maestría, a los usuarios del servicio de terapia familiar de la escuela sistémica en Barcelona, a todos los docentes que tuve y que me siguen enseñando, a los que me acompañaron con un mensaje o compartiendo un archivo. Muchísimas gracias a todos.



Resumen

Modalidades de desconfirmación en familias de transacción psicótica

Introducción: La desconfirmación es una de las variables centrales para la comprensión de los trastornos psicóticos desde una perspectiva relacional. Este concepto forma parte de la historia del modelo sistémico y ha sido utilizado por múltiples autores para arrojar luz sobre las dimensiones familiares que convergen para dar lugar a los procesos psicóticos. Aunque resulta conceptualmente claro, existen dificultades para identificarlo y ejemplificarlo, más aún de reconocer patrones recurrentes de desconfirmación. Es decir, ningún autor menciona los modos frecuentes en los que podría expresarse la desconfirmación.

Objetivo: Nuestro principal objetivo es analizar la primera sesión registrada de terapia sistémica de familias con un miembro psicótico para identificar las diferentes modalidades de desconfirmación y agruparlas en base a sus recurrencias estableciendo patrones comunicacionales.

Metodología: Se estudio la primera sesión grabada de 20 familias con un miembro psicótico que formen parte del servicio de asistencia de la Escola de Terapia Familiar Sant Pau. El trabajo cuenta con un diseño no experimental y transversal, ya que se describen incidencia en un tiempo único. Una vez analizadas las sesiones se detectaron, bajo una revisión constante, diferentes secuencias relacionales que responden a las teorizaciones sobre desconfirmaciones, según tres teorías sistémicas sobre la psicosis: *Teoría del Doble Vínculo*, *Teoría de los Juegos Psicóticos*, *Teoría de las Relaciones Básicas*. Las secuencias identificadas

se convierten en unidades de análisis, y bajo el método *Análisis Temático*, se codifican dichas unidades buscando patrones coherentes y significativos. Estos patrones son bautizados con un nombre representativo que identifique el contenido de sus unidades de análisis.

Resultados: Del análisis emergieron cuatro temas principales que engloban y describen las diferentes maneras en que la desconfirmación se expresa en las familias estudiadas. Estos temas constituyen nuestras modalidades de desconfirmación, y a su vez estas se encuentran compuestas por diferentes categorías que guardan un hilo coherente entre ellas y en su conjunto. A saber: *1. Desconfirmación Menor, 2. Desconfirmación Mayor, 3. Desconfirmación por Pérdida, 4. Autodesconfirmación.*

Discusión: Los resultados obtenidos reflejan su coherencia con los postulados de las teorías que componen el marco teórico y con diversas investigaciones sobre las variables relacionales en el trastorno psicótico. Cada investigación muestra las diferentes dificultades de los Pacientes Identificados para poder desarrollarse en su contexto familiar, ya sea por situaciones de desconexión, aislamiento, reclusión, o por situaciones de bloqueo sobre su individualidad e independencia. Son evidentes los contextos de incongruencia comunicacional e indefinición relacional. Estas situaciones estudiadas por los investigadores son análogas a la desconfirmación y a nuestra propuesta de modalidades. Realizamos un aporte en la dimensión relacional la psicosis al conocer las modalidades de la desconfirmación, con ellos se evidencian sus elementos pragmáticos y nos permite pensar estrategias para desarticularlos.

Índice

1. Introducción	21
1.1. Motivación personal, justificación y contribuciones	21
1.2. Estructura de la tesis doctoral	27
2. Marco teórico	29
2.1. Conceptualizaciones sobre la psicosis	29
2.2. Sobre la Desconfirmación.....	34
2.2.1. Los orígenes del concepto.....	35
2.2.2. Conceptos análogos a la Desconfirmación	38
2.2.3. Desconfirmación según Watzlawick.....	45
2.2.4. Descalificación y Desconfirmación	50
2.3. Aspectos fundamentales del Modelo Sistémico	53
2.3.1. El contexto de las primeras nociones sistémicas.....	54
2.3.2. Etapa Pre-sistémica	56
2.3.3. Bases epistemológicas.....	57
2.3.3.1. Cibernética	58
2.3.3.2. Teoría General de los Sistemas.....	65
2.3.3.3. Teoría de la Comunicación Humana.....	68
2.4. Tres modelos sistémicos sobre psicosis	74
2.4.1. Teoría del Doble Vínculo.....	75
2.4.1.1. Condiciones para el Doble Vínculo	76
2.4.1.2. Consecuencias del Doble Vínculo	77
2.4.1.3. Doble Vínculo y Teoría de la Comunicación Humana.....	79

2.4.2. Teoría de los juegos familiares	79
2.4.2.1. Etapa Comunicacionista.....	80
2.4.2.2. Juego Trigeneracional	82
2.4.2.3. Etapa Estructural	86
2.4.2.4. Los juegos sucios	89
2.4.2.4.1. Embrollo	91
2.4.2.4.2. Instigación	92
2.4.2.5. Seis estadios del proceso psicótico	94
2.4.3. Teoría de las Relaciones Básicas	96
2.4.3.1. Nutrición relacional.....	97
2.4.3.2. La personalidad	99
2.4.3.3. Identidad y Narrativa	100
2.4.3.4. Sistema relacional de pertenencia	101
2.4.3.5. Relaciones Básicas y Trastorno Psicótico.....	102
2.4.3.6. La psicosis como trastorno de la personalidad.....	104
3. Metodología.....	107
3.1. Objetivo general.....	107
3.2. Objetivos específicos	108
3.3. Diseño	108
3.4. Método de análisis	111
3.5. Participantes	113
3.6. Procedimiento	118
3.7. Confiabilidad en el análisis de los datos cualitativos.....	120

4. Resultados	123
4.1. Descripción de las unidades de análisis	125
4.2. Modalidades de Desconfirmación.....	127
Desconfirmación Menor.....	128
Desconfirmación Mayor.....	136
Desconfirmación por Perdida.....	141
Autodesconfirmación	143
5. Discusión.....	149
5.1. Investigaciones basadas en estudios sistémicos de la psicosis	151
5.2. Investigaciones basadas en el estudio de la desconfirmación.....	158
5.3. Investigaciones basadas en variables análogas a la desconfirmación.....	164
5.4. Pragmática de la Desconfirmación	172
6. Conclusiones.....	179
7. Referencias	183
Apendices	
Apéndice A: Unidades de análisis registradas.....	217
Apéndice B: Unidades de análisis clasificadas.....	241
Apéndice C: Solicitud de consulta en terapia familiar	269

Índice de tablas y figuras

TABLAS

Tabla 1	Las escuelas y los autores	74
Tabla 2	Información adicionales de los participantes.....	117
Tabla 3	Densidad y tipo de desconfirmación.....	125
Tabla 4	Pragmática de la Desconfirmación III	175

FIGURAS

Figura 1	Grupos sintomáticos del espectro esquizofrénico.....	33
Figura 2	Orden cronológico de conceptos	45
Figura 3	Alteraciones de la nutrición relacional	97
Figura 4	Cuadrantes de la Parentalidad y Conyugalidad	98
Figura 5	Componentes de los sistemas de pertenencia	102
Figura 6	Sistemas de pertenencia en familias de transacción psicótica.....	106
Figura 7	Modalidades de desconfirmación	127
Figura 8	Categorías de Desconfirmación Menor	128
Figura 9	Categorías de Desconfirmación Mayor	136
Figura 10	Categorías de Desconfirmación por Pérdida	141
Figura 11	Categorías de Autodesconfirmación.....	143
Figura 12	Pragmática de la Desconfirmación I.....	173
Figura 13	Pragmática de la Desconfirmación II	174
Figura 14	Pragmática de la Desconfirmación IV	176

1. Introducción

1.1. Motivación personal, justificación y contribuciones

Cuando realizamos un acercamiento a la literatura sobre psicosis observamos que, desde los escenarios científicos hasta las publicaciones en periódicos y revistas populares, se realizan denuncias y descargos sobre la crisis que atraviesa la psiquiatría en general y en específico las dificultades e insuficiencias que esta atraviesa en sus propuestas de abordaje sobre la psicosis. Estas últimas consisten, principalmente, en un enfoque biológico con énfasis en lo farmacológico (Guimón, 2006; Fernández, Gómez, Hornero & López-Ibor, 2013; Whitaker, 2016; Seikkula, 2016, Sotolongo García, Menéndez, Valdés Mier, Campos Zamora & Turró Mármol, 2004).

Nuestra preocupación cobra mayor fuerza e interés si tenemos en cuenta que el estudio de la psicosis ha perdido protagonismo en las ciencias sociales y los esfuerzos de la salud mental se han focalizado en otras psicopatologías y problemáticas sociales. Esto en sí mismo no debería ser un problema, pues es esperable que los focos de atención varíen con el paso del tiempo, pero podría constituir una dificultad si la variación de focos implica una merma de recursos e investigaciones, en este caso, en la psicosis como un trastorno mental grave.

Pese a que los tratamientos actuales para la psicosis no son los más completos y eficaces si son superiores a los que se aplicaban hasta algunas décadas atrás gracias a los movimientos antipsiquiátricos iniciados y liderados por Laing, Cooper y Basaglia (Ceberio & Linares, 2000; Galván García, 2009) y replicados en otras partes del mundo.

Esto no significa que el problema y la incógnita que es la psicosis se ha resuelto, sino que se ha disimulado y secundarizado. En la actualidad los pacientes psicóticos

1. Introducción

reciben tratamientos mucho más humanos, aunque las medicaciones no son exactas, son más específicas, el encierro ya no es considerado como la única medida posible de tratamiento, y la sedación y aislamiento ya no es el destino obligado ni único con el que cuentan los pacientes¹ y sus familias (Ceberio, 2010; Vásquez Rocca, 2011).

Pese a la mejoría en el tratamiento y la comprensión científica y social que ha tenido la psicosis aún continúan vigentes de estudio temas y áreas de trabajo para comprender el trastorno mental, tal vez la principal sea conseguir una etiología clara sobre esta psicopatología (Gejman & Sanders, 2012; Obiols & Vicens-Vilanova, 2003).

Pareciera ser que los esfuerzos de la medicina, y sus ramas específicas, por arrojar luz sobre la etiología de la psicosis refuerzan la distancia entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas. Es decir que las ciencias biológicas dan cuenta de sus avances a través de profundizar el conocimiento de los aspectos genéticos de la psicosis, dejando la idea implícita que este es la única dimensión válida y pasible de investigación (Hippius & Müller-Spahn, 1987; Restrepo, Rodríguez & Cardeño, 2010; Aguilar-Valles, 2011).

No estamos en desacuerdo con la rama genética y biologicista sobre el estudio de la psicosis, incluso celebramos cualquier avance que mejore el entendimiento y tratamiento del trastorno. Pero consideramos que permanecer solamente en esta área y pensarla como la más importante, produce una óptica sesgada e insuficiente sobre el problema.

Otra de las dificultades con las que convive el estudio de la psicosis es la cantidad de mitos que se han construido alrededor del trastorno y que se sostienen hasta la actualidad en el imaginario popular (Pozueco, Moreno, García, & Blázquez, 2015). El término *psicosis* es la denominación más técnica, y posiblemente la más humana, que podemos encontrar hoy y, aunque esto se trate de un avance, jamás el término se ha separado de la palabra *locura* (Maclean, 2016). En los últimos años han sido mucho los

científicos que abogan por traer esclarecimiento al respecto y conseguir una distinción entre psicosis y locura, tal vez Foucault (1997) el más popular entre ellos.

Los psicóticos, o los locos para el saber popular, resultan constantemente considerados como violentos, peligrosos, impredecibles e irrecuperables. Pese a que algunos medios de comunicación realizan publicaciones para cambiar esta situación (Tuchin, 2017), las producciones cinematográficas, las series de televisión populares, y la prensa sensacionalista, continúan haciendo usufructo de esta sobredimensión.

Frente a este panorama nuestro interés está en sumar esfuerzos y producir información novedosa sobre la psicosis desde nuestra disciplina científica. Buscamos aportar datos desde las ciencias sociales para ampliar su conocimiento, y en un futuro que puedan conectarse con los avances biológicos y genéticos que se hagan sobre el trastorno.

A través del modelo sistémico nos proponemos otorgar una cuota más de sentido a la gran incógnita que puede ser la psicosis a través de un estudio relacional sobre las interacciones familiares de pacientes con trastorno psicótico.

Reconocemos que nuestro planteo no es novedoso, de hecho, dentro de la historia de la terapia familiar el estudio de la psicosis ha sido central y un claro motor para el avance del modelo sistémico. No somos los primeros en mostrar interés en este foco de trabajo, pero creemos que nuestros objetivos dentro de esta área si son novedosos y dignos de interés científico.

Personalmente, desde mis primeros acercamientos al modelo sistémico siempre he estudiado y reconocido al trastorno psicótico como parte inicial de la historia de la terapia familiar pero mi consideración e interés al respecto era meramente conceptual. Tal vez porque en mis primeros trabajos no me he topado con este tipo de pacientes, sin embargo, esta situación cambió radicalmente hace unos años.

1. Introducción

En los inicios del año 2015, por medio de la ESA y gracias a sus directores (Dr. Ceberio y Dr. Serebrinsky) tomé contacto directo con la ETFSP. Durante un período de tres meses realicé mi pasantía y entrenamiento clínico en su institución y me encontraba muy próximo al trabajo de su fundador y director, el Dr. Juan Luis Linares.

En ese contexto tuve mi primer acercamiento clínico con el trastorno psicótico viendo trabajar al Dr. Linares y su equipo en terapia familiar con estos pacientes, lo que motivó mi interés por el estudio de esta psicopatología. Cuando comencé a dedicarme al estudio de este trastorno mental surgió la desconfirmación como un concepto central del modelo sistémico para su entendimiento.

En la ETFSP los alumnos podíamos observar el tratamiento que recibían los pacientes psicóticos, el cual estaba basado en el modelo de destriangulación y reconfirmación (Linares, 1996, 2012). Los resultados eran notables y los pacientes conseguían una recuperación que era gratamente valorada por sus familias.

Fue en este contexto donde tuve mi primer acercamiento con estas familias y fueron mis propios mitos los que se derribaron, allí me pude adentrar en una relación cercana con los pacientes, sus familias, y con los tratamientos que se aplicaban.

La nueva relación que existía entre el trastorno mental y las familias que lo padecían me permitió plantear una serie de preguntas sobre lo que ocurría en las sesiones, y en especial, detectar la multiplicidad de ejemplos y diferentes maneras de expresarse que tenía la desconfirmación. Oía a los terapeutas decir: “Esto es desconfirmación”, “Aquella escena de abandono también es una historia desconfirmada”, “El padre desconfirma el lugar de su hijo”, “Esta familia desconfirma a su hijo cada vez que se hace oír”.

Los terapeutas indicaban diversas situaciones como desconfirmadoras, coincidían entre ellos, no había grandes debates para determinar una situación como

desconfirmadora, y sin embargo ante mis ojos era realmente difícil encontrar un punto en común claramente visible entre todos sus ejemplos, aunque todos los ejemplos eran coherentes y respetaban la epistemología sistémica. Este fenómeno comunicacional es protagonista en las teorizaciones sistémicas que buscaban dar claridad y descripción sobre las familias psicóticas (Laing, 1974; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1985; Linares, 1996; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1990)

Aquella dificultad para encontrar puntos en común que tenía al observar las sesiones en la retrocámara también ocurría en la lectura de la bibliografía, allí también era difícil encontrar una comunión entre los ejemplos que los escritores ofrecen sobre la desconfirmación.

Aunque conceptualmente la desconfirmación es clara, en el entrecruzamiento con la praxis observamos la cantidad de formas que puede tomar este fenómeno relacional. Encontramos ejemplos que concuerdan con la teoría pero que a la vez parecieran ser opuestos, incluso el lector podría creer que se contradicen entre ellos si se tiene una mirada superficial sobre las secuencias relacionales que se describen, y esto resulta ser una dificultad extra para la comprensión del trastorno psicótico desde una perspectiva relacional. La desconfirmación se erigía como un concepto complejo, casi escurridizo, con claridad teórica pero que pareciera carente de patrones recursivos observables en la práctica.

Esta situación nos ha producido una serie de preguntas: *¿Cuáles son las diferentes maneras de desconfirmar que puede operar una familia?, En caso de conocerlas ¿Es posible agruparlas en diferentes categorías?, ¿Cuáles son los caminos que puede tomar la desconfirmación?, ¿Cuál es la reacción del paciente psicótico cuando se encuentra envuelto en una escena desconfirmadora?, ¿Todos los miembros de la familia actúan de la misma manera cuando la desconfirmación ocurre?*

1. Introducción

Al plantearnos estas preguntas y sumergirnos profundamente en el estudio de la desconfirmación, hemos observado que esta variable ha sido tratada como un concepto cerrado y totalizador. Es decir, no existen investigaciones que tengan como objetivo conocer las diferentes modalidades que puede tomar la desconfirmación, y/o cuales son los comportamientos de todos los miembros cuando esto ocurre, entre otras posibilidades de estudio.

Para poder realizar nuestro aporte científico nos ampararemos en tres teorías sistémicas sobre el trastorno psicótico, y haciendo uso de sus principios, buscaremos profundizar en algunos aspectos que no han sido abordados con anterioridad.

Buscamos ampliar y progresar en el conocimiento respecto al punto relacional-familiar en los trastornos psicóticos. Puntualmente nuestro objetivo principal será conocer las diferentes modalidades de desconfirmación en familias con un miembro psicótico a través de videgrabaciones de la primera sesión de terapia familiar sistémica.

La intención detrás de la investigación es otorgar información novedosa que permita la construcción de herramientas puntuales de intervención, y una mejora en los tratamientos terapéuticos que puedan recibir las familias con trastorno psicótico.

En síntesis, esta tesis doctoral tiene el objetivo de analizar la primera sesión de terapia atendida por el área de trabajo con familias en transacción psicótica. Se trabajará con la primera sesión que se encuentre disponible en el arca de datos de la Escola Sant Pau. A través del estudio de casos, y con un enfoque cualitativo, se detectarán las escenas desconfirmadoras que ocurran durante la sesión con el propósito de identificar recurrencias que formen patrones comunicacionales, y a su vez, den forma a diferentes categorías, que agrupadas nos permitan identificar diferentes modalidades de desconfirmación.

1.2. Estructura de la tesis doctoral

Además del presente capítulo (*1. Introducción*) los lectores encontrarán que esta tesis doctoral cuenta con seis capítulos más.

El capítulo 2, *Marco teórico*, recopila los postulados teóricos principales sobre los que se basa esta investigación. Se encuentra dividido en cuatro segmentos principales: *2.1. Conceptualizaciones sobre la psicosis*, *2.2. Sobre la Desconfirmación*, *2.3. Aspectos fundamentales del Modelo Sistémico*, *2.4. Tres modelos sistémicos sobre psicosis*. El orden en que se presentan los contenidos es intencional, se exhiben en orden de especificidad sobre el tema que versa la investigación, yendo de los aspectos y conceptualizaciones generales de la psicosis hasta el modo particular en que se aborda la psicopatología en algunas propuestas teóricas del modelo sistémico.

En el capítulo 3 sobre *Metodología* se encuentran las especificaciones sobre la población con la que se ha trabajado, los objetivos que se persiguen, así como los procedimientos y la rigurosidad de los métodos con los que se ha trabajado.

Los capítulos 4 (*Resultados*), 5 (*Discusión*) y 6 (*Conclusiones*) constituyen el desarrollo de la investigación. En el capítulo 4 se encuentran los hallazgos obtenidos una vez aplicado el método elegido. En el capítulo 5 se conectan los resultados del capítulo 4 con las preguntas de investigación que guiaron el trabajo y con estudios previos que manejen temáticas afines. En el capítulo 6 se encuentran las conclusiones a las que hemos arribado, que a su vez se encuentran basadas en los objetivos de la investigación.

Por último, además del capítulo 7 (*Referencias*), se encuentran 3 apéndices al final del trabajo. En el primero de ellos (A) se encuentran las unidades de análisis recolectadas a través de las videgrabaciones. Las mismas no están clasificadas y se agrupan bajo el número de caso en el que fueron detectadas. El apéndice B inicia exhibiendo la Figura 7 (la cual contiene las modalidades de desconfirmación) para facilitar la lectura. En dicho

1. Introducción

apéndice se encuentran las unidades de análisis clasificadas según la modalidad de desconfirmación a la cual pertenecen. Por último, en el Apéndice C el lector encontrará la hoja de solicitud de terapia familiar que las familias completan para la Escòla Sant Pau y a las que hemos consultado para seleccionar a nuestros participantes.

2. Marco teórico

2.1. Conceptualizaciones sobre la psicosis

No haremos un desarrollo extenso y detallado sobre todos los elementos y consideración sobre la psicosis desde la perspectiva psiquiátrica, así como tampoco nos remitiremos a la farmacología, sino que expondremos los aspectos más relevantes de la psicosis que se encuentran en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5º Ed.* (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014), más conocido como DSM-V.

Independientemente de los modelos de trabajo, la política imperante, o los intereses de investigación, el hoy llamado Trastorno del espectro de la Esquizofrenia (popularmente conocido como psicosis) ha sido el fenómeno mental que cautivó a cientos de investigadores e instituciones a lo largo de la historia de la humanidad.

La preocupación sobre sus causas, su evolución y sus síntomas se remontan hasta la Teoría de los Humores en la antigua Grecia donde comenzaron las primeras explicaciones sobre los fenómenos mentales y comportamentales (Ivanovic-Zuvic, 2004; Mezzich, 2010). Tiempo después la Edad Media y su Teocentrismo también ha dejado huellas en las consideraciones sobre la psicosis, principalmente al asociarla a posesiones demoníacas e imprimir el juicio moralista de ver como pecadores y transgresores insalvable a las personas que lo padecían, lo que acentuaba la dicotomía de la razón versus la locura.

Se entendía la locura como la manifestación en el hombre de oscuros elementos, sombríos desordenes y constante caos (características demoníacas), lo que se oponía diametralmente a los valores de la razón y el espíritu que defendía la iglesia, que intentaba

2. Marco Teórico

mostrarse como el mayor representante del orden y la luminosidad. Con el tiempo la locura no sólo era un signo de la presencia de fuerzas subterráneas a las que combatir, sino que representaba al hombre y sus debilidades, como una expresión de falta y defecto.

En los tiempos actuales el término *locura* continúa circulando en la salud mental, aunque no con el mismo peso acusatorio, sino más bien a modo poético y barrocamente, al punto de ser una expresión frecuente que hace referencia al mundo del arte, la creatividad, el atrevimiento y la excentricidad. Más utilizada en letras musicales que en congresos profesionales, por ejemplo, en el clamado tango de Ferrer y Piazzola (1968) *Balada para un loco*.

Para finales de la Edad Media, y siguiendo las políticas utilizadas con los leprosos, la exclusión y el aislamiento se vuelven las medidas de tratamiento para los pobres, los vagabundos y *las cabezas alienadas*, y entre estos últimos los hoy conocidos como psicóticos por supuesto. Aunque ha existido un pasaje de la nave de los locos (embarcarlos en un navío con un destino errante) al hospital de locos (encerrarlos en un edificio para no perturbar a la sociedad) la lógica segregacionista se mantenía, no con intenciones de curación, sino más bien como política preventiva de la mendicidad y desorden (Foucault, 1997; Ceberio & Linares, 2000; De Rivera, 1998, Guerrero & León, 2008).

Con el Renacimiento los discursos morales de la iglesia sobre esta enfermedad mental se sostienen, aunque con menor fuerza, y aparecen discursos políticos sobre el trabajo, la utilidad y la productividad alrededor del alienado. El positivismo imperante y las ciencias biológicas antropocéntricas toman el protagonismo en los tratamientos de los alienados y la figura del médico se vuelve el eje central. Surgirá lentamente la psiquiatría y se irá definiendo como un área de la medicina encargada de las psicopatologías, siendo una especialidad que linda entre la espiritualidad/psique y la biología/cuerpo.

Sobre esta actualizada (y al mismo tiempo antigua) disputa se pronunciarán muchos profesionales de la época, pero la psiquiatría termina legitimándose como miembro de las ciencias médicas a partir de su concepción orgánica y biologicista. Surgen pensadores como Krepelin, con su concepto de *dementia precox*, Bleuler que sustituye el término de Krepelin por el de esquizofrenia y Jasper asentando las bases de la psicopatología moderna, entre muchos otros.

Sería imprudente de nuestra parte no mencionar el proceso antipsiquiátricos-desmanicomial (Laing, 1969, 1970; Cooper, 1971; Basaglia, 1972) y el auge de la farmacología como otros hitos históricos en el camino del conocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales en general que han modificado y aportado luz al respecto.

La intención de este brevísimo repaso es marcar el hecho que sin duda alguna el puntapié inicial y motor de esta historia llena de controversias, opiniones cruzadas, y cambios socio-políticos ha sido la psicosis, o como es conocida hoy de manera formal en el DSM-V: Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Como un intento de contener artificialmente la complejidad que encierra esta psicopatología utilizaremos el DSM-V para caracterizarlo.

Como primera medida se observa que, técnicamente, la psicosis no constituye un cuadro nosológico en sí mismo, sino más bien que se trata de una categoría diagnóstica que encierra diferentes formas de psicopatologías, siendo la esquizofrenia la más representativa de todas. Sin embargo, en la mayoría de las publicaciones, psicosis y esquizofrenia son utilizadas como sinónimos, y cuando se habla de psicosis, a menos que se haga una especificación, se sobreentiende que hace referencia a la esquizofrenia. Incluso el término psicosis remite a una categoría superior que encierra a la esquizofrenia y otros subtipos.

2. Marco Teórico

Al respecto el DSM-V ubica la esquizofrenia como término superior para la clasificación diagnóstica, señalando que existen trastornos psicóticos que no responden al espectro de la esquizofrenia y no se consideran como tal:

- Catatonia
- Trastorno Delirante
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastornos psicóticos inducidos por uso de sustancia
- Trastorno psicótico debido a otra afección médica

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia; otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonia) y síntomas negativos. (APA, 2014, p. 87)

Estos cinco dominios poseen a su vez diversos subtipos de síntomas que muestran el abanico posible de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Aunque los delirios y alucinaciones sean los síntomas emblemáticos de la psicosis, esta psicopatología no posee síntomas patognomónicos. La aparición del trastorno puede ser abrupto, aunque muchos síntomas inician de manera progresiva hasta tomar protagonismo y ser disruptivos. La edad frecuente de inicio oscila entre los 16 a 30 años,

con manifestaciones más tempranas en los varones que en las mujeres, estas últimas reciben este diagnóstico en menor medida en comparación de los varones.

ANOMALIAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA	
1. Delirios	<ul style="list-style-type: none"> • Persecutorios • Celotípicos • Referenciales • Grandeza • Erotomaniacos • Nihilistas • Somáticos
2. Alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sensoriales
3. Pensamiento desorganizado	<ul style="list-style-type: none"> • Descarrilamiento • Tangencialidad • Incoherencia
4. Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo	
<ul style="list-style-type: none"> • Catatónico • Mutismo • Estupor • Excitación catatónica 	
5. Síntomas negativos	
<ul style="list-style-type: none"> • Expresión emocional disminuida • Abulia • Alogia • Anhedonia • Asocialidad 	

Figura 1. Grupos sintomáticos del espectro esquizofrénico

El DSM-V ofrece una descripción y clasificación de los síntomas psicóticos indicando que estas son las principales áreas afectadas en las personas que lo padecen. Más allá de los matices posibles, la comunidad científica coincide en que la principal característica de los trastornos psicóticos es el grave deterioro del sujeto en la evaluación de la realidad (Cancrini, 2013; Cancrini, La Rosa & Miranda, 1996; Guízar Sánchez, Saracco Álvarez, & Fresán Orellana, 2012; Naparstek, Mazzoni & Arca, 2013; Ey & Bernard, 1984; Ey, 2009)

Pese a la clasificación sintomática ofrecida por el DSM-V, la clasificación más popular y conocida es diferenciar entre síntomas positivos (caracterizados por referir a producciones del paciente, principalmente delirios y alucinaciones) y síntomas negativos (caracterizados por indicar ausencia o disminución del funcionamiento del paciente).

Muchos manuales de psiquiatría y psicopatología no comparten la clasificación postulada por el DSM-V y existen disquisiciones sobre que trastornos podrían

2. Marco Teórico

considerarse psicóticos y cuáles no. Al respecto la ETFSP opta por incluir en su programa de trabajo con pacientes con psicosis a aquellos que presenten predominantemente delirios y alucinaciones que no estén explicados por uso de sustancia o por afección médica. Es decir, se trabaja con aquellos pacientes que presenten una sintomatología psicótica sostenida en el tiempo y que ofrezca la posibilidad de hacer lecturas relacionales que puedan explicar parte de su funcionamiento, como se sostiene en el sistema y todas aquellas lecturas posibles a nivel sistémico familiar. Nos hemos tomado el atrevimiento de denominar a este grupo como *psicosis aprendidas* con la finalidad de poder señalarlas.

2.2. Sobre la Desconfirmación

Como vimos en el segmento anterior las conceptualizaciones y representaciones alrededor de las psicosis han tenido, afortunadamente, modificaciones a favor de la humanización de los pacientes y la salud mental. Estos cambios, principalmente sociales, se corresponden y son coherentes con la gran revolución histórico-política ocasionada por la Antipsiquiatría. Este movimiento contracultural cuestionaba y buscaba rebatir los cánones establecidos sobre el tratamiento y la concepción de la salud mental hasta ese momento, principalmente positivista y biologicista (López-Ibor & López-Ibor, 2013).

Gran parte de la popularidad e impacto social que adquirió el movimiento antipsiquiátrico se debe a Franco Basaglia por su adherencia a este movimiento y por llevar a cabo la lucha por el cambio principalmente a un nivel institucional-manicomial. Su trabajo fue lo suficientemente intenso y revolucionario como para trascender las paredes de los manicomios y popularizar el debate sobre el cambio en la salud mental hasta alcanzar decisiones a nivel ministerial-nacional en Italia, y luego como réplica, a muchos otros países que se adhirieron.

El plano ideológico de este movimiento socio-político se les atribuye principalmente a dos psicoanalistas ingleses: Laing y Cooper (Covini, Fiocchi, Pasquino & Selvini, 1987).

2.2.1. Los orígenes del concepto.

Nuestro interés reposa principalmente en Laing y su obra. De todas sus producciones y aportes a la salud mental nos enfocaremos en su trabajo sobre el entendimiento del paciente psicótico y su familia, y especialmente en sus escritos sobre la desconfirmación. Se le atribuye a Laing el haber caracterizado y entrelazado el concepto de desconfirmación con la esquizofrenia para la comprensión del trastorno psicótico y su construcción.

La publicación original en la que esboza esta unión conceptual aparece por primera vez en el año 1961, y en su versión castellana en el año 1974. Para Laing la confirmación y la desconfirmación son variables existentes e ineludibles en los entramados relacionales, sólo que la primera tiene una presencia *per se* en la vida humana, siendo la variable por defecto en las interacciones sociales, en palabras del autor:

Cualquier interacción humana implica alguna medida de confirmación, en último caso de los cuerpos físicos de los participantes y hasta cuando alguien mata a otro. El más leve signo de que otro nos reconoce confirma por lo menos nuestra presencia en su mundo (Laing, 1974, p. 94).

Según el autor, aunque la confirmación sea propia de la vida social de los seres humanos, si la desconfirmación resulta ser una variable frecuente y estable en la vida de una persona se produce una desintegración existencial, por lo que precipita la construcción del trastorno psicótico (Simon, Stierlin & Wynne, 1988).

2. Marco Teórico

Explica Laing (1960; 1964) que la mayoría de los hombres construyen su vida alrededor de verdades/afirmaciones que no suelen caer en cuestionamientos, elementos como su nombre, su familia de origen, su percepción sensorial, entre otros elementos básicos. Pero existe otro grupo de personas que no se fían de sus percepciones ni de los elementos básicos de su modo de experimentarse a sí mismos y a los otros por la insuficiencia de confirmaciones. Este es el caso de los esquizofrénicos, quienes no cuentan con un sentido común y corriente de unidad y propia delimitación, donde no necesariamente se siente el actor de sus acciones, e incluso puede considerarse un “algo” en lugar de un “alguien”. Frente al debate humano entre el ser y el no-ser, el esquizofrénico experimenta lo segundo, lo que se traduce en una inseguridad ontológica.

Para Laing la confirmación y desconfirmación reposan actúan a un nivel existencial, sobre lo que un sujeto recibe por parte de otro(s), y ambas variables pueden aparecer de manera total o parcial. Este último punto es de especial interés para nosotros ya que el autor da a entender que existen muchos caminos y graduaciones posibles para estas variables.

Del desarrollo de Laing resaltamos dos aspectos particularmente importantes para los fines de nuestra investigación:

- Se evidencia el peso que el autor otorga a los escenarios relacionales, indicándolos como el espacio sobre el que se definen y sostienen la confirmación y la desconfirmación.
- Se elabora un concepto de raíz psicoanalítica-existencial considerando una perspectiva interaccional, sin generar contradicciones con el enfoque intrapsíquico individual, el cual se apega mucho más a la tradición del modelo psicodinámico, especialmente preponderante en los años 60.

Respetando estos dos puntos, Laing avanza en el desarrollo de la desconfirmación, dejando en claro la complejidad de este concepto. Confirmación y Desconfirmación son explicadas como dos caras de la misma moneda, pares contrapuestos que definen los actos y secuencias de interacción, donde las variaciones posibles que pueden tener son muy amplias, dado que la confirmación puede variar en intensidad, extensión, cualidad y cantidad. (Laing, 1960; 1961; 1964).

Sobre la desconfirmación la complejidad no merma, aunque notamos una diferencia, debido a que Laing indica algunos caminos posibles para expresar la confirmación, la cual puede ser visual, táctil o auditiva. Pero sobre la desconfirmación no indica nada, sólo menciona que existen diferentes niveles posibles, indicando que sobre el mismo acto pueden converger aspectos de confirmación y de desconfirmación.

Leyendo la obra de Laing se observa el interés del autor por dejar en claro la característica dinámica de la desconfirmación, marcando intensamente que no se trata de un concepto totalizador y de fácil entendimiento, por ejemplo, frente a un mismo evento es posible confirmar una acción en un nivel y desconfirmarla en otro. En términos comunicacionales esta explicación nos remite, inevitablemente, a relacionarla con los desarrollos sobre el Doble Vínculo y la contradicción de mensajes entre niveles (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956)

Las necesidades de confirmación pueden variar según el momento del ciclo vital de la persona, y no sólo eso, sino que algunas áreas de la persona pueden requerir más confirmación que otras, dependiendo del cruce de características personales, el contexto y las situaciones vitales que se atraviesen. Explica Laing (1974):

En ocasiones no conseguimos reconocer como agente a una persona. La atribución a los seres humanos de la autoría de sus actos es un modo de distinguir a las personas de las cosas a las que agentes externos hacen mover. Este atributo de que

2. Marco Teórico

se es humano, por lo que podemos alcanzar la convicción de que somos agentes por derecho propio, no les es confirmado a algunos niños por parte de sus figuras significativas originales. Es esclarecedor equiparar las observaciones hechas sobre la forma en que los padres tratan al niño con los “delirios” que presenta el niño, o el adulto, psicótico (p. 97).

Aunque no entra en detalles, ni explicita cómo, Laing menciona que la desconfirmación puede expresarse de algunos modos que sean más destructivos que otros, y esto puede variar según el grado de impacto que una persona tenga por sobre otra, y/o dependiendo también del cruce de características personales y contextuales en que la situación se dé. Independientemente del grado posible de destrucción, estas situaciones interaccionales (desconfirmadoras) pueden considerarse como esquizógenas.

2.2.2. Conceptos análogos a la Desconfirmación.

Este enfoque de trabajo de Laing fue replicado y expandido por otros investigadores e instituciones de la época, todos ellos enfocados en conocer el modo de construcción del ser en sociedad, entendiendo que los pacientes psicóticos y sus síntomas son los resultados de modelos de interacción donde no ha sido posible la construcción del self diferenciado e individual, o en su defecto se ha bloqueado.

Muchos investigadores se adentraron en conocer la ontogénesis de la confirmación y, por sus efectos patológicos, en especial la desconfirmación (o en su defecto constructos análogos y derivados). Esta última variable no es sencilla de evidenciar, pero es posible estudiarla objetivamente, especialmente en los escenarios de interacción familiar (Laing, 1969; 1982).

Si nos remitimos al contexto académico de los años 60 encontramos que Laing no fue el único psicoanalista que trabajó sobre la desconfirmación entendiéndola como una

variable esquizógena. Un pensador contemporáneo a él, con quien coincidieron en el cruce de ideas, fue Lyman Wynne, quien también se interesó en el estudio de la familia del psicótico.

En la actualidad, se han estudiado numerosas familias en cuyo seno hay escasa confirmación genuina de padre a padre, así como del hijo por parte de cada uno de ellos, separada o conjuntamente (...). Se encuentran interacciones caracterizadas por una pseudoconfirmación (Laing, 1974, p. 96).

Aquí encontramos un punto claro de conexión entre estos dos autores, mientras que Laing ha abocado gran parte de su obra a las teorizaciones y estudios de la desconfirmación, Wynne se ha dedicado a caracterizar y estudiar la pseudomutualidad en familias psicóticas y ambas variables de estudio resultan afines y complementarias.

Laing (1974) menciona en su trabajo la pseudoconfirmación, haciendo referencia explícita a Wynne, definiéndola como actos que se hacen pasar por confirmadores, pero en realidad no lo son, resultando ser falsificaciones, simulaciones, fingimientos y apariencias de confirmación. Se erige así este constructo como un híbrido conceptual entre las formulaciones de los dos autores.

Algunos años antes de la formulación de Laing, se publicó el trabajo de Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch (1958), donde desarrollan el concepto de pseudomutualidad y su influencia en la construcción de las psicosis. Los trabajos y literatura sobre esta variable señalan a Wynne como el principal responsable y autor de la misma.

Para comprender el concepto de pseudomutualidad es necesario (e inevitable) remitirse a la elaboración teóricas que han servido como antecedentes para su construcción, a saber: los trabajos del filósofo Hegel y el psiquiatra inglés Stierlin.

El concepto de pseudomutualidad se desprende del de mutualidad, el cual le corresponde a Stierlin que se basó en las elaboraciones teóricas de Hegel sobre el lugar

2. Marco Teórico

del diálogo e intercambio como precepto existencial. Este filósofo ha influido en múltiples áreas del pensamiento humano y ha inspirado a reconocidos autores en la construcción de sus emblemáticas obras, tales como Lacan, Sartre, Heidegger, Derrida, entre otros. Su impacto académico ha sido lo suficientemente fuerte como para influir en la construcción de modelos y conceptos en psicología, especialmente alrededor de los años 50 (Caballero Muñoz, 2001).

En la obra fenomenológica-existencial de Hegel (1807) se resalta el carácter de reciprocidad necesario en la comunicación humana para la construcción del espíritu. La relación humana tiene una tendencia al reconocimiento mutuo de los interactuantes, donde además se necesita constantemente de un otro para poder legitimar e identificarse a uno mismo. Para Hegel el proceso de individuación de los sujetos no ocurre en soledad y asilamiento, sino que se requiere de una conexión e intercambio fluctuante. La intención es conseguir una individuación conexas donde exista una demarcación recíproca de límites.

Los postulados de Hegel son entendidos por Stierlin (1969) como un proceso de diálogo diádico con una constante retroalimentación entre las partes que interactúan. A este proceso Stierlin (1970; 1976) lo denominó como: Mutualidad. La cual tiene dos versiones posibles, una negativa y una positiva.

La mutualidad negativa consiste en un modo relacional caracterizado por la falta de movimiento en los discursos de los participantes, que se desvalorizan mutuamente y de manera constante. En la mutualidad positiva la historia es inversamente contraria, pues es un modo relacional que responde más al intercambio dialógico entre las partes para la armoniosa construcción de la individualidad, lo que propone Hegel.

Wynne et al. (1958) coinciden con los postulados de Stierlin sobre el concepto de mutualidad positiva y su importancia, y partiendo de esta concepción construyeron una

teoría de la relacionalidad Los autores plantean que las personas se debaten constantemente en un dilema, ya que para la construcción de su self deben encontrar un balance prudente entre alcanzar un nivel de relacionalidad que les permita la vida en sociedad y construir un sentido de identidad personal diferenciada.

El concepto de mutualidad positiva opera, según los autores, como un punto intermedio de este dilema y como una tentativa de solución, pues en una mutualidad genuina la necesidad social y la de individualidad se sostienen mutuamente en una influencia recíproca entre individuo y sociedad. Pero si la mutualidad no es genuina (negativa), acontece la pseudomutualidad.

Wynne (1961, 1970, 1978a, 1978b, 1984) explica que la pseudomutualidad es el conjunto de soluciones fracasadas al problema humano de lograr relacionalidad e identidad de manera simultánea y armoniosa. En este escenario problemático el equilibrio entre estos dos aspectos no es posible, pues la persona se encuentra con situaciones vitales donde sólo puede sostener una relacionalidad a expensas de la individualidad (identidad) y viceversa. Estas situaciones dicotómicas y mal resueltas son frecuentes en las historias familiares de pacientes psicóticos, principalmente esquizofrénicos.

La conexión entre el trabajo de Wynne y Laing no finaliza allí, sino que existe un segundo concepto desarrollado por Laing que lo demuestra: Mistificación. De hecho, Laing es reconocido principalmente en la Terapia Familiar (sistémica y no sistémica) por sus desarrollos sobre mistificación antes que sus trabajos sobre confirmación/desconfirmación, pese a que ambas teorizaciones buscan arrojar luz sobre las relaciones familiares de pacientes psicóticos (Bertrando & Toffanetti, 2000, 2004; Pereira Tercero, 1994; Martorell, 1999).

Laing (1965) observó que la rigidez era una característica típica y frecuente de las familias psicóticas, y que la mistificación resultaba ser una de las medidas de control

2. Marco Teórico

aplicada por los progenitores que les permitía sostenerse así. Cuando estas familias se encontraban frente a un acontecimiento, interno o externo, determinaban y manipulaban cual debía ser la percepción de la realidad de los miembros hasta ajustarla a su conveniencia (principalmente la de los progenitores), de esta manera sostenían su equilibrio

La intención de este movimiento es eludir la responsabilidad y evitar a toda costa un conflicto, incluso a expensas de la realidad percibida por alguno de los miembros, si es que no fuera a condecir con lo que la familia espera. Para ello la mistificación se efectúa forzando la realidad unilateralmente, puntuando tendenciosamente la secuencia de hechos y negando toda percepción que contradiga la de los progenitores, como consecuencia, esto crea confusión, dudas e inseguridad sobre lo que realmente está pasando.

La mistificación oculta o niega algún aspecto de la realidad evidente, ya sea algo que está pasando, algo que se hace, o algo que una persona siente, percibe, e incluso sobre el modo de ser de una persona (Laing, Phillipson & Lee, 1966; Bartlett, 1976; Holte, 1976; Howells, 1978; Thompson, 1996; Keen, 1999; Martorell, 2011).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) explican la mistificación a través de un ejemplo: Cuando un niño percibe enojo y hostilidad por parte de sus padres, no importa que tan evidentes y palpables sean sus percepciones/sensaciones, ya que estos últimos negarán la situación, desestimarán las construcciones del hijo e insistirán en que él haga lo mismo. Esto pone al niño en una bifurcación entre lo que captan sus sentidos y los mandatos que impone su familia, de elegir los primeros mantiene un firme contacto con la realidad y consigo mismo, pero entraría en un conflicto familiar, pero si obedece el relato impuesto por la familia colaborará en no ocasionar un conflicto, aunque para ello debe sacrificar su propia percepción de la realidad.

Con esta explicación, Watzlawick et al. (1967) consiguen dejar en evidencia la íntima relación teórica entre la Pseudomutualidad de Wynne y la Mistificación de Laing, también explicitada por Laing y Yesterson (1964). Incluso la vinculación teórica va más allá, en la Teoría de la Comunicación Humana (TCH) conectan la mistificación con la Teoría del Doble Vinculo indicando que mistificación podría ser un modo de doble vincular a un miembro de la familia.

Para la época (alrededor de los años 60) son numerosos los conceptos, teorías y modelos que surgen con la intención de arrojar luz sobre las familias de los psicóticos y los modos en que construyen tramas relacionales patológicas. Además de la desconfirmación, la pseudomutualidad, y la mistificación, la terapia familiar prestó especial atención a los conceptos de desviación de la comunicación (Singer & Wynne, 1966; Wynne; 1978b), descalificación transaccional (Sluzki, Beavin, Tarnopolsky & Verón; 1966, 1967) y doble vínculo (Bateson et al., 1956). Como dato extra, ninguno de estos constructos entra en conflicto entre sí, e incluso todos estos autores se han citado mutuamente para reforzar sus postulados.

Sluzki et al. (1966, 1967) explican que cuando la familia psicótica (y la no psicótica en menor medida) se enfrentan a una situación en la que los miembros no conciben en la misma lectura de lo que ocurre, se produce una crisis difícil de tolerar. Los progenitores/padres de la familia son los encargados de determinar cuál es la percepción correcta/conveniente para la subsistencia del sistema familiar (evitar conflictos) y sobre la cual deben acoplarse los progenitores/hijos, independientemente de las percepciones individuales que estos últimos tengan.

Esta situación conflictiva empuja a los individuos del sistema a renunciar a sus propias percepciones en pos del enfoque grupal, este proceso ocurre incluso de manera coercitiva. La desestima y descreimiento de las propias percepciones es entendida como

2. Marco Teórico

una descalificación sobre uno mismo para sumarse a un movimiento familiar, denominado cómo: descalificación transaccional (Sojit, 1969; Sojit, 1971; Wichstrøm, Holte, Husby & Wynne 1993).

Es notable la similitud existente entre todos estos constructos, al punto que diferenciarlos no es una tarea fácil, pudiendo incluso confundirlos entre sí y en más de una ocasión llegan a ser utilizados como sinónimos.

Tiempo después de los desarrollos de la Pseudomutualidad, Singer y Wynne (1966, 1965a; 1965b) idearon el concepto de Desviación de la Comunicación.

Sin ser la intención de los autores, este constructo se terminó utilizando como una categoría general y coherente bajo la cual podrían agruparse los conceptos que hemos mencionado anteriormente, y revisiones teóricas posteriores así lo hicieron (Wichstrøm & Holte, 1992; Mosher, 1969).

Esto es posible debido a que la desviación de la comunicación hace referencia a las tramas comunicacionales que distraen y confunden a uno de los receptores en el momento de compartir información, significado, sensaciones, etc., en relación con su interlocutor(es). Arribaron a esa formulación luego de haber detectado que los procesos comunicacionales de las familias psicóticas sufrían perturbaciones a la hora de convenir aspectos de la realidad que atravesaban, y que para hacerlo siempre era a expensas de las propias percepciones de un miembro, generalmente el PI.

Desviación de la comunicación es el nombre categórico donde se incluyen las perturbaciones comunicacionales que ocurren en estas familias. En investigaciones previas Wynne y Singer (1963a; 1963b) especifican algunas perturbaciones que hallaron en su estudio: comunicación amorfa, comunicación fragmentada, referencias ambiguas e incoherentes, observaciones nihilistas, comunicación egocéntrica, entre otras (Wynne & Singer 1963a; 1963b).

2.2.3. Desconfirmación según Watzlawick.

Hasta esta parte de la historia son múltiples las disciplinas que se interesan por los procesos comunicacionales en general, y por las interacciones familiares esquizógenas en particular. En este sentido los trabajos antropológicos y psicoanalíticos tomaban el protagonismo, sin embargo el modelo interaccional-comunicacionalista (que aún no se identificaba como sistémico) comienza a gestarse en esta época también, e iniciaba un proceso de fortalecimiento e identidad como modelo.

En este contexto académico surge una obra de indiscutible valor para la construcción y sostén del modelo interaccional/relacional y para la terapia familiar, Watzlawick et al. (1967) publican: *Pragmatic of the human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*, conocido como *Teoría de la comunicación humana* en su versión castellana y publicada algunos años luego.

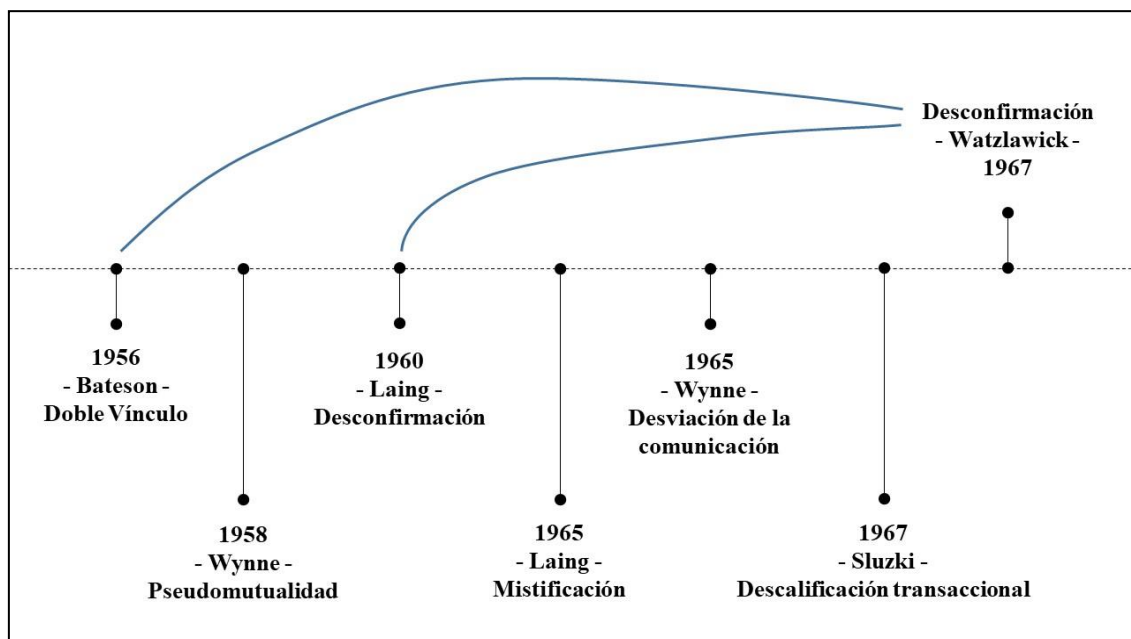


Figura 2. Orden cronológico de conceptos

Para la producción de este escrito los autores se basaron principalmente en las investigaciones y trabajos sobre la Teoría del Doble Vínculo como una propuesta etiológica sobre la esquizofrenia. Entendían como esclarecedoras y compatibles con el

2. Marco Teórico

modelo de la Escuela de Palo Alto las formulaciones sobre las técnicas y movimientos comunicacionales esquizógenas de Laing, Singer, Stierlin, Sluzki y Wynne, entre otros.

Watzlawick y compañía consiguieron darle un carácter sistematizado y esclarecedor a la teoría del doble vínculo, redefiniendo y ampliando conceptos, integrando diferentes teorías, puliendo los aspectos que no consiguieron ser explicados y que dificultaban su comprensión (Roiz, 1989; Simonetti & Cortés, 1993)

De todo el contenido del trabajo de Watzlawick et al. (1967) prestamos especial atención a la ampliación conceptual que realizan sobre la desconfirmación. Utilizaron el trabajo realizado por Laing y mantuvieron sus nociones elementales, pero además adhirieron conceptualizaciones interaccionales, y ubicaron la desconfirmación como una variable central para la comprensión de la pragmática de la comunicación humana.

Unos años después Watzlawick (1984) consideró que la desconfirmación era un concepto lo suficientemente explicativo, amplio y complejo como para considerarlo una variable relacional capaz de englobar la mayoría de las patologías de la comunicación tales como la pseudomutualidad, mistificación, tangencialidad, dándole a la desconfirmación un lugar de categoría y a los demás fenómenos como miembros de esta.

En la construcción de los axiomas de la comunicación se refirió a la desconfirmación con especial protagonismos en el segundo axioma, sobre los niveles de contenido y relación, indicando que a la confirmación y desconfirmación le corresponde el nivel de relación. Dicen los autores: *“Toda comunicación tiene una dimensión de contenido y otra de relación, de modo que la segunda clasifica a la primera”* (Watzlawick et al., 1967, p. 54).

Al interactuar las personas no sólo se ofrecen información respecto a los mensajes que emiten, sino que principalmente se ofrecen una definición de la relación en la que se encuentran, lo que a su vez les permite definirse a sí mismos y en relación al otro con

quien interactúan. Cuando A comunica un mensaje a B, también le comunica implícitamente una propuesta de definición, la pregunta que se formula A es: “¿Quién soy yo para ti?”. Aunque no se trata de una pregunta ingenua, ya que A posee una respuesta sobre quien es para el otro, y es la que propone.

Frente al mensaje y la proposición de sí mismo que tiene A y ofrece a B, este último puede devolver cuantos mensajes le sean posibles, pero independientemente del modo en que decida responder, se actuar se clasificará en uno de tres caminos posibles, confirmar, rechazar o desconfirmar la propuesta de relación y de sí mismo de A. Esta secuencia interaccional que hemos descrito es un simple segmento de una cadena que puede ser infinita, y lo mismo que ocurre en la direccionalidad de A hacia B, ocurre también de B hacia A, pero a fines prácticos y explicativos sólo nos remitiremos a este pequeño segmento con fines ilustrativos.

Según Watzlawick et. al. (1967) estos tres caminos posibles son inherentes a la naturaleza de la comunicación humana, y son aplicables mutuamente entre los interlocutores. Advierten también que la comunicación humana es lo suficientemente compleja como para que sea imposible realizar un catálogo completo de las combinaciones que puedan tener estas tres variables: Confirmación, Rechazo y Desconfirmación

Confirmar la comunicación y la definición ofrecida es aceptarla. El hacerlo es, según los autores, el factor más influyente en el desarrollo y la estabilidad mental. Confirmar la secuencia comunicacional no significa estar de acuerdo con su contenido, sino que se confirma/acepta al otro como un interlocutor. La necesidad de comunicación no radica en el intercambio de información, sino que (esencialmente) la comunicación con otro es un requisito indispensable para la autopercepción, captación y reconocimiento social. El poder ser confirmado relacionamente permite que la persona tenga un anclaje

2. Marco Teórico

existencial a la realidad que comparte con otro y a la vez, merma las inseguridades/ansiedades generadas por la incertidumbre de la autodefinición.

Otra respuesta posible que una persona puede adoptar frente a la propuesta de su interlocutor es el *rechazo*. Al rechazar se entiende que existe un nivel de confirmación posible, al menos mínimo. El rechazo se ubica como una categoría intermedia entre la confirmación y la desconfirmación, pero es válido considerarla como mucho más próxima a la confirmación. El rechazar no significa necesariamente que se niega la realidad del interlocutor, sino que a un nivel de contenido, puede existir una disparidad lo que resulta menos nocivo y de mejor pronóstico. La relación se define, aunque el escenario sea propenso a conflictos y luchas de poder. (Haley, 1959a; 1959b; 1967).

Por último, y el más importante para nuestros objetivos, es el camino de la *desconfirmación*, el cual está valorado como el de peor pronóstico y mayor impacto patológico (Watzlawick, et al., 1967; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1986; Linares, 1996).

Watzlawick et al, (1985) definen la desconfirmación como la contrapartida de la confirmación y una variable muy diferente al rechazo, puesto que en el rechazo B no está de acuerdo con la definición de A, aunque lo confirma al menos relativamente, por el contrario en la desconfirmación B niega por completo la realidad de A. El no permitir que el interlocutor se confirme lo lleva a una pérdida de mismidad y una imposibilidad de definición. Citando a los autores: “*En otras palabras, mientras que el rechazo equivale al mensaje: ‘Estás equivocado’, la desconfirmación afirma de hecho: ‘Tú no existes’*” (p. 50).

Basaremos esta investigación sobre el concepto de desconfirmación según Watzlawick et al. (1967, 1985) el cual construye con los aportes de Laing y sus contemporáneos, quienes optaban por una visión primariamente intrapsíquica y

secundariamente relacional. En esta nueva concepción interaccional y comunicacionalista se ubica la desconfirmación como una variable netamente relacional. A fines explicativos adherimos una segunda definición sobre el concepto:

La descalificación es una modalidad de comunicación que priva a las afirmaciones propias, o a las de una parte interactuante, de todo significado claro. Si el objetivo del hablante es la autodefinición, la descalificación tiene un efecto negativo en el desarrollo de la identidad personal (Simon, Stierlin & Wynne, 1997, p. 111).

Advertimos el uso del término *descalificación* en lugar de *desconfirmación* que realizan los autores, en próximos apartados nos explayaremos sobre este punto.

Simon, Stierlin y Wynne (1984) indican que la desconfirmación es una variable lo suficientemente compleja como para tener múltiples expresiones. No sólo se consigue desconfirmar al negar la existencia del interlocutor, sino que también se puede desconfirmar al realizar afirmaciones equívocas, sostener contradicciones y/o incongruencias, producir oraciones incompletas, cambiar sustancialmente de tema, tomar por literal una metáfora o tomar metafóricamente una observación literal. El objetivo de la desconfirmación es impedir la definición de la relación, y como consecuencia esto impide que la persona pueda definirse a sí misma.

La desconfirmación resulta ser una variable frecuente en las familias psicóticas, al existir esta negación existencial a uno de los miembros (principalmente el PI) el sistema no atraviesa una realidad mancomunada y los puntos en común existentes son a costa de las renuncias del PI de sus propias percepciones e interacciones siguiendo las imposiciones, generalmente, de sus progenitores. Esto produce que el PI no tenga espacios de individualidad debido a que son acaparados por la familia.

En ese contexto la familia no puede atravesar una realidad relacional que sea recíprocamente válida para todos los miembros ya que desmienten y contradicen las

2. Marco Teórico

percepciones que tenga el PI, se bloquea su lugar de persona capaz de percibir genuinamente e interactuar independientemente, por lo tanto no existe ni define las relaciones.

Estos bloqueos promueven una indefinición de la identidad en la persona y la alteración de las categorías perceptuales con las que definir el mundo que lo rodea. Al bloquearlo existencialmente tampoco consigue desenvolverse bajo sus propios principios y concluye desintegrándose ontológicamente. Al verse reducido en su valor como persona se vuelven propensas y sostenibles las situaciones fusional entre los miembros del sistema (al menos con el PI), aparecen dificultades en el establecimiento de límites y el único camino posible para contener esta situación es sostener una rigidez a nivel familiar. (Bateson et al., 1956; Watzlawick, 1966; Sluzki et. al. 1966, 1967; Laing, 1969; Selvini-Palazzoli et al., 1986, Watzlawick & Ceberio, 2008).

2.2.4. Descalificación y Desconfirmación.

Hace unos momentos realizando cita textual observamos que al definir la desconfirmación aparece la palabra descalificación en su lugar. Esta situación es frecuente en los textos traducidos del inglés al castellano.

En el libro *Vocabulario de terapia familiar* de Simon et al. (1997) desconfirmación y descalificación aparecen como sinónimos, además desconfirmación aparece como **disconfirmación**, sumando elementos a la confusión conceptual. Si nos remitimos al escrito *Paradoja y contraparadoja* de Selvini-Palazzoli et al. (1986) encontramos que en muchos pasajes figura la palabra “descalificación” pero en realidad debería decir “desconfirmación”. A modo de ejemplo: “*En el nivel verbal se da una indicación que a continuación, en el segundo nivel casi siempre no verbal, es descalificada*” (Selvini-Palazzoli et al., 1986, p. 42).

Estos casos no son aislados, pues hemos registrado que esta sustitución de palabras acontece desde la traducción al castellano de *Pragmatic of the human communication*, y como un efecto en cadena, esto se ha replicado a lo largo de todos los desarrollos siguientes que han citado dicho texto.

Con el tiempo esta sustitución se ha convertido en una confusión conceptual entre estos dos términos que son completamente diferentes y que se implican en desarrollos patológicos diferentes también.

Desconfirmación y descalificación coinciden en ser técnicas de comunicación, pero operan de maneras diferentes. En palabras de Linares (2012, p. 228):

- **Descalificación:** Resultado del bloqueo de la valoración, componente cognitivo del amor complejo. Se halla en la base relacional de los trastornos depresivos.
- **Desconfirmación:** Resultado del bloqueo del reconocimiento, componente cognitivo del amor complejo. Se halla en la base relacional de los trastornos psicóticos.

La descalificación puede tener muchos matices, puede ser agresiva y presentarse en forma de insulto, puede tomar forma de comedia, puede ser un gesto despectivo, o incluso puede disfrazarse de amabilidad. Siempre es claro cuando se descalifica porque ocurre de manera explícita tanto verbal como analógica. Descalificar no es simplemente decirle a alguien que está haciendo algo mal, es criticar y remarcar falencias con un sentido desvalorizante, con tonos de destrucción, un movimiento relacional que no alberga ningún carácter constructivo y ataca al sujeto a un nivel personal donde se niega el valor del otro (Linares & Campo, 2000)

La desconfirmación siempre es pasivo-agresiva, es más compleja de llevar a cabo y es difícil acusarla. Quien busca desconfirmar no puede hacerlo de manera explícita,

2. Marco Teórico

pues la jugada de “no dar existencia” al otro se vería automáticamente anulada (Linares, 2012). Las familias psicóticas (Selvini-Palazzoli et al., 1990) no realizan el juego absurdo de “hacer de cuenta” que el psicótico no está.

El desconfirmar se trata de un ataque implícito hacia la existencia, es un movimiento relacional que intenta invalidar por completo las capacidades comunicacionales del otro, negándolo como alguien con una existencia capacitada para actuar independientemente. Cuando se desconfirma a alguien nadie se toma la molestia de explicitarle sus equívocos, sino que directamente se lo anula como un participante competente e independiente para las interacciones comunicacionales, negándole un lugar de interlocutor.

Ocurre lo contrario en la descalificación, para descalificar a alguien primero se da lugar a su existencia, se lo confirma, y en un segundo momento se lo desvaloriza/rechaza.

Dentro del modelo sistémico la desconfirmación es una variable que cobra especial protagonismo en los trastornos psicóticos, aunque todos los autores reconocen que su existencia no se limita a las familias y personas que padecen esta patología, sino que puede teñir la vida de todas las personas.

Vittorio Guidano se abocó al estudio de la desconfirmación en el desarrollo de los no psicóticos. Guidano asistía regularmente a los grupos de trabajo liderados por Selvini-Palazzoli en Milán y se nutrió de los desarrollos de la Escuela de Milán (J. L. Linares, comunicación personal, 17 de Julio, 2017). Su trabajo es esencialmente cognitivista y es considerado uno de las figuras seminales en la construcción del cognoscitivismo italiano. Su obra versó en la investigación de las organizaciones de significado personal que las personas construyen para dar sentido a su contexto, y en este proceso menciona la desconfirmación como una variable interviniente. (Guidano, 1987; 1990; 1992; 1994; 2007; Moltedo, 2008; Lambruschi, 2009)

Aunque no trabajaremos con los postulados y desarrollos de Guidano, consideramos oportuno, al menos, mencionarlo con la intención de dimensionar la repercusión que ha tenido la desconfirmación y su utilidad en la explicación de los procesos mentales, para tres corrientes de psicología diferentes; psicoanálisis, sistémica y cognitiva.

Hemos explicado íntegramente la desconfirmación evidenciando sus orígenes conceptuales, exhibiendo otros conceptos similares y análogos y delimitando la definición central con la que trabajaremos. En los siguientes apartados desarrollaremos tres modelos de trabajo sistémicos-cibernéticos que se valen de la desconfirmación para comprender los trastornos psicóticos e idear modelos terapéuticos para la intervención y cambio.

2.3. Aspectos fundamentales del Modelo Sistémico

En el apartado anterior hemos evidenciado que la Desconfirmación posee un origen psicoanalítico, su uso se ha propagado a través del modelo sistémico y se ha expandido hasta ser utilizado incluso por el modelo cognitivo.

Pese a que mostramos la íntima relación teórica entre la Desconfirmación y el Modelo Sistémico, no nos abocamos aún a definir y desarrollar este último. Por lo que avanzaremos en esta línea, primero exponiendo sus nociones generales y elementales, y segundo delimitando los aportes teórico-prácticos sobre psicosis dentro del modelo, fundamentalmente los aportes de tres teorías (Doble vínculo, Juegos Psicóticos, Relaciones Básicas) que serán los fundamentos del marco epistemológico y foco de observación de nuestro trabajo.

Encontramos dificultades y confusiones a la hora de nombrar al modelo sistémico, ya que existen múltiples y variadas maneras de hacerlo, algunas de ellas son sinónimos y

2. Marco Teórico

otros aluden a diferencias conceptuales, entre los nombres más frecuentes encontramos están: Modelo sistémico, Enfoque sistémico, Perspectiva Sistémica, Pensamiento sistémico, Psicología sistémica, Orientación sistémica, Corriente sistémica, Teoría sistémica, Terapia Familiar sistémica o simplemente Terapia Familiar, dando por aludida la referencia y pertenencia exclusiva del modelo sistémico a dicha área.

Independientemente de los matices y los abordajes particulares a los que puedan hacer referencias estas diferentes denominaciones, todas ellas son coherentes y respetan los mismos principios elementales de una epistemología sistémica (Watzlawick & Ceberio, 2008; Von Foerster, 1991; Feixas & Miró, 1993, Kenney, 1982).

Sin adentrarnos en un debate epistemológico profundo, y a fines prácticos para esta investigación, nos tomaremos la licencia de considerar todas estas denominaciones como sinónimos. Aunque si deseamos hacer una distinción, los orígenes del modelo sistémico se han dado a través del estudio de las familias como escenario principal, sin embargo, mencionar la Terapia Familiar como sinónimo exclusivo de Modelo sistémico restringe y limita la multiplicidad de aplicaciones posibles que esta última tiene, tales como terapia de pareja, terapia individual o grupal, entre otras (Hoffman 1981, 1987, 1996; Bertrando & Boscolo, 1996; Canevaro, 2012).

2.3.1. El contexto de las primeras nociones sistémicas.

Se podría señalar a Estados Unidos como la cuna geográfica del modelo sistémico, pues la mayoría de los eventos y contextos históricos que impulsaron su creación se dieron allí. Comenzaba a gestarse la interrelación como un escenario igual de valioso que lo intrapsíquico para el conocimiento de los fenómenos humanos psicológicos y aparecían los primeros intentos de terapia familiar conjunta.

Alrededor de los años 50 las instituciones sociales estadounidenses buscaban afirmar una conexión entre las familias y los gobiernos de turno. Los vestigios de la primera y segunda guerra mundial llevaron a sumar la terapia familiar como una de todas las nuevas políticas de estado en pos de la salud de la población. La consultoría matrimonial, la terapia sexual y la asistencia social fueron los antecedentes directos en el quehacer terapéutico, estas tres líneas de trabajo se desarrollaban incluso antes de los años 50 y se sostuvieron como algunos de los puntos de interés a cubrir con la formalización de la terapia familiar sistémica, aunque en los primeros momentos el interés estaba en los estudios de la esquizofrenia (Bertrando & Toffanetti, 2000, 2004).

Hasta esta parte de la historia la terapia familiar se trataba de un campo de trabajo que podía ser abordado por muchos caminos y el modelo sistémico no se establecía aún, se encontraban en auge los modelos conductistas que lentamente incorporaban nociones cognitivistas y los psicoanalistas pos-freudianos que experimentaban su arte más allá de las lecturas del inconsciente exclusivamente individual e intrapsíquico. Estos últimos leían en la obra de Freud un núcleo relacional y buscaban explorarlo, lo cual significó una serie de polémicas y discusiones dentro de la propia corriente (Zalbidea, Carpintero & Mayor, 1990; McLaughlin, 2011).

Para la construcción de la terapia familiar (sistémica) se adoptó de los conductistas-cognitivistas el espíritu de ser una disciplina aplicada y pragmática antes que académica y experimental. Un claro ejemplo de esto es el título original de la obra de Watzlawick y compañía (1967): *Pragmatic of the Human Communication*. Del psicoanálisis pos-freudiano se heredó el carácter descriptivo de los fenómenos humanos y la adopción al modelo de reconocidos analistas de la época, lo que colaboró en otorgar un marco de seriedad y profesionalidad a los avances que se estaban gestando, quizá los ejemplos más emblemáticos son los de Carl Whitaker y Nathan Ackerman. Este último

2. Marco Teórico

junto a Don Jackson fundó la revista más importante de terapia familiar de nuestros tiempos: *Family Process*.

El campo de la salud mental continuaba siendo casi de manera exclusiva territorio de la psiquiatría, que a su vez se encontraba en época de revolución antipsiquiátrica, la cual ganaba cada vez más adeptos con el paso del tiempo y alrededor del mundo (Galván, 2009, Kotowicz, 2005). En Estados Unidos se hace evidente el interés por conocer la etiología de los trastornos psiquiátricos en general, y sobre todo de la esquizofrenia en particular. Algunos psiquiatras e investigadores comienzan a abandonar las respuestas netas y exclusivamente biológicas sobre las psicosis que imperaban, mientras que empiezan a circular muchas ideas sobre la posibilidad de explicar los trastornos a través de una génesis ambiental.

2.3.2. Etapa Pre-sistémica.

Denominamos como época pre-sistémica a los eventos académicos, clínicos, contextuales y de investigación que comenzaban a generar y aplicar las ideas que luego se convirtieron en las bases fundamentales de la teoría sistémica.

Si bien el modelo sistémico ha nacido de la convergencia de múltiples conceptos y disciplinas (incluso algunos ajenos a las ciencias sociales) no siempre se ha reconocido a sí misma como un modelo y menos aún con el título “sistémico”. Fue el paso del tiempo y la lectura en perspectiva de variados trabajos sobre familias lo que posibilitó este bautismo.

Ha sido la confluencia entre los primeros intentos de terapia familiar (de múltiples disciplinas) y los conceptos de las ciencias modernas (inicialmente la cibernética) lo que promocionó la construcción de una terapia sistémica. Actualmente cuando hablamos de

un modelo sistémico, hablamos de un modo de hacer en terapia (Ceberio & Linares, 2005), aunque no fue siempre así:

Pero existen también otros grupos de investigadores a quienes no les interesa la terapia en sí, sino comprender ‘cómo’ actúa la esquizofrenia (...). Con este objetivo comienzan a observar a personas esquizofrénicas en su interacción con los demás, y especialmente con sus familiares. Por diversos motivos, la historia de los orígenes de la terapia sistémica es la historia de cómo se transforman las investigaciones sobre la familia en terapia (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 91).

Además de los cambios, crisis y modificaciones que iban aconteciendo en estas décadas, se reconoce como icónico para la construcción del Modelos Sistémico un evento en particular: *The Macy Conference*. Volveremos sobre este punto en breve.

2.3.3. Bases epistemológicas.

En la actualidad todos los modelos sistémicos que deseen definirse como tal conservan en su núcleo epistemológico (como requisito mínimo) tres dimensiones conceptuales:

- Cibernética (Wiener, 1948).
- Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1934).
- Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 1967).

Los dos primeros puntos corresponden claramente a lo que denominamos época pre-sistémica, sin embargo la TCH es un trabajo que funciona como bisagra para la historia de este modelo terapéutico, ya que con su publicación inicia oficialmente la corriente sistémica como tal: “*Sea como sea, con Teoría de la comunicación humana (1967) Watzlawick, Beavin y Jackson se convierten en los verdaderos padres fundadores*

2. Marco Teórico

de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica” (Bertrando & Toffanetti, p. 144).

2.3.3.1. Cibernética

Financiada por la *Josiah Macy Foundation*, y orquestada por Bateson, McCulloch y Mead, se realizan una serie de encuentros informales entre varios investigadores, pensadores, referentes y líderes intelectuales de la época, tales como Norman Wiener, Heinz Von Foerster, Kurt Lewin, Milton Erickson, entre otros.

Estos encuentros resaltaban por dos características particulares, (1) no existía un campo o disciplina única de trabajo sobre el cual exponer o que funcione como eje central, por lo que podían confluír en debates sobre el mismo tema matemáticos, antropólogos, neurólogos u otras disciplinas, y (2) los debates debían ser completamente libres y los expositores no buscaban obsesivamente ser comprendido, ni defender sus propias teorías. La intención detrás de todo esto era encontrar los puntos de convergencia (al menos teórica) entre disciplinas que poseían una aparente incompatibilidad o que pertenecían a mundos conceptuales consideramos muy distantes (Heims, 1991; Glanville, 2003).

Como producto de estos encuentros nace, de la mano de Norman Wiener, el concepto de *Cibernética*, que se convertirá en uno de los bastiones y pilares sobre los que sustentará posteriormente el Modelo Sistémico. Wiener es de origen matemático y su interés está en el estudio de las máquinas y su funcionamiento, pero encuentra que sus teorías son aplicables también a los sistemas vivos (Rosenblueth, Wiener & Bigelow, 1943).

La definición de Wiener (1948) es clara y en apariencia simple, según el autor, la cibernética es la ciencia del control y de la comunicación en el animal y la máquina. Aunque la definición elemental pueda hacerse en una sola oración, los desarrollos y

contenidos del concepto son muy profundos y prolíferos. De este nuevo avance se vio beneficiada primariamente la matemática y otras ciencias exactas, y en segunda medida las ciencias sociales.

Bateson, respetando la definición original de Wiener, la direcciona levemente para encausarla en las ciencias sociales añadiendo un concepto, además de entenderla como una ciencia del control y la información también la considera una ciencia de la recursividad de la información, y como tal, una rama de la matemática que permitiría captar, discernir y reconocer las pautas que organizan sucesos. Aunque el epicentro de la cibernética fuese matemático, Bateson no tardó en darse cuenta de la importancia de este nuevo concepto para la comprensión de las relaciones humanas complejas. Encuentra una conexión y un esclarecimiento teórico entre la cibernética de Wiener y sus observaciones sobre la comunicación en las tribus de Bali (Bateson, 1967; 1979, Simon, et. al, 1984; Thomas & De Gracia, 2008; Piedra Herrera, 2011).

De la cibernética se desprende el concepto de circularidad, el cual se volverá clave e identitario para el modelo sistémico ya que provoca una ruptura (o al menos genera una alternativa) sobre el modo de concebir la causación de los eventos de la vida, entre ellos la construcción de las patologías de la comunicación y sus consecuentes trastornos mentales.

Hasta la aparición de la cibernética imperaban las ciencias clásicas que impartían una lectura anatomista, reduccionista y de causalidad lineal sobre la realidad. Ante las diferentes secuencias se aplicaba únicamente una lectura de causa y efecto donde no existía una mutua influencia entre las partes que interactúan. Es decir que el producto de una interacción no volverá a su origen, por lo que este último no se vería jamás afectado. A influye sobre B, pero lo que ocurra con B no influiría sobre A, es decir que la información introyectada no volvería nunca a su lugar de inicio (Ceberio & Watzlawick,

2. Marco Teórico

1998; Kenney 1987, Imaz, 2011; Keebler & Koritar, 1994; García Ramos, Moreno Pérez, Freund Llovera, & Lahera Forteza, 2012).

Para que exista una lectura circular es necesario que la información retorne al punto de donde salió, a esa dinámica se la denominó Retroalimentación, y constituya la noción elemental de la cibernética. Cuando la información retorna a su punto de inicio, quien fuese el emisor original (A) tendrá datos para decidir cómo continuar maniobrando, pero no sólo eso, sino que quien fue el receptor original (B) al devolver información (A) se convierte automáticamente en el nuevo emisor (B), que a su vez recibirá la información de quien se ha convertido en el nuevo emisor. El cambio constante de roles y la posibilidad de tener información continua sobre los efectos de la información entre los interlocutores para corregirla durante el curso de la interacción es el núcleo de la retroalimentación (Simon et al., Ceberio & Watzlawick, 1998).

Frente a la información nueva y constante que otorga la retroalimentación las partes que interactúan puede cambiar el curso de sus acciones hasta aproximarse a sus objetivos, o pueden conservar el curso de acción si lo creen más adecuado. La retroalimentación abre un camino hacia el cambio o a la estabilidad, por lo que se clasificó la existencia de dos tipos de feedbacks dependiendo del efecto que causaban los mismos.

Si a partir de la información nueva se opta por sostener el curso y continuar las acciones en la misma línea se denomina retroalimentación negativa, por resultar negativa a la intención de cambio y se continúa sosteniendo una estabilidad. En cambio, sí a partir de la nueva información se opta por modificar el curso de acción perdiendo la estabilidad, esto se denomina retroalimentación positiva, por resultar afirmativa a la intención de cambio (Bateson, 1967; Hoffman, 1981, 1985)

Aunque se preste a confusión las denominaciones positivo-negativo que se utilizan, las mismas no hacen alusión a juicios valorativos. Indistintamente de que tipo

sea toda retroalimentación tiene como objetivo corregir las desviaciones que resulten inesperada/indeseada en el circuito/sistema.

Junto con esta concepción surgen también dos procesos de carácter descriptivos que pasaran a ser claves para conocer y entender la vida de los sistemas circulares, en nuestro caso particular, las familias: *transformación* y *homeostasis*, también conocidas como morfogénesis y morfostasis.

El concepto de homeostasis tiene una doble importancia, además de ser un elemento explicativo de los procesos cibernético también se constituye como una de las propiedades de los sistemas (Von Bertalanffy, 1934, 1968), aunque volveremos a este punto más adelante. Aplicar la homeostasis como una variable para el entendimiento de los sistemas humanos fue uno de los mayores aportes de Don Jackson al modelo, y resultó ser de crucial importancia para comprender también muchas de las situaciones clínicas familiares que observaban los investigadores de la época. (Ashby, 1952; Jackson, 1957, 1965, 1971, 1968).

La homeostasis-morfostasis son procesos conocidos como cambios de primer orden (o cambios 1) en donde la estructura del sistema se mantiene, todos los movimientos y modificación que se hacen es para sostener el estado prevalente del sistema. En líneas generales el sistema/familia continúa aplicando los mismos métodos que le permiten subsistir, o lidiar con una crisis, variando los montos cuantitativos según lo crea necesario, Homeostasis no es sinónimo de quietud, sino más bien de equilibrio estático ya que los movimientos no son inexistentes aunque pueden verse reducido a expresiones mínimas, estos cambios 1 también son conocidos en la Terapia Sistémica como las paradojas del cambio, o cambios para no cambiar, ya que en realidad se busca sostener el mismo funcionamiento del sistema.

2. Marco Teórico

Las transformaciones-morfogénesis son denominadas como homeo-dinámicas en algunas ocasiones, también son conocidas como cambios de segundo orden (o cambios 2), y consisten en modificaciones sustanciales de la estructura del sistema y de los modos de funcionamiento del mismo. Al contrario de los cambios 1, aquí las transformaciones ocurren a un nivel cualitativo y no sólo cuantitativo. Frente al conflicto/crisis ya no se aplican variaciones de la misma fórmula, sino que el sistema/familia se acomoda a las situaciones críticas tomando medidas de cambio que signifiquen un cambio cualitativo en el curso de acción., el modo de abordar el conflicto cambia, porque el ordenamiento y estructura interna del sistema/familia cambia. (Ashby, 1956; Maruyama, 1963, 1978; Watzlawick et al., 1967; Bateson, 1977; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980; Hoffmam, 1981; Ceberio & Watzlawick, 1998; Watzlawick & Ceberio, 2008; Daturi, 2015, Watzlawick, Weakland & Fisch, 2003).

El poder diferenciar entre estos tipos de cambios permitió a los investigadores-terapeuta comprender con mayor claridad (y sistémicamente) los posibles comportamientos de los sistemas con lo que trabajaban. Pero además les permitió investigar y producir diferentes modos de intervenir terapéuticamente al establecer técnicas específicas de trabajo para aplicar según la necesidad particular de cada caso, ya sea mermar las desviaciones del sistema o potenciarlas. Es decir, introyectar entropía o neguentropía al sistema/familia para sostener su supervivencia, y en términos terapéuticos, producir un cambio que solucione el problema y genere una funcionalidad familiar (Andolfi, 1985; Andolfi & Ackerman, 1990, Keeney, 1979, 2005; Von Foerster, 1991, Ludewig, 1998; Prigogine, 1996; Minuchin, 2001).

Como explican Warren, Franklin y Streeter (1998) estas aplicaciones a la terapia de algunos conceptos matemáticos son un claro ejemplo de la permeabilidad y complejidad que tiene el modelo sistémico. Donde además, se establece un lenguaje

común que permitiría la continua circulación de ideas entre ciencias sociales y ciencias exactas.

Los efectos y cambios epistemológicos que se producen a raíz de la Cibernética no finalizan allí. Las concepciones de cibernética de primer y segundo orden adquieren una nueva dimensión cuando comienza a cuestionar, en base a la retroalimentación, el papel de los observadores de los circuitos comunicacionales y en qué medida, quieran o no, influyen en las interacciones que observan.

La primera etapa (*Cibernética de 1º orden*) se caracterizaba por ubicar al observador en un papel meramente de espectador de las secuencias. Esta etapa también es conocida por aplicar a la metáfora de la caja negra, con la que se intentaba describir que los observadores/científicos/terapeuta sólo podían determinar lo que ocurría en el ingreso y egreso de información de los sistemas, sin acceso a los tratamiento y procedimientos que acontecían entre un punto y otro. Se asumía también que los observadores no ejercían influencia alguna sobre sus objetos/sujetos de estudio o trabajo, dando por hecho la imparcialidad de este. Al observador se lo consideraba ajeno al sistema interactuante y en estas circunstancias las aplicaciones terapéuticas eran prioritariamente correctivas y promotoras de homeostasis.

La segunda etapa (*Cibernética de 2º orden*) llegó poco tiempo después y comenzó a considerar que el observador no era ajeno al sistema que observaba, incluso podría influirlo más allá de sus intenciones, pues su mera presencia en el campo de las interacciones podría ejercer variaciones. Esta situación también fue abordada en paralelo por Heisenberg (1927) en su área de estudio, allí aplicó un supuesto denominado *Principio de incertidumbre* para dar cuenta de esta situación y que resultó útil y aplicable a los fenómenos sistémicos.

2. Marco Teórico

Al no ser imparcial, el observador ahora es un sistema en sí mismo que observa otro sistema, y a la vez el encuentro de estos dos sistemas (observado y observador) instauraba un nuevo sistema. Pinsof (1995) y Escudero Carranza (2009) denominan esto como: sistema terapéutico.

En esta etapa de segunda cibernética también se amplían los recursos y las posibilidades de intervención terapéutica. Si primariamente el interés estaba puesto en sostener la homeostasis, ahora se considera la posibilidad de aplicar fórmulas exactamente opuestas que promuevan la hemodinámica, mucho más propia de los cambios 2. Ahora se incluía la posibilidad de inducir crisis y ampliar las desviaciones existentes con el fin de llevar a los sistemas a la necesidad de instaurar un nuevo orden de funcionamiento. (Maruyama, 1963; Lebow, 1984; Ingamell, 1993; White, 1994; Ceberio & Serebrinsky, 2011).

Aquí también se ubica la base conceptual que da sentido al uso de las paradojas terapéuticas, o contraparadojas (Selvini-Palazzoli et al., 1986), pues las familias que ya poseían una rigidez propia mostraban que aplicarles más rigidez y control, como el que ofrecen las medidas de cambio 1, no resultaba conveniente. Cabe destacar que el vínculo del modelo sistémico con las paradojas no empezaba aquí, sino que desde los estudios de Bateson (1935, 1956, 1964, 1976) ya se explicaban muchas perturbaciones comunicacionales y esquizógenas a través de las paradojas. Bateson contemplaba la posibilidad de una ruptura del sistema por un incremento descontrolado de la desviación/entropía, lo que denominó *esquismogénesis*.

Desde esta perspectiva ser parte del sistema posee la ventaja de controlar y modular el modo en que se inyecta entropía a la familia, lo que permite crear crisis sin llegar a un destino de quiebre sistémico.

2.3.3.2. Teoría General de los Sistemas.

Este marco conceptual fue la obra de Ludwing Von Bertalanffy, quien desarrolló su teoría en un campo tradicionalmente lejano a las ciencias sociales, aunque siempre mostró un interés por abordar aspectos de la naturaleza humana. En la construcción de su trabajo hablaba de sistemas en general, la posibilidad de vincularlo a las familias en un quehacer terapéutico ha sido un logro que surgió en un segundo momento. Von Bertalanffy era biólogo de profesión, y esto funcionó como una evidencia más para mostrar los puentes teóricos posibles que tiene el modelo sistémico con otras ciencias que parecieran lejanas. Con la entrada de Bertalanffy al campo de la psicología sistémica se prestó atención a otros biólogos que han otorgado trabajos y conceptos fundamentales para el modelo, siendo Maturana y Varela los casos más emblemáticos. (Boscolo & Toffanetti, 2004).

De Rivera Rodríguez (1990) explica que el adjetivo “sistémico” puede ser comprendido de dos maneras, o como dos fases que muestran la evolución que ha tenido el concepto. En un primer momento el adjetivo “sistémico” alude a pensar en un conjunto de elementos que responden a un todo superior, pero que con la aplicación a un modelo de trabajo terapéutico y con la aplicación de la cibernética de segundo orden, lo “sistémico” también hace referencia a un observador que construye y comparte percepciones sobre un sistema a la vez que lo integra.

Sistema es un término amplio y ambiguo, aplicable a muchos eventos y elementos de la vida, pero para la TGS se define como un conjunto de relaciones entre elementos que se encuentran en interrelación constante con su entorno, un intercambio de materia, energía e información. Este intercambio también recibe el nombre de interacción, que puede darse entre los miembros de un sistema y/o entre el sistema con otro(s) sistema(s), se considera así la existencia de suprasistemas, sistemas y sub-sistemas. Esta definición

2. Marco Teórico

es aplicable a las familias para dilucidar aspectos estructurales de su formación, pensando a los miembros como integrantes del sistema familiar (Von Bertalanffy, 1934, 1976; Watzlawick et al., 1967).

La TGS también se erige como un puente conceptual entre diferentes teorías y disciplinas que trabajan en campos muy diferentes. Con la premisa de la conexión se comienza a creer que a nivel biológico y social funcionan principios similares que regulan los comportamientos, y el espíritu holístico se vuelve una marca distintiva de la TGS, y por consiguiente de la Terapia Sistémica.

Este nuevo elemento se vuelve una oposición al reduccionismo, además los dispositivos terapéuticos que imperaban en esa época eran eminentemente individuales y resultaban insuficiente para producir cambios efectivos en los pacientes, por lo que se establece la predilección de estudiar sistemas familiares para comprender los síntomas y trastornos de los PI. Se buscaba con la Terapia Sistémica conocer los diversos fenómenos que acontecen de forma similar/isomórfica entre los diferentes sistemas y sus miembros (Minuchin, Lee & Simon, 1998; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

Sin embargo, no todos los sistemas conocidos intercambian elementos con su medio, por lo que se distinguen de dos tipos:

- **Sistemas abiertos:** Intercambian información entre los miembros del sistema y con el entorno. En algunas ocasiones este intercambio con el entorno es necesario para la subsistencia y sostén. La homeostasis es un estado pasajero que se turna con la transformación.
- **Sistemas cerrados:** No intercambian información con el entorno, en su mayoría son sistemas artificiales que no dependen de los eventos de su contexto para continuar con su funcionamiento. La homeostasis es una constante para estos sistemas, volviéndose un estado permanente.

Las familias son consideradas como sistemas abiertos que constituyen la unidad mínima social, donde muchas veces los problemas que se generan en ellas son producto de intentar operar como si fuesen sistemas cerrados impermeables al contexto, al paso del tiempo y a los cambios (Satir, 1980; Andolfi & Ackerman, 1990, Keeney & Sprenkel, 1982). La familia queda definida como un conjunto organizado de personas en constante interacción, y se encuentran conectadas por una serie de reglas que establecen funciones entre sí y para con el exterior (Steinglass. 1984; Knapp, 1997) La serie de reglas que establecen funciones también fueron denominadas como *las pautas que conectan* por Bateson (1972).

Los sistemas, en especial los abiertos, tienen propiedades que los definen y les permiten un modo particular de funcionamiento, aunque existe una extensa lista de propiedades, en lo que se refiere al campo de la psicoterapia sistémica que nos convoca destacamos principalmente tres (Von Bertalanffy, 1934, 1976; Jackson, 1968; Ceberio, 2013; Medina Centeno, 2013):

- 1. Totalidad:** Sin menospreciar la individualidad e independencia de cada miembro, se considera que los efectos y movimientos que ocurran en el sistema afecta a todos los que lo integren, donde además el movimiento particular de un individuo ocasionará un impacto en los demás. Mostrando que los sistemas abiertos tienen un nivel de interrelación muy profundo, sus elementos no pueden variar sin condicionar el todo.
- 2. Retroalimentación:** La interacción entre los subsistemas, sistemas y suprasistemas es posible gracias a la circularidad de la información, energía y/o materia. Los sistemas abiertos son necesariamente circulares, las familias y sus individuos ejercen mutua influencia de manera constante, esté o no en su intención. El poder tener información de retorno

2. Marco Teórico

habilita al sistema a que cambie y evolucione en caso de necesitarlo, pues existe una propiedad de autorregulación posible a partir de manejar información. Esta propiedad empalma directamente con todos los desarrollos de la cibernética descritos anteriormente.

- 3. Equifinalidad:** Se define por conseguir los mismos resultados a partir de orígenes distintos, o que mismos orígenes pueden desembocar en resultados diferentes. En términos de Terapia Familiar las implicaciones de esta propiedad son profundas, ya que con la equifinalidad se pone el acento en los procesos y tratamientos que utiliza el sistema frente a los inputs que recibe, esto pone a la familia en un plano de mayor responsabilidad e implicación sobre las situaciones que enfrenta. Sin mermar el valor/importancia que tienen los eventos de la vida con los que se enfrenta la familia, pensar en términos de equifinalidad permite combatir la idea de un reduccionismo lineal donde los sistemas se encuentran a merced de los conflictos/traumas que vivencien. Se ponen en primer plano los recursos de la familia

2.3.3.3. Teoría de la Comunicación Humana.

Hemos ido desarrollando fragmentos importantes de esta teoría, así como su lugar e importancia para la construcción de un modelo terapéutico que pueda denominarse sistémico. Del amplio contenido que se puede encontrar en esta obra utilizaremos puntualmente los desarrollos sobre el Doble Vínculo según Watzlawick et al. (1967). Este escrito se convirtió en un emblema representativo de muchas investigaciones y desarrollos que convivieron en dicha época, esto se comprueba al notar que se incluyen

en él los aportes de Satir (1967), Haley (1959a, 1962, 1963), Sluzki y Beavin (1965), Ferreira (1963), Jackson (1968), Weakland (1960), entre otros.

Este texto es amplio y repleto de información valiosa, pero a fines de nuestra investigación, y para no ahondar en detalles innecesarios para este segmento, nos restringiremos a mencionar su legado más valioso y popular: los axiomas de la comunicación humana.

(1) Es imposible no comunicar: La premisa que da cuerpo a este axioma es que no existe nada que sea contrario a la conducta, y por más que se lo intente, las personas no pueden dejar de comunicar, ya sean palabras o silencios las unidades comunicacionales de cada uno influyen en los demás. Es decir que la comunicación no sólo tiene lugar cuando es buscada/intencional, sino que es constantemente inevitable.

De este axioma también se desprenden los tres caminos posibles que se pueden optar frente a la propuesta de comunicación de los interlocutores: Aceptación, Rechazo o Desconfirmación. Los cuales fueron detallados en apartados anteriores.

(2) Niveles de contenido y relación de la comunicación: Al ser inevitable comunicar se pone en juego también un compromiso de definición de la relación. Se proponen dos niveles para comprender las interacciones humanas, el nivel de contenido hace referencia a los mensajes que se están emitiendo, mientras que el nivel de relación se refiere a que tipo de mensaje es el que se está poniendo en juego, por lo que define la relación entre los interlocutores. La congruencia entre estos dos aspectos resulta fundamental.

(3) Puntuación de secuencia de hechos: Todas las secuencias humanas de interacción podrían considerarse, formalmente, como secuencias ininterrumpidas de intercambios, por lo que cada elemento y participante de la comunicación es estímulo y respuesta a la vez. Sin embargo los participantes de la interacción, cada uno desde su

2. Marco Teórico

punto de vista, tienden a realizar cortes arbitrarios en estas secuencias ininterrumpidas señalando de manera conveniente un punto de inicio y un punto de fin, todo ello dependiendo cuales fueran los fines y objetivos que persigan en cada una de las interacciones en la que estén involucrados.

(4) Comunicación digital y analógica: La comunicación analógica hace referencia a todos aquellos aspectos que no sean los digitales, entendidos como movimientos corporales, desplazamientos, prosémicas, expresiones faciales, tonalidades de voz, posturas, gestos, y cualquier manifestación no verbal. Mientras que lo digital pertenece al terreno de las comunicaciones verbales y escritas las cuales adquieren mayor profundidad y abstracción, y han tenido un mayor protagonismo en la historia de la humanidad. Los dos modos de comunicar son recurrentes y convergen constantemente, otorgando beneficios y complicaciones a la hora de la comunicación humana.

(5) Interacción simétrica y complementaria: Este axioma hace referencia a reconocer si las relaciones humanas están basadas en la igualdad o en la diferencia. La simetría se caracteriza por una tendencia de los interlocutores a igualar sus conductas recíprocamente, mientras que en la complementariedad las partes sostienen la diferencia existente ya que uno complementa al otro. Mientras que uno ocupa la posición superior/up (o primaria) el otro ocupa la posición inferior/down (o secundaria).

Watzlawick et al. (1967) indican que estos principios de la comunicación pueden verse distorsionados o enfrentarse a situaciones que los vuelvan problemáticos y confusos lo que denominan patologías de la comunicación. A los intereses de esta investigación resaltamos que los autores mencionan en esta parte de la obra algunos puntos que permiten explicar y comprender los trastornos psicóticos:

(1) Imposibilidad de no comunicarse: Puede ocurrir que las personas intenten no comunicar y se vean atrapados en la ilusión de que efectivamente no comunican, un

claro ejemplo de esto son los esquizofrénicos quienes suelen negar que comunican y luego deben negar que intentan negar que comunican. En muchas de sus comunicaciones intentan hacerlo sin caer en la definición de la relación necesaria para dar sentido a lo que comunican, uno de los caminos más comunes para esto es dar múltiples significados a la misma comunicación haciendo que la misma unidad tenga elementos incompatibles y/o incongruentes, de modo que podrá desplazarse entre ellos negando los aspectos que le resulten convenientes para sostener la incompreensión y la ilusión de no comunicar.

(2) Confusión entre el contenido y la relación: Aquí se mencionan situaciones conflictivas donde las partes pueden mantenerse de acuerdo en un nivel de contenido, pero no en un nivel de relación, donde entra en disputa cómo se está definiendo cada uno y como definen a su interlocutor, esto también fue denominado: Definición del self y del otro. La confusión a nivel de relación es un signo de mayor patología comunicacional, y los esquizofrénicos son un claro ejemplo de las confusiones e imposibilidades de definirse a sí mismos y al otro en la comunicación.

Una posibilidad de solución es la metacomunicación, que significa trascender el nivel de contenido y tener una conversación sobre el tipo de conversación que se está teniendo, esta situación resulta imposible, o al menos costosa y difícil, para los pacientes esquizofrénicos, dado que exista una dificultad de definición primaria que no permitiría tener una discusión coherente sobre la definición.

Por último, el hecho de poder distinguir entre contenido y relación es análogo al hecho de poder distinguir entre miembro y clase, lo que desarrollan profusamente en el Doble Vínculo Bateson et al. (1956) basandose en la teoría de los tipos lógicos.

(3) Puntuación de la secuencia de hechos: Como mencionamos anteriormente, la puntuación de la secuencia de hechos es un corte arbitrario que realiza cada uno de los interlocutores basados en sus propios puntos de vista. Esta situación puede

2. Marco Teórico

ser una percepción individual y que no sea compartida o confirmada por su interlocutor, lo que podría acabar en un *impass* entre ellos y traer acusaciones de maldad o locura.

Aquí se pone en evidencia un modo lineal de ver la situación problemática por parte de cada uno de los interlocutores, en donde acusarían al otro de distorsionar la realidad por no condecir con la puntuación que una de las partes propone. Surgen también las patologías de las profecías autocumplidas, donde las personas suponen un destino posible y generalmente indeseable, y frente al miedo a su realización, promueven situaciones que lo hacen aún más probable, resaltando y puntuando los hechos que le confirman su miedo.

(4) Errores de traducción entre digital y analógico: Como dijimos, el nivel digital es mucho más metafórico, profuso y complejo, mientras que el analógico es mucho más concreto y experimental. Estas diferencias pueden convertirse en problemáticas si en el momento de traducir a digital un mensaje analógico (y viceversa) puede dejarse información que resultaba fundamental o confundir los mensajes y llegar a conclusiones erróneas.

(5) Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria: Estas dos categorías no se caracterizan por buenas o malas, ni una es preferente por sobre la otra, y en un plano ideal de relaciones sanas ambas deben estar presentes y alternando entre ellas, ya que una puede estabilizar a la otra. Sin embargo, si esta alternancia no ocurre armoniosamente, se vuelven patrones rígidos y se convierten en modos patológicos.

La simetría puede llevar su componente de competición a niveles patológicos por resultar insoportable la igualdad entre sus miembros, cada uno buscará posicionarse por sobre su partener, lo que lleva a que escalen posiciones tratando de igualarse mutuamente,

y en caso de ser posible, superar a su interlocutor que también puede ser observado como un rival a vencer, esta situación se la denominó *escalada simétrica*.

En la complementariedad encontramos más elementos para la comprensión de los trastornos psicóticos, ya que por su factor de acomodación, aquí existen con frecuencia situaciones de desconfirmación antes que de rechazo del self del otro, como ocurre en la simetría. Esta situación puede sostenerse de manera encubierta por lo que la complementariedad en su versión patológica puede ser mucho más difícil de detectar y desarticular. La complementariedad se vuelve rígida cuando se busca sostener de manera constante y sin posibilidad de cambio la diferencia existente entre los interlocutores.

Esta situación trae aparejado un posible dilema para quien se encuentra en posición down y posee menos control de la situación, ya que cada vez que se encuentre frente a una definición de la relación con la que no concuerde con quien esté en su posición up, no podrá manifestarlo y se verá obligado a desestimar sus propias percepciones para poder condecir con su interlocutor, situación que fue abordada como movimiento relacional emblemático por diversos autores en esta época, a saber: Laing, Bowen, Wynne, Bateson, Haley, entre otros.

Watzlawick et al. (1985) concluyen el apartado de patologías de la comunicación con una reflexión final:

Ninguna aseveración aislada puede ser simétrica, de superioridad complementaria, o de ningún otro tipo. Lo que se necesita para “clasificar” un mensaje dado es, naturalmente, la respuesta del otro participante. Es decir, lo que permite definir las funciones de la comunicación no es algo inherente a ninguna de las aseveraciones como entidades individuales sino a la relación entre dos o más respuestas (p. 71).

2.4. Tres modelos sistémicos sobre psicosis

Los enigmáticos cuadros psicóticos, y especialmente la esquizofrenia, fueron las musas inspiradoras para la construcción de un modelo sistémico de trabajo y un quehacer terapéutico, múltiples investigaciones, conceptos, teorías y reformulaciones han nacido de este punto de interés. Sin embargo, en los tiempos actuales los recursos e intereses por ahondar en esta patología han mermado considerablemente, en palabras de McFarlane (1983, p. 335) *“La terapia sistémica ha abandonado a su propia madre”*. Nos basaremos en tres propuestas sistémicas como marco de referencia dentro del modelo:

Tabla 1

Las escuelas y los autores

	Estados Unidos	Italia	España
Institución	Grupo Bateson M R I	Centro per il Studio della Famiglia	Escòla de Teràpia Familiar Sant Pau
Ubicación	Palo Alto	Milán	Barcelona
Año	1961	1972	1986
Teorías	<ul style="list-style-type: none"> • Doble Vínculo* • Teoría de la comunicación humana 	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría de los juegos familiares • Juego transaccional psicótico 	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría de las Relaciones Básicas • Triangulación Desconfirmadora
Autores	Bateson* Watzlawick	Selvini-Palazzoli	Linares

Nota. *Reconocemos que Bateson produjo su Teoría del Doble Vínculo antes de la existencia del Mental Research Institute (MRI), y nunca fue miembro de este equipo, pero incluimos la relectura del Doble Vínculo según Watzlawick en MRI.

Estas escuelas se han vuelto icónicas en la historia del modelo sistémico, todas ellas han conseguido un peso académico y prestigio internacional, aunque la última ha sido especialmente popular en el habla hispana en los últimos 20 años. Los desarrollos de cada escuela han ido apareciendo cronológicamente lo que permite que los desarrollos posteriores tomen a los primeros como antecedentes y se expandan sus conocimientos.

2.4.1. Teoría del Doble Vínculo.

El interés por los esquizofrénicos en los años 50 (antes de cualquier formalidad psicoterapéutica y una constitución clara de la terapia sistémica) se encuentra en conocer la etiología del trastorno que padecen. Para entonces los trabajos de Lidz, Parker y Cornelison (1956, 1957) y Wynne (1958, 1961) destacan por sobre el resto.

Pérez (1996) indica que con estos trabajos se alimenta la perspectiva interaccional frente a la intrapsíquica y se comienza a optar más por la idea de una experiencia repetida como principal construcción de los trastornos, en lugar de la hipótesis del trauma infantil que proponía el psicoanálisis.

Bateson se interesa por la comunicación en general, y en particular por la comunicación en psiquiatría, denominada antropología psiquiátrica. Además, su vertiente antropológica e interés por la zoología lo llevaron a estudiar la comunicación en animales y observándolos concibe la idea de usar los supuestos jerárquicos de la filosofía de Russell para comprender la lógica de la comunicación y arrojar luz sobre los procesos de aprendizaje. Otro antecedente para el Doble Vínculo fueron las interacciones entre madres e hijos que observó en Bali, allí las madres estimulaban a sus hijos y cuando éstos respondían los ignoraban, este patrón de comunicación incongruente lo encuentra luego en familias esquizofrénicas.

2. Marco Teórico

Por último, en los primeros tiempos de su grupo de investigación, llamado *Grupo Bateson* e integrado por Weakland, Haley y Fry, comienzan a estudiar las comunicaciones ambiguas que ponían al receptor en una situación paradójal (Ruesch & Bateson, 1951, Bertrando & Toffanetti, 2004, Haley 1985).

Estas situaciones llevaron a Bateson y compañía a estudiar la comunicación en esquizofrénicos por ser claros ejemplos de comunicación paradójal y transgresores de los niveles lógicos de la comunicación, especialmente en los contextos familiares. Estos intereses se resumen en la producción un artículo que se volvió popular y a la vez poémico: *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (Bateson et al., 1956).

El artículo fue presentado como una investigación que buscaba arrojar luz sobre la etiología de la esquizofrenia a partir del análisis de su comunicación aplicando la Teoría de los Tipos lógicos. Con él se llegó a detectar una situación llamada *Doble Vínculo* y las condiciones necesarias para ello, se trata de una situación en la cual una persona (el PI) haga lo que haga “no puede ganar”.

2.4.1.1. Condiciones para el Doble Vínculo.

La hipótesis del Doble Vínculo indica que para que tenga lugar esta situación paradójal se necesita una serie de ingredientes (Bateson et al. 1956, 1963; Bateson, 1977):

- A.** Dos o más personas (por ejemplo, madre e hijo): Se indica que, a fines prácticos, se considerará a uno de ellos como “la víctima”, aunque no se asume que el doble vínculo sea generado únicamente por la madre.
- B.** Experiencias repetidas: La experiencia del doble vínculo debe ser recurrente. La hipótesis no se aboca a un acto traumático único. Por lo que la experiencia repetida convierte al doble vínculo en una estructura habitual.
- C.** Un mandato primario.

- D.** Un mandato secundario en conflicto con el primero, pero en un nivel más abstracto y, al igual que el primero, impuesto por señales que, implícitamente, amenazan la supervivencia.
- E.** Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo o meta-comunicar.
- F.** Por último, no es necesario que se den todos y cada uno de los componentes cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en pautas doble vinculares: un único elemento puede desencadenar el conjunto.

Bateson (1985) define el doble vínculo como un patrón interactivo caracterizado por la incongruencia entre mensajes que pertenecen a distinto orden, allí se configuran secuencias comunicativas paradójicas, en las que cualquier respuesta del PI lo conduce a recibir un castigo y una negación del principio de identidad. Los modos en que las partes interpreten los mensajes siempre serán dicotómicas y mutuamente excluyentes, y como consecuencia esto produce un bloqueo a la capacidad de metacomunicación.

Según Sluzki y Ransom (1976) es común, y producto de malos entendidos teóricos, utilizar el doble vínculo como sinónimo de paradoja. Lo cierto es que el Doble Vínculo encierra una paradoja comunicacional, pero no toda paradoja es doble vincular.

El doble vinculo es una situación donde se haga lo que se haga la persona no puede ganar, por ganar se entiende ser reconocido/aceptado (Linares, comunicación personal, Abril, 2016).

2.4.1.2. Consecuencias del Doble Vínculo.

De acuerdo con nuestra hipótesis, el término “función del yo” (tal como se emplea este término cuando se describe a un esquizofrénico como alguien que tiene “debilitada la función del yo”) es precisamente el proceso de discriminar modos

2. Marco Teórico

comunicacionales, dentro de la persona o entre la persona y otros (Bateson, 1977, p. 18)

Según el Doble Vínculo el PI es criado en un contexto familiar que repite secuencias de comunicación perturbada y paradójal, la persona aprende estos patrones, los incorpora y los vuelve a reproducir. Esta situación comunicacional acaba provocando confusiones entre los mensajes y los meta-mensajes del PI. En palabras de Bateson (1985):

Nuestra hipótesis es que se producirá un colapso en la capacidad para discriminar entre Tipos Lógicos cada vez que se presente una situación de doble vínculo. Las características generales de esta situación son las siguientes:

1. (...) el individuo está envuelto en una relación intensa, es decir, una relación en la que siente que es vitalmente importante que discrimine acertadamente qué clase de mensaje se le está comunicando, para responder a él de forma adecuada.

2. (...) el individuo está atrapado en una situación en la cual las otras personas que intervienen en la relación expresan dos órdenes de mensajes y uno de ellos niega al otro.

3. (...) el individuo es incapaz de comentar los mensajes que se expresan para corregir su discriminación del orden de mensajes al cual ha de responder, es decir, no puede formular una enunciación metacomunicativa. (pp. 151-152).

Dentro de la hipótesis del doble vínculo los autores mencionan que las funciones del Yo no sólo se debilitan por la dificultad en el discernimiento de los tipos lógicos, sino que además el PI atraviesa procesos de autoexclusión (por la dificultad en conectar y entenderse con su entorno) y negación del principio de identidad (por no poder validar las propias percepciones de la realidad).

2.4.1.3. Doble Vínculo y Teoría de la Comunicación Humana.

Los conceptos centrales del doble vínculo, y otras nociones de Bateson, fueron incluidos en los axiomas de la comunicación. Esto se observa al notar que los tipos lógicos aplicados a la comunicación de Bateson se convierten en los niveles de contenido y relación en los axiomas de Watzlawick.

Pero el punto más claro de conexión entre estas dos teorías es a través de la construcción del Self y la discriminación de objetos/sujetos. Simon et al. (1997) explican que para la teoría del doble vínculo la individualidad y la familia pertenecen a órdenes lógicos diferentes, y así como el esquizofrénico no diferencia entre niveles/tipos de mensajes, tampoco diferencia entre tipos lógicos relacionales, y como consecuencia no consigue diferenciarse del sistema ni construir una individualidad.

Esta situación de indiferenciación es la misma que se desarrolla a través de la desconfirmación (pseudomutualidad, descalificación transaccional, mistificación, etc.), por lo que Watzlawick et al. (1967) hacen referencia sobre esta situación patológica mencionando la desconfirmación que la familia del PI aplica sobre él al tratarlo como un sujeto comunicativamente incompetente.

2.4.2. Teoría de los juegos familiares.

Esta teoría se atribuye al respetado y conocido, al menos dentro del modelo sistémico, Grupo de Milán. Este grupo fue históricamente liderado por Mara Selvini-Palazzoli en Italia, quien se ha interesado por los postulados del naciente modelo sistémico y se influye de este viajando regularmente a MRI y estableciendo una conexión fluida con Watzlawick.

El grupo de Milán ha tenido en su trayectoria una serie de modificaciones, rectificaciones de perspectivas, cambios de postulados y rotación de integrantes. Sin

2. Marco Teórico

embargo, dimensionando la historia, se consideran dos momentos fundamentales del grupo en los que han hecho aportaciones diferentes.

Según Linares (comunicación personal, Mayo, 2017) entre todos los logros conseguidos por el Grupo de Milán podría destacarse el hecho de haber respetado y llevado a cabo sus modelos de trabajo hasta las últimas consecuencias, es decir, el haber puesto en práctica con marcada rigurosidad sus elaboraciones teóricas, sosteniendo una vía de trabajo constante entre la clínica y la investigación. Cuando hablamos de *sus modelos* hacemos referencia a dos momentos diferentes de la escuela: Comunicacionalista y Estructural.

A los fines de esta investigación ambos momentos son relevantes, ya que desde sus inicios el Grupo de Milán se ha dedicado al estudio de trastornos mentales graves, esquizofrénicos por sobre todo.

2.4.2.1. Etapa Comunicacionalista.

Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn (1987) explican que los integrantes del grupo original de Selvini-Palazzoli, antes de constituirse como tal, pertenecían a un grupo de terapeutas que aplicaban el modelo psicoanalítico a terapias familiares. Sin embargo, no conseguían los resultados esperados por lo que Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata en 1972 se independizan de este grupo y forman el propio, en el que comenzaron a estudiar los desarrollos interaccionales que surgían en Palo Alto.

En los inicios respetaban fuertemente las ideas batesoniana que se popularizaban en la época, por lo que no elaboraron grandes cambios a nivel conceptual y seguían fielmente los escritos del MRI que se basaban en Bateson. El grupo comenzó a hacerse conocido por sus desarrollos prácticos antes que por sus elaboraciones teóricas registran grandes cambios a nivel conceptual. Desde sus primeros escritos comenzaron a captar la

atención del zeitgeist de la época por la innovación de técnicas y aplicación de nuevos recursos específicos de trabajo, entre los más destacados: connotación positiva, espaciado entre sesiones, rituales terapéuticos, preguntas circulares y prescripción en la primera sesión (Diorinou & Tseliou, 2014).

Además de la construcción de técnicas nuevas se dedicaron a desarrollar la construcción de una hipótesis sistémica para comprender como el sistema familiar se organiza en relación al síntoma o los síntomas presentados. La hipótesis correspondía a lo que ellos definían como el *Juego Familiar* (Boscolo et al., 1987).

La teoría de las transacciones relacionales se explicita por primera vez en el libro *Paradoja y Contraparadoja* (Selvini-Palazzoli et al., 1986), allí los autores postulan que en las familias psicóticas existen juegos relacionales patológicos que poseen reglas invisibles donde cada miembro las aplica en beneficio propio en una lucha de poderes, y como resultado producen incongruencias relacionales. Esta teoría tiene un notable interés en conocer cuáles son los movimientos familiares que anteceden al estallido psicótico del PI y cuáles son los juegos relacionales que predisponen la aparición de este trastorno, en otras palabras, el Grupo de Milán se preguntaba: ¿Que hace la familia para que esto ocurra? y ¿En qué contexto nace este tipo de pacientes?

Trabajaron siguiendo los escritos de Bowen (1959) y Flecks y Bowen (1961) sobre el requisito de tres generaciones para la construcción de un miembro psicótico, por lo que sus esfuerzos apuntaron a conocer detalladamente el tipo de relación existente entre los progenitores, y los progenitores y el PI.

Por sus estudios encontraron la existencia de modos relacionales recurrentes entre las generaciones, estos patrones se caracterizaban por ser rígidos y repetitivos, lo desarrollaremos en el siguiente apartado. Estas interacciones tenían el objetivo de sostener el contacto familiar y preservar al sistema, aunque esto signifique la creación de

2. Marco Teórico

síntomas y patologías, a este conjunto de comportamientos lo denominaron como *Juego Familiar*, y buscaban con ello constituir una metáfora de trabajo para la comprensión de estas familias. Con su trabajo mostraron que estas familias hacían un uso frecuente del rechazo y de la desconfirmación como medidas de definición de las relacionales (Selvini-Palazzoli et al., 1986, Selvini-Palazzoli, 1986).

2.4.2.2. Juego Trigeneracional.

1º Generación familiar: Correspondiente a la de los abuelos del PI. Frente a los problemas de vivir conjuntamente y para resolver el modo en que lo harán, cada parte aplica unilateralmente normas rígidas y repetitivas para dominar a su partener, así ganar en la lucha por la definición de la relación que tienen en común, donde cada uno intenta hacerse con el control por encima de su pareja. En este plano de disputa y tensión constante si una de las partes confirma/acepta a su partener, o un aspecto de su definición, lo vive como un signo de debilidad y como una derrota. Alabar/reconocer un aspecto del otro es equivalente a perder autoridad, dominio, fuerza y/o capacidad, por lo que rechazan mutuamente sus propuestas y definiciones, o en su defecto, le señalan a su compañero que son insuficientes.

2º Generación familiar: Correspondiente a la de los padres del PI. Como originarios y observadores, cada uno, del juego relacional de la 1º generación, incorporan a sus vidas las mismas soluciones disfuncionales que conocen. Sostienen las mismas normas rígidas y repetitivas, pero además suman su miedo a ser rechazado por su partener, por lo que se vuelven cautelosos en los modos en que se exponen a su pareja, conservando la ilusión de poder ser victoriosos en la definición unilateral de una relación que es circular, y además poder hacerlo sin recibir dolorosos rechazos. Al conocer solamente este modo patológico de relacionarse eligen “una pareja difícil” que sea apta para sostener

esta modalidad y con la que intentan lograr el inalcanzable reconocimiento de ser victoriosos. Aunque rápidamente descubren que su partener tiene las mismas pretensiones, por lo que se encuentran en una simetría y no consiguen que el otro acepte auténticamente la propia definición que cada uno ofrece.

Como pareja, y además oponentes, no sólo se rechazan, sino que cuando uno de los dos intenta ponerse en una posición up en la definición de la relación el otro asesta un golpe y lo ubica en una posición down, lo que es vivido como una derrota por parte del reubicado.

Como buenos contrincantes, quien es derrotado no acepta esta situación con pasividad, por lo que busca/intenta compulsivamente revertir esta situación, sosteniendo un juego de golpes mutuos. Se trata de una pareja que no tolera la simetría (que es su estado más frecuente), y al mismo tiempo ninguno de los dos tolera la complementariedad si significa ocupar una posición down, ya que ambos pretenden constantemente ubicarse up en la pareja. Esta situación de tensión simétrica exasperada fue denominada por el grupo de Milán como *hybris* (Selvini-Palazzoli et al., 1986; Martorell, 2016).

Hybris en la dinámica de parejas se refiere a la pretensión firme de lograr el cambio de posición, pasar de una simetría aparentemente infranqueable a ocupar el tan deseado lugar up de la complementariedad, incluso a costa de morir. Con este objetivo repiten el desafío conyugal constantemente buscando triunfar. En los intentos de dominar a su oponente/pareja cada uno teme fracasar, y fallar es insoportable, por lo que previenen el fallo y desconfirman su propia definición de la relación antes que lo haga su partener, intentando no dejar oportunidad al otro de asestar un golpe. Estas situaciones se tiñen de un código de silencio y la lucha de poder no ocurre de manera explícita, sino que se disfraza en contiendas más sutiles, sólo la pareja conoce el verdadero conflicto.

2. Marco Teórico

3° Generación familiar: Correspondiente al PI. En este clima de desconfirmaciones, hybris simétrica y reglas secretas, el PI aprende los modos relacionales imperantes de su familia y cómo debe ubicarse. En su etapa comunicacionalista el Grupo de Milán no detalla el papel del PI, sino que se abocan a describir al sistema en general, aunque en su etapa estructural si se encargan de detallar algunas dinámicas del PI, las cuales detallaremos en el apartado siguiente.

Así es como se forma el juego familiar psicótico, donde existen reglas secretas que van en aumento y en complejidad y los mensajes son cada vez más crípticos. Las paradojas forman parte de este mundo ya que se convierte en unas de las principales armas que utiliza la pareja de transacción psicótica. De manera característica la ambigüedad y la confusión dominan el clima relacional en este tipo de familias.

Según Selvini-Palazzoli et al. (1986) el juego psicótico es un juego de apariencias, donde la mayoría de las situaciones caen en una pseudoposición de indefinición, todo es una jugada al servicio de perpetuar el juego. La premisa fundamental es que bajo ningún punto de vista el juego puede terminar, si esto ocurre el sistema corre el peligro de desaparecer ya que la pareja está allí para intentar constantemente dominarse mutuamente, aunque nunca lo consiga.

Para que este juego continúe se realizan una serie de jugadas como la descalificación de algunos o todos los componentes del mensaje, tangencialidad, desplazamiento del tema, amnesias y la jugada suprema: la desconfirmación. Selvini-Palazzoli et al., (1986) lo describen de la siguiente manera:

Es un tipo de respuesta a la definición que el otro intenta dar de sí en la relación. Esta definición no es una confirmación, ni siquiera un rechazo. Es una respuesta críptica, incongruente, que conlleva, sustancialmente al siguiente mensaje: “*No doy cuenta de ti, no estas, no existes*” (p. 35).

Como mencionamos hace unos momentos, en el juego psicótico de la familia, el autor de una propuesta de definición de la relación puede prevenir el golpe de su adversario y desconfirmar su propio mensaje antes que el otro lo desconfirme. Esto significa autocalificarse como “no existente”, por lo que el mensaje termina siendo “Yo no estoy, no existo en la relación contigo”.

Es el *status quo* de la familia un clima de ambigüedad, indefinición, enmascaramiento, apariencias, que tiene como motor una hybris simétrica con su ilusión unilateral de la victoria sin rechazos. Allí radica la interacción esquizofrénica, en la hybris simétrica y la oculta presunción compartida por cada miembro de la pareja de poder, algún día, conquistar el control unilateral de la definición de la relación.

En este punto de su explicación Selvini-Palazzoli et al. (1986) mencionan la relación entre su teoría de los juegos familiares y la teoría del doble vínculo. Mencionan que en la modalidad de comunicación doble vincular se mantiene constantemente situaciones paradójales que no tienen un final y donde el PI no tiene alternativas de salir ileso. Ambas son situaciones (juegos familiar y doble vínculo) de interacción teñidas por la indefinición donde es imposible metacomunicar. La incongruencia e indefinición en los juegos familiares de Selvini-Palazzoli está dada por la incongruencia entre los diferentes niveles de comunicación que explica Bateson. El mensaje esquizofrénico lleva una paradoja extrema e imposible de resolver, ya que en el nivel de contenido se realizan demandas y pedidos que a un nivel relacional son imposible de cumplir, se produce una sustitución del hacer para satisfacer, a una necesidad de cambiar el ser para satisfacer: *“No es que no lo hagan como lo deberían hacer... Es que no son como deberían ser...”* (donde el cómo, por obvio, permanece indefinido) (Selvini-Palazzoli et al., 1986, p. 48).

Como aclaración final los autores indican que para que una relación interpersonal no sea psicótica es necesaria la claridad inequívoca y recíprocamente aceptada de las

2. Marco Teórico

definiciones que arrojan sus miembros, o al menos un común acuerdo de lo que no es. Las transacciones psicóticas llevan la prohibición de definir las posiciones en la relación, ya que esto daría por finalizado el juego y con ello la ilusión de poder captar unilateral y linealmente una ida relacional y circular (Selvini-Palazzoli et al., 1986).

Según Boscolo et al. (1987) el grupo de Selvini-Palazzoli, arribó a tres formulaciones sobre la esquizofrenia en los sistemas familiares:

- a. Las familias en transacción esquizofrénica (denominación para la población objetivo) participan en *juegos familiares* implícitos y no reconocidos.
- b. En estos juegos cada miembro, y especialmente los progenitores, se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas del sistema.
- c. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

2.4.2.3. Etapa Estructural.

Luego del trabajo conjunto el Grupo de Milán original toma rumbos diferentes, aunque se separan como cuarteto se mantienen las duplas de Boscolo y Cecchin por un lado, y Selvini-Palazzoli y Prata por otro. Como líder del equipo original, el foco de atención de la época continuaba puesto en Selvini-Palazzoli, que junto con su compañera de investigación se mostraban desencantadas con los logros conseguidos en su primera etapa de trabajo (Selvini, 2002).

Las autoras se encontraban a la búsqueda de nuevos métodos de trabajo ya que mostraban una profunda insatisfacción por los resultados que consiguieron en un principio, se acusaban a sí mismas de haber caído en puros tecnicismos y conseguir pocos hallazgos originales sobre las causas relacionales de los trastornos graves.

Continuar con el uso de las paradojas y las contraparadojas les resultaba contradictorio e insuficiente, ya que con el tiempo pudieron dimensionar que los efectos de cambio que producían eran parciales y no se sostenían en el tiempo, además, muchos pacientes empeoraban tan rápido como mejoraban. Las paradojas resultaban ser espectaculares, pero sumamente complejas y terminaban poniendo a los terapeutas en un tono homeostático al caos familiar, por lo que terminaban siendo devorados por la complejidad de la familiar (Selvini-Palazzoli & Prata, 1983; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1990; Selvini, 1990).

El objetivo de Selvini-Palazzoli continuaba siendo conocer la etiología relacional de los trastornos psicóticos, y con la aplicación de las paradojas no conseguía modelizar los patrones interactivos esenciales para el desarrollo de un síntoma psicótico. Frente a la complejidad y particularidad de cada caso, el uso de las paradojas no permitía conocer los patrones fundamentales, invariables y repetitivos comunes a todas las familias con un hijo psicótico (Selvini-Palazzoli, 1991).

En esta segunda etapa el cambio es esencialmente metodológico, aunque se continúan investigando en profundidad los desarrollos del juego familiar que se habían iniciado en la primera mitad. En aquella parte, aún de manera implícita, se conectaba el comportamiento sintomático del paciente con el juego familiar, entendiendo el juego como sinónimo de espontaneidad y modalidad inevitable de organización interactiva de los miembros del grupo familiar, que se transforma en el tiempo (Selvini-Palazzoli, 1991).

Si antes con la paradoja (y la connotación positiva del síntoma) los resultados eran imprevisibles e inestables, ahora se propone un tipo de intervención que se blindaba ante tales situaciones. Ya no se aplican intervenciones que puedan amoldarse a las cualidades de cada familia, sino que se aplica un tipo de intervención que no varía y con la que se

2. Marco Teórico

intenta conocer las estrategias y movimientos que cada miembro de la familia intenta para cumplir sus objetivos personales (Boscolo et al., 1987).

Nace así la *Prescripción invariable*, que consistía en un modo no verbal de bloquear las interferencias de los hijos en los problemas de sus progenitores, para ello estructuraron una prescripción que rompía el juego familiar que aún se mantenía como incógnita para los terapeutas. Así se crea un filtro entre generaciones, la prescripción actuaba en múltiples niveles relacionales e irrumpen tramas del juego que no eran indispensables de descifrar y que volvían dificultoso el trabajo con las familias.

Por la prescripción invariable se les pedía a los padres que guarden en absoluto secreto lo que ocurriese en la sesión de terapia familiar a la que fueron invitados solamente ellos. El paso siguiente consistía en prescribirle a la pareja que tenga una vez a la semana una salida solos y que no rindan cuentas de ello a nadie, así como tampoco anunciar que saldrían. Por último, se les pedía que cada uno de ellos lleve un registro individual sobre como llevaban adelante esta tarea y sobre como creían que lo estaba haciendo su pareja (Selvini-Palazzoli, 1991).

Esta prescripción provocaba una revolución familiar ya que se estaba produciendo una situación inusitada para el sistema, esto hacía que los miembros reaccionen y revelen su posición en el juego familiar y sus estrategias para conservar cada uno su lugar frente al cambio (de aquí su etapa más estructural). El cambio introducido por los terapeutas llevó a que las familias exhiban recurrentemente una serie de comportamiento repetitivos que permitió al nuevo Grupo de Milán hipotetizar la presencia, oculta, de estrategias transgeneracionales que resultaban ser de naturaleza patógena. Estas estrategias fueron identificadas como: Embrollo e Instigación (Selvini-Palazzoli et al. 1990; Selvini-Palazzoli, 1991).

La aparición de estos dos fenómenos relacionales es posible por el contexto previo creado por los cónyuges/progenitores, en su primera etapa de investigación ya daban cuenta sobre los detalles de esta relación patológica. La pareja conyugal se encuentra en una profunda incomodidad e insatisfacción relacional, y no es posible mediar una solución, por lo que comienzan un juego de apariencias de bienestar y ocultamiento del malestar, pero sin dejar de tener salidas indirectas del problema. Esta situación fue denominada como *Tablas de pareja*, haciendo alusión a las partidas de ajedrez cuando ninguno de los rivales tiene la posibilidad de ganar y se produce un empate, ninguno quiere hacer una declaración abierta de debilidad por miedo a que la otra parte se aproveche de ello.

Selvini-Palazzoli et al. (1990) señalan que no toda relación de pareja perturbada produce hijos perturbados, sino que se necesita algo más para que esto ocurra, indican específicamente:

Un hijo/a presenta síntomas sólo cuando se ve co-envuelto, y se ha dejado co-envolver totalmente, en el juego de tablas de la pareja parental; cuando ha creído en el embrollo de ser el elegido de una pretendida relación privilegiada con uno de los padres: y cuando silenciosamente se ha puesto de parte de su pretendido aliado, actuando en connivencia con él (Selvini-Palazzoli et al., 1990, p. 8).

2.4.2.4. Los juegos sucios.

Los autores plantean la existencia de dos planos problemáticos donde ocurren los juegos familiares. Por un lado, el malestar relacional que vivencia la pareja conyugal, el cual es anterior a la presencia del hijo psicótico. Esta trama patológica es la que se intenta tolerar en silencio y de manera oculta, el ocultamiento es sostenido por ambas partes, aunque nunca consiguen hacerlo completamente mostrando un hermetismo artificial, ya

2. Marco Teórico

que comienzan un juego indirecto de mensajes encriptados con los que no se quiere dar cuenta a los otros del malestar vivido.

Aquí aparece el segundo plano problemático donde ocurren los juegos familiares. Sobre esta trama pseudo-oculta acontece una puesta en escena de conflictividad controlada, la cual sirve para mermar cierta presión en el conflicto de fondo, aunque se trata de un distractor. En este escenario los hijos son testigos principalmente de la puesta en escena y de la conflictividad aparente de sus padres, desconociendo el conflicto subyacente. Esto lleva a que el hijo, futuro PI, tome partido por alguna de las partes y sea instrumentalizado en la disputa anterior a su existencia, a su vez, este hijo permite ser involucrado en el juego parental, incluso sintiéndose privilegiado por ocupar un espacio en esa alianza transgeneracional.

La metáfora del juego permite describir como los cónyuges realizan sus jugadas en pos de los objetivos personales y como construyen una serie de reglas ocultas sobre lo permitido y lo no permitido en la pareja, ocultas al menos para el PI. Si seguimos la lógica del juego podemos decir que existen normas, prohibiciones y reglas, y transgresiones a las normas, trampas y jugadas desleales. Estas transgresiones serán denominadas como *juegos sucios* los cuales pueden consistir en engaños sutiles, traiciones, mentiras impúdicas o manipulaciones, por nombrar algunas posibilidades entre tantas, son actos que se aplican disimuladamente y se negará su existencia en caso que alguien quiera revelarlas, todo ello con la intención de alcanzar los objetivos.

Con el tiempo estas transgresiones pasan de ser excepcionales a convertirse en habituales en el juego conyugal, aunque continuarán siendo ocultadas y negadas. Pronto involucrarán a un hijo/a (que se deja involucrar) el cual no necesariamente es consciente de ser parte de un juego sucio, y a su vez construye un mundo afectivo y cognitivo sobre el plano de las apariencias que sus progenitores ofrecen, creyéndolo completamente real.

La hipótesis de los autores es que la conducta psicótica del paciente designado esta en conexión directa con el juego sucio propio de cada familia. El embrollo y la instigación son las modalidades más frecuentes y estructuradas que han encontrado y descrito a partir de la aplicación de la prescripción invariable (Selvini-Palazzoli et al., 1990; Burbatti & Formenti, 1988).

2.4.2.4.1. Embrollo.

Este fenómeno tiene lugar cuando uno de los padres ostenta tener una relación privilegiada con el hijo/a (que será el futuro PI) pero que en realidad no lo es. El privilegio que recibe no es auténtico ya que el beneficio que recibe en realidad es un mensaje encriptado que tiene como destinatario final al otro cónyuge. Lo que se intenta es mostrarle a la pareja que se ha conseguido un aliado y aplicar en esa relación actos y discursos que no pueden ser tolerados en el plano conyugal, y se utiliza al hijo para maximizar el impacto de los movimientos.

Esta situación se sostiene con cierta armonía hasta que el hijo receptor de este falso privilegio intuye/descubre que ha sido instrumentalizado por uno de sus padres para enviar mensajes indirectos a su pareja, cuando descubre el engaño en el fue involucrado y que su beneficio no era auténtico como lo vivía, se siente engañado y estafado (Selvini-Palazzoli et al., 1990; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1999).

Este hijo ha vivido y participado en una coalición con un progenitor en detrimento del otro, y guarda cierto conocimiento que este enlace transgeneracional es un trato ilícito y que las partes aliadas sostienen una connivencia. Todos estos movimientos relacionales ocurren en el plano de lo no verbal, no se explicita ninguna de las jugadas ya que todos se saben parte de un juego desleal y no existe la posibilidad de denunciar la situación sin evidenciar el juego y la parte de responsabilidad, por lo que el hijo (ahora PI) se encuentra

2. Marco Teórico

atrapado en una situación doble vincular, a la que responde con una expresión sintomática de orden psicótico.

2.4.2.4.2. Instigación.

Para los autores la instigación no se trata de un acto único acontecido bajo una perspectiva lineal, sino una serie de actos que ocurren de manera encubierta y en una dinámica sostenida. La recursividad de este fenómeno es tal que con el tiempo el instigador también se convierte en instigado y el instigado se vuelve instigador.

En la instigación uno de los padres moviliza a un hijo a tomar partido contra el otro progenitor, hasta aquí esto podría ser aplicable a muchos trastornos, pero en las familias de transacción psicótica todo esto ocurre de manera no verbal, el padre instigador no argumenta ni solicita al hijo instigado a que adopte esta posición, no es una declaración abierta, sino que va exhibiendo frente al hijo las consecuencias del padecimiento que el otro padre le hace sufrir, pero no sólo eso, también deja entrever un velo de silencio sostenido e impotencia para desarticular la situación sufriente, mostrándose inválido y resignado frente al otro progenitor.

Esta realidad es captada por el hijo/PI que lo considera una invitación a tomar cartas en el desbalanceado juego que cree observar, por lo que arremete contra el padre que aparece como triunfante, aliándose con el aparente derrotado y a la vez sintiéndose protagonista, justiciero y privilegiado del sistema. La alianza construida entre instigador e instigado se hace profunda por el objetivo en común de derrotar al padre que “lleva la delantera”. El hijo puede gratificar a su progenitor protegido al atormentar a su rival, y con el tiempo se configura un juego de ida y vuelta donde el instigador es ahora el instigado a arremeter contra su pareja, ya que ahora se encuentra apoyado y respaldado,

además el hijo instrumentalizado (futuro PI) confirma el dolor que siente el aparente derrotado y la culpabilización sobre el problema se vuelve unilateral.

Este circuito relacional se altera seriamente si padre aliado y protegido cambia de posición en caso de que lo necesite, por ejemplo, si percibe una amenaza para él, si consigue un acuerdo con su pareja o si cree que su juego sucio puede ser develado y denunciado. Si esto ocurre no sólo rechaza la existencia del circuito instigador del que formaba parte, sino que pasa a defender al progenitor que hasta hace poco era acusado y atacado por el PI.

Este cambio de posición era común y frecuente luego de conseguir cierta armonía entre los progenitores a través de la prescripción invariable, lo que producía un cambio en las reglas del juego. Aunque el hijo instigado no aplicaba aún a este cambio, ya que significaba perder sus privilegios e incluso su misión en el mundo relacional de la familia que se construía a su alrededor.

De cambiar esta situación su propósito se perdía, y además quedaba en evidencia la manipulación de la que fue parte, protagonizaba la escena conyugal cuando el instigador lo necesitaba y luego era relevado de su cargo cuando los contendientes no lo precisaban y mostraban que en la trama relacional nunca fue realmente un protagonista sino un instrumento. Esto significaba una situación de embrollo, ya por el cambio del antiguo instigador el PI se ve traicionado, estafado, manipulado, ahora exento de obligaciones, y privado de privilegios y protagonismo.

Por último, los autores indican que el PI puede realizar su vida con un profundo compromiso por el conflicto conyugal, puede comprometerse con tal pasión y dedicación a sus objetivos que sacrifica su individualidad con tal de intentar cumplirlos. Son capaces de secundarizar su propio desarrollarse hasta el punto de convertirse en meros instrumentos de los juegos de la familiar, despojándose de una realización personal y no

2. Marco Teórico

existiendo por fuera del conflicto conyugal, lo que llevaría el mensaje implícito de “no ser nadie” fuera del sistema, ni dentro del sistema con otros objetivos.

2.4.2.5. Seis estadios del proceso psicótico.

Sosteniendo la metáfora del juego, el nuevo Grupo de Milán buscaba definir los procesos relacionales frecuentes que llevaban a un sujeto a actuar psicóticamente. Consiguieron su objetivo luego de observar, en perspectiva, los resultados obtenidos a través de la aplicación de la prescripción invariable y los nuevos desarrollos de los juegos sucios de la familia, concluyeron que existen 6 estadios frecuentes en las familias que precipitan la aparición de un miembro psicótico (Selvini-Palazzoli, 1986). A saber:

- 1. El impasse en la pareja conyugal:** La pareja parece destinada a afrontar eternamente una situación sin salida, ya que no consiguen crisis lo suficientemente fuerte que desequilibre el marcador, llevándolos a vivir una exasperada simetría.
- 2. La intromisión del hijo en el juego de la pareja:** El PI se inserta (y es insertado) en la dinámica de la pareja, allí identifica erróneamente a uno de los progenitores como vencedor y al otro como perdedor, aliándose mayoritariamente con este último. Se compromete febrilmente con esta causa para luego ser negado por el progenitor que protegía, esta traición lo lleva a actuar psicóticamente, por verse reducido (desconfirmado) a ser un instrumento en un conflicto que le es ajeno y por descubrir que las afirmaciones que tenía sobre el mundo relación de su familia son falsas. Se invalida (desconfirma) el presupuesto de fondo sobre el cual ha construido su universo afectivo y cognitivo.
- 3. La conducta inusitada del hijo:** En los primeros momentos de intromisión el PI podría expresar su apoyo a su aliado de manera sutil, casi imperceptible, pero

sus pequeñas cuotas de aporte no son suficiente para terminar la contienda y declarar un ganador, por lo que tomará acciones cada vez más drásticas que intentarán dar por terminado el juego, oficiando incluso como ejemplo para el padre perdedor mostrándole como debería de actuar.

4. El viraje del presunto aliado: Este incremento de intensidad no necesariamente cumple el cometido de conseguir un ganador y el escenario incluso empeora. El progenitor aparentemente vencedor se mantiene en su actuar, y el progenitor aparentemente perdedor asume las protestas del cónyuge que es atacado por el hijo sublevado. Por la transgresión del hijo aliado, el progenitor perdedor es reprendido y castigado, y por ello termina pasándose a las filas de su pareja, termina aliándose con el padre que el PI consideraba que tenían como el enemigo en común.

5. La eclosión de la psicosis: El PI se encuentra atrapado, por un lado fracasa en su intento de someter al padre vencedor, por otro lado es traicionado por su aliado secreto. Descubre que el juego relacional con el que se encontraba comprometido en realidad responde a otras reglas mucho más arcaicas y de las que no forma parte y que desconocía. Toma consciencia de haber sido engañado, usado y abandonado (desconfirmado) ya que los fundamentos lógicos del mundo que había construido se han modificado. Sin embargo, ha aprendido del conflicto de sus padres a no declararse derrotado, y por ello aplica una sintomatología psicótica que lo blinde a ser ignorado del todo (desconfirmado). Utilizará una expresión psicológica que le permita doblegar al vencedor y mostrará a su antiguo aliado lo que es capaz de hacer.

6. Las estrategias basadas en el síntoma: Cuando la conducta psicótica se hace crónica cada miembro de la familia organiza alrededor del PI su estrategia para

2. Marco Teórico

mantenerlo así, no por un deseo perverso y planificado, sino porque el nuevo escenario psicótico también será incluido como una trama más con la que lidiar e incluir en la trama familiar. El padre perdedor es quien se interesa más en sostener este nuevo modo relacional en la familia, ya que le servirá como argumento para intentar mostrar el daño que es capaz de cometer su rival, con el que debió lidiar. Por el contrario, al presunto padre vencedor que se encuentra mucho más entusiasmado en dar fin al estallido psicótico ya que resulta, argumentalmente hablando, señalado como el mayor responsable del problema y por lo tanto resulta más perjudicado que su adversario.

2.4.3. Teoría de las Relaciones Familiares Básicas.

La escuela de Barcelona ha sido fundada y dirigida por el Dr. Juan Luis Linares, quien se ha desempeñado en su carrera en diversas áreas de investigación, desde estudios de redes sociales (Linares, 1981; Ceberio & Linares, 2000; Linares & Coletti, 1997; Linares, 2015) hasta trastornos mentales graves como depresión, psicosis y trastornos límites de personalidad (Linares & Campo, 2000; Linares, 2002; Linares & Ramos, 1991).

Sobre estos últimos ha trabajado convencido de que conocer las bases relacionales de cada trastorno es una manera óptima de entenderlas y deconstruirlas para producir un cambio en pos de la salud (Boscolo & Toffanetti, 2004). Para ello se ha valido de la construcción de un modelo de trabajo sistémico que reúne partes de las elaboraciones de MRI y la Escuela de Milán sumando aportes originales y reformulaciones.

2.4.3.1. Nutrición relacional.

Según Linares (2002, 2012) las personas somos productos de las civilizaciones y de su complejidad, donde el amor y el poder se entrecruzan en infinidad de posibilidades. En estos entrecruzamientos es donde pueden precipitarse muchos trastornos mentales y variados sufrimientos humanos, para el autor los juegos y expansiones de poder son la principal fuente de interferencia y bloque de las relaciones amorosas.

Reformulando una frase de Maturana, Linares (2012) indica que “*Somos criaturas primariamente amorosas y secundariamente maltratantes (y maltratadas) y, como resultado del maltrato, enfermamos*” (p. 61).

Uno de los ejes centrales para la comprensión de las relaciones básicas es el concepto de *amor*, que es un fenómeno relacional complejo con elementos cognitivos y pragmáticos sobre los emocionales. El amor se trata de una vivencia subjetiva y quien lo recibe debe poder reconocerlo. El tener la conciencia de ser completamente amado es la nutrición relacional (Linares, 1996, 2012).

COMPONENTES DE LA NUTRICIÓN RELACIÓN Y ALTERACIONES POSIBLES	
Reconocimiento: Componente cognitivo basado en la aceptación de la existencia del otro.	➔ Desconfirmación: La falta de reconocimiento estabilizada se convierte en la no percepción de la existencia del otro en términos relacionales
Valorización: Componente cognitivo basado en apreciar las cualidades del otro.	➔ Descalificación: La falta de valoración puede volverse una constante utilizada como media para autoafirmarse.
Cariño y Ternura: Componentes emocionales principalmente en las relaciones parento-filiales. Sentimientos de entrega y disponibilidad para el otro.	➔ Hipercriticismo e irritación: Su bloqueo provoca las reacciones inversas, por ser un componente de intensidad pasional, se tornan en irritación e hipercriticismo.
Sociabilización: Componente pragmático destinado a garantizar la continuidad social de los hijos. Se expresa por dos caminos <ul style="list-style-type: none"> • Protección: sobre las agresiones posibles del entorno social. • Normatividad: la transmisión de las normas para vivir en sociedad. 	➔ Las familias pueden fracasar en ambos aspectos o sólo en alguno de ellos. A su vez exceso protector y normativo es igual de disfuncional que la ausencia de estos <ul style="list-style-type: none"> • Hiperprotección - Desprotección • Hiponormatividad - Hipernormatividad

Figura 3. Alteraciones de la nutrición relacional

2. Marco Teórico

La nutrición relacional se convierte en el motor que rige la construcción de la personalidad, y los diversos bloqueos, interferencias y/o insuficiencias que pueda sufrir genera alteraciones en la personalidad y producirá diferentes trastornos psicopatológicos.

Estos elementos servirán para la lectura y comprensión de la naturaleza relacional de los fenómenos psicológicos. De todos los escenarios posibles donde evidenciar las combinaciones del amor y el poder el idóneo es la relación parento-filial sobre la cual se generan los principales trastornos psicopatológicos. La atmosfera relacional de la familia de origen presenta dos coordenadas fundamentales que se comportan de forma autónoma y relativamente independiente, aunque pueden influirse mutuamente: la Conyugalidad y la Parentalidad (Linares, 2011, 2012).

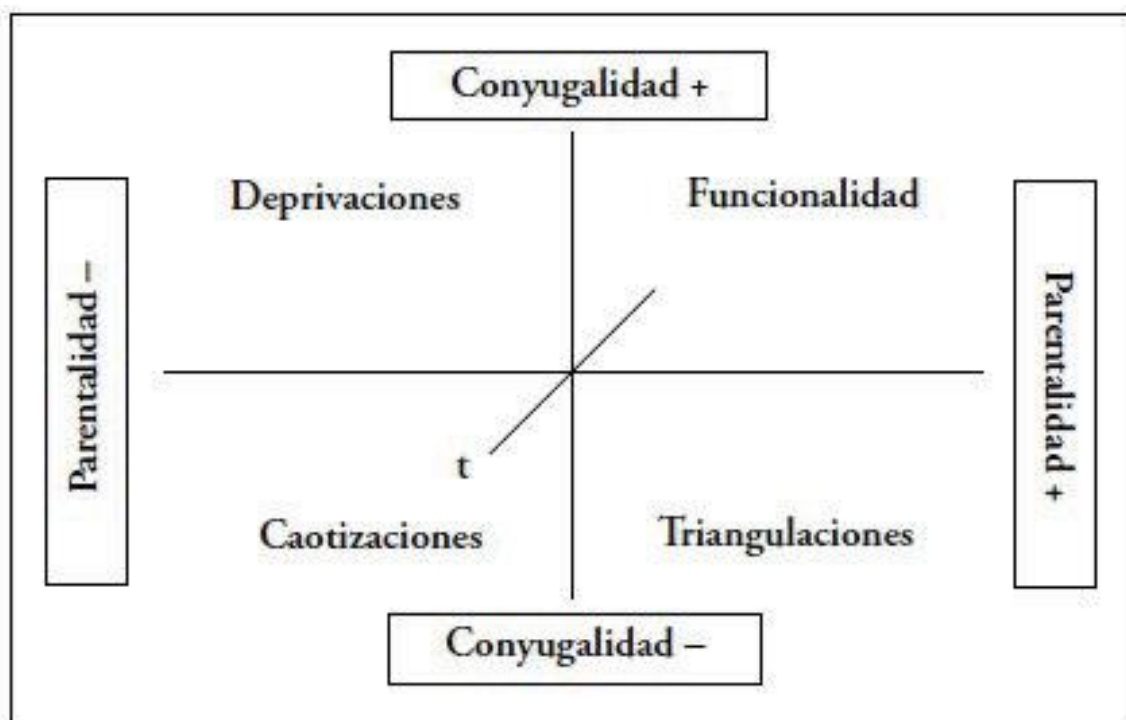


Figura 4. Cuadrantes de la Parentalidad y Conyugalidad

La *Conyugalidad* hace referencia a los modos en que se relacionan entre sí los padres o las figuras que ejercen funciones parentales, mientras que la *Parentalidad* hace referencia a los modos en que los padres, o figuras delegadas, ejercen las funciones parentales que vehiculizan el amor o nutrición relacional. Ubicándolos como ejes

cartesianos obtenemos 4 cuadrantes (Véase Figura. 4). A los fines de nuestra investigación nos remitiremos al cuadrante de las triangulaciones, ya que según este modelo, allí se ubican los trastornos psicóticos.

2.4.3.2. La personalidad.

Otro de los puntos cruciales para la comprensión de la TRB es el concepto de *personalidad* y las atmosferas relacionales que atraviesan las personas para su construcción, incluyendo los psicopatológicos. El concepto de la personalidad fue resistido durante años en los modelos sistémicos e interaccionales, por significar indefectiblemente un área de trabajo individual e intrapsíquica, lo cual distaba fuertemente de las intenciones sistémicas cibernéticas del modelo. Sin embargo, esta dicotomía excluyente no se considera vigente en los tiempos actuales.

Linares ofrece una definición: *“La personalidad es la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, un diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural”* (Linares, 2012, p. 94) Desarrollaremos sus partes.

- **Dimensión Individual:** La personalidad es un concepto necesariamente individual y se mantiene así, pero el aporte relacional permite comprenderlo con mayor profundidad y ampliar el conocimiento que se tiene.
- **Experiencia relacional acumulada:** El mundo relacional resulta ser el escenario de gestación y fuente experiencial de las vivencias humanas. Las personas son moldeadas y definidas por el mundo relacional que habitan.
- **Diálogo entre pasado y presente:** Se entiende que las personas son producto de una historia, y escritores de la misma. El pasado no es pensado como escenarios estáticos y condenantes, sino que en el presente se pueden hacer cambios sobre

2. Marco Teórico

los relatos del pasado. Es una tensión dialéctica que recuerda al hombre su carácter temporal.

- **Sustrato biológico:** El cuerpo (hardware) facilita algunos rasgos de personalidad y dificulta otros, y se convierte además en el vehículo de las relaciones y comunicaciones.
- **Contexto cultural:** Estar en sociedad significa vivir y construir mitologías que priorizan, estiman y desvalorizan unos rasgos de personalidad por sobre otros, condicionando la adscripción de cada persona al patrimonio psicológico de la sociedad.

2.4.3.3. Identidad y Narrativa.

A sus experiencias de vida las personas le atribuyen significados para poder personalizarla y hacer uso de las mismas. Este proceso es lo que Linares (1996) entiende por narrativa y constituye la materia primordial con la que se construye la personalidad. La narrativa construye historias y traza distinciones (Ceberio & Watzlawick, 1998) las cuales implican:

- **Pensar:** Trabajo cognitivo que da coherencia a la atribución de significado.
- **Sentir:** Indica el resonar afectivo para la persona.
- **Hacer:** Implica el plano pragmático relacional.

Indica Linares (2012) “*Cuanto más abundante y variada es la narrativa, más rica y sana es la personalidad*” (p. 98).

Junto con la narrativa, la identidad es otro proceso fundamental para la construcción de la personalidad. De las narrativas que la persona construye elige algunas que resultarán definitorias para sí mismo y se convertirán en el núcleo identitario que no

acepta transacciones ni negociaciones. En la identidad reside su existencia psicológica y la integridad de su personalidad.

La personalidad no es invulnerable, ya que las personas pueden atravesar situaciones relacionales negativas que la lesionen de forma decisiva. La identidad se remite a unas pocas narrativas definidas y delimitadas, aunque existen narrativas no identitarias que también forman parte de la personalidad, pero son mucho más maleables y la persona no se emplea a fondo en la defensa de ellas (Linares, 1996, 2012).

2.4.3.4. Sistema relacional de pertenencia.

Según Linares (1996, 2012) la construcción de la personalidad se encuentra condicionada principalmente por la familia de origen de las personas, ya que se trata del espacio de mayor peso durante gran parte de su vida. Linares indica que en las familias existen una serie de dimensiones que nos permiten organizar y comprender un poco del complejo mundo relacional que construyen. Mencionaremos brevemente los componentes del sistema relacional, luego especificaremos como se caracterizan en las familias de transacción psicótica.

La combinación de parentalidad y conyugalidad en la familia de origen genera una determinada fórmula de nutrición relacional, que podrá incluir aspectos funcionales y, eventualmente, aspectos de maltrato psicológico triangulador, deprivador o caotizante. Dicha fórmula se corresponde con una determinada organización (con cohesión, adaptabilidad y jerarquía características) y con una determinada mitología (con valores y creencias, clima emocional y rituales propios) que influyen decisivamente en la personalidad de los miembros de la familia y, sobre todo de los hijos (Linares, 2012, pp. 107-108).

2. Marco Teórico

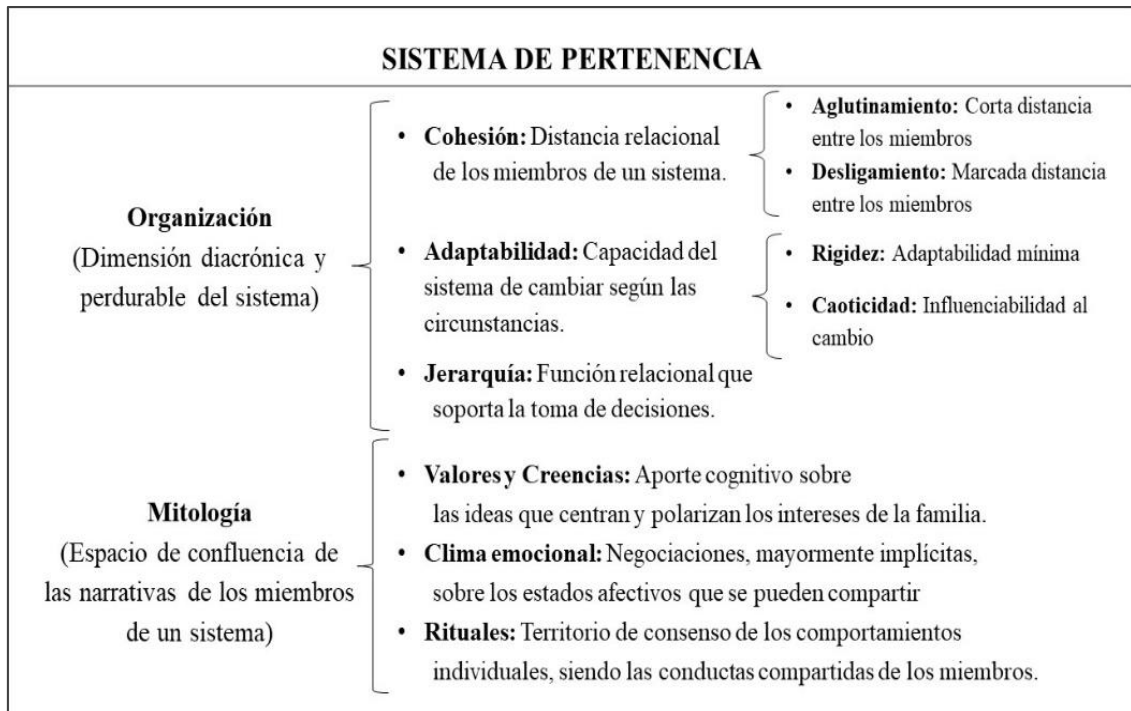


Figura 5. Componentes de los sistemas de pertenencia

2.4.3.5. Relaciones Básicas y Trastorno Psicótico.

Linares (1996, 2012) toma como antecedentes teóricos los desarrollos del MRI y el Grupo de Milán, convirtiéndose en sus marcos referenciales de trabajo. Pero principalmente adopta, reformula y dos conceptos teóricos que hasta ese momento no se habían combinado explícitamente bajo la misma fórmula, a saber, la triangulación de Haley (1967) y la desconfirmación según Watzlawick et al. (1967).

Linares menciona que estos constructos por separados son esclarecedores para comprender un poco sobre el trastorno mental psicótico, pero al hacerlo de esa manera nos encontramos con algunas limitaciones. La desconfirmación de Watzlawick refleja una corriente comunicacionalista, la cual peca de intelectual y por ello se distancia de reflejar el dolor y la destrucción de la psicosis. Mientras que la triangulación de Haley describe al PI como actor y protagonista de un heroico sacrificio en pos del sistema, lo que resulta

difícil de justificar dada la poca relevancia que suelen tener estos pacientes antes de instrumentar sus síntomas delirantes y/o alucinatorios.

Por la convergencia de estos conceptos surge la triangulación desconfirmadora (Linares, 1996), que resulta un elemento clave para la teoría relacional de la psicosis, ya que la atmosfera relacional de la familia de origen del PI está teñida de esta situación.

Linares, Castelló y Colilles (2001) indican que la maniobra de la desconfirmación no puede ser emitida explícitamente y tampoco puede ser manifiesta la negación de la existencia de una persona, pues en el momento que se hace explícita la negación, deja de ser desconfirmación por darle lugar a la existencia del otro, mostrando así su complejidad. En las relaciones diádicas (mencionadas repetidamente en el doble vínculo) la desconfirmación es de baja potencia, pero los triángulos relacionales son un vehículo privilegiado para este fenómeno comunicacional destructivo. Por ejemplo, C puede acaparar la atención de A, que tenía una relación previa con B, haciendo que este último se sienta olvidado e implícitamente inexistente. La triangulación desconfirmadora que ahora padece B se agrava si además A niega la relación que tenía con B antes de la aparición de C.

Al igual que Wynne, Laing, Bateson, Sluzki, Selvini-Palazzoli, entre otros, Linares considera que las familias con un miembro psicótico se caracterizan por una atmosfera relacional basada en incongruencia, indefinición, desconexión, pseudomutualidad y todos los conceptos que se elaboraron en los primeros momentos para la comprensión relacional de la psicosis, y que Watzlawick et al. (1967) compilaron en su redefinición de la desconfirmación.

Para esta atmosfera de incongruencias e indefinición Linares (2012) otorga una explicación que responde más a su estilo pragmatismo que al comunicacionalismo tradicional. Menciona que la familia del psicótico construye una atmosfera relacional

2. Marco Teórico

compleja y contradictoria donde el *sí, pero no*, es el razonamiento que tiñe todas las variables relacionales de la familia, lo que significa una constante indefinición e incertidumbre que propicia la aparición del trastorno psicótico.

Al ser la desconfirmación una compleja negación de la existencia de alguien, en el sentido de su valor como figura relacional, se bloquea la capacidad de conocer al otro en sus particularidades y necesidades individuales, lo que significa provocar un severo daño al elemento más importante de la nutrición relacional: *el amor complejo*. Se produce así una perturbación sobre el amar y ser amado, lo que es equivalente a un ataque (no uno explícito) a la identidad con la suficiente presión como para provocar una fractura y desintegración de la identidad, algo característico de esta grave patología (Linares, 2002, 2006b).

“La falta de reconocimiento, o desconfirmación, es un fracaso de la nutrición relacional en el terreno cognitivo que puede comportar serios handicaps para la construcción de la personalidad” (Linares, 1996, p. 384).

2.4.3.6. La psicosis como trastorno de la personalidad.

Los síntomas negativos de la psicosis se caracterizan por una desconexión primaria del PI con respecto al entorno, lo cual es comprensible si la identidad del psicótico ha sido desintegrada por efectos de la desconfirmación. Los síntomas positivos por el contrario son las producciones que realiza el PI tales como neologismos y agitaciones, pero la expresión más contundente de la psicosis serán los delirios y alucinaciones los cuales tienen lugar a partir de una alteración psicológica grave.

Desde un punto de vista relacional *es imposible no ser nadie*, tal como indica la desconfirmación, por lo que la personalidad del psicótico buscará defenderse de esta situación. Si bien la identidad del psicótico ha tenido obstáculo para construirse con

plenitud, no se puede decir que es inexistente, y tomará de esa identidad desconfirmada y dañada los fragmentos mejor conservados para construir una identidad alternativa que se blinde a la desconfirmación anteriormente vivenciada (Linares, 2006a; Linares, 2007; Hinojosa & Linares, 2017). *“Si siendo yo, Juan Pérez, he terminado no siendo nadie, a partir de ahora seré alguien cuya existencia no pueda ser ignorada ... seré... ¡Napoleón!”* (Linares, 2012, p. 133).

La solución del PI es adquirir una nueva identidad de carácter hipertrófica que pueda dar fin a la desconfirmación sufrida, así los síntomas delirantes y las alucinaciones irrumpirán en la escena familiar para cumplir este objetivo. Sin embargo, esta solución será parcial, ya que mientras más espacio ocupe esta nueva personalidad, la original tiene menos lugar de ser reconocida, lo que se convierte en una paradoja pragmática existencial, haciendo que la psicosis se convierta en un trastorno identitario. (Linares, 2012, Hinojosa & Linares, 2017, Watzlawick et al. 1967)

Según la TRB las triangulaciones desconfirmadoras se dan cuando hay una conyugalidad peculiarmente disarmónica y una parentalidad primariamente conservada. Los padres enredados en una trama conflictiva lanzan, cada uno por su cuenta, una propuesta de coalición a los hijos, pero dicha invitación encierra una grave trampa relacional, ya que, aunque los hijos son invitados a la escena, el interés de cada progenitor sigue centrado en el otro (Gómez, López-Alvarado, Bamba, Sanz, & González, 2016).

Si caracterizamos la familia de origen del psicótico bajo los elementos de la TRB de Linares Véase Figura 6) observamos que la triangulación otorga el marco organizacional de la familia, mientras que la desconfirmación es el componente central en las narrativas del sistema familiar.

2. Marco Teórico

INDIVIDUO	SISTEMA DE PERTENENCIA
<p>Identidad (Delirante)</p> <p>➔</p>	<p>Organización Triangulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión: Ambigua (patrones desligados y aglutinados) • Adaptabilidad: Contradictoria (entre rígida y caótica) • Jerarquía: Incongruente (según las coaliciones)
<p>Narrativa no identitaria (Escasa)</p> <p>➔</p>	<p>Mitología Desconfirmadora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores y Creencias: Desconfirmantes • Clima emocional: Emociones Expresadas • Rituales: Excluyentes o constrictivo

Figura 6. Sistemas de pertenencia en familias de transacción psicótica

Finalizamos este capítulo señalando que las tres teorías sistémicas que hemos citado (Doble Vínculo/TCH, Teoría del Juego/ Juegos Sucios, TRB/Triangulación Desconfirmadora) centran la desconfirmación como un eje vital para la comprensión relacional del trastorno psicótico en la familia.

3. Metodología

Para llevar a cabo nuestra investigación hemos optado por utilizar una metodología cualitativa. Si además tomamos en cuenta el carácter descriptivo y transversal de nuestro trabajo, la posibilidad de realizar hipótesis previas queda descartada. Por lo que, siguiendo el criterio cualitativo, el trabajo se verá estructurado a partir de las preguntas de investigación.

Estas preguntas se constituyen a partir de los intereses y curiosidades del investigador. En sus primeros momentos se trabajó con una serie de preguntas que eran demasiado amplias, poco específicas, que muchas veces no guardaban relación entre ellas e incluso podían ser consideradas como toscas y rudimentarias para una investigación científica.

Empero la motivación por el conocimiento ha sido la suficiente como para replantear y redefinir esta serie de preguntas, hasta poder constituirse en 5 preguntas pertinentes a investigar, que se encuentran relacionadas y son coherentes entre sí. Las mismas que, en un segundo momento, se plantean como los objetivos a perseguir y que presentaremos a continuación.

3.1. Objetivo general

De la serie de preguntas elaborada, sobresale una que es considerada por nosotros como la principal a responder y que ubica bajo ella las otras preguntas a responder. Presentada como intención de investigación, podemos decir que nuestro principal objetivo es analizar la primera sesión registrada de terapia sistémica de familias con un

3. Metodología

miembro psicótico para identificar las diferentes modalidades de desconfirmación y agruparlas en base a sus recurrencias estableciendo patrones comunicacionales.

3.2. Objetivos específicos

Las demás preguntas de investigación, que también han sido formuladas como objetivos, presentan el mismo grado de prioridad entre ellas, pero se encuentran en conexión y subordinadas al objetivo principal:

- **Objetivo específico 1:** Determinar, mediante un análisis descriptivo, la cantidad de miembros del sistema familiar que participan en las escenas desconfirmadoras que sean registradas.
- **Objetivo específico 2:** Identificar los diferentes roles que ocupan los miembros de la familia cuando las escenas desconfirmadoras se están llevando a cabo.
- **Objetivo específico 3:** Conocer, a través de la observación directa, las reacciones del PI frente a las escenas desconfirmadoras que sean registradas.
- **Objetivo específico 4:** Descubrir, mediante el análisis cualitativo, la existencia o no de temáticas recurrentes que podrían precipitar la aparición de escenas desconfirmadoras.

3.3. Diseño

Realizamos nuestro trabajo bajo un diseño no experimental, puesto que no existe ningún grado de manipulación por parte de los investigadores de las variables interviniente y se observaron los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural para analizarlos. El hecho de recolectar datos en un solo momento nos ubica como una

investigación transversal, ya que describimos incidencias en un tiempo único (Sampieri, Collado & Lucio, 2010).

Cómo mencionamos anteriormente hemos optado por el modelo cualitativo para llevar a cabo nuestra investigación. Las razones por las que tomamos este camino son varias, desde un gusto personal hasta el hecho de ser la visión que más se adecua a los objetivos planteados.

Según Krause (1995) la investigación cualitativa ha tomado protagonismo en las Ciencias Sociales, en especial en Psicología. Para la autora esto ocurre principalmente dos motivos, por un lado (1) han quedado muchos interrogantes sin respuestas satisfactorias desde una visión cuantitativa, y por el otro, (2) existe un notable incremento en el interés puesto en el estudio de los procesos subjetivos.

Martínez (2006) coincide con los postulados de Krause (1995), pero además enfatiza en los beneficios que posee la dimensión dinámica de la investigación cualitativa, ya que, según el autor, esta última intenta identificar y conocer: la naturaleza de las realidades que aborda, su estructura y las relaciones que se establecen. Todo ello siguiendo un procedimiento básico de la investigación, que es recoger datos para categorizarlos e interpretarlos.

Realizamos una investigación cualitativa entendiéndola como el estudio de un todo integrado, conociendo las unidades de análisis que la integran y cómo funcionan, pensando en los nexos y relaciones que tiene con el todo, y contribuyen a darle significación propia (Sgier, 2012; Sampieri et al., 2010; Martínez, 2006; Santaella, 2006; Krause, 1995).

Como lo hemos evidenciado en el marco teórico optamos por un paradigma sistémico de trabajo. Esta posición fue tomada para todo el desarrollo de la investigación, desde la toma de datos hasta el modo de interpretarlos y realizar conclusiones.

3. Metodología

La epistemología sistémica propone un cambio en el modo de observar la realidad, apartándose de las estructuras clásicas de los sistemas rígidos y su posición meramente lineal. El criterio de observación es pensar los objetos de estudio como una complejidad organizada y realizar sobre ellos una inferencia holística-descriptiva.

La epistemología sistémica considera la mutua influencia de comportamientos entre los miembros de un sistema para poder otorgar una explicación a los fenómenos relacionales que se observan, donde la circularidad y la recurrencia son la guía del modo de pensamiento y construcción del conocimiento (Watzlawick & Ceberio, 2006).

Nos apoyamos en las palabras de Arnold Cathalifaud (1998) para referirnos a las ventajas que posee este posicionamiento epistemológico. En palabras del autor:

Las mejores explicaciones para fenómenos complejos se alcanzan observando atentamente procesos dinámicos en mutua afectación, es decir, redes de retroalimentaciones de observaciones que se sostienen unas a otras. El principio aquí es la flexibilidad y, a la vez, sostener la externalidad de la observación. (Arnold Cathalifaud, 1998, p. 5)

Arnold Cathalifaud (1998) menciona que el pensar las interacciones en mutua influencia es un oportuno cambio para dar cuenta de algunos fenómenos, el autor también advierte que la estrategia de investigación sistémica podría volverse compleja en el momento de procesar la información compilada, al punto de poder convertirse esto en un punto débil del enfoque.

Para poder contrarrestar y prevenir esta posibilidad optamos por utilizar un método específico para procesar la información que recolectamos. Como procedimiento primario trabajamos en la construcción de sistemas categoriales a partir del análisis de los contenidos comunicacionales de las sesiones analizadas (Krippendorff, 1990, Thomas J, Harden, 2008).

En este punto debemos realizar una aclaración, más de un método de análisis se ocupa de la construcción de categorías, e incluso pueden confundirse entre sí, ejemplo de esto es la confusión entre análisis temático y análisis de contenido.

Aquí nos encontramos con una dificultad metodológica, ya que el análisis de contenido y el análisis temático son dos modos similares pero diferentes de abordar la información, y que se pueden prestar a confusión. No es muy difundida la diferenciación entre ellas, e incluso llegan a nombrarse indistintamente (Vaismoradi, Turunen y Bondas, 2013). Pese a esta dificultad optamos por utilizar para nuestra investigación el análisis temático según Braun y Clarke (2006).

3.4. Método de análisis

El análisis temático y el análisis de contenido coinciden en ser modelos utilizados para examinar materiales narrativos que realizan recortes discursivos en pequeñas unidades que pueden ser sometidas a descripción (Sparker, 2005).

Pero siguiendo los escritos de Braun y Clarke (2006) consideramos que el análisis temático es una herramienta mucho más específica para nuestra investigación. Al usar el análisis de contenido es posible darle un tratamiento cuantitativo también a la información, mientras que el análisis temático proporciona una descripción puramente cualitativa y detallada, dando poco margen a la lectura cuantitativa.

Con el objetivo de reducir al mínimo posible las confusiones, y dada la dificultad en la distinción de ambos modelos, explicitamos que el análisis temático es nuestro método de análisis para los datos.

Con la intención de ser más específicos aún, es que nos hemos guiado con la propuesta de análisis temático según Braun y Clarke. Las autoras postulan que el análisis temático es un método utilizado para identificar, analizar y describir patrones dentro de

3. Metodología

un corpus discursivo textual o no textual. Lo cual permite organizar y describir con cierto grado de detalle sobre los contenidos y avanzar en la interpretación de estos mismos. A partir de la lectura y relectura del material, codificamos los aspectos más relevantes de nuestros datos, agrupando códigos en temas cada vez más amplios que permiten una descripción profunda y detallada del fenómeno.

Braun y Clarke (2005, 2013) indican que su propuesta se acomoda mucho mejor a proyectos de investigación enmarcados en la psicología, ya que el modo en que se organiza su procedimiento fue pensado originalmente para fenómenos psicológicos.

Las autoras exponen seis pasos específicos para llevar a cabo la investigación, a los cuales nos abocamos. Replicando sus palabras, no se trata de un modelo lineal, sino que es un proceso recursivo, donde se pueden repetir los pasos las veces que se considere necesario. A continuación, las seis fases del análisis temático:

- 1. Familiarización con los datos:** Esta fase es común es cualquier investigación cualitativa. El investigador debe sumergirse en la información y familiarizarse íntimamente con ella. Repasando la misma una y otra vez, en cualquiera de sus formatos.
- 2. Codificación:** Esta fase también es compartida con otros métodos de investigación. Aquí se empiezan a generar etiquetas que identifiquen segmentos importantes dentro del cuerpo de datos. No es un mero procedimiento de reducción de datos, sino que es un procedimiento analítico donde se intenta captar semántica y conceptualmente la información.
- 3. Búsqueda de temas:** Se entiende por tema a un patrón coherente y significativo de los datos, que resulte pertinente a los fines de la investigación. Se trata de una fase similar a la anterior, pero con un objetivo más abarcador

y unificador sobre los códigos. Se trata de una fase activa del investigador, donde los códigos no se “descubren” sino que se los construye.

- 4. Revisión de temas:** Aquí los temas construidos en la fase anterior se someten a una evaluación que permite confirmar o desestimar la relación, pertinencia y claridad explicativa que tengan respecto a los códigos y entre los temas en sí. En esta parte la coherencia de cada tema individualmente y en relación con los demás es lo que se busca, y para ello puede ser necesario unificar, separar, sostener o redefinir algunos temas.
- 5. Confirmación y definición de temas:** Esta fase del trabajo corresponde al análisis individual de cada tema, donde el investigador identifica la “esencia” de cada tema y el conjunto de códigos que abarca sea coherentemente representado. Una vez conseguido el sentido se le debe otorgar a cada tema un nombre conciso, claro, informativo y representativo de la información que maneja.
- 6. Escritura:** La fase final de la investigación implica organizar un hilo narrativo entre los temas construidos y escribir una historia coherente a partir de ello. No sólo dándole un sentido a los fenómenos captados, sino también contextualizándolos en relación a la literatura existente.

3.5. Participantes

Los datos obtenidos para la investigación fueron obtenidos del arca de datos que nos facilitó la ETFSP. Esta institución se ha tomado el trabajo de documentar y establecer un registro de muchos de los casos recibidos y que iniciaban un proceso terapéutico como parte del servicio que brinda la institución.

3. Metodología

La ETFSP cuenta con diferentes equipos dirigidos por terapeuta supervisores donde los alumnos pueden asistir y formar parte del proceso. Uno de este equipo se dedica al tratamiento de familias psicóticas y sus registros han sido la fuente de datos que hemos utilizado para el presente trabajo.

Debemos considerar que la institución cuenta con más de 25 años de actividad ininterrumpida, y pese a haber desarrollado un efectivo sistema de registro, no todos los procesos terapéuticos son videograbados, no todos los casos agendados cuentan con toda la información al respecto, en algunos de ellos se ha extraviado la hoja de registro, en otros no se cuentan con todas las sesiones grabadas, y en muchos casos el material audiovisual es ilegible y/o irrecuperable.

Nuestra intención inicial era analizar la primera sesión de terapia familiar con el equipo de trabajo de psicosis de la ETFSP. Sin embargo esto no fue posible ya que muchas primeras sesiones no fueron registradas, o el material era ilegible, por lo que hemos tomado la decisión de trabajar con la primera sesión registrada y legible, ya sea el segundo, tercero o cuarto encuentro terapéutico entre la familia y el equipo.

Uno de nuestros criterios de selección es la existencia de un diagnóstico formal de psicosis sobre uno o más miembros de la familia, y que el mismo sea otorgado por una entidad de salud mental pertinente para asegurar que la población sea adecuada a los objetivos planteados. Aunque no hemos hecho discriminaciones sobre el tipo específico de psicosis diagnosticada dentro del espectro posible, ni hemos tenido consideraciones diferentes para uno u otro tipo psicosis. Es decir, hemos dado igual tratamiento e inclusión a todos los tipos de diagnóstico encontrado.

Consideramos oportuno contextualizar la ETFSP. La institución se encuentra inserta dentro del área de Psiquiatría del Hospital Santa Creu i Sant Pau y trabaja en íntima colaboración con ella. Todos los casos que reciben tratamiento por parte de la ETFSP son

derivados por diferentes instituciones de salud mental, públicas o privadas, incluso derivaciones del mismo hospital.

Este dato no resulta menor para nosotros, puesto que nos indica que todos los casos que son atendidos por el equipo de psicosis actúan luego de un episodio de crisis o de una internación, voluntaria o involuntaria de algún miembro de la familia. Por lo que en los registros no encontramos pacientes psicóticos en fase maníaca, o en un momento productivo de delirios y/o alucinaciones, ni en etapas críticas de sintomatología negativa. Esto también nos ha dado la pauta comprobable que todos los PI se encontraban con tratamiento farmacológico.

La ETFSP se ubica en la ciudad de Barcelona, territorio de la comunidad de Cataluña, por lo que el idioma se configuró como una dificultad a la hora de conseguir el máximo de comprensión de lo ocurrido en las sesiones y a la hora de realizar las transcripciones. Esto impulsó el hecho de optar por sesiones llevadas adelante en castellano antes que en catalán, siempre y cuando esto nos permita alcanzar un número prudente de casos para llevar a cabo el estudio.

Siguiendo estos criterios de selección hemos finalizado con veinte sesiones de veinte familias diferentes, todas ellas en habla castellana.

En ninguno de los casos el PI fue un niño, esto no ha sido intencional de nuestra parte y no se han hecho distinciones o tratamientos diferenciados por el género de los PI.

Salvo el caso número diecisiete, todas las sesiones que se han incluido son familiares, independientemente de la formación que cada familia tenga. El criterio de la ETFSP en la convocatoria a las primeras sesiones es que asistan todos los miembros de la familia que convivan (Véase Tabla 2).

3. Metodología

Detallamos también que en los casos número cinco y once encontramos a dos miembros de la familia con diagnóstico de psicosis. Este hecho no los ha descartado del estudio ni les ha dado un trato diferencial en el proceso de investigación.

Parte del procedimiento protocolar de la institución es entregar a las familias consultantes una hoja de consentimiento informado que incluye una serie de preguntas estándar que tienen el objetivo de reunir la información pertinente para organizar las sesiones. A través de estas hojas la familia toma conocimiento del sistema de videgrabación y su uso para fines científicos, terapéuticos y educativos (Véase Apéndice C).

A cada carpeta de registro suelen adjuntarse informes de medicina general y diagnósticos psiquiátricos de los miembros de la familia, principalmente del PI. Al respecto, los equipos de trabajo de la escuela toman nota al respecto y leen la información que contiene. Sobre los diagnósticos psiquiátricos y específicos que porta el PI se suelen utilizar como metáforas guías (Linares, 2012), pero no se realizan distinciones específicas dependiendo el tipo de trastorno psicótico esquizofrénico que tengan los PI, ya que el acento está puesto en las variables relacionales, y el diagnóstico sistémico antes que en las especificidades psiquiátricas. Con el fin de brindar información y transparencia a la investigación se aporta el tipo de diagnóstico especificado en cada ficha, aunque esto no resulta relevante a la hora de la discusión y las conclusiones.

Tabla 2

Información adicional de los participantes

N.º	GÉNERO	ASISTENTES	DIAGNÓSTICO
1	Masculino	Madre, Padre	Esquizofrenia paranoide
2	Masculino	Madre, Padre, Hermana	Esquizofrenia paranoide
3	Masculino	Madre, Padre, Hermana	Esquizofrenia simple
4	Femenino	Madre, Padre, Hermana, Hermano	Esquizofrenia paranoide
5	Femenino y Masculino	Madre, Hermana, Hermano	Esquizofrenia simple
6	Femenino	Madre, Padre	TLP con síntomas psicóticos
7	Masculino	Madre, Padre, Hermano, Hermana	Esquizofrenia simple
8	Masculino	Madre	Esquizofrenia simple
9	Masculino	Madre, Padre	Psicosis celotípica
10	Masculino	Madre, Padre, Hermano, Hermana	TLP con síntomas psicóticos
11	Masculino (Ambos)		Esquizofrenia paranoide (ambos)
12	Masculino	Madre	Esquizofrenia simple
13	Masculino	Madre, Padre, Hermana	Esquizofrenia paranoide
14	Masculino	Madre	Esquizofrenia simple
15	Femenino	Madre	TLP con síntomas psicóticos
16	Femenino	Madre, Padre, Hermana	Esquizofrenia paranoide
17	Masculino	-	Esquizofrenia simple
18	Femenino	Esposo	Psicosis celotípica
19	Masculino	Madre, Padre	Esquizofrenia simple
20	Masculino	Madre, Padre	Esquizofrenia simple

3. Metodología

Con el fin de preservar la identidad de los participantes se han reemplazado sus nombres originales por unos falsos. El lector encontrará en las transcripciones de nuestras unidades de análisis que sólo a los PI les hemos otorgado nombre propio, los demás participantes de las interacciones poseen denominaciones genéricas: Madre, Padre, Esposo, Pareja, Hermana, Hermano, Terapeuta y Co-terapeuta.

3.6. Procedimiento

La recolección de información inicio en enero del año 2016 con los primeros acercamientos a los archivos y expedientes del equipo de trabajo con psicosis. Esta etapa fue meramente de familiarización con el sistema de archivado, el paso siguiente fue adentrarse en los datos específicos del equipo de trabajo de psicosis.

Siguiendo los criterios de inclusión mencionados anteriormente, hemos conseguido veinte sesiones videograbadas, sobre el primer encuentro registrado por filmación de veinte familias diferentes. Existe un total de veintidós PI del total de nuestra población, debido a que en dos casos existe más de un diagnóstico de psicosis.

Se tomaron los casos más actuales posibles, por lo que algunas de las familias continúan en tratamiento, otras consiguieron finalizarlo y otras abandonaron el proceso. Dado que nuestro interés no es la investigación de procesos (Llewelyn & Hardy, 2001), el modo en que cada familia avanza terapéuticamente no es relevante a nuestros objetivos.

Finalizada la etapa de familiarización de los datos, se llevó adelante la selección de los casos, en ningún momento se pensó en un número máximo con antelación, sino que se fueron incluyendo a medida que los casos revisados cumplían con los requisitos formales.

Luego de la revisión de todo el material disponible contamos con veinte sesiones que constituyeron nuestra muestra final con la que se llevó a cabo la investigación. El

paso siguiente fue la observación directa del material audiovisual para adentrarnos en los modos relacionales de cada familia. Todo ello a la luz del modelo sistémico y de las teóricas sobre modos relacionales de familias de transacción psicótica.

Nuestro foco de atención se ciñó a un tipo de interacción particular, la observación que realizamos estuvo dedicada a detectar interacciones que se consideren desconfirmadoras.

Para facilitar la comprensión de nuestro trabajo ofreceremos una definición de lo que consideramos como una secuencia desconfirmadora, a saber: escenas donde el PI, portador de diagnóstico de psicosis, se encuentre bloqueado, excluido o no participe de interacciones que lo involucren o requieran de su incumbencia, ya sea por su propia acción o por la intervención de alguien más.

Por este motivo no se ha hecho una transcripción de todo lo acontecido en las sesiones, sino que a través de la observación directa se han buscado este tipo de secuencias para luego transcribirlas.

Estos recortes audiovisuales recibieron una transcripción literal y/o una descripción de la escena en caso de ser necesario, y junto con el director de la investigación fueron sometidos a constante evaluación teórico-práctica. Del resultado de esta apreciación se extrajeron los fragmentos definitivos que constituyen nuestras unidades de análisis.

En caso que la narrativa no llegara a ser lo suficientemente clara, o su extracción contextual restara peso y comprensión, se realiza una descripción de la situación en que acontece dicha escena. En nuestro estudio tomamos como unidades de análisis contenidos gramaticales de frases y párrafos.

3.7. Confiabilidad en el análisis de los datos cualitativos

Respecto a los criterios de validez y confiabilidad las investigaciones cualitativas se enfrentan a una serie de dificultades y hasta rechazos sobre sus resultados y conclusiones, por no considerar sus métodos confiables o por ser poco estructurados, y en consecuencia poco viables de réplica.

Los defensores del modelo cualitativo de investigación ofrecen diferentes argumentos para dar cuenta de la validez de este modelo. Bisquerra (1996) y Noguero (2002) coinciden en que este tema ha preocupado a los metodólogos desde el inicio de los estudios cualitativos. Al respecto consideran que en investigación cualitativa la credibilidad es un término que se puede utilizar análogamente al de validez y confiabilidad propias del método cuantitativo.

Aunque las propuestas para asegurar la credibilidad en investigación cualitativa son variadas, existen puntos en común y esclarecedoras coincidencias sobre las características de este tipo de investigación.

El problema central que se le adjudica a esta metodología es la distancia entre el sujeto que investiga y el objeto que se intenta conocer. Sluzki (1999) se refiere a este punto y como ha influido en la terapia familiar. El autor explica que en sus comienzos la investigación en terapia familiar ha tenido una clara tendencia cuantitativa e intentando validar modelos sobre la causación familiar de la esquizofrenia. Esto cambiaría radicalmente con la llegada de la cibernética de segundo orden al modelo, pues el terapeuta/investigador era parte del sistema en que suponía operar.

Para Sluzki (1999) lo que es pensado como el punto débil de los estudios cualitativos es en realidad una virtud. En palabras del autor:

Los riesgos ideológicos de la investigación cuantitativa yacen en la búsqueda modernista de la verdad, de lo correcto, de lo apropiado (con el consiguiente

germen de arrogancia fanática). El mundo posmoderno de la investigación cualitativa favorece, por el contrario, una visión tolerante, comprensiva, colaborativa y respetuosa de la diversidad. (p. 82)

Arnold Cathalifaud (1998) coincide con las palabras de Sluzki, y resalta aún más las particularidades de realizar una investigación sistémica de segundo orden. Al respecto el autor explica que estos investigadores (nosotros entre ellos) asumen que sus observaciones son parciales y que las percepciones son construcciones. Las interpretaciones y las explicaciones que ofrecen, se declaran como construcciones realizadas a partir de hacer propias experiencias ajenas.

Para finalizar esta sección presentaremos los 6 criterios de credibilidad postulados por Martínez (2006) en los que nos guiamos y con los que cumplimos en nuestro trabajo, a saber:

- Buscar la información en el lugar donde está, su espacio primordial, para preservar la fidelidad de los mismos.
- No descontextualizar los datos aislándolos de su entorno natural. Esto se consigue describiendo toda la escena donde se ubican los datos.
- Que los procedimientos de observación puedan ser repetidos, por lo que se solicita grabar las entrevistas y/o filmar las escenas.
- De toda la información posible, se debe priorizar aquella que mayor relación tenga y más ayude a descubrir las estructuras significativas que dan razón de la conducta de los sujetos para con la variable estudiada.
- Para la recolección de los datos el investigador debe sumergirse en el medio que quiere comprender.
- Asumir la imposibilidad de recoger datos “absolutos” o “neutrales”, y sin embargo intentar operar en la investigación, teniendo todo en cuenta y evaluar los datos.

4. Resultados

Del análisis emergieron cuatro temas principales que engloban y describen los diferentes procedimientos relacionales en los que la desconfirmación se expresa en las familias que hemos estudiado. Hemos nombrado, descrito y desarrollado el contenido de cada uno de estos temas a partir de realizar el análisis temático según Braun y Clarke (2006).

Estos temas constituyen nuestras modalidades de desconfirmación. A su vez estas modalidades (o temas) se encuentran compuestas por diferentes categorías que guardan un hilo coherente entre ellas y que en su conjunto justifican la existencia y necesidad de la creación de un nivel lógico superior que las agrupe (Bateson, 1955; Whitehead & Russell, 1910-1913).

Por los datos recolectados fue necesario realizar en la categoría 1B. *Escena Doble Vincular* (perteneciente a la modalidad 1. *Desconfirmación Menor*) una segunda subclasificación para los elementos discursivos que la componen. En este segundo y tercer nivel de clasificación se ubican las unidades de análisis con las que hemos trabajado y agrupado para definir los patrones de desconfirmación.

Para presentar nuestros resultados con la mayor claridad posible presentaremos dos segmentos. En la primera parte presentaremos la Tabla 3, que realiza una descripción de las unidades de análisis con las que trabajamos, allí se identifica la cantidad total de desconfirmación halladas y el tipo de desconfirmación detectada en cada una de las sesiones analizadas.

En la segunda parte exhibiremos un cuadro (véase Figura 8) con las modalidades de desconfirmación a las que hemos arribado y el modo en que se organizan. Este cuadro resume de modo gráfico el resultado final alcanzado luego de clasificar las unidades de

4. Resultados

análisis. Este cuadro servirá de guía, y a partir de allí ofreceremos desarrollos puntuales, definiciones y explicaciones de cada tema, cada categoría y sub-categoría que componen nuestras modalidades de desconfirmación.

Se encontraron 3 unidades de análisis que corresponden a secuencias desconfirmadoras que no tenían como objetivo al PI sino a un miembro no psicótico de la familia. Por tratarse de un número menor, por ser situaciones aisladas que no presentan las mismas características, ni suscitan un patrón recursivo de conducta, se ha optado por registrarlas dejarlas a un margen de la clasificación, las mismas pueden ser identificadas en el Apéndice B, como una categoría aislada bajo el nombre *Miembro no psicótico desconfirmado*.

4.1. Descripción de las unidades de análisis

Tabla 3

Densidad y tipo de desconfirmación

N.º	Registro	Densidad	Tipo de Desconfirmación
1	Si	3	• Desconfirmación menor
2	Si	5	• Autodesconfirmación
3	Si	20	• Desconfirmación menor • Autodesconfirmación • Desconfirmación por pérdida
4	Si	28	• Desconfirmación menor • Desconfirmación mayor • Autodesconfirmación
5	Si	7	• Autodesconfirmación • Desconfirmación por pérdida
6	No	0	-
7	Si	3	• Desconfirmación menor
8	No	0	-
9	Si	2	• Desconfirmación por pérdida • Desconfirmación menor
10	Si	12	• Desconfirmación mayor • Autodesconfirmación
11	Si	2	• Autodesconfirmación • Desconfirmación por pérdida
12	Si	1	• Desconfirmación por pérdida
13	Si	2	• Desconfirmación mayor
14	Si	2	• Desconfirmación menor • Autodesconfirmación
15	Si	4	• Desconfirmación menor • Desconfirmación mayor
16	Si	2	• Desconfirmación menor
17	Si	3	• Desconfirmación menor
18	Si	2	• Desconfirmación por pérdida
19	Si	3	• Desconfirmación menor • Desconfirmación mayor
20	Si	3	• Desconfirmación menor

Nota. Unidades de análisis registradas: 96 – Densidad total registrada: 102

4. Resultados

Respecto a la información ofrecida en la Tabla 3 existen algunos puntos que consideramos oportuno explicitar. Encontramos dos casos (6 y 8) donde no se han detectado secuencias desconfirmadoras, esto ha resultado un hecho sorprendente para nosotros como investigadores. Sobre estos dos casos, no creemos que en estas familias no existan escenas desconfirmadoras, sino que el hecho de realizar una investigación transversal lleva la posibilidad de no encontrar este tipo de escenas en el momento de la toma de datos. Buscando respetar la ética y fidelidad a la investigación no hemos forzado las observaciones para construir escenas y justificar el resto del trabajo.

Si observamos los datos de la columna *Densidad* se evidencia que las escenas desconfirmadoras poseen una gran variabilidad respecto a su aparición ya que encontramos casos con una densidad de hasta 28 unidades, otros casos con una densidad de 12 unidades y otros con una densidad de 2, sólo por marcar algunos ejemplos.

No contamos con la información suficiente para arrojar claridad sobre los motivos de este fenómeno de variabilidad. Si tomamos en cuenta las teorizaciones realizadas por los principales investigadores sobre la desconfirmación encontramos que más de uno de ellos menciona la dificultad y complejidad que posee esta variable (Linares, 2012, Watzlawick et al., 1967), y esta variabilidad refuerza esas características.

Aclaremos que, si comparamos la densidad total registrada con la cantidad total de unidades de análisis, los números no se corresponden. Esto se debe a que en más de una ocasión se ha identificado que en la misma unidad de análisis conviven más de una categoría o subcategoría de desconfirmación. Esto indica que las unidades de análisis no son secuencias simples, y la desconfirmación puede tomar la complejidad suficiente como para expresarse de múltiples maneras en la misma unidad narrativa, tal como indicaban Laing (1961, 1964) y Watzlawick et al. (1967).

Respecto a la columna *Tipo de desconfirmación*, sólo mencionamos la modalidad de desconfirmación en cada caso sin especificar las categorías y subcategorías que las componen. En primer lugar, por resultar más esclarecedor así, y segundo por creer que se ajusta mejor a los objetivos planteados.

4.2. Modalidades de Desconfirmación

Como mencionamos anteriormente, aquí nos remitiremos a especificar las categorías construidas y el modo en que se organizan para dar lugar a nuestras modalidades de desconfirmación. Para ello nos valdremos de la Figura 7 que presentamos a continuación.

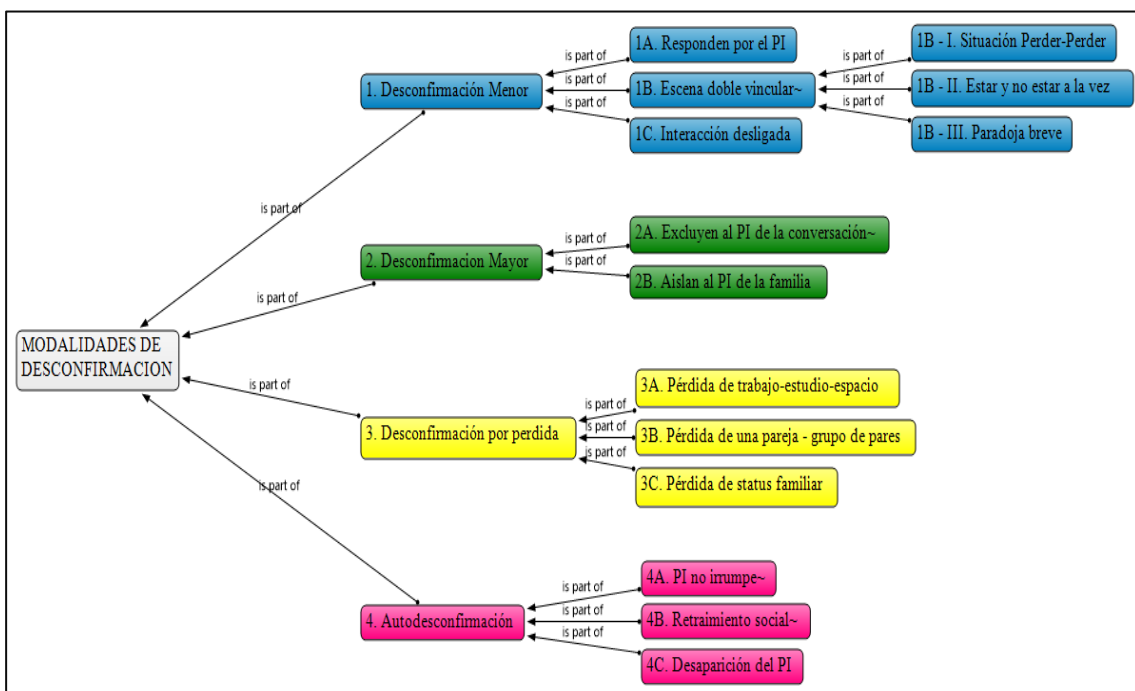


Figura 7. Modalidades de Desconfirmación

En nuestros registros los PI han ocupado el centro de las escenas desconfirmadoras, o en su defecto, si no han sido protagonistas de las mismas, se han visto involucrados en ellas. Tan sólo reportamos tres escenas donde el PI se mantiene al margen de este tipo de interacciones.

4. Resultados

Para realizar la descripción de la Figura 7 iremos de arriba hacia abajo, ofreciendo la definición y desarrollo de los elementos que componen cada modalidad de desconfirmación, a la vez pondremos como ejemplo una unidad de análisis, ya que a nuestro criterio esto podría colaborar en la comprensión de la categoría/sub-categoría.

El resto de las unidades de análisis que forman parte de la investigación podrán ser consultadas en el Apéndice A, y en el Apéndice B las mismas clasificadas por tema, categoría y sub-categoría. En esta sección nos abocaremos a las explicaciones de cada categoría a la que hemos arribado a partir de las unidades de análisis.

1. Desconfirmación Menor

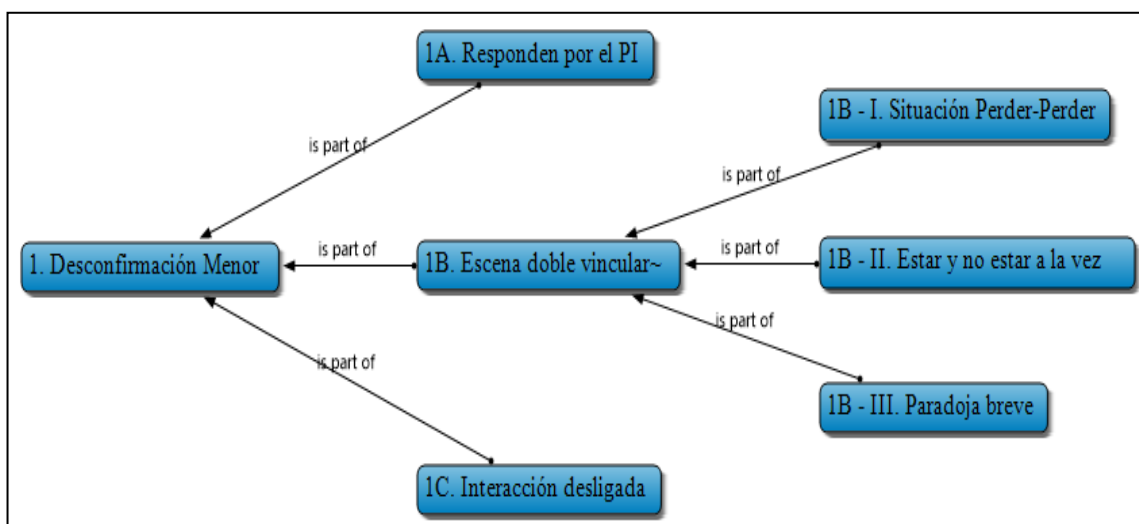


Figura 8. Categorías de Desconfirmación Menor

Esta modalidad se compone por aquellas escenas donde el PI recibe un reconocimiento por parte de su familia, aunque sólo de manera parcial. En estas escenas el miembro psicótico no queda completamente excluido de las interacciones, no pierde una existencia total frente al sistema, pues este último deposita sobre él el reconocimiento de los aspectos más elementales de su existencia. Se lo reconoce como un miembro presente en una secuencia relacional, pero se lo bloquea al anular sus posibilidades de

involucrarse en la dinámica o bloqueando sus posibilidades de desenvolverse en la interacción por sí mismo.

Suelen verse involucrados dos miembros del sistema familiar, por un lado encontramos al PI y por otro a quien lo desconfirma bloqueándolo. En algunas escenas puede existir un tercero que, inintencionadamente, precipite la construcción de esta modalidad de desconfirmación. Mencionaremos las situaciones donde este fenómeno surge.

1A. Responden por el PI

Esta categoría encierra aquellas interacciones en las que algún miembro de la familia (*el desconfirmador*) interfiere o se anticipa, y responde en cuenta del PI (*el desconfirmado*) una pregunta que se le realizó directamente a él.

Este tipo de interacción ocurre durante las sesiones y tenemos la oportunidad de observar cuando se están llevando a cabo, por ejemplo, cuando el terapeuta a cargo le realiza una pregunta al PI y este no consigue contestarla, porque algún miembro de la familia lo hace por él.

Consideramos al terapeuta como un participante inintencionado e involuntario de estas secuencias patológicas, y teniendo en cuenta que nuestra investigación se realizó sobre las primeras sesiones de terapia familiar, es esperable que en pos de conocer a la familia y a su situación, el profesional realice preguntas de manera activa a todos los miembros y tolere estas interrupciones y bloqueos.

Encontramos una relación de mutua causalidad entre esta categoría y la categoría denominada *3A. PI no irrumpe*, perteneciente a la modalidad *4. Autodesconfirmación*. Para comprender mejor el circuito interaccional diremos que la categoría *1A. Responden*

4. Resultados

por el PI puede terminar de llevarse a cabo porque acontece la categoría 3A. PI no irrumpe.

De igual manera siguiendo una visión circular de los fenómenos interactivos no establecemos una relación lineal entre estos aspectos, pero sí de recursividad y mutua influencia.

Minuto	Caso 4
45:41	<p>Terapeuta: (A Lorena sobre los hermanos) Te llevan 8 y 7 años... ¿Y ellos siempre se han llevado así? Como perrito y gatito...</p> <p>Madre: (Refiriéndose a la hermana de Lorena) Desde que está casa...</p> <p>Terapeuta: Me gustaría la opinión de Lorena...</p> <ul style="list-style-type: none">• (Madre intenta responder por Lorena, pero el terapeuta no se lo permite)

1B. Escena doble vincular

De todas las categorías construidas por nosotros, ésta es la que cuenta con el mayor respaldo teórico y sobre la que más esfuerzos ha depositado el modelo sistémico. Como mencionamos en el marco teórico, sobre las escenas de doble vínculo diversos autores mantienen una comunión epistemológica, sin embargo a nuestro criterio existe una disparidad en el modo en que son ejemplificadas, con un grado de diversidad que puede confundir su comprensión.

Con la intención de otorgar claridad sobre esta dificultad ofrecemos una opción de ordenamiento al respecto. Hemos construido para esta categoría en particular sub-categorías que simplifiquen y clasifiquen con mayor detalle nuestros hallazgos. Esto no se debe solamente a nuestra intención de ordenamiento sino que las escenas de doble vínculo poseen tal complejidad que no resulta prudente, ni suficiente, agruparlas en una

sola categoría. De ser así no se podría representar su diversidad, ni comprender su profundidad.

Entenderemos las escenas doble vinculares como aquellas en las que el PI se ve involucrado en una paradoja relacional caracterizada por la incongruencia entre dos mensajes y/o alternativas, donde ninguna es “correcta” y siempre recibirá un castigo. Esta definición ocurre bajo 3 posibilidades, las cuales constituyen nuestras sub-categorías.

1B - I. Situación perder-perder

Ubicamos bajo esta sub-categoría aquellas interacciones donde el PI se ve envuelto en un dilema donde se le presentan dos mensajes (o alternativas) como opciones y, sin importar por cuál opte para definir la relación, cometerá un error y no podrá salir ni triunfante. En términos relacionales nos referimos a ser reconocido (confirmado) y conseguir un resultado que no resulte patológico para él.

El dilema al que nos referimos no necesariamente se presenta bajo una formulación explícita y formal, como si se tratase de un enunciado a resolver, sino que en realidad se pone en juego constantemente en las interacciones cotidianas del PI y en las decisiones que toma frente a su familia, con la que busca conseguir un reconocimiento más allá del elemental. Es decir, un reconocimiento que no sea parcial y en el que pueda percibir componentes nutricionales.

Sin embargo, los intentos que realiza el PI resultan en algo más que un fracaso, pues no sólo no consigue su cometido, sino que a su reconocimiento parcial se le agrega una penalización que no podrá evitar. El curso de sus acciones, así sean diametralmente opuestas (y suelen serlo), no tiene otro destino que el de conseguir un castigo por parte del sistema.

4. Resultados

A nuestro criterio este tipo de interacción responde a lo que Bateson et al. (1956) decretaron como la “*prohibición a la víctima de escapar del campo*”. Consideramos que la dinámica de nuestra categoría no sólo cumple con este principio, sino que lo amplía y confiere mayor profundidad.

Minuto	Caso 20
41:45	Terapeuta: (A Juan Gabriel) Si les gritas (refiriendo a sus padres) no les gusta... normal. Pero si vas suavcito y tal... tampoco les gusta... habrá que buscar el término medio.

1B - II. Estar y no estar a la vez

Ubicamos bajo esta sub-categoría aquellas interacciones en las que el PI sostiene una relación con otro miembro de la familia que resulta significativo para él (principalmente los padres) aunque dicha muestra carencias significativas de nutrición relacional (Linares, 2012). El miembro psicótico percibe un grado de reconocimiento sobre él, pero no encuentra en dicho vínculo un espacio suficiente de confirmación, valoración, ternura, protección y/o normatividad. El PI expresa en estas escenas tener uno o varios miembros de su familia (o parejas) cerca de él, pero con los que no cuenta, y en caso de que se involucren con él, lo hacen de un modo tenso y utilitario.

Minuto	Caso 4
23:11	<p>Terapeuta: (A la Lorena) ¿Tú sientes que esa relación (de pareja) te anulaba? ¿En qué sentido te anulaba?</p> <p>Lorena: No estaba por mí, se mostraba muy celoso, no confiaba, no estaba nunca por mí siempre estaba por sus amigos.</p> <p>Terapeuta: ¿No estaba por ti, pero estaba muy celoso? Eso es un poco contradictorio... ¿Cómo se las apañaba para compaginar esas dos cosas?</p> <p>Lo peor ¿no? No está y lo poco que está... celoso...</p>

1B - III. Paradoja breve

Las unidades de análisis que ubicamos en esta sub-categoría son aquellas que responden a los postulados iniciales del doble vínculo, es decir a su estirpe más comunicacionalista, tal como los desarrollaron Bateson et al. (1956) y posteriormente profundizado por Watzlawick et al. (1967).

Reconocemos que muchas de las unidades de análisis que forman parte de nuestra investigación son de carácter paradójal, pues esta es la raíz epistemológica que nos guía. Pero por *paradojas breves* hacemos referencia a interacciones cortas entre el PI y otro miembro de la familia, donde el primero recibe dos mensajes simultáneos que se contradicen, un mensaje de estirpe digital y el segundo de estirpe analógica, y generan una situación incoherente desde un punto de vista comunicacional.

Para comprender las particularidades de esta sub-categoría hacemos énfasis sobre la variable del tiempo en que ocurre este tipo de comunicación. La intención de utilizar el término breve responde a nuestro interés en denotar que estas comunicaciones las identificamos a través de un criterio de inmediatez. Con el calificativo de breve no hacemos referencia a los efectos patológicos de dicha comunicación, sino al modo en que se presenta.

4. Resultados

Bajo esta sub-categoría se encuentra el menor número de unidades de análisis (1) de toda nuestra investigación. Este hecho nos ha llamado poderosamente la atención, puesto que la teoría del doble vínculo ha basado su desarrollo sobre este tipo de comunicaciones.

Minuto	Caso 19
15:02	<p>Terapeuta: Yo creo que era razonable la demanda del Padre de que se diga algo positivo sobre él. (Al padre) No te das cuenta, pero lo haces de una manera que no se lo facilitas (refiriéndose a su esposa). (Siguiendo con el padre) Yo no sé si estaba predispuesta, no sé si estaba predispuesta, no sé, a decir algo positivo, pero la manera en que se lo pedias.</p> <ul style="list-style-type: none">• (El terapeuta repara las palabras del padre de la familia, marcándole que su pedido era tenso y poco amable)

1C. Interacción desligada

Para poder desarrollar esta categoría debemos hacer una serie de aclaraciones. El término *desligada/o* es comúnmente utilizado en aspectos diagnósticos sobre los sistemas familiares, sin embargo, cuando lo empleamos para definir esta categoría no lo hacemos con la misma intencionalidad, pues con él no buscamos caracterizar a la totalidad de los comportamientos de la familia, sino en específico a un tipo de interacción que acontece en estas familias de transacción psicótica.

El reconocimiento parcial, característico de la Desconfirmación Menor, se expresa en esta categoría a través de aquellas escenas donde los miembros del sistema familiar demuestran una alargada distancia para con el PI (Serebrinsky & Rodríguez, 2014). El PI es identificado como parte del sistema, pero a través de estas pautas relacionales se puede observar el escaso sentido de pertenencia del PI para con su familia.

No todas las escenas desligadas que existan deben calificarse como desconfirmaciones. Por nuestra investigación consideramos que la misma secuencia interaccional que en una familia puede significar desconfirmación, en una familia diferente puede significar descalificación (u otro fenómeno comunicacional), dependerá de las características y los recursos con los que cuente cada sistema.

Por las características de las familias psicóticas en general, y particularmente por cómo se desarrollaron estas unidades de análisis, estas interacciones desligadas las consideramos como expresiones de desconfirmación.

Las familias desligadas se caracterizan por una marcada distancia entre sus miembros, lo que configura un escenario facilitador para la independencia y autonomía (Minuchin, 2001, Serebrinsky & Rodríguez, 2014) Con esto no decimos que las familias psicóticas sean de tipo desligadas, sino que a nuestro criterio estas escenas no necesariamente propician la autonomía e independencia del PI, sino que operan como medida de control para sostener la ubicación del PI dentro del sistema familiar, en un lugar de poca relevancia. El PI vive interacciones con una marcada distancia con la que no consigue adquirir elementos propios de una nutrición relacional.

Caso 15	
32:34	<p>Terapeuta: (A Carla) ¿Tú estás de acuerdo que a tu madre la sientes más natural... más tranquila?</p> <p>Carla: No... más tranquila que no hace nada... es que está demasiado a la suya, no sé... que le digo.... “hay que comprar” ... compra tu... “hay que cocinar” ... cocina tu... tampoco es eso, jolín, “hay que hacer la cama” tiéndela tú, “hay que colgar la ropa”, cuélgala tu... no hace nada...</p>

2. Desconfirmación Mayor

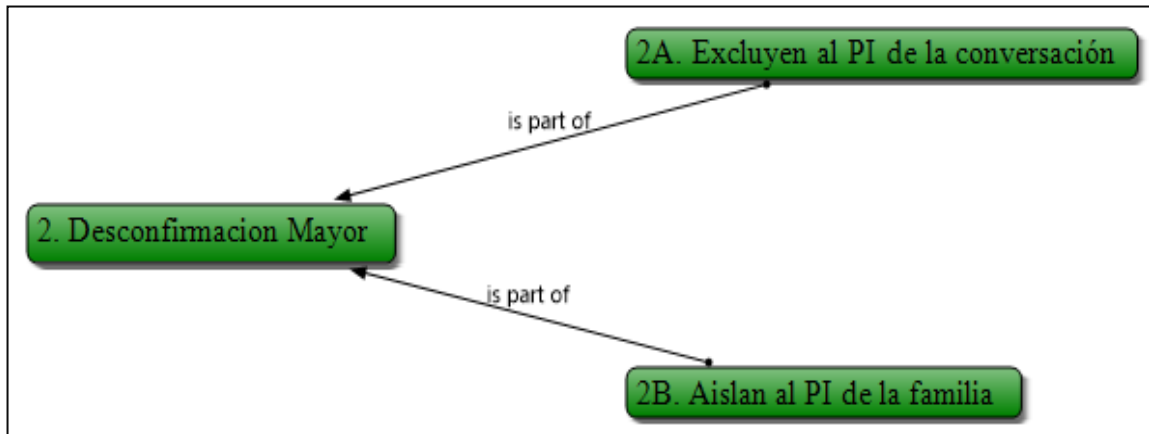


Figura 9. Categorías de Desconfirmación Mayor

Esta modalidad de desconfirmación se encuentra en relación directa con la anterior. Por una parte es válido considerar las modalidades *Menor* y *Mayor* como pertenecientes al mismo orden lógico donde una sería una versión atenuada de la otra. Pero además a la hora de describir y dar forma a los fenómenos relacionales de la desconfirmación, cada una posee las suficientes características para ser merecedoras de diferenciarse como dos modalidades diferenciadas.

La desconfirmación mayor cobra profundidad y comprensión si la desarrollamos a través de la desconfirmación menor para luego caracterizarla y mostrar sus propiedades.

Si la Desconfirmación Menor se trata, en esencia, de interacciones que demuestran un reconocimiento parcial del PI, la Desconfirmación Mayor consiste en una ausencia total de reconocimiento del PI.

En este tipo de interacciones el bloqueo sobre el miembro psicótico es de mayor intensidad, no sólo se coartan sus caminos comunicacionales, sino que como primera medida no es tenido en cuenta como un participante posible con el cual interactuar., y así queda completamente bloqueado de la escena relacional.

Esta modalidad de desconfirmación es menos frecuente que la anterior. Indicamos que las desconfirmaciones menores suelen tener dos protagonistas, el desconfirmado y el

desconfirmador. En las desconfirmaciones mayores la cantidad de miembros que intervienen suele ser superior a dos, pues es la totalidad del sistema la que opera conjuntamente para llevar a cabo este fenómeno relacional.

Aunque establecimos que todo el sistema actúa, es oportuno señalar que no todos lo hacen del mismo modo. Aquí realizaremos una doble distinción: como primera medida identificamos al *desconfirmado*, lugar que es ocupado por el miembro de la familia objeto de la desconfirmación (en nuestro caso el PI); como segunda medida determinamos que todos los que no ocupen ese lugar, el resto de la familia, forman el conjunto de lo que hemos denominado como *grupo desconfirmador*.

A su vez dentro del grupo desconfirmador encontramos dos modos diferentes de actuar, existen los *desconfirmadores activos*, cuyo lugar es ocupado por los miembros de la familia que realizan el bloqueo total sobre el PI, y reconocemos como *desconfirmadores pasivos* a todos los miembros restantes de la familia que no protagonizan la trama desconfirmadora, pero forman parte de ella, siendo observadores pasivos que no intervienen o desarticulan la escena.

Aunque la posición de los desconfirmadores pasivos sea menos protagónica, se evidencia un grado de coparticipación, ya que si en el momento que se está llevando a cabo una desconfirmación mayor ninguno de los miembros (que no protagonice la escena) interfiere advirtiéndola, denunciándola, desarticulándola o reconfirmando al PI, automáticamente se convierten en participantes involuntarios y sostenedores de dicha trama relacional disfuncional.

No contamos con información suficiente para determinar el grado de intencionalidad o los elementos motivacionales por el que cada miembro de la familia actúa o deja de actuar, por lo que nos limitaremos a no emitir desarrollos sobre este punto.

4. Resultados

El bloqueo total sobre el miembro psicótico lo hemos identificado a través de dos caminos que conforman las categorías de esta modalidad.

2A. Excluyen al PI de la conversación.

Ha sido intencional el hecho de utilizar el término “excluyen” en lugar de “exclusión”, con ello buscamos explicitar que es un movimiento direccionado por parte del grupo desconfirmador hacia el miembro desconfirmado. La exclusión a la que nos referimos no es incidental, tampoco es el resultante de un cúmulo de eventos desafortunados, sino que se trata de movimientos relacionales (activos y/o pasivos) que la familia efectúa y con los que excluyen al PI.

Esta categoría se encuentra constituida por escenas relacionales similares a las que encontramos en la categoría *1A. Responden por el PI en la modalidad 1. Desconfirmación Menor*. Aunque ambas categorías encierran la lógica de bloquear al PI, las escenas que ubicamos aquí lo hacen con un grado mayor de intensidad y superan el bloqueo parcial. Aquí el miembro psicótico ni siquiera es reconocido parcialmente, de hecho no recibe reconocimiento alguno, y lógicamente no puede formar parte de las secuencias relacionales que se están llevando a cabo.

De todas las escenas que encontramos sólo conseguimos realizar una transcripción exacta de una de ellas, pues el intercambio de voces (y a veces los altos volúmenes usados por la familia) hacen ilegibles y/o inaudibles algunos pasajes de las entrevistas. Consideramos que esto se debe a la naturaleza y complejidad del fenómeno de la desconfirmación, por lo que las unidades que componen esta categoría suelen incluir descripciones de las escenas relacionales y no transcripciones exactas de las verbalizaciones de la familia.

Además, la mera transcripción de los diálogos no ofrece la suficiente claridad y explicitación para dar cuenta del fenómeno que intentamos denunciar. Consideramos que esta categoría es mucho más sencilla de evidenciar a través de la observación directa de las secuencias en la entrevista, y no a través de la lectura, sin embargo haremos el mayor esfuerzo por reflejar fielmente el fenómeno de la desconfirmación.

Minuto	Caso 4
15:53	<p><i>(Descripción de la escena: Pese a los reiterados intentos del terapeuta por hablar sobre Lorena, la familia se aboca exclusivamente a la problemática entre los otros hijos).</i></p> <p>Terapeuta: (A Lorena) ¿Sabes lo que pasa? Que con esta gente que te gastas como familia, no me extraña que tengas que subirte a la lámpara y hacer “uuuuuhhh” (mueve las manos enérgicamente) para que se fije en ti, porque claro, están a un nivel... de intensidad que... pobrecita mía... se queda ahí... y no da un ruido, y claro, eso... comprendo que en algún momento hayas dicho “como yo no haga aquí el zapateado de zarazate... es que ni me ven” eso tenemos que tenerlo en cuenta ¿Cómo podríamos hacer? ¿Le damos un altavoz para que se haga oír?</p>

2B. Aíslan al PI de la familia

La diferencia fundamental entre esta categoría y la anterior es el momento en el que ocurre cada una de ellas. Mientras que la categoría 2A. *Excluyen al PI de la conversación* se refiere a situaciones que ocurren durante la sesión, la categoría 2B. *Aíslan al PI de la familia* se encuentra compuesta por relatos de escenas desconfirmadoras que ocurren fuera de la sesión.

El bloqueo total ocurre al trasladar al PI a un paradero por fuera del hogar familiar y que irrumpe completamente su cotidianeidad y sus contextos frecuentes, ya sea a través

4. Resultados

de un ingreso/internación en alguna institución (frecuentemente un centro de salud mental) u otro espacio con menor peso profesional, pero que a fines prácticos y de exclusión es igual de útil.

Minuto	Caso 15
40:31	<p>Carla: Cuando una persona está en un hospital necesita que le dé el aire, que le acompañen, no era solo por salir a la calle a tomar un café, era por la compañía, era por la compañía, ¡No era por sólo tomar un puto café!, era por la compañía de que alguien me viniera a ver.</p> <p>Madre: No te aceleres, no te aceleres.</p> <p>Carla: A ver, es que no lo entiendes eso.</p> <p>Madre: Bueno Carla pues es que si no podía...</p> <p style="text-align: center;">(Fragmento ilegible)</p> <p>Carla: (...) de que venga tu madre, tu padre, tu hermana, alguien de la familia a verte...</p> <p>Madre: Escucha, escucha... Carla, el domingo pasado...</p> <p>Carla: (Interrumpiendo a la madre) Tú no puedes porque nada, trabajas, porque tú tienes trabajo, porque el otro no sé cuánto, porque no le va bien, porque nadie se interesa por mí, entonces te sientes abandonada allí y como un perro tirado, en un hospital encerrado 24 horas. Y... y... te puedes volver loco allí, peor de lo que estas, te puedes encontrar pero muy mal.</p>

3. Desconfirmación por Pérdida

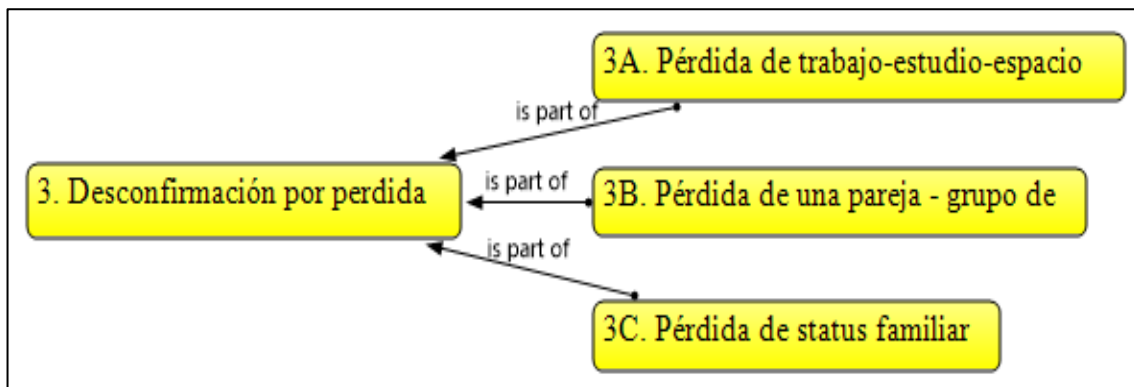


Figura 10. Categorías de Desconfirmación por Pérdida

Las escenas que forman parte de esta modalidad de desconfirmación son relatos de la familia sobre momentos de la vida del PI donde por diferentes motivos ha perdido algún aspecto de su vida y/o una relación que resultaba valiosa para él.

La desconfirmación es ocasionada por la pérdida de estos aspectos/personas en su vida, ya que resultaban vitales y confirmatorias, y al perderlas el PI queda sumido en la carga desconfirmadora que vive en su sistema familiar.

No conseguimos determinar la cantidad de miembros involucrados, esto puede ser muy variante dependiendo la historia de pérdida acontecida. Una diferencia notable respecto a las otras tres modalidades de desconfirmación es que aquí nadie ocupa un papel activo o se manifiesta una conducta concreta por parte del sistema o alguno de sus miembros. La desconfirmación por pérdida es un resultado posible a partir de la pérdida de un refugio confirmatorio sostenedor.

A partir de los discursos encontrados hemos seccionado esta modalidad en tres categorías diferentes, las cuales sólo se diferencian entre sí por el aspecto o relación que el PI perdió.

Las pérdidas de las que da cuenta la familia son relatos de eventos pasados, y no presentes. En muchos casos estas pérdidas han sido mencionadas por las familias como explicativas y/o antecesoras a algunos episodios psicóticos del PI.

4. Resultados

3A. Pérdida de trabajo-estudio-espacio

Ubicamos aquí las unidades de análisis en las que el PI ha perdido una ocupación laboral, una carrera de estudios, una actividad, pasatiempo y/o hobbies que resultaban significativos para él.

Minuto	Caso 3
45:11	Hermana: Tuvo un momento de esquizofrenia un poco por una mala experiencia en uno de los despachos donde estuvo trabajando, decía que lo perseguían, que le iban a cambiar el curriculum, por eso no cuelga nada en internet, porque tiene miedo que le cambien los datos...

3B. Pérdida de pareja-grupo de pares

Esta categoría se compone por los relatos familiares sobre la pérdida de pareja que el PI ha tenido, o por la pérdida de un grupo de pares como colegas, compañeros de estudio, o amigos que el PI haya tenido, ya sea por fallecimiento o por ruptura de la relación, con una consecuente distancia.

Minuto	Caso 9
14:06	Madre: A principios de 2007 murió mi padre que tenía mucha afinidad con ella (Federica), su abuelo era una gran figura porque no ha tenido abuelas, y entonces eso fue en el verano del 2007 que falleció por Mayo, y en Junio le dio el brote. Su novio hacia casi 2 años había muerto, y se juntó con lo de mi padre y no sabías porqué... decía que se sentía mal y que tenía ideas extrañas.

3C. Perdida de status familiar

Se encontraron una serie de discursos familiares que dan cuenta de un cambio drástico en la estructura familiar, y nos hemos centrado en aquellos que protagoniza el PI.

Ya sea por una causa externa a la que el sistema responde, o bien por un cambio generado por el propio sistema, se evidencia que el PI ha perdido el rol y/o función que desempeñaba en su familia.

Minuto	Caso 20
39:47	Raquel: Es como que siento que no hice el esfuerzo tampoco para adaptarme, ehh... bueno en Bs. As. Hacia muchas cosas, cursos, acá no hice nada... prácticamente siempre estoy con él (la pareja), la relación que tengo es con él, como que estuve muy chata, como que siento que después de la discusión que tuvimos que casi nos separamos, que él se fue de casa, que yo estuve sola, estuve analizando mucho y como que siento que estuve muy estancada y que no hice el esfuerzo real que tuve que haber hecho para adaptarme.

4. Autodesconfirmación

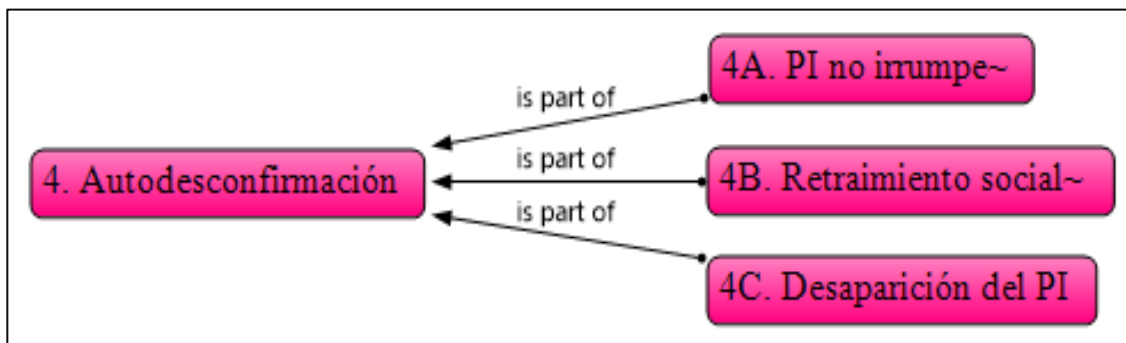


Figura 11. Categorías de Autodesconfirmación

Consideramos esta categoría como una de las más sencillas de evidenciar durante la investigación. Estas unidades de análisis muestran patentemente el modo en que el PI lidia con las desconfirmaciones que recibe, principalmente intenta obviar el modo circular, recursivo y coparticipativo en que se producen las secuencias interactivas en general, y en especial su modo de afrontar las secuencias desconfirmadoras es

4. Resultados

desconectándose de la misma, o intentando de alguna manera *no estar allí*, incluso pueden tomar esta actitud por fuera de las secuencias desconfirmadoras.

Esta modalidad permite dar mayor peso a la observación sistémica-cibernetica de este fenómeno comunicacional. A nuestro criterio, esta modalidad nos permite profundizar sobre la construcción de los trastornos psicóticos desde la perspectiva relacional, ya que resulta ser complementaria con las que hemos desarrollado anteriormente y nos permite evidenciar un circuito comunicacional (Watzlawick & Ceberio, 2008; Ceberio & Linares, 2005).

La autodesconfirmación se trata de un movimiento de iniciativa individual por parte del PI, con él se manifiesta frente a las secuencias desconfirmadoras que protagoniza. Aunque reconocemos el carácter relacional que tiene este movimiento, resaltamos el peso individual y participativo que el PI expresa aquí, aunque advertimos que su participación es pasiva.

Respetando una lógica circular, la autodesconfirmación es el aporte que realiza el PI cuando es desconfirmado. Observamos que, en el momento en que se produce la desconfirmación, el PI no se opone, no se queja, no denuncia ni procura desmontar la escena desconfirmadora. De esta manera el desconfirmado se convierte en co-partícipe de la desconfirmación.

Los denominados síntomas negativos (APA, 2014) se encuentran relacionado con esta modalidad de desconfirmación, principalmente con la asociabilidad. A nuestro criterio, este modo de actuar del PI se acentúa frente a las secuencias desconfirmadoras, pero no ocurre solamente allí, sino que se trata de un modo cotidiano de habitar el sistema familiar ocupando un lugar de poca relevancia e influencia.

Por nuestras unidades de análisis hemos identificado tres maneras distintas en las que el PI se acomoda sin oponer resistencia a las desconfirmaciones recibidas.

4A. PI no irrumpe

Esta categoría se manifiesta en aquellas situaciones donde el PI es desplazado y bloqueado durante la sesión, por ejemplo, cuando contestan preguntas en su nombre, o es excluido de la conversación y, al respecto, responde acomodándose al movimiento familiar y acompasándolo sin interrumpirlo. Es decir que frente a la desconfirmación responde con pasividad y silencio.

Minuto	Caso 4
24:45	<p>Hermana: Se fue a Italia sin querer ir y ahí pasaron historias y vino muy callada de allí, muy callada, y vino como un poco, como, como, como sintiéndose mal por cosas que pasaron, ¡Vamos! es que pongo la mano en el fuego y creo que no me quemaría.</p> <p>Terapeuta: Lorena... a ver... me vas... me van descubriendo ellos (la familia) tormentosamente nuevos aspectos de tu historia... que en cambio tu como vas más tranquilita y tal... no me das...</p>

4B. Retraimiento social

Ubicamos en esta categoría aquellas escenas donde el PI muestra un claro aislamiento social. En nuestras unidades de análisis este aislamiento se expresa en las dificultades o desinterés del PI en sostener interacciones fluidas con su entorno. Estas escenas de retraimiento pueden ocurrir durante la sesión o bien la familia da cuenta de ellas sobre un relato del pasado.

El retraimiento social que aplica el PI no hace referencia a un desplazamiento que lo saque de la escena relacional, no se trata de una reclusión/exclusión, sino más bien de escenas donde el sujeto se encuentra en la trama relacional y se mantiene en ella, pero no da cuenta de *estar allí* conectado con la escena que ocurre o que se relata, como si en realidad estuviese en otro lado.

4. Resultados

Minuto	Caso 2
14:19	Madre: Desde pequeño... desde pequeño ya decían desde el otro colegio del que viene, de las salecianas que... que se lo cambió porque no tenían secundaria, entonces cambiaron de colegio, pues ya venía desde que era pequeñito y le pasaba esto... que siempre estaba la psicóloga... que sí parece que estaba ausente, que no sé qué, que no sé cuánto...

4C. Desaparición del PI

Esta categoría está compuesta por un número bajo de unidades de análisis, lo que denota una carencia de robustez cuantitativamente hablando. Sin embargo, desde un punto de vista cualitativo creemos que estas escenas son dignas de atención y análisis.

Hemos reunido bajo este título aquellas escenas en las que el PI irrumpe las relaciones de convivencia y cotidianeidad que tiene con su familia desapareciendo de ellas. La autodesconfirmación ocurre en el momento en que el PI se retira del sistema familiar a través de un episodio en el que no da cuenta de su paradero a ningún miembro.

Ninguna de estas escenas ocurrió durante los procesos terapéuticos, no se ha dado la desaparición del paciente, sino que la familia nos ha dado cuenta de ello como un evento de la historia familiar, uno memorable.

Minuto	Caso 4
20:18	<p>Hermano: (A Lorena) Se estuvo recuperando después del primer brote claro... fue muy duro, de hecho perdió la razón y desapareció... fue un trauma muy duro</p> <p>Terapeuta: ¿Desapareciste?</p> <p>Co-Terapeuta: ¿Literalmente?</p> <p>Hermano: Si, si... Un día entero y luego gracias al apellido nuestro pues hubo una movida y los mossus la localizaron y buscando el apellido dieron con mi Facebook y yo tengo el teléfono... y me llamaron y respiramos, claro porque podíamos pensar de todo.</p>

Hemos construido las *Modalidades de Desconfirmación*, bajo un orden lógico y a la luz del modelo epistemológico sistémico-cibernético, damos por concluida la exposición de los resultados a los que hemos abordado a partir del análisis temático.

Ya explicitadas las modalidades de desconfirmación, las categorías que la componen (y las sub-categorías, dependiendo del caso) nos encontramos en condiciones de avanzar en la investigación, por lo que concluimos este apartado de Resultados para poder adentrarnos en el de discusión. Allí cruzaremos nuestros resultados con los de diferentes investigaciones pertinentes a la temática y con las tres teorías centrales que componen nuestro marco teórico de investigación.

5. Discusión

El estado actual de las investigaciones sobre terapia familiar y esquizofrenia es variado y cuenta con una alta gama de matices, incluso dentro del modelo sistémico las investigaciones sobre terapia familiar y esquizofrenia son diversas y no necesariamente comparten el mismo marco teórico, aunque si la misma raíz epistemológica.

Considerando esta situación hemos seleccionado investigaciones con los siguientes criterios:

- Investigaciones basadas en estudios sistémicos de la psicosis
- Investigaciones basadas en el estudio de la desconfirmación
- Investigaciones basadas en variables análogas a la desconfirmación

Hemos organizado la discusión utilizando los criterios recién mencionados como ejes temáticos, todo ello con el objetivo de plantear una exposición clara y pertinente de los puntos que consideramos más relevantes.

Algunas de las investigaciones que hemos incluido cuentan con más de 40 años de antigüedad inclusive. Nos vemos en el deber de otorgar una explicación sobre esta decisión, la cual se encuentra relacionada con la situación actual del estudio de las psicosis en el modelo sistémico y el enfoque familiar/relacional.

Aunque los estudiosos del tema coinciden en que las investigaciones sobre psicosis y familia han cambiado, no existe un consenso general sobre la situación actual de esta área de trabajo y su tendencia en los últimos años. Los criterios que se priorizan y los enfoques que prevalecen varían dependiendo de los autores que se consulten.

Si nos guiamos por Garcelán (2006) observamos que adopta una postura neutral al no hacer énfasis en ningún modelo. El autor realizó una descripción general sobre los nuevos avances y las prácticas clínicas más frecuentes en el campo de la intervención

5. Discusión

sobre esquizofrenia, en su descripción menciona enfáticamente el campo de la intervención familiar como un área de trabajo prudente de abordar. Se encarga de mencionar los desarrollos de las diferentes corrientes contemporáneas de psicología como psicoanalítica, cognitivo-comportamental, sistémica, entre otras.

En el plano de la terapia familiar uno de los modelos de trabajo que posee mayores aplicaciones es el psicoeducativo familiar. Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2001) dan cuenta de cuatro grandes modalidades de trabajo en los últimos 40 años: intervenciones psicoeducativas familiares, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitivos conductuales y paquetes integrados multimodales.

En un trabajo previo Vallina Fernández y Lemos Giráldez (2000) incluyen y conectan las intervenciones psicoeducativas junto con el modelo de Emociones Expresadas (EE). A su vez realizan un recorrido sobre lo que ellos consideran los principales modelos de intervenciones familiares de los últimos años.

Si seguimos la recopilación sobre intervenciones familiares en esquizofrenia que Muela y Godoy (2001) establecen, se observa que desde los años 80 la mayoría de las intervenciones se basan en EE. Este postulado se encuentra apoyado por la recopilación y revisión de McFarlane (2016) y un grupo de investigadores guiados por Grácio, Gonçalves-Pererira y Leff (2016a).

Estas dos últimas investigaciones mencionan el papel central de las EE aplicadas también a programas psicoeducacionales, aunque McFarlane aplicó también una modalidad de trabajo en grupos multifamiliares.

Dan cuenta de las recopilaciones realizadas por estos autores otras investigaciones como las de Wuerker (1994), Retzer, Simon, Weber, Stierlin y Shimidt (1991), Grácio, Gonçalves-Pereira, y Leff (2016b), Wuerker, Haas y Bellack (1999). Algunos de estos trabajos responden al modelo sistémico-cibernético, otras optaron por otros modelos.

Para completar el panorama es justo nombrar un área de trabajo que ha ganado terreno en los últimos tiempos denominada como *modelo de intervención precoz*, o intervenciones tempranas en primer episodio. Se tratan de propuestas de trabajo (e investigaciones) que, independientemente del modelo, se ocupan de la intervención psicológica en la etapa inicial del trastorno psicótico, postulándolo ese momento como el escenario óptimo de trabajo (Vallina et al., 2006; Sánchez-Araña Moreno, Higuera Romero, Sanz Cortés & Pérez Pérez, 2012).

Independientemente del autor que se prefiera seguir sobre el estado actual de las investigaciones sobre terapia familiar y psicosis, en todas ellas se evidencia que la desconfirmación (variable central de nuestro trabajo) no ha sido tomada en cuenta en los últimos tiempos, y han mermado las investigaciones al respecto.

Es por esto que hemos creído oportuno comparar nuestro trabajo con investigaciones recientes y con algunas investigaciones no tan actuales pero que acompañan con mayor armonía nuestro marco teórico y mantienen una conexión evidente con nuestros objetivos. Se presentarán los segmentos que componen la investigación siguiendo los ejes anteriormente nombrados.

5.1. Investigaciones basadas en estudios sistémicos de la psicosis

Zwerling y Mendelsohn (1965) realizaron un análisis cualitativo sobre la relación entre el 1º día de internación del PI y las actitudes de su familia al respecto. Los autores encontraron que las familias manifiestan diferentes cualidades dependiendo de su grado de implicación en la hospitalización del PI. Mostraron una recuperación más copiosa los pacientes que han tenido mayor frecuencia de interacción familiar y dispositivos de

5. Discusión

terapia familiar. Los investigadores determinaron un mejor pronóstico para los pacientes que cuenten con esta posibilidad de interacción/integración, sumado a la capacidad de poder ser reabsorbido por sus familias.

De aquí se desprende una correspondencia con nuestros postulados, la internación/aislamiento del PI y el alejamiento de la familia (que mencionan los autores) son a nuestro entender expresiones de la Desconfirmación Mayor, puntualmente se corresponde con la categoría *2B. Aíslan al PI de la familia*. Zwerling y Mendelsohn (1965) sugieren como medida de trabajo la integración del PI y la terapia familiar, es decir, un proceso de reconfirmación (Linares, 2012). Estas indicaciones terapéuticas son antagónicas a la desconfirmación, puntualmente a la Desconfirmación Mayor.

Herman y Jones (1976) realizaron una investigación cambiando levemente la población de estudio, en lugar de trabajar con pacientes diagnosticados de psicosis trabajaron con adolescentes con riesgo de esquizofrenia y sus familias. Aplicaron una versión reducida de las láminas de Rorschach a esta población y a familias con adolescentes sin riesgo de esquizofrenia para poder comparar resultados. El objetivo de los investigadores fue conocer los índices de falta de reconocimiento de estas familias. Determinaron que las familias con adolescentes sin riesgo de psicosis presentan significativamente menores índices de falta de reconocimiento en comparación con las familias con adolescentes en riesgo de psicosis. Concluyen que la falta de reconocimiento es propio de un estilo comunicacional sostenido que contribuye al desarrollo de la psicosis.

La falta de reconocimiento del otro como un interlocutor constituye uno de los principios explicativos de la desconfirmación, siendo las modalidades de desconfirmación diferentes maneras en las que puede expresarse esta falta de reconocimiento.

Walsh (1978) realizó una investigación sobre la relación entre el fallecimiento de un abuelo y el nacimiento del esquizofrénico en la familia. Halló que en un lapso de ± 2 años alrededor del nacimiento del esquizofrénico se da en la historia familiar el fallecimiento de un abuelo. De la población total estudiada esto ocurre en 70 pacientes esquizofrénicos, en 45 pacientes con otra condición psiquiátrica y en 25 sujetos de una población normal. La autora concluye que la relación entre estos dos eventos significativo para el ciclo vital de la familia no es casual sino que el estrés producido por afrontar la muerte de un abuelo eclipsa el nacimiento de un integrante al sistema (o viceversa). Esta situación propina confusión a la familia y a sus procesos de parentalidad, lo que impediría el luto del difunto y bloquearía los procesos de crianza del recién nacido.

La autora construye 2 hipótesis sobre esta situación: (a) un padre que atraviesa un proceso de duelo puede no encontrarse emocionalmente disponible para un cónyuge y/o un hijo; (b) la atención puesta sobre el niño puede bloquear los sentimientos dolorosos y absorberlos, pero el niño asumiría una función de reemplazo a costa de su autenticidad.

Se menciona como un precipitante de la psicosis la conexión entre el egreso de un abuelo y el ingreso de un recién nacido al sistema, a quien no se le da un lugar auténtico ni un valor propio intrínseco sino más bien como un miembro sustituyente que llega a una familia aún confundida. La conclusión de Walsh es compatible con la Desconfirmación por Pérdida, allí hemos mencionado la posible conexión de las pérdidas sufridas con la aparición de la psicosis.

La situación de reemplazo que atraviesa el recién nacido responde a modos relacionales comunes en familias de transacción psicótica, pues es un modo de tener una escasa diferenciación entre los miembros de la familia donde se bloquearía el desarrollo, la individualidad y la autonomía del niño (Bowen, 1960; Bell, 1962; Boszormenyi-Nagy,

5. Discusión

1962). Es una expresión de no existencia, al menos, la imposibilidad de tener una existencia auténtica.

Summers y Walsh (1981) realizaron un estudio con los padres de pacientes esquizofrénicos atendiendo 2 variables: simbiosis y confirmación. *Simbiosis* entendida cómo una relación diádica donde los pares no se sienten y/o perciben separados. *Confirmación* entendida como un modo relacional donde cada persona reconoce y se acomoda al punto de vista del otro (Summer & Walsh, 1978).

Aplicaron técnicas proyectivas y entrevistas a padres de esquizofrénicos, padres de pacientes no esquizofrénicos hospitalizados y padres con hijos sin diagnóstico. Los investigadores encontraron 2 situaciones recurrentes: (a) la madre del esquizofrénico tiende a percibir su relación con su esposo como simbiótica, mientras que el padre del esquizofrénico no coincide con esta percepción, (b) el padre del esquizofrénico percibe su vínculo conyugal radicalmente diferente a su esposa, esto produce una falta de reconocimiento sobre ella, lo que acaba siendo una desconfirmación. Para Summer y Walsh (1981) allí ocurre una desconfirmación mutua, la esposa desconfirma a su marido al no percibirlo de manera individual y el marido desconfirma a su esposa al no reconocerla en su percepción de la pareja.

Los autores concluyen que, aunque los padres de los esquizofrénicos estén en la misma relación la viven como si estuvieran en relaciones diferentes, esta desconexión colabora en convertir el campo comunicacional de la familia en incoherente e incongruente. Postulan la siguiente hipótesis: las madres entablan una relación simbiótica con el PI, a la vez que el padre no cuenta con la capacidad para confirmar a su hijo por sobre el vínculo madre-hijo y así desarticular la díada. Los padres reproducen con el PI el modo relacional que tienen entre ellos como pareja, el cual está viene presidido por una atmosfera desconfirmadora, que se concreta en la psicosis (del PI) cuando alcanza al hijo.

A similares conclusiones abordaron Akister, Meekings y Stevenson-Hinde (1993) al estudiar las categorías de interacción en parejas de padres esquizofrénicos.

En nuestra investigación no contamos con la información suficiente para determinar el rol específico de cada padre, sin embargo coincidimos en la importancia que tiene la familia de origen en la construcción del trastorno. Las maniobras relacionales de los padres del esquizofrénico las entendemos como expresiones de la desconfirmación, una a través de la simbiosis (no diferenciación) y la otra a través de la no confirmación del otro (tu no existes). Definimos este trabajo como un antecedente directo sobre las diferentes expresiones que puede adquirir la desconfirmación, siendo nuestro objetivo especificarlas.

Prata (1988) también pone su interés en los padres del esquizofrénico y propone estudiar la evolución de algunos juegos simétricos de la pareja hasta convertirse en los juegos psicóticos de la familia (Selvini-Palazzoli et al., 1986). Luego de entrevistar a dúos de padres la investigadora descubrió que existen modalidades relacionales frecuentes de la pareja que sostienen el juego simétrico, y las denominó *jugadas base*. Determinó que estas no son infinitas aunque pueden ser numerosas, sin embargo no realizó un trabajo de tipificación. Estas jugadas base se exacerban con la llegada de un hijo al sistema debido a que cada parte busca instrumentarlo con el objetivo de desbalancear el juego simétrico a su favor por encima de la otra parte, sosteniendo un juego patológico hasta convertirse en los juegos psicóticos de la familia.

Por el hallazgo de las jugadas base en las parejas simétricas suponemos que en los juegos psicóticos de la familia también existen modalidades relacionales frecuentes, aunque basados en el componente de la desconfirmación, no en la simetría. A partir de nuestros resultados damos por cierto aquel supuesto, pues entendemos que las modalidades de desconfirmación son para las familias de transacción psicótica, lo que las

5. Discusión

jugadas base son para las parejas simétricas. En nuestro caso si hemos avanzado sobre una clasificación posible, profundizando en los objetivos propuestos por Prata (1988).

Madrid y Calviño (1990) analizaron las estructuras y los patrones de comunicación en familias de esquizofrénicos para poder caracterizarlas. Concluyeron que lo que caracteriza y distingue a las familias de esquizofrénicos es la desviación de la comunicación (Wynne, et al., 1958). Según los autores esta desviación precede a los comienzos de los trastornos esquizofrénicos, lo que indica que la perturbación comunicacional de la familia es anterior al trastorno, no a causa de él.

Nuestros resultados coinciden plenamente con estos autores ya que las modalidades de desconfirmación propuestas por nosotros son evidencias de: (a) desviación comunicacional y (b) pérdida de eficacia comunicacional. El lugar de desconfirmado que ocupa el PI lo convierte en un agente comunicacional empobrecido, pues se evidenciamos los bloqueos relacionales/comunicacionales que vivencia.

Encontramos similares conclusiones en las investigaciones de Holte y Wichstrøm (1990a; 1990b) quienes se abocaron a estudiar la retroalimentación desconfirmadora en familias de esquizofrénicos. Aplicaron sobre 21 familias una batería de test donde se incluía un método computarizado denominado *Confirmation-Disconfirmation Coding System (CONDIS)* (resaltamos este dato por tratarse de un test psicológico pensado específicamente para evaluar la desconfirmación). A través de su propuesta de trabajo describieron los mecanismos de feedback de la comunicación interna de familias esquizofrénicas, de familias normales, y de familias con patologías no psicóticas.

Los resultados mostraron que, (a) las familias esquizofrénicas carecen de la capacidad de adaptar su comunicación a las cambiantes situaciones/tareas y (b) que cuando se introduce un conflicto estas familias muestran un incremento de retroalimentaciones desconfirmadoras en lugar de expresar sus desacuerdos abiertamente.

Concluyen que los padres propinan una serie de descalificaciones y desconfirmaciones hacia el PI, el cual reacciona con actos incomprensibles de comunicación egocéntrica.

Con la Desconfirmación Mayor y la Desconfirmación Menor nos resulta relativamente sencillo evidenciar las desconfirmaciones que el sistema aplica sobre el PI, tal como indican Holte y Wichstrøm (1990a; 1990b). La Autodesconfirmación (en especial la categoría *4C. Desaparición del PI*) la entendemos como una expresión de la comunicación egocéntrica a la que se refieren los autores, por ser un intento del PI de desvincularse del contexto, aunque sea un intento imposible tal como indica Watzlawick et al. (1967).

En la investigación de Robert, Escartí, Pérez y Tejedor (2004) se buscó caracterizar el clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. Determinaron que las familias de transacción psicótica tienden a ser cohesionadas y que los PI manifiestan quejas y reclamaciones por sentirse bajo un control constante.

Por nuestros resultados no nos encontramos en condiciones de rechazar ni afirmar que las familias estudiadas por nosotros sean cohesionadas, por lo que no haremos juicio alguno al respecto. Sin embargo nos aventuramos a considerar que, a nuestro criterio, la modalidad *1. Desconfirmación Menor* puede operar como una medida de control en el desarrollo y curso de las comunicaciones, pues el bloqueo parcial impide que el PI se desenvuelva en el escenario relacional. No contamos con información para determinar la motilidad de la familia al respecto, o si esta medida de control fuese un objetivo planificado, más bien pensamos que este control ocurre como un efecto de la desconfirmación sobre el PI.

Respecto a las quejas y reclamaciones sobre el control que perciben los PI deseamos hacer una distinción, ya que hemos obviado toda interacción comunicacional que no responda a la desconfirmación por lo que esa podría ser una explicación a la

5. Discusión

ausencia de quejas del PI. Sobre la desconfirmación no se quejan, y por la modalidad 3. *Autodesconfirmación* observamos se mantienen pasivos frente a las desconfirmaciones recibidas. Aunque la experiencia clínica muestra que los PI reclaman sobre otros controles excesivos que perciben, tales como la medicación por ejemplo (Linares, comunicación personal, Noviembre 2016).

5.2. Investigaciones basadas en el estudio de la desconfirmación

Encontramos una serie de investigaciones (sistémicas y no sistémicas) que han tenido como objetivo profundizar y conocer más respecto a la desconfirmación, o toman la desconfirmación como una variable central, o en su defecto, se incluye en sus objetivos de trabajo.

Mencionaremos los trabajos con enfoque psicoanalítico individual de Lysaker P. H. Sólo (o como principal investigador) ha producido una serie de investigaciones centralizando la desconfirmación como una variable para la comprensión del trastorno esquizofrénico. Su enfoque versa sobre un modelo dialógico para la construcción del self, donde se consideran principalmente los diálogos internos que la persona genera sobre sí mismo.

Para el autor el diálogo interno se define como los movimientos entre la persona en relación y las fluctuaciones interpersonales de su contexto. Sobre este escenario de trabajo Lysaker determinó que la desconfirmación es una variable frecuente en la trama relacional-dialógica del esquizofrénico, y por su carácter destructivo produce en la intersubjetividad del paciente esquizofrénico significativos impactos y deterioros debido a la irrupción en el flujo de los diálogos internos que la desconfirmación produce.

Con diferentes matices y perspectivas, pero siempre sobre la misma formulación, ha desarrollado una extensa cadena de investigaciones que dan cuenta del papel de la desconfirmación, a saber: Lysaker, Lysaker y Lysaker (2001); Lysaker y Lysaker (2002a) Lysaker y Lysaker (2002b); Lysaker, Lancaster y Lysaker (2003); Lysaker y Lysaker (2004); Lysaker y Lysaker (2005); Lysaker, Johannesen y Lysaker (2005); France y Uhlin (2006).

Prestamos especial atención a la investigación de Bradfield y Knight (2008), quienes inspirados en el trabajo de Lysaker, exploraron las narraciones de PI sobre las experiencias de ser una persona esquizofrénica en relación con otros individuos. Luego de aplicar el método fenomenológico hermenéutico sobre sus entrevistas, determinaron que la intersubjetividad del PI refleja la sensación de aislamiento, la cautela en el diálogo, la disminución del sentido de autoestima, las vivencias de ambigüedad y la falta de reciprocidad para con el sistema.

Con su investigación se evidencian los efectos patológicos de la desconfirmación en la persona. Aunque el acento está puesto en la esfera individual, los diferentes autores desarrollan caminos para el entendimiento de la desconfirmación.

Con las modalidades de desconfirmación damos mayor profundidad a los postulados de Lysaker. La perturbación dialógica intrapsíquica que menciona se vuelve evidente a través de las modalidades de desconfirmaciones, además, el hecho de recibir un bloqueo relacional lleva al PI a construir recursos patológicos y desesperados para revertir esta situación. En palabras de Linares (1996; 2012) el PI recurre a la construcción de una personalidad hipertrófica que no pueda ser desconfirmada, todo ello a expensas de sus núcleos identitarios, o en palabras de Lysaker un self perturbado.

Linares y Vallarino (2008), a través del análisis de caso único, analizan un cuadro de esquizofrenia paranoide con el objetivo de identificar los aspectos/elementos

5. Discusión

resilientes posibles. Concluyen que este tipo de esquizofrenia cuenta con un mejor pronóstico y mayores elementos resilientes en comparación a otros diagnósticos del espectro de las psicosis.

Para los autores, en este cuadro nosológico la desconfirmación existente puede ser entendida como una *desconfirmación amorosa*, ya que pese a los impactos patológicos que conlleva, esta versión posee una cuota de relativa nutrición relacional (Linares, 2012). Según los autores este tipo de desconfirmación explica que en la esquizofrenia paranoide sean más dominantes y prevalezcan los síntomas positivos en comparación con los síntomas negativos.

Existe una conexión directa entre las conclusiones de los autores y los resultados a los que hemos abordados, en nuestras modalidades de desconfirmación diferenciamos entre *Desconfirmaciones Menores* y *Desconfirmaciones Mayores*, siendo estas últimas de mayor impacto patológico y menor pronóstico resiliente. El bloqueo total que se aplica sobre el PI da sentido a la construcción de los síntomas negativos dado que se minimizan sus márgenes de interacción, a su vez esta situación lleva al PI a recluirse sobre sí mismo a través de diferentes caminos, como la *Autodesconfirmación* y las categorías que la componen.

Consideramos la desconfirmación amorosa de Linares y Vallarino (2008) como análoga a la Desconfirmación Menor porque existe un bloqueo, aunque parcial y con una inclusión leve pero insuficiente del PI en la escena relacional de la familia.

Giovanni Aguilar (2012) se abocó al estudio de 4 familias con un miembro con esquizofrenia, y a través del modelo de Investigación-Intervención buscó identificar las diferencias y semejanzas en los patrones de interacción de estas familias y cómo cambian con el paso del tiempo. Los resultados de su investigación indican la existencia de 2 patrones de interacción comunes a todos los casos: *Invisibilización* e *Impasse de pareja*.

El impasse de pareja es el que se ha desarrollado en la investigación de Selvini-Palazzoli et al. (1986), y sobre el que también trabaja Prata (1988), aunque no lo hemos evidenciado durante nuestra investigación, suponemos que esto ocurre por el carácter transversal de nuestra investigación, y el impasse de pareja es un fenómeno longitudinal. Pero sobre la invisibilización prestaremos especial interés, citaremos las palabras de Giovanni Aguilar (2012).

En el patrón de INVISIBILIZACIÓN, el cual se presenta en los cuatro casos, la persona diagnosticada deja de ser tenida en cuenta y paulatinamente va siendo anulada por la familia mediante acciones tales como, no tener en cuenta su punto de vista, invalidarlo, obligarlo a hacer cosas que la persona no quiere entre otros. Estas acciones de la familia, eliminan la dimensión interpersonal del comportamiento (p. 121).

Por la descripción que realiza la autora encontramos una gran compatibilidad entre la Invisibilización y la Desconfirmación: ambos postulados plantean el bloqueo relacional hacia el PI. Teniendo en cuenta esta similitud consideramos que la investigación de Giovanni Aguilar (2012) resulta un antecedente directo a nuestro trabajo, ya que la desconfirmación/invisibilización resulta una variable evidente en las familias con las que hemos trabajado, aunque al contrario nuestro, la autora no ha intentado conocer las diferentes maneras de desconfirmación/invisibilización.

Otro antecedente directo a nuestra investigación es el trabajo de Badilla Briones (2012), su objetivo era describir los elementos relacionales familiares presentes en el discurso de las familias con un hijo/a con diagnóstico de esquizofrenia, y utilizó un diseño mixto cualitativo-cuantitativo. Luego de analizar 116 entrevistas la autora observó que en las familias con un miembro esquizofrénico prevalecen estos elementos relacionales: organización trianguladora, baja diferenciación, desconfirmación y déficit identitario.

5. Discusión

Concluye que estas dimensiones son indicadores del deterioro del funcionamiento familiar.

De los resultados de Badilla Briones (2012) nos enfocaremos en la desconfirmación como un elemento recurrente en estas familias. Si bien la autora no especifica el modo en que se expresa la desconfirmación, el hecho de mencionarla como un elemento relacional presente en los discursos de estas familias da sentido a poder puntualizarlas y conocer los diferentes modos en que se expresa. Siendo así nuestro trabajo podría considerarse como una profundización del iniciado por Badilla Briones.

Conectando indirectamente con nuestra investigación encontramos el trabajo de Ibáñez Martínez (2015) quien se ha encargado de validar el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). Decimos indirectamente porque la autora no se ha centrado en la variable desconfirmación ni ha prestado especial atención a la misma, pero la incluye como un componente de su marco teórico. El trabajo está basado en la Teoría de las Relaciones Básicas construida por Linares (1996, 2001, 2002, 2006, 2011, 2012) quien propone una lectura bidimensional (Parentalidad - Conyugalidad) de los sistemas familiares para la comprensión de las patologías desde un enfoque relacional sistémico, incluyendo elementos como la desconfirmación y descalificación, entre otros. Ibáñez Martínez (2015) construye un cuestionario a partir de esta teoría buscando comprobar sus propiedades psicométricas, a saber: la validez factorial exploratoria, la consistencia interna y la validez del constructo.

La autora arriba a resultados positivos sobre el cuestionario, lo que le permite validarlo como una herramienta para la evaluación de variables relacionales, entre ellas la desconfirmación. A partir de la validación del CERFB, la Teoría de las Relaciones Básicas adquiere mayor robustez aún, y con ello, la Triangulación Desconfirmadora. La cual se erige como uno de los pilares de nuestra investigación, y sobre el que nos

amparamos para detectar y determinar las diferentes modalidades de desconfirmaciones posibles.

Por último, en cuanto a trabajos específicos sobre desconfirmación, citaremos a Salazar Jiménez y Aníbarro Peringer (2017) quienes desde una modalidad cuantitativa aplicaron la Escala de Comunicación Familiar a 15 familias. La intención era evaluar la percepción del PI sobre el nivel de comunicación existente en su sistema familiar y compararlo con una población no clínica. Los resultados confirmaron su hipótesis, a saber: *“La esquizofrénica y el grado de comunicación familiar están relacionados”* (p. 90).

Indagando sobre las características de dicha comunicación familiar, las autoras concluyen que el PI no percibe mensajes claros y congruentes, y tampoco existen frases de apoyo ni de empatía para él por parte de su familia.

Dados nuestros resultados coincidimos con la conclusión a la que arriban las investigadoras. El hecho que el PI no perciba mensajes claros y congruentes nos remite a las situaciones que se describen en la teoría del doble vínculo y que se encuentran alojadas dentro de la categoría *IB. Escenas doble vincular*, en la modalidad *1. Desconfirmación Menor*.

Por otro lado, la ausencia de frases de apoyo y/o de empatía percibida es a nuestro entender una expresión de aislamiento/bloqueo del PI por parte de su núcleo familiar. Si bien no contamos con información para hablar en términos de *apoyo* o *empatía*, consideramos que la ausencia que denuncia el PI es un modo de Desconfirmación Menor, específicamente a la categoría *IC. Interacción desligada*, donde ubicamos escenas que demuestran una alargada distancia para con el PI por la no consigue adquirir elementos propios de una nutrición relacional.

5.3. Investigaciones sobre variables análogas a la desconfirmación

Creemos oportuno y esclarecedor cruzar nuestros datos con investigaciones que ponen el acento sobre el aislamiento, la reclusión y/o desconexión del PI en relación con su familia, contexto y/o sociedad, lo que a nuestro criterio es el núcleo de la desconfirmación.

Encontramos una conexión entre las dos investigaciones siguientes.

Zaraza Morales y Hernández Holguín (2016), luego de analizar entrevistas individuales y grupos focales con esquizofrénicos, encontraron un tópico recurrente y transversal en sus discursos: El valor de los apoyos como un punto subjetivo en la experiencia de vivir con esquizofrenia. Los autores indican que los pacientes esquizofrénicos piensan en la recuperación de su salud mental como una posibilidad, sin embargo esto puede no sostenerse, y llega a descartarse, en caso de incapacidad, negligencia o abandono por parte de la familia hacia el esquizofrénico y su tratamiento. Como se observa la desconexión y falta de reconocimiento producen efectos patológicos en el PI, quien vive esta experiencia a través de los diferentes caminos que hemos mencionado.

Por otro lado, encontramos la investigación de Ochoa, Martínez, Ribas, García-Franco, López, Villellas, Arenas, Álvarez, Cunyat, Vilamala, Autonell, Lobo y Haro (2011) que utilizando grupos focales con esquizofrénicos se abocaron a conocer la percepción sobre el trastorno por parte del paciente y su entorno cercano. Los resultados del trabajo indican que las categorías más frecuentes fueron: Peligrosidad, Culpa, Pérdida de roles sociales y Miedo al rechazo.

Ambas investigaciones se enfocan en la percepción del PI sobre como la familia/sociedad construyen alrededor suyo, y su enfermedad, discursos y modos relacionales que producen un impacto patológico sobre él, pues se evidencia que el alejamiento, aislamiento y abandono son algunas medidas recurrentes frente a la patología y su portador.

Los hallazgos de estas investigaciones pueden ser clasificadas por nosotros como 1. *Desconfirmación Menor* (1.B Escena doble vincular, 1.C Interacción desligada), 2. *Desconfirmación Mayor* (2.A Excluyen al PI de la conversación, 2.B Aíslan al PI), 3. *Desconfirmación por Pérdida* (3C. Pérdida de status familiar).

Los autores mencionan el modo en que el rechazo hacia el PI y su diagnóstico impide la creación de un bienestar subjetivo, lo que a nuestro criterio y por nuestros resultados es producto de la desconfirmación que opera como un bloqueo hacia la persona y contribuye al sostén del estigma social y dificultad de recuperación del que hablan los autores.

Estos no son los únicos estudios que se han pronunciado sobre estos temas. Porinchu Tharayil (2010) investigó las percepciones del PI sobre su familia de origen durante su tiempo de internación. Dicho estudio se llevó a cabo sobre familias filipinas en la ciudad de Manila, y se enfocó en la soledad y el abandono como variables centrales de estudio.

Encontró que los pacientes que registraron elevados niveles de soledad tienden a percibir sus experiencias familiares con mayor negatividad en comparación con aquellos pacientes que registraron bajos niveles de soledad. Agrega como dato que la brecha entre los registros bajos y altos es marcada y llamativamente distante. Finaliza concluyendo que el hecho que el PI perciba su familia como disfuncional, estresante, aisladora y

5. Discusión

desoladora, constituye un obstáculo para la recuperación, volviéndolos pacientes con un pronóstico menos optimista.

Las percepciones identificadas por Porinchu Tharayil (2010) las identificamos como vivencia de soledad ocasionadas por la imposibilidad de sostener una conexión nutricional con la familia. En nuestro trabajo estas situaciones las hemos identificado en las categorías *1. Desconfirmación Mayor*, y *2. Autodesconfirmación*.

Encontramos una correspondencia entre la investigación recién mencionada y la de Vallina Fernández, Pérez Álvarez, Fernández Iglesias, Soto Balbuena, Perona Garcelán y García Montes (2014) que trabajaron sobre casos complejos de esquizofrenia resistente realizando un cambio en el modelo de intervención al aplicar terapia contextual basada en la persona. Como las anteriores, esta investigación pone énfasis en la perspectiva del PI sobre su contexto y su familia.

Los autores indican que los tratamientos aplicados a pacientes esquizofrénicos que promueven intenciones paliativas y reductoras de la sintomatología no siempre consiguen tener éxito y con el tiempo resultan ser abandonos asistenciales y existenciales. Con una visión crítica, mencionan que la mayoría de los tratamientos han tenido este destino.

El cambio propuesto por los investigadores fue trascender de estas intenciones paliativas y reductoras, y buscaron entender los síntomas psicóticos desde un contexto biográfico e integrativo. Como resultado consiguieron que la mayoría de los síntomas desaparecieran (o en su defecto dejaran de ser perturbadores) y que la plena reintegración a la vida social fuese posible.

Con esta investigación se evidencian los efectos patológicos de sostener posiciones existenciales intermedias, o pseudoposiciones. Esta situación es considerada e incluida dentro de la literatura sobre la desconfirmación, y se construyeron dos

formulaciones vitales para su comprensión, a saber: el *Sí, pero no* de Linares (1996; 2012) y la *Pseudomutualidad* de Wynne (1958).

En el trabajo de Vallina Fernández et al. (2014) observamos que el PI resultaba asistido pero de manera parcial y sin una integración de su perspectiva y narrativa en un contexto social/familiar. En su modo de intervención esto se revierte al darle lugar a la posición y discurso del PI, siendo esto un proceso de reconfirmación donde logra una mayor inmersión social/familiar.

Sobre los alcances y mejoras en pos de la salud que se obtiene al integrar (confirmar) al paciente a su contexto/familia encontramos la investigación de Fontanil Gómez, Alcedo Rodríguez y Gutiérrez López (2017). Estos investigadores buscaron predictores de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos. Para ello aplicaron una batería de test psicométricos a 68 personas con esquizofrenia, teniendo en cuenta el punto de vista subjetivo del paciente y una evaluación externa de su situación.

Determinaron (a) que según la evaluación externa los factores predictores de calidad de vida son: el entorno en que vive (urbano-rural), el diagnóstico que recibe, la edad de inicio del trastorno, el funcionamiento global y el funcionamiento social. Y (b) que según la evaluación subjetiva los factores predictores de calidad de vida son: el tipo de convivencia y el funcionamiento social.

Los autores concluyen que los factores subjetivos tienen más influencia en la calidad de vida de los pacientes que los factores externos, sugiriendo que los planes de intervención para mejorar la calidad de vida de estos pacientes deberían incluir ineludiblemente los aspectos relacionales (denominados como macrosistémicos por los autores).

5. Discusión

El considerar el punto de vista y las vivencias del paciente esquizofrénico sobre su propia enfermedad para incluirlo en las tramas relacionales de las que resulta marginado/bloqueado, resulta un proceso reconfirmador.

Una investigación de similares características fue llevada a cabo por Pernice-Duca en el año 2010. En este caso la población incluía pacientes esquizofrénicos y pacientes con trastornos afectivos. La investigadora buscaba conocer, según la perspectiva del PI, cuáles eran las dimensiones más importantes para los procesos de recuperación, teniendo en cuenta el papel de la red familiar encargada del tratamiento.

Para ello se aplicaron sobre los pacientes una entrevista semiestructurada incluyendo los ejes de red de soporte y recuperación. El estudio reveló que para ellos las dimensiones más importantes e influyentes de su recuperación son: el apoyo y la reciprocidad entre los miembros de la familia.

Esta investigación nos convoca por dos motivos, primero por interesarse en el punto de vista del PI e incluir su aporte como necesario y oportuno para su propia recuperación, lo que a nuestro criterio resulta un proceso confirmatorio, y por decantación, afirma nuestra investigación sobre las modalidades de desconfirmación. En segunda el acento puesto en la reciprocidad como dimensión importante e influyente para la recuperación de los pacientes.

La reciprocidad es entendida como una variable relacional que promueve la equidad y mutua restitución, o en términos de una epistemología sistémica, una relación simétrica armoniosa. Esto no es frecuente en la historia relacional del PI pues a través de la Autodesconfirmación se observa un bloqueo del PI, que se ubica en una posición complementaria down.

Por último, mencionaremos el trabajo de Cabrera y Cruzado (2014) quienes sobre la multiplicidad de factores epidemiológicos de la esquizofrenia se enfocaron en uno en

particular: la migración, aunque no son los únicos investigadores que trabajaron al respecto, Cantor-Graae E, Zolkowska K, McNeil (2005) hicieron lo propio en la ciudad de Malmö, Suecia. Volviendo a Cabrera y Cruzado, trabajando sobre una comunidad de pacientes esquizofrénicos de Perú detectaron que PI señalan los procesos migratorios como episodios influyentes y detonantes del trastorno. Luego de realizar entrevistas en profundidad detectaron que los PI en su experiencia migratoria se han visto sometidos a vivencias sufridas tales como racismo, discriminación, postergación económica y duelo migratorio.

Esto produce que el migrante se aisle socialmente, y esto se convierte en un riesgo epidemiológico, siendo el más preocupante el hecho de vivir solos y aislarse. Como dato añadido los pacientes registran haber sufrido una ruptura amorosa en algún momento del proceso migratorio.

Resaltamos dos aspectos de este trabajo: (a) la influencia del aislamiento, entendido como falta de integración, (b) el bloqueo de la constancia relacional que existía antes a la migración.

La conexión más clara y evidente con nuestra investigación es la mención de la migración como un proceso de pérdida, ya que hemos construido la modalidad 3. *Desconfirmación por Pérdida*. En nuestras unidades de análisis detectamos situaciones de pérdida que han padecido nuestros participantes, las que consideramos influyentes en la aparición de los procesos psicótico, debido que propensa a los PI al aislamiento y pérdida de conexión, lo que se evidencia en la investigación de Cruzado y Cabrera (2014).

Al iniciar el apartado 5. *Discusión* mencionamos que en la actualidad ponderan las investigaciones basadas en EE y Psicoeducación, y no siempre se realizan desde un enfoque sistémico. Pero para cerrar este capítulo mencionaremos 2 investigaciones que cruzan las conceptualizaciones de las EE y el modelo sistémico.

5. Discusión

Miklowitz (2004) buscó conocer los niveles de EE en los parientes cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar. Con su estudio arribó a 3 conclusiones: (a) los niveles de EE se correlacionan con las atribuciones de los cuidadores a la capacidad de control de los comportamientos del paciente, al respecto no contamos con información suficiente para elaborar cruces teóricos. Como segunda conclusión el investigador determina que (b) las actitudes de EE son de carácter bidireccional, de mutua influencia y con efectos recursivos entre pacientes y parientes. En este punto reforzamos esta conclusión ya que encontramos en nuestros resultados situaciones similares, la variable 4. *Autodesconfirmación* se presenta como el aporte del PI a las secuencias desconfirmadoras, lo que termina de cerrar un círculo comunicacional que explica una situación patológica recursiva entre los miembros del sistema, tal como lo indica Miklowitz (2004).

Sobre la última conclusión el autor indica (c) que la psicoterapia educacional familiar combinada con farmacoterapia produce una menor tasa de recaídas en esquizofrenia y trastorno bipolar debido al rol central de la familia en la moderación del curso de enfermedades psiquiátricas. Las desconfirmaciones tienen lugar en un contexto relacional, y las modalidades que delimitamos se expresan, en su mayoría, a través del clima familiar desconfirmador, lo que atribuye a toda la familia una cuota de participación en el proceso tal como hemos marcado.

Bertrando, Cecchin, Clerici, Beltz, Milsesi y Cazzullo (2006) estudiaron familias con un miembro con diagnóstico de psicosis aplicándoles una versión estandarizada de las intervenciones familiares sistémicas basadas en el Enfoque de Milán tituladas como *entrevistas circulares* y evaluando los niveles de EE. Para comparar sus resultados trabajaron con un grupo control que no recibió el mismo tratamiento.

Demostraron que las familias participantes de las entrevistas circulares redujeron los índices de EE, donde sólo el 30% de paciente tuvo una recaída. Las familias que no recibieron el mismo tratamiento mantuvieron invariables sus niveles de EE, alcanzando una tasa de 62,5% de recaídas.

Los autores concluyeron que las familias bajo tratamiento del enfoque de Milán muestran cambios favorables e indican mejor pronóstico debido al espíritu de trabajo del modelo sistémico que intenta incluir a todos los miembros del sistema y pretende reubicar los síntomas y al PI en una red de relaciones, conectándolo la historia familiar e involucrándolo en su desarrollo.

Pensando desde el modelo de EE y basados en estas dos últimas investigaciones, encontramos una íntima relación entre la dimensión “*sobreimplicación emocional*” y las teorizaciones sobre desconfirmación. En dicha dimensión se evalúan los aspectos indiferenciados de los miembros del sistema para con el PI y la dificultad de individuación del paciente esquizofrénico en relación a su familia.

Esta situación fusional es desarrollada por diversos autores (Bowen, 1959, 1960; Flecks & Bowen, 1961; Wynne, et al. 1958). Las modalidades de desconfirmación nos permiten realizar especificaciones sobre los caminos en que podría darse la exclusión/bloqueo del PI del grupo familiar, pero el carácter fusional que se menciona en las EE es menos evidente en nuestras unidades de análisis.

Los aspectos de sobreimplicación emocional son más bien deducibles, y suponemos que son más sencillos de evidenciar en investigaciones longitudinales, además el hecho que no realizar ningún tipo de entrevista pre-formulada, no nos ha permitido registrar datos que den cuenta de esta situación.

Cada investigación que hemos citado comparte un aspecto en común al mostrar las diferentes dificultades de los PI para poder desarrollarse en su contexto familiar, ya

5. Discusión

sea por situaciones de desconexión, aislamiento, reclusión, o por situaciones de bloqueo sobre su individualidad e independencia. Por un camino o por otro, resaltan los contextos de incongruencia comunicacional e indefinición relacional que padecen los pacientes psicóticos.

5.4 Pragmática de la Desconfirmación

Si hacemos énfasis en las tres teorías sistémicas sobre psicosis del marco teórico observamos que nuestros resultados conservan sus postulados y son consistentes con lo que propone cada una de ellas. Como mencionamos desde el planteo del problema, pese a que estas tres teorías son consistentes epistemológicamente, puede resultar complejo establecer de manera clara y precisa los puntos de conexión entre ellas en su lado pragmático, así como encontrar ejemplos compartidos.

Las modalidades de desconfirmación ofrecen un ordenamiento y conexión sobre las diferentes situaciones relacionales que atraviesa una familia de transacción psicótica. Así la desconfirmación se convierte en un concepto que incluye nuevos desarrollos desde su creación, haciéndose más compleja, más rica en contenido, y más sencilla de identificar.

Los antecedentes que forman su raíz teórica (véase el segmento 2.2. *Sobre la Desconfirmación*) se conservan, su vertiente pragmática se aclara y se identifican patrones recursivos en los que pueden intervenir los terapeutas relacionales para poder desarticular estas secuencias patológicas. Llamamos a nuestro desarrollo *Pragmática de la desconfirmación*, y lo esbozaremos a continuación iniciando por la Figura 12.

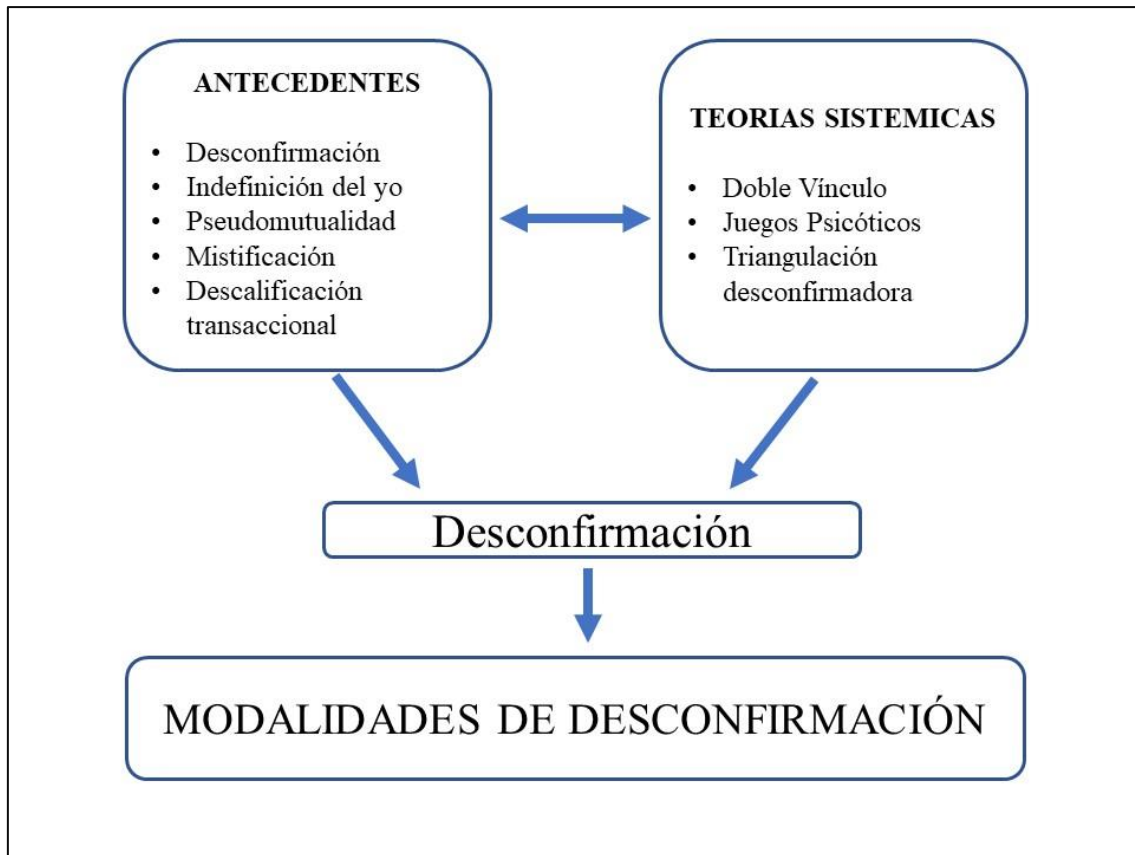


Figura 12. Pragmática de la Desconfirmación I

Por nuestros hallazgos nos atrevemos a la siguiente afirmación: Aquel fenómeno de consistencia teórica de la desconfirmación, pero de claridad insuficiente en su costado pragmático podría verse superado con nuestros resultados. El establecer cuáles son los caminos de la desconfirmación permite observar que los postulados de Bateson et al. (1956) sobre el Doble Vínculo, de Selvini-Palazzoli et al. (1990) sobre los Juegos Psicóticos de la Familia y de Linares (1996) sobre la Triangulación Desconfirmadora, son caras diferentes del mismo fenómeno relacional, son los diferentes caminos de la desconfirmación, que a veces pueden ser compartidos.

Determinamos que cada una de las tres teorías se corresponde con una modalidad de desconfirmación en particular, aunque esto no significa una relación de exclusividad ni impide la conexión de la teoría con otras modalidades, simplemente que ellas se identifican y reflejan con mayor sencillez en una modalidad antes que en las otras.

5. Discusión

Además, en aras del espíritu pragmático de la desconfirmación que intentamos imprimir en este segmento, postulamos una pregunta en cada teoría que, a nuestro criterio, expresa claramente cuál es el conflicto del PI frente al mundo relacional patológico que vivencia con su familia.

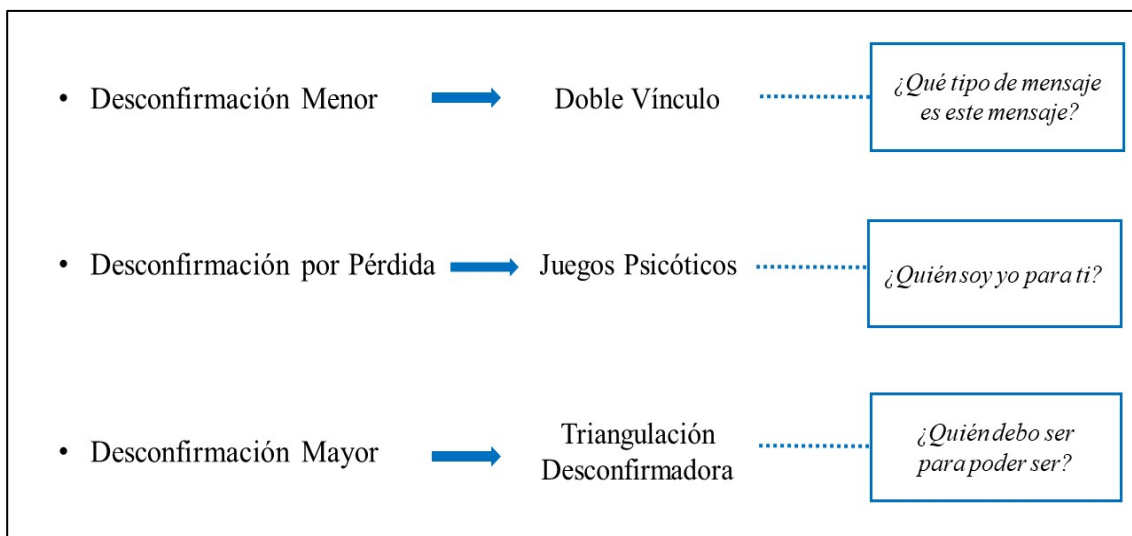


Figura 13. Pragmática de la Desconfirmación II

Notará el lector que la Autodesconfirmación no es mencionada en el cuadro anterior. A nuestro juicio esta modalidad no se corresponde con ninguna de las tres teorías, y esto no significa que tiene un valor inferior.

En la Autodesconfirmación se ubican las reacciones del PI frente al sistema en general y frente a algunas escenas desconfirmadoras en particular. Ninguna de las tres teorías con las que hemos trabajado repara en conocer este aspecto, sino que se abocan a describir las consecuencias de la desconfirmación a nivel clínico o intentan conocer la etiológica del trastorno, mientras que esta la modalidad construida por nosotros enuncia algunos posibles modos de afrontamiento del PI en las escenas desconfirmadoras que recibe.

El Doble Vínculo puede verse reflejado con mayor claridad en la Desconfirmación Menor, que recoge las situaciones de bloqueo principalmente comunicacional y aquellas donde el PI recibe pautas comunicacionales incongruentes. Esta teoría manifiesta un

interés **comunicacionalista** sobre las transacciones psicóticas: *¿Qué tipo de mensaje es este mensaje?*

Los Juegos Psicóticos se corresponden con la Desconfirmación por Pérdida, ya que se produce un cambio abrupto en el sistema familiar y el lugar que tenía el PI se pierde, su status relacional cambia. Esta teoría manifiesta un interés **estructural** sobre las transacciones psicóticas: *¿Quién soy yo para ti?*

La Triangulación Desconfirmadora armoniza principalmente con la Desconfirmación Mayor por tratarse de un bloqueo total sobre el PI que requiere la participación (activa o pasiva) de todo el sistema, y los triángulos relacionales brindan un escenario mucho más prolifero a esta situación. Esta teoría manifiesta un interés **ontológico** sobre las transacciones psicóticas: *¿Quién debo ser para poder ser?*

Consideramos que estas teorías, y las modalidades de desconfirmación, expresan las situaciones de indefinición en las que habita el PI, ya sean comunicacionales, estructurales u ontológicas. La versión gráfica de nuestro relato es la siguiente.

Tabla 4

Pragmática de la Desconfirmación III

	Doble Vínculo	Juego psicótico	Triangulación Desconfirmadora
Dimensión	Comunicacional	Estructural	Ontológica
Conflicto	Incongruencia comunicacional	Perdida de status familiar	Alteración en la nutrición relacional
Perturbación	Incapacidad de clasificar mensajes	Transgresión de reglas y estructuras	Construcción de identidad hipertrófica
Desconfirmación	Menor	Por Pérdida	Mayor

5. Discusión

En la Figura 14 esbozamos de manera sintética el postulado central de cada teoría sobre la problemática relacional en las familias de transacción psicótica, aunque reconocemos que al hacerlo caemos en un reduccionismo que no hace justicia a la complejidad de cada teoría. Pero aclaramos que hacemos esta síntesis con la intención de resaltar el principal puente teórico entre ellas y a través de la desconfirmación. Afirmamos que existen muchas conexiones teóricas, y de hecho hemos enunciado algunas en el marco teórico, pero basados en la desconfirmación como eje central resaltamos las siguientes:

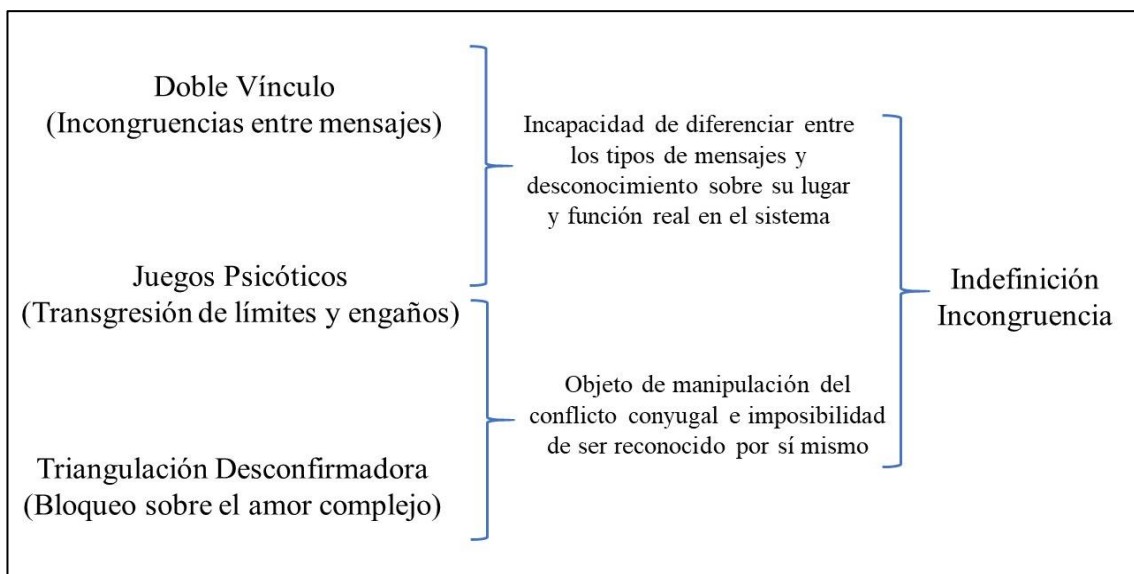


Figura 14. Pragmática de la Desconfirmación IV

Si observamos la última llave encontramos que la *indefinición* y la *incongruencia* terminan siendo los puntos finales en el que convergen las tres teorías. Estas dos dimensiones encierran una parte clave de los desarrollos sobre la desconfirmación a las que hemos abordado.

Dentro del modelo sistémico (Bateson et al., 1956; Watzlawick et al., 1965; Selvini-Palazzoli et al., 1986, 1990; Linares, 1996, 2012) se utiliza la frase “*Tu no existes*” para explicar la desconfirmación. Sin embargo, luego de esta profusa investigación, creemos que dicha frase puede ser, (a) insuficiente para explicar el

concepto, (b) difícil de asimilar para quienes no pasaron por esa experiencia, y (c) más difícil aún de explicar para los PI que si han atravesado esa experiencia.

Creemos que a partir de nuestra investigación contamos con la información y los desarrollos suficientes para atrevernos a realizar una reformulación de esa frase con la intención de facilitar la comprensión de una variable tan difícil y compleja como es la desconfirmación.

En lugar de explicar la desconfirmación con la frase “*tu no existes*”, creemos que es mucho más criterioso y completo explicarla con el siguiente enunciado:

*Tú existes a un nivel elemental e instrumental, pero **no existes** a un nivel relacional como una persona autónoma con habilidades comunicacionales suficientes*

Las teorías en las que nos hemos basado indican que la familia de transacción psicótica se relaciona de un modo complejo y patológico (Véase Figura 14), en el que han bloqueado relacionalmente a un miembro (PI), mayormente un hijo, hasta la pérdida de su mismidad.

Y hemos determinado que esto ocurre por diferentes caminos (modalidades) que el PI transita en su familia: Ya sea porque resultó *ignorado* y dejado al margen de las interacciones por considerarlo incompetente, por ser *olvidado* luego de perder un espacio confirmatorio, o porque fue *utilizado* como mensajero involuntario en un conflicto que realidad no protagonizaba.

Por último aclaramos que en muchos casos las modalidades de desconfirmación pueden coexistir y operar simultáneamente mostrando la complejidad de la psicosis y sus tramas relacionales.

6. Conclusiones

Con el objetivo de otorgar contundencia y claridad en nuestras conclusiones, organizaremos las mismas en función de los objetivos de nuestra investigación. Por lo que responderemos de manera puntual y precisa a las preguntas de investigación de la que se desprenden los objetivos.

Frente a nuestro objetivo principal estamos en condiciones de afirmar que los mensajes de desconfirmación que producen estas familias pueden ser encausados en cuatro grupos/temas diferentes, dependiendo de sus características. A los temas identificados le hemos dado un nombre pertinente y consecuente con las unidades de análisis que lo componen.

Los patrones comunicacionales que componen las modalidades de desconfirmación las hemos denominado como: Desconfirmación Menor, Desconfirmación Mayor, Desconfirmación por Pérdida y Autodesconfirmación.

En cuanto a los objetivos secundarios los presentaremos de manera enumerada, sin un orden jerárquico más que el meramente organizacional:

1. Determinamos que la cantidad de miembros de la familia involucrados en las escenas desconfirmadoras varían según la modalidad de desconfirmación que se esté llevando a cabo. En las esconfirmaciones menores operan un mínimo de dos miembros, a los que hemos llamado: *desconfirmado* y *desconfirmador*. Es posible que en ocasiones intervengan más de dos miembros, pero en líneas generales suelen ser dos. En las desconfirmaciones mayores la cantidad de miembros suele ser superior a dos, aunque no hemos podido determinar la

6. Conclusiones

cantidad máxima de involucrados. En esta modalidad hemos otorgado el nombre de *desconfirmado* y *grupo desconfirmador* a las partes. En la desconfirmación por pérdida no resulta posible determinar la cantidad de miembros involucrados además del PI, debido a la alta variabilidad de formato que pueden tener las pérdidas que vivencie el miembro psicótico. En cuanto a las autodesconfirmación, la hemos considerado como una dimensión individual donde solo el PI interviene, por lo que la cantidad se restringe a su protagonista.

2. Por las interacciones observadas hemos determinado dos roles posibles en las escenas desconfirmadoras. Por un lado, hemos denominado como *desconfirmadores activos* a aquellos miembros que protagonizan las escenas y ejecutan la desconfirmación, por otro lado, hemos dado el nombre de *desconfirmadores pasivos* a quienes se encuentran en la escena y, aunque no la protagonicen, ni ejecuten, co-participan de la misma con el mero hecho de no bloquearla, advertirla, denunciarla y/o desmontarla.
3. Sobre las reacciones del PI frente a las escenas desconfirmadoras registradas, hemos observado un modo de participación por parte del mismo en la construcción de estas escenas. Detectamos que el PI se *acomoda* al bloqueo/exclusión que recibe, y en esa acomodación se expresa la pasividad con la que colabora para la construcción de la desconfirmación. El desconfirmado aprende de las escenas desconfirmadoras su lugar en la familia y procura conservar dicha posición. Encontramos que la modalidad Autodesconfirmación refleja esta situación.

4. A partir de la lectura y análisis de las entrevistas, y haciendo focalizaciones sobre las secuencias desconfirmadoras, no hemos encontrado temáticas que propicien, precipiten o desencadenen las escenas desconfirmadoras.

7. Referencias

- Aguilar-Valles, A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. *Acta Biológica Colombiana*, 16(3) 129-137.
- Akister, J., Meekings, E., & Stevenson-Hinde, J. (1993). The spouse subsystem in the family context: couple interaction categories. *Journal of Family Therapy*, 15, 1–21. doi:10.1111/j.1467-6427.1993.00737.x
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Andolfi, M., & Ackermans, A. (1990). *La creación del sistema terapéutico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Arnold Cathalifaud, M; (1998). Recursos para la Investigación Sistémico/Constructivista. *Cinta de Moebio*, (3).
- Ashby, W. R. (1952). *Design for a Brain [Diseño para un cerebro]*. London, England: Chapman & Hall.
- Ashby, W. R. (1956). *An introduction to cybernetics [Una introducción a la cibernética]*. London, England: Methuen.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Badilla Briones, Y. (2012). *Elementos relacionales en esquizofrenia: Comparación de los discursos de familiares*. (Tesis Doctoral, Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/96790>

7. Referencias

- Bartlett, F. H. (1976). Illusion and Reality in R. D. Laing. *Family Process*, 15(1), 51–64.
doi:10.1111/j.1545-5300.1976.00051.x
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Buenos Aires, Argentina, Barral.
- Bateson, G. (1935). 199. Culture Contact and Schismogenesis. *Man*, 35, 178-183.
doi:10.2307/2789408
- Bateson, G. (1955). A theory of play and fantasy. *Psychiatric research reports*, 2(39), 39-51.
- Bateson, G. (1967). Cybernetic explanation. *American Behavioral Scientist*, 10(8), 29-29. doi:10.1177/0002764201000808
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bateson, G. (1976). *Foreword. A formal approach to explicit, implicit and embodied ideas and to their forms of interaction. Double bind: The foundation of the communicational approach to the family*. New York: Grune and Stratton.
- Bateson, G. (1977). *Doble vínculo y esquizofrenia. El síndrome y sus factores patogénicos interpersonales*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Carlos Lohlé.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. [Mente y naturaleza: Una unidad necesaria]. New York: Dutton.
- Bateson, G. (1985). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Argentina: Lohlé-Lumen.
- Bateson, G., & Jackson, D. D. (1964). Social factors and disorders of communication. Some varieties of pathogenic organization. *Research publications-Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 42, 270-283.

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1963). A note on the double bind -1962. *Family Process*, 2(1), 154-161.
- Bell, N. W. (1962). Extended Family Relations in Disturbed and Normal Families. *Family Process*, 1(2), 175-193.
- Bertrando, P., & Boscolo, L. (1996). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2000). *Storia della terapia familiare: Le persone, le idee [Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas]*. Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona, España: Paidós ibérica.
- Bertrando, P., Cecchin, G., Clerici, M., Beltz, J., Milesi, A., & Cazzullo, C. L. (2006). Expressed emotion and Milan systemic intervention: A pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 81-102.
- Bisquerra, R. (1996). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. España: Ediciones CEAC.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1962). The Concept of Schizophrenia from the Perspective of Family Treatment. *Family Process*, 1(1), 103-113.

7. Referencias

- Bowen, M. (1959). *Family relationships in schizophrenia. Schizophrenia: An integrated approach*, 147-178. New York: Ronald Press.
- Bowen, M. (1960). A Family Concept of Schizophrenia. In D. Jackson (Ed.) *The Etiology of Schizophrenia*, New York: Basic Books.
- Bradfield, B. C., & Knight, Z. G. (2008). Intersubjectivity and the schizophrenic experience: A hermeneutic phenomenological exploration. *South African Journal of Psychology*, 38(1), 33-53.
- Braun, V., Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*. 3(2), 77-101.
- Burbatti, G. L., & Formenti, L. (1988). *The Milan approach to family therapy*. United State of America: Aronson.
- Caballero Muñoz, D. (2001). Apuntes para una metateoría en Psicología Social del Trabajo. *Psicothema*, 13(4), 691-699.
- Cabrera, S. A., & Cruzado, L. (2014). Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2), 116-122.
- Cancrini, L. (2013). Notas para una clasificación psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 149-145.
- Cancrini, L., La Rosa, C., & Miranda, I. A. (1996). *La caja de pandora: manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. España: Ediciones Morata.

- Cantor-Graae, E., Zolkowska, K., & McNeil, T. F. (2005). Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: a 3-year first-contact study. *Psychological Med*, 35(8), 1155–1163. doi:10.1017/S0033291705004721
- Ceberio, M. R. (2010). *La nave de los locos. Historia de la locura, su marginación social y alternativas de cambio*. 1ra Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
- Ceberio, M. R. (2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 155-161.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2000). *Locura, marginación y libertad. Un análisis crítico del enfermo mental y el manicomio, su segregación social y posibilidad de cambio*. Buenos Aires, Argentina: ECUA.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Ceberio, M., & Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del Modelo Sistémico en Psicoterapia*. Argentina: Ediciones Psicolibro.
- Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona, España: Herder.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Over-coming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123.
Recuperado en: <http://eprints.uwe.ac.uk/21155>
- Cooper, D. (1971). *La muerte de la familia*. Buenos Aires, Argentina: Mundo Moderno Paidós
- Covini, A., Fiochi, E., Pasquino, R., & Selvini, M. (1987). *Hacia una nueva psiquiatría: Proceso de transformación sistémica de un centro*. Barcelona, España: Herder.

7. Referencias

- Daturi, D. E. (2015). Patrón, diferencia y circularidad: orígenes y sentido de la idea de Mente en Gregory Bateson. **Pensamiento. Papeles de Filosofía**, 1, 137-160.
Recuperada de: <https://revistapensamiento.uaemex.mx/article/view/3647>
- De Rivera Rodríguez, J. (1990). *Evolución historia de las teorías y conceptos sobre sistema*. Ficha técnica. Universidad Politécnica de Madrid - Universidad de Alcalá de Henares. España.
- Diorinou, M., & Tseliou, E. (2014). Studying circular questioning “in situ”: Discourse analysis of a first systemic family therapy session. *Journal of marital and family therapy*, 40(1), 106-121.
- Escudero Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Ey, H. (2009). *Tratado de las alucinaciones*. 1a. Ed. Buenos Aires: Polemos.
- Ey, H., E., & Bernard, P. (1994). *Tratado de Psiquiatría* (8ª Ed.). Madrid: Editorial Masson.
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fernández, A., Gómez, C., Hornero, R., & López-Ibor, J. J. (2013). Complexity and schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 45, 267-276. Recuperada de <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.03.015>
- Ferreira, A. J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archives of general psychiatry*, 9(5), 457-463.
- Ferrer, H., & Piazzola, A. (1969). *Balada para un loco* [Grabada por Roberto Goyeneche]. Formato Vinilo. Grabado en CBS estudios.

- Fleck, S., & Bowen, M. (1961). The family as the unit of study and treatment workshop, 1959. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31(1), 40–60. doi:10.1111/j.1939-0025.1961.tb02106.x
- Fontanil Gómez, Y., Alcedo Rodríguez, M. A., & Gutiérrez López, M. I. (2017). Personal and macro-systemic factors as predictors of quality of life in chronic schizophrenia. *Psicothema*, 29(2), 160-165. doi: 10.7334/psicothema2016.179
- Foucault, M. (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- France, C. M., & Uhlin, B. D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 53–67. doi:10.1348/147608305X41001
- Galván García, V. (2009). Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiátrica. *Historia Actual Online*, (19), 177-179. Recuperado en <http://www.historia-actual.org/Publicaciones/index.php/haol/article/viewArticle/307>
- Galván, Valentín. (2009). Michel Foucault's extra-academic reception in the culture of the Spanish transition: the antipsychiatry and the Histoire de la folie in the progressive psychiatrists. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 485-500. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200014&lng=es&tlng=en.
- Garcelán, S. P. (2006). La intervención en esquizofrenia: nuevos avances desde la investigación y la práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 5-10.
- García Ramos, P. R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia:

7. Referencias

- implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756. doi:10.4321/S0211-57352012000400005
- Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3), 227-234. Recuperada de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&tlng=es.
- Glanville, R. (2003). Heinz von Foerster. *System Research and Behavioral Science*, 20(1), 85–89. doi:10.1002/sres.527
- Gómez, R. A., López-Alvarado, P. O., Bamba, B. M., Sanz, H. S., & González, E. M. (2016). Familia de transacción psicótica; entrelazando la teoría con la práctica clínica. *Revista Revista Redes*, 33, 83-91.
- Gonzales De Rivera, J. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19(5), 183-200.
- Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., & Leff, J. (2016a). What do We Know about Family Interventions for Psychosis at the Process Level? A Systematic Review. *Family Process*, 55, 79–90. doi:10.1111/famp.12155
- Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., & Leff, J. (2016b). Key Elements of a Family Intervention for Schizophrenia: A Qualitative Analysis of an RCT. *Family Process*, 56, 80-89. doi:10.1111/famp.12271
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Guidano, V. (1987). *La complejidad de uno mismo*. Chile: Editorial Inteco.

- Guidano, V. (1990). De la revolución cognitiva a la intervención sistemática en términos de complejidad: la relación entre teoría y práctica en la evolución de un terapeuta cognitivo. *Revista de psicoterapia*, 1(2), 113-130.
- Guidano, V. (1992). *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. (1994). *El Sí mismo en Proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Guidano, V. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-racionalista*. Milano: Franco Angeli.
- Guimón, J. (2006). Cuarenta años de crisis en la Psiquiatría. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(3), 4.
- Guiovanni Aguilar, I. (2012). *Patrones de interacción en familias con un miembro con esquizofrenia*. (Tesis de Máster, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10554/3245>
- Guízar Sánchez, D. P., Saracco Álvarez, R., & Fresán Orellana, A. (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*, 35(4), 339-344.
- Haley, J. (1959a). An interactional description of schizophrenia. *Psychiatry*, 22(4), 321-332.
- Haley, J. (1959b). The family of the schizophrenic: A model system. *The Journal of nervous and mental disease*, 129(4), 357-374.
- Haley, J. (1962). Introduction to family process. *Family Process*, 1(1), 1-4.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grunne & Staton.
- Haley, J. (1967). Toward a theory of pathological systems. En G. H. Zuy & Boszormenyi-Nagy (Comps.) *Family therapy and disturbed families*, 11-27. California, Palo alto: Science and Behavior Books.

7. Referencias

- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M. D.*, Volume III. New York: Triangle.
- Hegel, G. W. F. (1807) *The phenomenology of the mind*. Volume II, Londres: Swan Sonnenschein.
- Heims, S. (1991). *The Cybernetics Group: constructing a Social Science for Post-War America*. Cambridge: MIT Press.
- Heisenberg, W. (1927). Multi-body problem and resonance in quantum mechanics II. *Z. Phys*, 41, 239.
- Herman, B. F., & Jones, J. E. (1976). Lack of Acknowledgment in the Family Rorschachs of Families With a Child at Risk for Schizophrenia. *Family Process*, 15(3), 289–302. doi:10.1111/j.1545-5300.1976.00289.x
- Hinojosa, A. J., Linares, J. L. (2017). Los caminos de la Psicosis. *Revista Redes*, 36, 5-16.
- Hippius, H., & Müller-Spahn, F. (1987). Los marcadores biológicos de la esquizofrenia y otras psicosis. *Salud Mental*, 10(3), 35-41. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/306
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. United State of America Basic Books.
- Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second order" family systems therapy. *Family systems medicine*, 3(4), 381.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.

- Hoffman, L. (1996). *Una postura reflexiva para la terapia familiar. Terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Holte, A. (1976). The role of the symptom in psychopathological states. *Scandinavian Journal of Psychology*, 17(1), 161–170. doi:10.1111/j.1467-9450.1976.tb00227.x
- Holte, A., & Wichstrøm, L. (1990a). Disconfirmatory feedback in families of schizophrenics. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31(3), 198-211. doi: 10.1111/j.1467-9450.1990.tb00831.x
- Holte, A., & Wichstrøm, L. (1990b). Confirmatory and disconfirmatory feedback in families of schizophrenics, pathological controls and normals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(5), 477-482. doi:10.1111/j.1600-0447.1990.tb05485.x
- Howells, J. G. (1978). Developments in Family Psychiatry in the United Kingdom. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(1), 133-142. doi:10.1111/j.1752-0606.1978.tb00504.x
- Ibañez Martínez, N. (2015) *Validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* (Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia Ciències de l'Educació i de Esport Blanquerna). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/350314>
- Imaz, J. A. G. (2011). *Pensar sistémico: una introducción al pensamiento sistémico*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Ingamells, D. (1993). Systemic Approaches to Psychosis; Part II—Systemic Psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 14(2), 85-96. doi:10.1002/j.1467-8438.1993.tb00946.x

7. Referencias

- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Epistemological considerations about medicine and mental health in ancient Greece. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 163-175. doi:10.4067/S0717-92272004000300002
- Jackson, D. D. (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric quarterly*. 31(1), 79-90.
- Jackson, D. D. (1965). The study of the family. *Family Process*, 4(1), 1-20. doi 10.1111/j.1545-5300.1965.00001.x
- Jackson, D. D. (1968). Comunicación, familia y matrimonio. Buenos Aires: Edición Nueva Visión.
- Jackson, D. D. (1971). *Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta*. Interaccion familiar, Bs As. Argentina: Tiempo contemporáneo.
- Keefler, J., & Koritar, E. (1994). Essential elements of a family psychoeducation program in the aftercare of schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 369–380. doi:10.1111/j.1752-0606.1994.tb00127.x
- Keen, T. M. (1999). Schizophrenia: orthodoxy and heresies. A review of alternative possibilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 415–424. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.00237.x
- Keeney, B. P. (1979). Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18(2), 117-129. doi:10.1111/j.1545-5300.1979.00117.x
- Keeney, B. P. (1982). What is an epistemology of family therapy? *Family Process*, 21(2), 153-168. doi: 10.1111/j.1545-5300.1982.00153.x

- Keeney, B. P. (2005). Confessions of a cybernetic epistemologist. *Kybernetes*, 34(3/4), 373-384. doi.org/10.1108/03684920510581558
- Keeney, B. P., & Sprenkle, D. H. (1982). Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process*, 21(1), 1-19.
- Kenney, B. (1987) *Estética del cambio*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Knapp, J. V. (1997). Family systems psychotherapy, literary character, and literature: an introduction. *Style*, 31(2), 223.
- Kotowicz, Z. (2005). *R.D. Laing and the Paths of Anti-psychiatry*. Oxford: Routledge.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de educación*, 7(7), 19-40.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Laing, R. D. (1960). *The divided self*. London: Tavistock Publications
- Laing, R. D. (1961). *Self and Others*. London: Tavistock Publication.
- Laing, R. D. (1964). *El yo dividido*. Mexico. Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R. D. (1965). *Mystification, confusion and conflict*. En I. Boszormenyi-Nagy & J. L. Framo (Eds.), *Intensive family therapy*, 343-363. Nueva York: Harper & Row.
- Laing, R. D. (1969). *The politics of the family and others essays*. London: Tavistock Publication.
- Laing, R. D. (1970). *Knots*. London: Tavistock.
- Laing, R., D. (1974). *El yo y los otros*. Mexico. Fondo de Cultura económica.

7. Referencias

- Laing, R. D. (1986). *El cuestionamiento de la familia*. Buenos Aires: Mundo Moderno Paidós.
- Laing, R. D., & Yesterson, A. (1964). *Sanity, madness, and the family: families of schizophrenics*. London: Tavistock Publication.
- Laing, R. D., Phillipson, H., & Lee, A. R. (1966). *Interpersonal perception: A theory and a method of research*. London Tavistock Publication.
- Lambruschi, F. (2009). Cuentos, vínculos de apego y organizaciones de significado personal. *Psicoperspectivas*, 8(1), 112-158.
- Lebow, J. L. (1984). On the value of integrating approaches to family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(2), 127-138.
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *American journal of Psychiatry*, 114(3), 241-248. doi.org/10.1176/ajp.114.3.241
- Lidz, T., Parker, B., & Cornelison, A. (1956). The role of the father in the family environment of the schizophrenic patient. *American Journal of Psychiatry*, 113(2), 126-132. doi: doi.org/10.1176/ajp.113.2.126
- Linares, J. L. (1981). *Agresividad e ideología: el debate de la violencia humana*. España: Fontamara SA.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2001). Does history end with postmodernism? Toward an ultramodern family therapy. *Family Process*, 40(4), 401-412. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4040100401.x

- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes: el maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2006a). *Una visión relacional de los trastornos de personalidad*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Linares, J. L. (2006b). Complex love as relational nurturing: An integrating ultramodern concept. *Family Process*, 45(1), 101-115. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00083.x
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.
- Linares, J. L. (2010). La pareja, en la encrucijada de la conyugalidad y la parentalidad. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/linares4>.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. L. (2015). *Prácticas alienadoras familiares: El Síndrome de Alienación Parental reformulado*. España: GEDISA.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L., & Coletti, M. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L., & Ramos, R. (1991). Jesús, María y José: El delirio místico como metáfora interaccional. *Revista de psicoterapia*, 2(8), 73-80.

7. Referencias

- Linares, J. L., & Vallarino, D. (2008). Esquizofrenia y Eco-resiliencia. *Revista Redes*, 19, 85-98.
- Linares, J. L., Castelló, N., & Colilles, M. (2001). La terapia familiar de la psicosis como un proceso de reconfirmación. *Revista Redes*, 8, 9-28.
- Llewelyn, E., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapie. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21. doi: 10.1348/014466501163436
- López-Ibor, J. J., & López-Ibor, M. I. (2013). Hacia nuevas estrategias de investigación en los trastornos mentales. Primera Parte: La crisis recurrente de la psiquiatría. *Actas Espespeciales Psiquiatría*, 41(1), 33-43.
- Ludewig, K. (1998). *Terapia sistémica: bases de teoría y práctica clínicas*. España: Herder.
- Lysaker, J. T., & Lysaker, P. H. (2005). Being interrupted: The self and schizophrenia. *The Journal of Speculative Philosophy*, 19(1), 1-21.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2002). Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory and Psychology*, 12(2), 207–220. doi: 10.1177/0959354302012002630
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2004). Schizophrenia as dialogue at the ends of its tether: The relationship of disruptions in identity with positive and negative symptoms. *Journal of Constructivist Psychology*, 17(2), 105–119. doi: doi.org/10.1080/10720530490273890
- Lysaker, P. H., Johannesen, J. K., & Lysaker, J. T. (2005). Schizophrenia and the experience of intersubjectivity as threat. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(3), 335-352.

- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., & Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 285–299. doi:10.1348/147608303322362505
- Lysaker, P. H., Johannesen, J. K., & Lysaker, J. T. (2005). Schizophrenia and the experience of intersubjectivity as threat. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(3), 335-352.
- Lysaker, P. H., Lysaker, J. T., & Lysaker, J. T. (2001). Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(3), 252–261. doi: 10.1037/0033-3204.38.3.252
- Maclean, K. (2016). Sanity, “madness,” and the academy. *The Canadian Geographer*, 60, 181–191. doi:10.1111/cag.12264
- Madrid, H. M., & Calviño, M. P. (1990). Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de psicología*, 6(1), 11-20.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146.
- Martorell, J. L. (1999). Procesos atribucionales: una aplicación en la terapia familiar. Recuperada de https://www.researchgate.net/publication/282328221_Procesos_atribucionales_una_aplicacion_en_la_intervencion_familiar
- Martorell, J. L. (2011). Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1-14.
- Martorell, J. L. (2016). Hybris: el enganche con figuras parentales en la elección de pareja. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 88, 29-36.

7. Referencias

- Maruyama, M. (1963). The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes. *American scientist*, 51(2), 164-179.
- Maruyama, M. (1978). Heterogenistics and morphogenetics. *Theory and Society*, 5(1), 75-96.
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55, 460–482. doi:10.1111/famp.12235
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55, 460–482. doi:10.1111/famp.12235
- McFarlane, W. R. (1983). *Family therapy in schizophrenia*. USA: Guilford Press.
- McLaughlin, N. G. (2011). ¿Por qué fracasan las escuelas de pensamiento? El Neofreudiano como caso de estudio para la sociología del conocimiento. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 19, 11-43.
- Medina Centeno, R. (2013). El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 167-174.
- Mezzich, J. E. (2010). Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. *Acta Médica Peruana*, 27(2), 148-150. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000200012&lng=es&tlng=es
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16(3), 667- 668.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

- Minuchin, S., Lee, W. Y., & Simon, G. M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Molledo, A. (2008). La Evolución de la obra y el Modelo de Vittorio Guidano: Notas Histórico Biográficas. *Revista de Psicología*, 7(1), 65-85.
- Mosher, L. R. (1969). Schizophrenogenic Communication and Family Therapy. *Family Process*, 8(1), 43–63. doi:10.1111/j.1545-5300.1969.00043.x
- Muela, J., & Godoy, J. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (1), 1-6.
- Naparstek, F. A., Mazzoni, M. Y., & Arca, G. A. (2013). La especificidad de la operación toxicómana en la psicosis: diferencias entre paranoia y esquizofrenia a partir de un abordaje nodal. *Anuario de investigaciones*, 20(2), 151-156.
- Obiols, J. E., & Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2) 235-250. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030207>
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E., & Haro, J., M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. doi:10.4321/S0211-57352011000300006
- Pereira Tercero, R. (1994). Revisión histórica de la Terapia Familiar. *Revista Psicopatología*, 14(1), 5-17.

7. Referencias

- Pérez, M. J. L. (1996). *La perspectiva interactiva y el concepto de metacomunicación en la obra batesoniana: el discurso publicitario juvenil como un ejemplo de doble vínculo*.
Universidad de Murcia. Recuperada de
[http://www.um.es/tonosdigital/znum9/porta-
da/monotonos/Perstonos.pdf](http://www.um.es/tonosdigital/znum9/portada/monotonos/Perstonos.pdf)
- Pernice-Duca, F. (2010). Family Network Support and Mental Health Recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 13–27. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x
- Piedra Herrera, D. (2011). Definición de cibernética. *ACIMED*, 22(3), 271-281. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352011000300008&lng=es&tlng=es.
- Pinsof, W.B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Porinchu Tharayil, D. (2010). Perceptions of family of origin among lonely adult Filipino males with schizophrenia: a qualitative analysis. *American journal of men's health*, 4(2), 111-123. doi:10.1177/1557988308330771
- Pozueco, J. M., Moreno, J. M., García, M. E., & Blázquez, M. (2015). Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos. *Revista Criminalidad*, 57(2), 235-251.
- Prata, G. (1988). Del juego simétrico de la pareja al juego psicótico de la familia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 8(27), 569-580.
- Prigogine, I. (1996). *El fin de las certidumbres*. Madrid: Editorial Taurus.

- Restrepo, D., Rodríguez, A., Cardeño, C. (2010). Psicosis orgánica en una paciente con encefalopatía reversible posterior. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 782-802. Recuperado de <http://h.redalyc.org/articulo.oa?id=80619231011>
- Retzer, A., Simon, F. B., Weber, G., Stierlin, H., & Schmidt, G. (1991). A Followup Study of Manic-Depressive and Schizoaffective Psychoses after Systemic Family Therapy. *Family Process*, 30, 139–153. doi:10.1111/j.1545-5300.1991.00139.x
- Robert, A., Escartí, M. J., Pérez, R., García, C., Pérez, V., & Tejedor, C. (2004). Clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(5), 260-263.
- Roiz, M. (1989). La familia, desde la teoría de la comunicación de palo alto. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48, 117-136. doi:10.2307/40183464
- Rosenblueth, A., Wiener, N., & Bigelow, J. (1943). Behavior, Purpose and Teleology. *Philosophy of Science*, 10(1), 18-24. doi:10.1086/286788
- Ruesch, J., & Bateson, G. (1951). *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. 2º Ed. New York: WW Norton & Co.
- Salazar Jiménez, M. E., & Aníbarro Peringer, P. V. (2017). La Percepción del Paciente con Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide sobre el Nivel de Comunicación dentro de su Sistema Familiar. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 13(13), 75-94. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2017000100005&lng=es&tlng=es.
- Sampieri, R., H., Collado, C., F., Lucio, P., B. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta edición. México: Mc Graw Hill.

7. Referencias

- Sánchez-Araña Moreno, T., De la Higuera Romero, J., Sanz Cortés, S., & Pérez Pérez, F. (2012). A propósito de un caso de psicosis temprana: un nuevo paradigma en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 323-326. [doi:10.4321/S0211-57352012000200008](https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000200008)
- Santaella, C. M. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 147-164.
- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique*. California, Palo Alto: *Science and Behavior Books*.
- Seikkula, J. (5 de Diciembre de 2016). Hay que sacar la psiquiatría del hospital y sacarla a la calle. *El País Digital*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2016/12/05/actualidad/1480971307_531156.html
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Selvini, M. (2002). El futuro de la psicoterapia: Aprender de los errores. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (82), 9-21.
- Selvini-Palazzoli, M. (1986). Towards a general model of psychotic family games. *Journal of marital and family therapy*, 12(4), 339-349.
- Selvini-Palazzoli, M. (1991). Las raíces relacionales de la esquizofrenia. *Revista de psicoterapia*, 2(8), 5-12.
- Selvini-Palazzoli, M., & Prata, G. (1983). A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. *Psychosocial intervention in schizophrenia* (237-243). Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980), Hypothesizing - Circularity - Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19(1), 3-12. doi:10.1111/j.1545-5300.1980.00003 .x
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. 1ª Edición. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini & M., Sorrentino, A., M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Selvini.Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A., M. (1999). *Muchachas bulímicas y anoréxicas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Serebrinsky, H., & Rodríguez, S. (2014). *Diagnóstico sistémico. El diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires: Ediciones Psicolibros.
- Sgier, L. (Abril, 2012). *Qualitative Data Analysis*. Trabajo presentado en Seminar for the Academic Swiss Caucasus Net. Resumen Recuperado de: http://www.ascn.ch/en/capacity_building/Past-workshops/Qualitative-Data-Analysis0/mainColumnParagraphs/02/download_website.pdf
- Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (1984). *The language of family therapy*. KG, Stuttgart: Ernest Klett Verlag GmbH & Co.
- Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (1997). *Vocabulario de terapia familiar*. 2da ed. España: Gedisa.
- Simonetti, F., & Cortés, C. (1993). A cinco lustros de Pragmatics of Human Communication. *Psyche*, 2(1), 5-16.

7. Referencias

- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965a). Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 187-200.
- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965b). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry*, 12(2), 201-212.
- Singer, M., T., & Wynne, L. C. (1966). Principles for scoring communication defects and desviante in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals. *Psychiatry*, 29(3), 260-288.
- Sluzki, C. E. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, 3(2), 65-69.
- Sluzki, C. E. (1999). Investigación cualitativa y cuantitativa: una perspectiva construccionista. *Revista Redes*, 5, 73-84.
- Sluzki, C. E., & Beavin, J. (1965). Simetría y complementaridad: Una definición operacional y una tipología de parejas. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 11, 321-330.
- Sluzki, C. E., & Ransom, D. C. (1976). *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family*. New York: Grune & Stratton.
- Sluzki, C. E., Beavin, J., Tarnopolsky, A., & Veron, E. (1966). Transacciones descalificadoras: investigación sobre el doble vínculo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 12(4), 329-342.
- Sluzki, C., E. Beavin, J., Tarnopolsky, A., & Verón, E. (1967) Transactional disqualification: Research on the Ddouble bind. *Archieveese of General Psychiatry*, 16(4), 494-504.

- Sojit, C. M. (1969). Dyadic Interaction in a Doublebind Situation. *Family Process*, 8, 235–259. doi:10.1111/j.1545-5300.1969.00235.x
- Sojit, C. M. (1971). The Double Bind Hypothesis and the Parents of Schizophrenics. *Family Process*, 10, 53–74. doi:10.1111/j.1545-5300.1971.00053.x
- Sotolongo García, Y., Oscar Menéndez, J. R., Valdés Mier, M. A., Campos Zamora, M., & Turró Mármol, C. M. (2004). Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(2).
- Sparker A. (2005). Narrative analysis: exploring the whats and hows of personal stories. *Qualitative Research in Health Care*. Berkshire: Open University Press,
- Steinglass, P. (1984). Family systems theory and therapy: A clinical application of general systems theory. *Psychiatric annals*, 14(8), 582-586. doi:10.3928/0048-5713-19840801-09
- Stierlin, H. (1970). Conflict and Reconciliation. *Family Process*, 9(1), 100–101. doi:10.1111/j.1545-5300.1970.095_3.x
- Stierlin, H. (1973). Interpersonal aspects of internalizations. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 54, 203.
- Stierlin, H. (1976). The Dynamics of Owning and Disowning: Psychoanalytic and Family Perspectives. *Family Process*, 15(3), 277–287. doi:10.1111/j.1545-5300.1976.00277.x
- Suarez, T. (2007). Aproximación Relacional a la Psicosis. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(2), 418-432.
- Summers, F., & Walsh, F. (1978). The Nature of the Symbiotic Bond Between Mother and schizophrenic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(3), 136-148.

7. Referencias

- Summers, F., & Walsh, F. (1981). Symbiosis and Confirmation Between the Parents of the Schizophrenic. *Family Process*, 20(3), 319-330. doi:10.1111/j.1545-5300.1981.00319.x
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(45), 1-10. Recuperada de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/45>.
- Thomas, M., & De Gracia, M. (2008). El origen del movimiento cibernético: las conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 261-268.
- Thompson, M. G. (1996). Deception, mystification, trauma: Laing and Freud. *Psychoanalytic in Australia*, 2(4), 18-26.
- Tuchin, F. (2017). Derribar estereotipos: menos del 3% de las personas con esquizofrenia comete actos violentos. *El País Digital*. Recuperado en <http://www.lanacion.com.ar/2043409-derribar-estereotipos-las-personas-con-esqui-zofrenia-contra-el-estigma-de-la-violencia>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405.
- Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S., Fernández Iglesias, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Vallina Fernández, Ó., Pérez Álvarez, M., Fernández Iglesias, P., Soto Balbuena, C., Perona Garcelán, S., & García Montes, J. (2014). Aplicación de la terapia contextual basada en la persona a un caso complejo de esquizofrenia. *Psicothema*, 26(3), 299-307. doi: 10.7334/psicothema2013.247
- Vásquez Rocca, A. (2011). Anti psiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “razón psiquiátrica”. *Nómadas, Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 31(3),
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. 2da Ed. Barcelona: Gedisa.
- Von Bertalanffy, L. (1934). *Modern Theories of Development*. New York: Harper Torchbooks.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Walsh, F. W. (1978). Concurrent Grandparent Death and Birth of Schizophrenic Offspring: An Intriguing Finding. *Family Process*, 17(4), 457–463. doi:10.1111/j.1545-5300.1978.00457.x
- Warren, K., Franklin, C., & Streeter, C. L. (1998). New directions in systems theory: Chaos and complexity. *Social Work*, 43(4), 357-372.
- Watzlawick, P. (1966). A structured family interview. *Family Process* 5(2), 256-271. doi:10.1111/j.1545-5300.1966.00256.x
- Watzlawick, P. (1984). Estructuras de la comunicación psicótica. En *La nueva comunicación. Y. Winkin (Compi.)*, 247-264. Barcelona: Kairós.

7. Referencias

- Watzlawick, P., & Ceberio, M. R. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción: estrategias de la comunicación humana*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Watzlawick, P., Beavin, J. B., & Jackson, D. D. (1967) *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: Norton & Co.
- Watzlawick, P., Beavin, J. B., & Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. 4a Ed. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (2003). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. H. (1960). The Double-Bind: Hypothesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction. In Sluzki & Ransom (comps.) *Double Bind: the foundation of a communicational approach to the family*. Palo Alto: Behavioral & Science Books.
- Weakland, J. H. (1974). "The Double-Bind Theory" By Self-Reflexive Hindsight. *Family Process*, 13(3), 269-277. doi:10.1111/j.1545-5300.1974.00269.x
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168. doi: 10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x
- Whitaker, R. (6 de Febrero de 2016). La psiquiatría está en crisis. *El País Digital*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2016/02/05/ciencia/1454701470_718224.html
- White, M. (1994). *Guías para una Práctica Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Whitehead, A. N., & Russell, B. (1910-1913). *Principia Mathematica 3 vols*. Cambridge: Cambridge University Press

- Wichstrøm, L., & Holte, A. (1992). Reciprocated self-disqualification among parents of schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 201–206. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb03252.x
- Wichstrøm, L., & Holte, A., Husby, R., & Wynne, L. C. (1993). Competence in Children at Risk for Psychopathology Predicted from Confirmatory and Disconfirmatory Family Communication. *Family Process*, 32, 203-220. doi:10.1111/j.1545-5300.1993.00203.x
- Wiener, N. (1948). Cybernetics. *Scientific American*, 179(5), 14-19. Recuperada de <http://www.jstor.org/stable/24945913>.
- Wuerker, A. K., Haas, G., & Bellack, A. (1999). Racial and Gender Differences in Expressed Emotion and Interpersonal Control in Families of Persons with Schizophrenia. *Family Process*, 38, 477–496. doi:10.1111/j.1545-5300.1999.00477.x
- Wuerker, A. M. (1994). Relational Control Patterns and Expressed Emotion in Families of Persons with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Family Process*, 33, 389–407. doi:10.1111/j.1545-5300.1994.00389.x
- Wynne, L. C. (1961). The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. En N. Ackerman, F. L. Beatman & S. N. Sherman (comps.) *Exploring the base for family therapy*, 95-115.
- Wynne, L. C. (1970). Communication disorders and the quest for relatedness in families of schizophrenics. *American Journal of Psychoanalysis*, 30(2), 100.
- Wynne, L. C. (1978a). The Family Crucible. *Family Process*, 17(4), 488–489. doi:10.1111/j.1545-5300.1978.485_3.x

7. Referencias

- Wynne, L. C. (1978b). Knotted relationships, communication deviances, and metabinding. In M. M. Berger (comp.), *Beyond the Double Bind: Communication and Family Systems, Theories, and Techniques With Schizophrenics*. 177-188, New York: Brunner/Mazel.
- Wynne, L. C. (1984). The Epigenesis Of Relational Systems: A Model For Understanding Family Development. *Family Process*, 23(3), 297–318. doi:10.1111/j.1545-5300.1984.00297.x
- Wynne, L. C., & Singer, M. T. (1963a). Thought disorder and family relations of schizophrenics: I. A research strategy. *Archives of General Psychiatry*, 9(3), 191-198.
- Wynne, L. C., & Singer, M. T. (1963b). Thought disorder and family relations of schizophrenics: II. A classification of forms of thinking. *Archives of General Psychiatry*, 9(3), 199-206.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I., Day, J., & Hirsch, S. (1958). Pseudo-Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Interpersonal and Biological Process*, 21(2), 205-213. doi:10.1080/00332747.1958.11023128
- Zalbidea, M. A., Carpintero, H., & Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía 3º Época*, 3, 71-82.
- Zaraza Morales, D. R., & Hernández Holguín, D. M. (2016). El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia. *Index de Enfermería*, 25(3), 141-145. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200004&lng=es&tlng=es.

Zwerling, I., & Mendelsohn, M. (1965). Initial Family Reactions to Day Hospitalization.

Family Process, 4(1), 50-63. doi:10.1111/j.1545-5300.1965.00050.x

APENDICES

APÉNDICE A

Unidades de análisis registradas

CASO 1	<p>Paciente Identificado: Gastón</p> <p>Asistentes: Madre, Padre, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO
7:57	<p>Gastón: (Al terapeuta) Siempre ha habido eso que... que no me han dejado tomar decisiones nunca... ¿Sabes? Las he tomado, pero... sí que las tomo, pero porque las tengo que hacer a la contra porque es que si no...</p>
14:26	<p>Gastón: (A los padres) Es que vuestra actitud inicial no era esa... no era esa... no era de... de... “Que haga lo que quiera con responsabilidad, que haga lo que quiera” No, no, es que no hay responsabilidad “¡Tú no vas a hacer lo que quieras, vas a hacer lo que nosotros digamos!”</p> <p>Madre: Eso no te lo hemos dicho nunca...</p> <p>Gastón: Esa es vuestra actitud y por eso me cabreo tanto.</p>
15:44	<p>Madre: ¿Y porque en casa no lo haces? ¿Por qué no colaboras? (Discusión sobre lavar la ropa).</p> <p>Gastón: ¡Porque lo haces tú!</p> <p>Madre: Pero es que no te estoy diciendo que me hagas a mí la cosas, te estoy diciendo que te hagas las tuyas porque no te las haces.</p> <p>Gastón: ¡Pero si es que vas corriendo a hacerlas tú, no puedo hacerlas!</p>
16:58	<p>Gastón: El conflicto fue... se empezó a hacer más intenso comenzó ya llegué a la pubertad a los 12 años o por ahí, que ya empezaba a crecer para ser adulto, ahí es cuando ya me estaban taponando para que no fuera adulto ¿Sabes? para que siga siendo un niño.</p>
18:16	<p>Gastón: Me he sentido taponado, o sea que no me dejan crecer, censurado, reprimido...</p> <p>Terapeuta: Bueno... al llegar a la pubertad que es cuando comienza a desplegar un poquito la personalidad adulta... era eso lo que querías decir.</p>
24:06	<p>Gastón: Lo que a mi realmente me gustaría sería irme de casa de mis padres algún día, pero es que tengo bloqueos emocionales, es como que... que la salida está bloqueada... de una manera más psicológica, más estructural, a eso me refería con violencia estructural...</p>

31:36	<p>Madre: Como él quiere comer siempre solo, nunca quiere comer con nosotros.</p> <p>Gastón: Ah sí eso es otra cosa, que como aparte... hace ya años.</p> <p>Madre: y deja el plato allí... yo ya no...</p> <p>Terapeuta: ¿Por tu gusto?</p> <p>Gastón: Bueno es que siempre estábamos discutiendo comiendo, pues al final ya me aparté yo, fueron las dos cosas... me excluyeron y me excluyo sólo, las dos cosas...</p>
45:43	<p>Gastón: (Sobre la hermana) Al ir creciendo ella... ella estaba en una posición más... que yo estaba de cabeza al pelotón entonces las presiones iban por mí y ella ha podido crecer mejor...</p>
59:17	<p>Terapeuta: (A Gastón sobre sus padres) Y una última pregunta que la continuaremos el próximo día... ¿Y cómo se llevan estos señores? Ahora que no nos oyen...</p> <p>Gastón: Discuten mucho y tienen problemas de fondo de... de que no se entienden ni antes que yo naciera.</p> <p>Co-Terapeuta: ¿Hace tantos años tú crees?</p> <p>Madre: Fíjese que llevamos 39 años juntos.</p> <p>Gastón: Hay parejas que dicen ¿Qué hacemos... nos divorciamos o tenemos un hijo? Vamos a tener un hijo, igual yo creo que pasó un poco eso.</p>
1:00:04	<p>Gastón: Pero es que vosotros tenéis problemas entre vosotros y les viene bien tener otro problema... un hijo problemático para estar juntitos frente al problema.</p>

CASO 2	<p>Paciente Identificado: Santiago</p> <p>Asistentes: Madre, Padre, Hermano menor, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO / JUSTIFICACION
13:25	<p>Padre: En el colegio los profesores lo van siguiendo mucho, hablan con la psiquiatra del colegio y lo que comunican es que está en clase y es está como</p>

	ensimismado, está con la vista allí (señala al frente) como a la nada, y él dice que... claro la pregunta que le hacemos con su madre es “¿No tomas notas?” es que no toma apuntes, se queda allí escuchando.
14:19	Madre: Desde pequeño... desde pequeño ya decían desde el otro colegio del que viene, de las salesianas que... que se lo cambió porque no tenían secundaria, entonces cambiaron de colegio, pues ya venía desde que era pequeñito y le pasaba esto... que siempre estaba la psicóloga... que sí parece que estaba ausente, que no sé qué, que no sé cuánto...
24:55	Padre: (A los hijos) El otro día vinisteis a cenar conmigo a la peña rociera, por 5 euros nos pusimos las botas... ¿No? Santiago: ... (no contesta, no mira)
42:17	Terapeuta: (Sobre la madre a Santiago) Está trabajando como una negra... sacándose una carrera más y no sé qué... ¿eso no será por tú la proteges no? Santiago: ... (no contesta, no mira)
46:06	Padre: Si no hay mucha faena a lo mejor lo puedo traer yo (Al PI) Co-Terapeuta: ¿Te parece bien a ti Santiago o qué? Santiago: ... (No contesta, no mira)

CASO 3		Paciente Identificado: Samuel Asistentes: Padre, Madre, Hermana, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO / JUSTIFICACION	
7:26	Madre: Es que (Samuel) es muy calladito, habla poquito, en la escuela de monjas era el número uno, como eran pocos niños, era un niño mimado, le querían en la escuela...	
11:53	Terapeuta: Es una pauta fíjate (a la Co-terapeuta) los hombres en la casa calladitos y en cambio afuera... Hermana: Y en la familia normalmente siempre ha sido así también... siempre ha sido de en casa no explicar nada, de su vida, de sus relaciones de su estado en cambio mi madre y yo compartirlo todo...	
12:36	Terapeuta: Y Samuel fuera de tu casa ¿Eres de hablar? <ul style="list-style-type: none"> • (Contesta la madre en cuenta del Samuel) 	

<p>13:06</p>	<p>Padre: Cambio totalmente para bien en casa, con nosotros, en cambio en el trabajo tiene problemas... tiene problemas allí que fuera no están.</p> <p>Madre: No, también están...</p> <p>Padre: No sé, en casa no hay problemas, él cambio... cambio para mejor.</p> <p>Terapeuta: ¿Antes si había problemas en casa?</p> <p>Padre: No... no es que hubiera problemas de familia. El problema de él (señala a Samuel) es que se encerraba mucho, se ponía en su habitación, corría las cortinas, estaba a oscuras aunque estuviera de día... estaba... era diferente, no hablaba con nosotros...</p> <ul style="list-style-type: none"> • (La familia explica las dificultades de Samuel. El paciente no interrumpe)
<p>15:47</p>	<p>Padre: (Sobre Samuel) Estaba durmiendo todo el día, o no sé...viendo la tele hasta las tantas y luego no estudiaba, ya estaba depresivo y nosotros pensábamos pues que era un pasota, que pasaba de todo esto y que... No nos dimos cuenta que él ya tenía un problema...</p>
<p>16:11</p>	<p>Terapeuta: (A la familia) Ahora cuando yo le pregunte a él (señala al Samuel) por favor me dejan escucharlo... porque si no, no abre la boca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El terapeuta solicita que dejen hablar a Samuel y que sea él quien responda las preguntas sobre su vida)
<p>17:21</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samuel explica que terminó una relación con una pareja y con el grupo de amigos que compartían. Explica que comienza a aislarse a partir de ello.
<p>17:50</p>	<p>Hermana: No sé... a lo mejor digo yo que pasar de ser el más destacado de la clase... a pasar a la universidad... donde todo es diferente y no ser el más importante...</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Hermana explica que el cambio de institución colaboró con el problema de Samuel)
<p>18:15</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samuel explica que en el paso del bachillerato sintió un trato impersonal por parte de la institución.
<p>25:20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Terapeuta le reitera a la familia que no contesten por el Samuel cuando se le realiza una pregunta. Remarca que los padres se adelantan constantemente en responder por él.

26:03	<ul style="list-style-type: none"> Samuel explica que terminó una relación con una pareja y con el grupo de amigos que compartían.
30:26	<p>Madre: En las comidas familiares que hacíamos, estaba calladito, calladito, calladito, no hablaba nunca, en conversaciones de política, de lo que sea... ¡No! Como si estuviese en otro mundo... no participaba, porque yo veía a la chiquita (la novia de Samuel) que es psicóloga y se ponía a hablar con el cuñado y venga hablar y hablando de temas... y él (Samuel) nunca sacaba un tema a relucir. El calladito como si estuviera pensando en otras cosas, pero no sólo con su novia, con otras personas quedaba y no se presentaba...</p>
31:50	<p>Terapeuta: Samuel, esa descripción que hacen tus padres, y también tu hermana, de que estabas con la cabeza en otra cosa... que estabas un poco ido... ¿Tú te reconoces en eso?</p> <p>Samuel: Emmmm... perdona ¿Me puedes volver a repetir?</p> <ul style="list-style-type: none"> (Samuel se muestra desorientado, como si no hubiera escuchado al Terapeuta)
34:05	<p>Hermana: (A Samuel) No has explicado nunca nada de cómo te ha ido en la carrera. Realmente ninguno de aquí sabemos cuántas veces ha suspendido, yo me escuche que había ido al tribunal una vez. Nunca ha pedido ayuda, fue al tribunal porque no pasaba de curso...</p>
34:44	<p>Hermana: (A Samuel) Siempre ha escondido, tú le preguntabas ¿Qué tal? ¿Bien? No te dice fatal, no te explica nunca nada de cómo le iba, que problemas tenía, no se dejaba ayudar y no pedía ayuda.</p>
40:12	<p>Padre: A veces se queda así parado (simula quedarse tieso) ... se queda parado así, mirando, mirando pa' arriba, se queda ahí eclipsado... "¿Bueno y este que hace? ¿Por qué está así mirando para arriba?"</p>
40:48	<ul style="list-style-type: none"> La Co-Terapeuta realiza una pregunta a Samuel, el padre intenta contestarla, pero se lo impiden solicitando que sea Samuel quien responda
45:11	<p>Hermana: Tuvo un momento de esquizofrenia un poco por una mala experiencia en uno de los despachos donde estuvo trabajando, decía que lo perseguían, que le iban a cambiar el curriculum, por eso no cuelga nada en internet, porque tiene miedo que le cambien los datos...</p>

CASO 4	<p>Paciente Identificado: Lorena</p> <p>Asistentes: Padre, Madre, Hermana Mayor, Hermano Mayor, PI.</p>
TIEMPO	SECUENCIA / DIÁLOGO
6:32	<p>Hermana: (A la madre) Me he peleado contigo por defenderlo al papa, me he peleado con el papa por defenderte a ti, me he peleado contigo por defender a Lorena, me he peleado con Lorena por defenderte a ti...</p> <p>Terapeuta: Faltaba que te pelearas con “Hermano” pero hoy ya está ocurriendo</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Nombra a todos los miembros de la familia menos al hermano mayor)
7:21	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
8:54	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
12:03	<ul style="list-style-type: none"> • La familia entabla una conversación con el terapeuta respecto a las características y particularidades de cada uno. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
15:53	<p>Terapeuta: (A Lorena) ¿Sabes lo que pasa? Que con esta gente que te gastas como familia, no me extraña que tengas que subirte a la lámpara y hacer “uuuuuhhh” (mueve las manos enérgicamente) para que se fije en ti, porque claro, están a un nivel... de intensidad que... pobrecita mía... se queda ahí... y no da un ruido, y claro, eso... comprendo que en algún momento hayas dicho “como yo no haga aquí el zapateado de Sarasate... es que ni me ven” eso tenemos que tenerlo en cuenta ¿Cómo podríamos hacer? ¿Le damos un altavoz para que se haga oír?</p>
20:18	<p>Hermano: (A Lorena) Se estuvo recuperando después del primer brote claro... fue muy duro, de hecho, perdió la razón y desapareció... fue un trauma muy duro</p> <p>Terapeuta: ¿Desapareciste?</p> <p>Co-Terapeuta: ¿Literalmente?</p>

	<p>Hermano: Si, si... Un día entero y luego gracias al apellido nuestro pues hubo una movida y los mossus la localizaron y buscando el apellido dieron con mi Facebook y yo tengo el teléfono... y me llamaron y respiramos, claro porque podíamos pensar de todo.</p>
23:11	<p>Terapeuta: (A Lorena) ¿Tú sientes que esa relación (de pareja) te anulaba? ¿En qué sentido te anulaba?</p> <p>Lorena: No estaba por mí, se mostraba muy celoso, no confiaba, no estaba nunca por mí siempre estaba por sus amigos.</p> <p>Terapeuta: ¿No estaba por ti, pero estaba muy celoso? Eso es un poco contradictorio... ¿Cómo se las apañaba para compaginar esas dos cosas? Lo peor ¿no? No está y lo poco que está... celoso...</p>
24:45	<p>Hermana: Se fue a Italia sin querer ir y ahí pasaron historias y vino muy callada de allí, muy callada, y vino como un poco, como, como, como sintiéndose mal por cosas que pasaron, ¡Vamos! es que pongo la mano en el fuego y creo que no me quemaría.</p> <p>Terapeuta: Lorena... a ver... me vas... me van descubriendo ellos (la familia) tormentosamente nuevos aspectos de tu historia... que en cambio tu como vas más tranquilita y tal... no me das...</p>
29:49	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten sobre cómo se desarrolló el brote psicótico de Lorena. Lorena no emite sonido, no mira a nadie.
32:28	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena y el padre no emiten sonido, nadie habla con ellos.
35:24	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
36:26	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena y el padre no emiten sonido ni miran a nadie.
43:34	<p>(Previamente se les solicita a los hermanos de Lorena que salgan del despacho)</p>

	<p>Terapeuta: Mire “Madre” ... por favor si me permite... ¿Sabe qué pasa? Ahora que han salido vamos a ver si podemos hablar de Lorena, porque... con ellos aquí no se puede</p> <p>Co-Terapeuta: Sin que opinen ellos...</p> <p>Terapeuta: Entonces... Sí que ahora le toca a ella.</p>
43:56	<p>Terapeuta: (A los padres) ¿Cómo ha sido esta niña?</p> <p>Madre: Un encanto, muy introvertida, pa’ dentro... pero un encanto.</p>
45:41	<p>Terapeuta: (A Lorena sobre los hermanos) Te llevan 8 y 7 años... ¿Y ellos siempre se han llevado así? Como perrito y gatito...</p> <p>Madre: (Refiriéndose a la hermana de Lorena) Desde que está casa...</p> <p>Terapeuta: Me gustaría la opinión de Lorena...</p> <p>(Madre intenta responder por la Lorena, pero el terapeuta no se lo permite)</p>
50:21	<p>Madre: Yo quisiera hablar una cosa sobre el tema de “Hermana”</p> <p>Terapeuta: No, no, si es Lorena la que nos ocupa... Lorena lo tienes complicado ¿eh?</p>
53:05	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres hablan sobre los problemas que tienen con los hermanos de Lorena, aunque se les ha solicitado que centren la conversación en Lorena. Lorena no emite sonido ni mira a nadie.
53:23	<p>Terapeuta: (A Lorena) Cuando te he dicho antes que lo tienes complicado, me refiero a que efectivamente tienes una familia súper intensa y que está emitiendo gritos a un volumen muy alto... donde además las relaciones entre tus padres y tus dos hermanos mayores han tenido como mucha miga ¿no?... porque hubieron ahí relaciones muy fuertes, muy potentes... y luego haz llegado tú... la cigüeñita te trajo plácidamente y te dejó ahí... en un rinconcito... y tú que tienes enormes cualidades y que eres una chica inteligente, culta sensible, bailarina, cantante...</p> <p>Madre: Escritora...</p> <p>Terapeuta: Tienes cualidades espectaculares, yo te acabo de conocer y yo no me las creo. El problema es qué... o vaya parte del problema es que... es muy difícil que tú te puedas fijar en ti misma con ese volumen de... de... de intensidad que hay en tu entorno, a tu alrededor... y eso... de verdad de verdad... que visto desde fuera es espectacular. Tú tienes que taparte los oídos para poder creer en ti... porque si no, ¡si te quitas los tapones</p>

	“Ahhhhh!!!” (Se mueve enérgicamente) ja ja ja... no se dan las circunstancias para que te puedas escuchar a ti misma y puedas creer en ti misma... eso es algo importante en esta historia.
56:18	<ul style="list-style-type: none"> La madre habla sobre los problemas que tienen con los hermanos de Lorena, aunque se les ha solicitado que se centren en Lorena. Lorena no emite sonido y nadie habla con ella.

CASO 5		Paciente Identificado: Humberto - Carina Asistentes: Madre, Humberto (PI), Carina (PI)
TIEMPO	SECUENCIA / DIÁLOGO	
9:34	Terapeuta: ¿Me permites un segundo que tu madre quería decir esto? Que para ella fue importante aparentemente... y luego también quiero escucharte a ti porque te veo como calladita ahí (A Carina) ...	
14:02	<p>Carina: Pues que me meto en mi mundo, tanto positiva como negativamente, o sea... a veces no... no... no aterrizo... estoy como... (Gesto con la mano de volar)</p> <p>Terapeuta: ¿Cómo en otro lugar?</p> <p>Carina: Si...</p> <p>Terapeuta: ¿Eso te pasa muy seguido?</p> <p>Carina: Me tengo que decir como a mí misma, me tengo que decir “Fíjate lo que hay que hacer que si no, no caigo”.</p>	
17:41	Madre: Porque por ejemplo tú estás hablando con ella (con Carina) y yo claro como madre la conozco muchísimo y a veces le estas explicando algo y yo la veo que está, pero... a 1.000 kilómetros y le digo “Carina ¿Dónde estás? Aterrizo” una persona que no la conoce a lo mejor la ve de cuerpo presente y que te mira, pero su pensamiento y su mirada que ella están otro mundo...	
18:50	<ul style="list-style-type: none"> La madre y Humberto explican el momento de crisis de Carina. Carina no emite sonido y no se mueve. 	
33:21	Carina: Hasta tercero de carrera pude ir sorteando más o menos pero el problema fue que tenía muchas dificultades de relación con los demás... y	

	<p>por eso estaba bloqueada, no sé ni cómo pude hacer todo lo que he hecho porque tenía muchas dificultades...</p>
33:50	<p>Terapeuta: (A la madre) ¿Sería que las mayores dificultades comenzaron cuando cada uno (de sus hijos) comenzó a estudiar?</p> <p>Madre: ¿La carrera quieres decir? Mmmmmm sí, yo creo que afloraron entonces pero por lo que me dice ella, que me lo ha dicho posteriormente cuando era mayor, ella cuando estudiaba bachillerato dice que ya tenía problemas de relación también.</p> <p>Carina: Si, en el colegio ya</p> <p>Madre: Pero todo esto no lo había comentado nunca en casa, claro es difícil porque...</p> <p>Carina: Porque no le daba importancia yo... me encerraba... es que yo siempre me he encerrado en los estudios.</p>
34:50	<p>Carina: Bueno a mí me paso hasta tercero de carrera, yo me encerraba, me daba igual que tuviera problemas de relación con los demás porque para mí lo central eran los estudios y sacar buenas notas, me da igual que tuviera dificultades hasta que llegó un momento que ya... no pude.</p>

CASO 6		<p>Paciente Identificado: Lucia</p> <p>Asistentes: Padre, Madre, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
No se ha encontrado registro de desconfirmación		

CASO 7		<p>Paciente Identificado: Germán</p> <p>Asistentes: Padre, Madre, Hermana menor, Hermano menor, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
33:35	<p>Terapeuta: (A Germán) Tú estabas matriculado para empezar este curso...</p> <p>Padre: Estuvo matriculado si, el año pasado estuvo haciendo el curso puente...</p> <p>Terapeuta: (A Germán) Ah ya estuviste haciendo ese curso...</p>	

	<p>Padre: Estuvo haciendo el curso entonces iba bastante bien, con sus dificultades, con sus cosas y demás... luego en semana santa yo me enteré por lo que él me dijo que estaba teniendo problemas con sus compañeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El padre contesta en cuenta de Germán pese a los intentos del terapeuta de comunicarse directamente)
34:11	<p>Terapeuta: (A Germán) ¿Y lo dejaste? ¿O terminaste ese curso?</p> <p>Madre: Explícale eso...</p> <p>Germán: Ya pero... Bueno...</p> <p>Madre: ¡Sí!</p> <p>Terapeuta: A ver, vamos por partes... te estaba preguntando a ti (a Germán) ¿Terminaste ese curso el año pasado?</p> <p>Germán: No.</p> <p>Terapeuta: ¿Lo dejaste?, ¿Cuándo?</p> <p>Germán: Lo deje casi al final.</p> <p>Madre: Porque tuvo el brote este... Tuvo ese brote...</p> <p>Padre: El año pasado...</p> <p>Hermana: El brote lo tuvo después</p> <p>Terapeuta: Si todos hablan... si me dejan que yo hable con Germán él me lo contará, y si yo necesito aclaración la pediré con mucho gusto... (A Germán) Está bien tienes una familia potente...</p>

CASO 8		<p>Paciente Identificado: José</p> <p>Asistentes: Madre, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
No se ha encontrado registro de desconfirmación		

CASO 9		<p>Paciente Identificado: Federica</p> <p>Asistentes: Madre, Padre, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	

10:29	<p>Padre: (Sobre Federica) Es que su novio falleció en el trabajo y desde entonces ella tiene problemas.</p> <p>Terapeuta: ¿Falleció por causas inesperadas?</p> <p>Madre: Exacto... que no sabemos porque, no sabemos si a lo mejor por eso ella tuvo un brote psicótico, no precisamente porque haya una causa tan importante, sino que la persona ya tiene esa predisposición a que le pueda pasar en algún momento de su vida</p>
14:06	<p>Madre: A principios de 2007 murió mi padre que tenía mucha afinidad con ella (Federica), su abuelo era una gran figura porque no ha tenido abuelas, y entonces eso fue en el verano del 2007 que falleció por Mayo, y en Junio le dio el brote. Su novio hacia casi 2 años había muerto, y se juntó con lo de mi padre y no sabías porqué... decía que se sentía mal y que tenía ideas extrañas.</p>

CASO 10	<p>Paciente Identificado: Héctor</p> <p>Asistentes: Madre, Hermana mayor, Hermano menor, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION
16:26	<p>Hermana: (Sobre Héctor) Son cosas que no controla, hace dos semanas estuvo como una hora, hora y media al teléfono enganchado o llamándome a mí, o a mi móvil o a mí casa o al móvil de ella (la madre), o a mí, a mi casa o a mi móvil. Y al final el último mensaje, porque a veces graba, pero eran 7 u 8 (Reparando al OI): “Bueno veo que me estáis tomando el pelo, que no hay derecho, aquí tenéis todos un morro impresionante, porque aquí nadie me coge el teléfono, que no sé nada de nadie, no sé dónde estáis metidos”</p> <p>Germán: No quieren hablar conmigo... no quieren hablar conmigo nunca...</p>
18:28	<p>Hermano: Con mi madre siempre ha tenido una relación de doble vinculo es decir mi madre... ahora le achaca que le llama y no sé qué, pero en otros momentos le hizo muy bien tener a su hijo como <i>partener</i> digamos.</p>

	<p>Madre: Exacto entonces ahora protejo, pero ahora no te quiero porque eres un pesado, ahora te protejo, ya no te quiero... entonces claro al Héctor le cuesta decir “¿Ahora en qué quedamos? ¿Soy tu hijo? ¿Soy la víctima? ¿Que soy?” De hecho, cuando yo propuse hace años que hicieran terapia familiar era un poco pensando en esto, mi idea era esto como se puede reestablecer una nueva relación entre ellos (los hermanos) porque conviven.</p>
27:33	<p>Co-Terapeuta: ¿Cómo era vuestra relación de hermanos en ese momento que le criticaban al Héctor?</p> <p>Hermano: De pequeños era una relación más o menos normal, fue más en la adolescencia, coincidió en que se separaron mis padres... Él se mostraba como más... se aislaba mucho más, se mostraba como más hostil, no quería saber nada de nosotros, y bueno nosotros también lo aceptamos, en ningún momento le dijimos “¿Héctor tú no te das cuenta que esto no es normal?”</p>
30:28	<p>Hermano: Todos pasamos episodios o fases, cuando se separaron no entendía muy bien porque, entonces me acuerdo también que debía tener 15, 16 años, hubo un divorcio y todo y estuvo durante meses...</p> <p>Hermana: Desaparecido...</p> <p>Hermano: No sé si fueron 8 meses.</p> <p>Madre: Meses sin pagar un duro y sin saber que existían ja ja ja</p> <p>Hermano: Bueno sin llamarnos, sin dirigirnos la palabra...</p>
32:10	<p>Hermana: Estábamos todos de vacaciones y cuando vinimos ya no estaba mi padre, ni maletas, ni ropa ni nada, por la manera de irse fue un cobarde, yo lo veo así, en aquella época yo tampoco entendía nada, como él (refiriéndose a Héctor). Pero claro te das cuenta que no era normal que un padre desaparezca por la puerta cuando tu vienes de vacaciones y no hay nada de él (del padre), ni sus ropas ni sus maletas ni nada, y te enteras al cabo de una semana que es que se ha ido y no nos veíamos, no llamaba, claro va pasando meses.</p>
34:33	<p>Terapeuta: Claro, el segundo hijo (Héctor) se quedó colgado porque la plaza de la madre estaba cubierta y la plaza de aliado del padre, a él (Héctor) no le correspondía ni de coña, eso eso eso... ha sido una situación muy complicada que Héctor se ha sentido en tela de nadie... pues eso, en tela de</p>

	nadie, por supuesto que le han atendido sus necesidades básicas y que en algún momento lo han protegido...
36:18	Co-Terapeuta: A veces pasa que los hermanos entre ellos se apoyan y tal, o sienten, porque tú (al hermano) seguramente sentías que Héctor era más criticado y tal y lo apañarías... pero claro como estaban tan recubiertos por esta protección, de este aliado de padre y madre y Héctor quedó pues sólo, tanto de hermanos como de padres...
36:51	Hermano: Cuando éramos niños tampoco teníamos una relación... veo a mis hijas que juegan juntas, yo no recuerdo jugar con mi hermano nunca. Madre: Es que él se aislaba.
40:14	<ul style="list-style-type: none"> La familia habla de una escena donde Héctor se puso muy violento, rompió y golpeo a miembros de su familia (El paciente no emite sonido y no mira a nadie).

CASO 11		<p>Paciente Identificado: Ismael (hijo de una pareja anterior del padre) - Augusto</p> <p>Asistentes: Padre biológico, Madre adoptiva, Media hermana adolescente, Medio hermano adulto (Augusto).</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
41:33	<p>Padre: Entonces si hay una situación de origen traumático muy fuerte, en el nacimiento y en la existencia de Ismael, que no fue un hijo dentro de un contexto formal, estable y entonces yo en ese momento no quería tener hijos, ni compromiso ni nada, y la mamá si quería tenerlo porque pues ella si sentía afectivamente el deseo de tener al chico y me apreciaba y me quería... entonces bueno finalmente intentamos un poco como superar lo nuestro, rectificar, convenir, arreglar...</p>	
43:22	<p>Ismael: Si lo que pasa está bien, yo me sentí totalmente integrado a la familia, lo que pasa es que uno... yo que sé... ¿Es de allí? ¿Es de acá? ¿De dónde es uno? ...</p>	

CASO 12		Paciente Identificado: Jonás. Asistentes: Madre, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
42:15	<p>Madre: Es verdad parece que ha pasado pero a mí me ha dejado... te lo digo ¿Por qué me tengo que acordar de la tía esa? De la meridiana, de los años que te hizo pasar y todo ¿Por qué? Porque hay cosas que te duelen tanto, que haya perdido tantos años, sabes que a veces dices “Se recupera, un año se recupera”, y coges al toro por los cuernos, se puede recuperar si es poco tiempo de lo que tú has perdido y que no has aprovechado, pero como tengo dentro de mí que me duele más que a él los años que perdió.</p>	

CASO 13		Paciente Identificado: Miguel Asistentes: Madre, Padre, Hermana menor, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
5:24	<p>Co-Terapeuta: ¿Tú estabas ingresado hace cuatro semanas? ¿Dónde estuviste?</p> <p>Miguel: En el clínico</p> <p>Terapeuta: ¿Porque ha sido el tema del ingreso?</p> <p>Miguel: No sé... no lo sé ni yo...</p> <p>Co-Terapeuta: ¿No?</p> <p>Miguel: Que va, que va... tampoco me lo cuentan, me cuentan siempre lo mismo, que me porto mal, que no sé qué, nunca me dicen un porqué... pero es como todo ¿Sí o no? (a los padres) Si me dicen por qué todavía... pero siempre me dicen lo mismo.</p>	
40:47	<p>Terapeuta: Miguel... pregunta... ¿Qué te gustaría que cambiaran en el ambiente de tu familia?</p> <p>Miguel: Pues que me apuntaran cosas (actividades, hobbies), que me creyeran más...</p>	

CASO 14		Paciente Identificado: Lautaro Asistentes: Madre, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
3:46	<p>Terapeuta: (A Lautaro): ¿Cómo te las ha apañado Santiago para que venga más contenta su madre? Algún mérito debes tener.</p> <p>Madre: No, hoy el enfadado es él...</p>	
24:03	<p style="text-align: center;">(Sobre un libro que está escribiendo el paciente)</p> <p>Lautaro: (Al terapeuta) Son una serie de visiones de cómo me ve el mundo a mí y como veo yo al mundo... y deben ser entre 100 y 200 páginas...</p> <p>Madre: (Interrumpiendo a Lautaro) Pero tanto no creo que tengas escrito Santi...</p> <p>Lautaro: (Interrumpiendo a su madre) Mi madre no sabe nada de mí...</p> <p style="text-align: center;">(Continúan superponiendo sus discursos)</p> <p>Madre: Es que yo no te registro tus papeles, yo bajo, te limpio tus papeles, te recojo la habitación pero es que...</p> <p>Lautaro: Y me dedico a escribir...</p> <p>Madre: Pero es que tus papeles no los registro...</p> <p>Lautaro: Y creo que se llama sencillo...</p> <p>Madre: Pero bueno es que el próximo día hacemos otra cita... venimos...</p> <p>Lautaro: Yo creo que para la próxima cita habré pasado los siguientes folios a limpio...</p> <p>(Lautaro continúa hablando con el terapeuta sin mirar a la madre, mientras que la madre intenta hablar con él, él continua sin mirarla y sin llevarle el apunte)</p>	

CASO 15		Paciente Identificado: Carla Asistentes: Madre, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
32:34	<p>Terapeuta: (A Carla) ¿Tú estás de acuerdo que a tu madre la sientes más natural... más tranquila?</p>	

	<p>Carla: No... más tranquila que no hace nada... es que está demasiado a la suya, no sé... que le digo.... “hay que comprar” ... compra tu... “hay que cocinar” ... cocina tu... tampoco es eso, jolín, “hay que hacer la cama” tiéndela tú, “hay que colgar la ropa”, cuélgala tu... no hace nada...</p>
38:42	<p>Carla: Cuando yo estuve en La Merced, en una clínica, él (su pareja) me vino a visitar y todo, y entonces... pues... estaba ingresada y él vino a verme casi todos los días, todos los días, y ahora me siento en la obligación de devolverle ese favor que me hizo él, de que yo se lo agradezco permanentemente de que me viniera a ver, para mí fue eso como...</p> <p>Madre: (Interrumpiendo a Carla) Es que tú eres muy buena...</p> <p>Carla: Tú no venias mamá a verme... no venias a verme, venias solo a la visita con la Doctora, no venias a La Merced para nada, a La Merced me dejaste abandonada...</p> <p>Madre: Pero Carla...</p> <p>Carla: Viniste a traerme la gorra sólo.</p> <p>Madre: Tranquila.</p> <p>Carla: Y viniste con “Pareja” a visitarme, no venias tu para nada. No tenía permiso más que acompañada y solo venia “Pareja” a sacarme de allí, tú me hubieras dejado encerrada todos los días allí, ¿me entiendes?</p> <p>Madre: Si</p> <p>Carla: Eso se lo tengo que agradecer a “Pareja” eternamente</p>
39:52	<p>Carla:(A la madre) Tú me decías “tengo trabajo en casa”, decías “tengo trabajo en casa, no puedo venir a verte” y yo estaba encerrada allí, ¡Encerrada!</p> <p>Madre: Pero Carla...</p> <p>Carla: ¿Tú sabes lo que es estar las 24 horas en un sitio sin poder salir a tomarte un café, ni dar un paseo por la calle?</p> <p>Madre: No.</p> <p>Carla: Ni sin salir a la calle, imagínate que estas tu así y que yo no viniera a verte. Por muy mal que me hubiese portado, que hubiera levantado mesas y roto cosas en casa, y hubiera hecho cosas mal.</p>
40:31	<p>Carla: Cuando una persona está en un hospital necesita que le dé el aire, que le acompañen, no era solo por salir a la calle a tomar un café, era por la</p>

	<p>compañía, era por la compañía, ¡No era por sólo tomar un puto café!, era por la compañía de que alguien me viniese a ver.</p> <p>Madre: No te aceleres, no te aceleres.</p> <p>Carla: A ver, es que no lo entiendes eso.</p> <p>Madre: Bueno Carla pues es que si no podía...</p> <p style="text-align: center;">(Fragmento ilegible)</p> <p>Carla: (...) de que venga tu madre, tu padre, tu hermana, alguien de la familia a verte...</p> <p>Madre: Escucha, escucha... Carla, el domingo pasado...</p> <p>Carla: (Interrumpiendo a la madre) Tú no puedes porque nada, trabajas, porque tú tienes trabajo, porque el otro no sé cuánto, porque no le va bien, porque nadie se interesa por mí, entonces te sientes abandonada allí y como un perro tirado, en un hospital encerrado 24 horas. Y... y... te puedes volver loco allí, peor de lo que estas, te puedes encontrar pero muy mal.</p>
--	---

CASO 16	<p>Paciente Identificado: Nidia</p> <p>Asistentes: Madre, Padre, Hermana mayor, PI.</p>
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION
17:39	<p>Hermana: (Sobre Nidia) Que tenga esquizofrenia no significa que no pueda hacer las cosas y llevar una vida normal, pasa que ella (Nidia) se arrepecha en ellos dos (los padres) y ellos dos se arrepechan en ella. Entonces la tienen en una burbuja y ellos... que normal... como que si fuera madre o padre es normal que se preocupen por su hija... pero que... se pueden hacer muchas cosas pero: “hay no que eso no lo puede hacer”, “hay no que eso no lo puede hacer”</p>
21:50	<p>Terapeuta: (A Nidia) ¿Porque estas pendiente de ellos? ¿Te preocupan tus padres?</p> <p>Nidia: Hombre...</p> <p>Padre: Si, si, le preocupa, porque dicen que ya soy muy mayor.</p> <p>Terapeuta: (A Nidia) ¿Si? ¿Te preocupan tus padres?</p>

CASO 17	Paciente Identificado: Marcos Asistentes: PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION
7:36	<p>Terapeuta: Tú sabes la... la trampa en la que creo que has estado metido, o una de las trampas. Yo tengo la impresión de qué... de qué... tú habías sentido que no se preocupaban tanto de ti como Marcos-sano y en cambio que se preocupaban demasiado por ti como Marcos-enfermo, por decirlo de alguna manera. Tengo esa impresión, tengo la impresión de que tu... en el pasado cuando tu... cuando tú no eras un problema tu podías vivir... situaciones un poquito como de, como de sentirte abandonada de alguna forma, y en cambio... es una impresión, si me equivoco me lo dices, pero en cambio creo que luego al convertirme en problema... entonces... entonces... como que... como que... se invirtieron los términos entonces pasaste a ser la gran preocupación, pero una gran preocupación paradójica, porque claro como problema no se pueden ocupar de ti como de Marcos, se ocupan de Marcos-problema... y eso no es lo mismo ¿No? ¿Tú qué opinas de eso?</p>
11:16	<p>Marcos: Mi madre se estaba muriendo... no muriendo, pero lloraba mucho y... no tuve el apoyo... sólo tuve el apoyo de mi familia de Madrid, mi padre actuó como un cobarde, en mi casa había visto ya todo.</p> <p>Terapeuta: ¿Y porque actuó como un cobarde tu padre? ¿En qué sentido?</p> <p>Marcos: Bueno cobardes lo somos todos en algún momento de la vida...</p> <p>Terapeuta: Ya, pero en ese momento.</p> <p>Marcos: Pero en ese momento... mi padre quizá le buscó los mejores médicos, le buscó los mejores médicos, pero... pero... se vio tan sólo quizá que le habrá entrado el miedo</p> <p>Terapeuta: Esa es una manera de describir la situación más compleja y más rica que lo de simplemente calificarlo de cobarde ¿No? Porque... es verdad... todos podemos ser cobardes cuando tenemos miedo... cuando el miedo nos vence, cuando el miedo nos puede. Pero tú te quedaste abandonado ¿No? En ese momento... bueno pues eso es una respuesta de alguna forma...</p>

CASO 18		Paciente Identificado: Raquel Asistentes: Esposo, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
38:36	<p>Terapeuta: ¿Hay algo más de todo lo que ustedes crean que es importante que me cuenten?</p> <p>Esposo: Bueno yo creo que ella tiene la autoestima muy golpeada.</p> <p>Terapeuta: ¿Eso es reciente?</p> <p>Raquel: Creo que es reciente que me doy cuenta, lo hemos hablado por eso lo dice.</p> <p>Esposo: Claro si...</p> <p>Raquel: Me ha costado mucho hacer amigos, de hecho no tengo... como que me costó muchísimo más de lo que yo pensaba adaptarme a la vida acá... pero este último año estamos mejor, digo, tenemos ya nuestro piso, tenemos trabajo estable, tenemos otro... o sea... tenemos ya visión a otros negocios...</p>	
39:47	<p>Raquel: Es como que siento que no hice el esfuerzo tampoco para adaptarme, ehh... bueno en Bs. As. Hacia muchas cosas, cursos, acá no hice nada... prácticamente siempre estoy con él (la pareja), la relación que tengo es con él, como que estuve muy “chata”, como que siento que después de la discusión que tuvimos que casi nos separamos, que él se fue de casa, que yo estuve sola, estuve analizando mucho y como que siento que estuve muy estancada y que no hice el esfuerzo real que tuve que haber hecho para adaptarme.</p>	

CASO 19		Paciente Identificado: Milton Asistentes: Madre, Padre, PI.
TIEMPO	DIÁLOGO/JUSTIFICACION	
5:34	<p>Madre: Mira yo recuerdo una frase que nos dijo un amigo... “Es que tú a tus hijos ni los dejas que aprendan ni les enseñas”. Eso nos lo dijo un amigo viendo las cosas de fuera cuando salíamos con ellos los domingos y tal.</p>	

<p>15:02</p>	<p>Terapeuta: Yo creo que era razonable la demanda del Padre de que se diga algo positivo sobre él. (Al padre) No te das cuenta, pero lo haces de una manera que no se lo facilitas (refiriéndose a su esposa). (Siguiendo con el padre) Yo no sé si estaba predispuesta, no sé si estaba predispuesta, no sé, a decir algo positivo, pero la manera en que se lo pedias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El terapeuta repara las palabras del padre de la familia, marcándole que su pedido era tenso y poco amable)
<p>33:59</p>	<p>Padre: No tengo nadie que se preocupe de mí, nadie comparte mis pinturas, nadie se preocupa de mí, no solamente mi mujer, mi hija tampoco pregunta, a mi hijo tampoco (Milton), pobre no le puedo dejar nada.</p> <p>Terapeuta: ¿No qué? ¿No le puedes qué?</p> <p>Padre: Que no le puedo pedir eso a él.</p> <p>Terapeuta: Bueno...</p> <p>Padre: Le puedo pedir, pero a ver, no le considero valor porque...</p> <p>Terapeuta: (Interrumpiendo al padre) Pues mira... pues mira... si tu hijo...</p> <p>Padre: Si lo hiciese ojalá (El padre se refiere a que Milton por su condición de enfermo no es capaz de valorar su trabajo como pintor y por ello no requiere su opinión ni comparte con él).</p> <p>Terapeuta: Escúchame... si tu hijo detectara que su opinión y su apoyo y su...</p> <p>Padre: (Interrumpiendo al terapeuta) Sí que vale, alguna vez se lo pido eh.</p> <p>Terapeuta: No, no perdona, pero ahí, ese es un punto crucial fíjate, tú has dicho... lo has descartado de un plumazo, "con mi hijo ni puedo". Pues si fíjate, si pudiéramos encontrar la manera de que tu hijo se diera cuenta de qué... su opinión, su criterio, su apoyo, su posible comprensión, son importantes para ti, eso sería extraordinariamente útil...</p>

<p>CASO 20</p>	<p>Paciente Identificado: Juan Gabriel Asistentes: Madre, Padre, PI.</p>
<p>TIEMPO</p>	<p>DIÁLOGO/JUSTIFICACION</p>
<p>10:11</p>	<p>Madre: Nosotros no nos metemos en nada con él, si quiere salir sale, si quiere entrar entra.</p>

<p>40:03</p>	<p>Juan Gabriel: No, lo que pasa es que claro, le he dicho “Gracias por venir, porque supone un esfuerzo muy grande” y ella me dice “No me comas el coco”, no te como el coco, yo sólo te quiero decir que gracias por venir porque...</p> <p>Terapeuta: Por venir aquí...</p> <p>Juan Gabriel: Aquí, aquí...</p> <p>Madre: Bueno porque yo le he dicho que no me cuesta subir al metro, digo que cuesta porque en seguida se me pone la tirantez aquí (se señala la pierna) y venía dándome la paliza que gracias por venir...</p> <p>Terapeuta: ¿Y porque darle las gracias es darle la paliza?</p> <p>Madre: Él me lo decía (Juan Gabriel).</p> <p>Terapeuta: ¿Pero porque darle las gracias es paliza mujer? ¿Por qué lo vive como paliza? Pues el muchacho le agradece.</p>
<p>41:45</p>	<p>Terapeuta: (A Juan Gabriel) Si les gritas (refiriendo a sus padres) no les gusta... normal. Pero si vas suavcito y tal... tampoco les gusta... habrá que buscar el término medio.</p>

APÉNDICE B

Unidades de análisis clasificadas

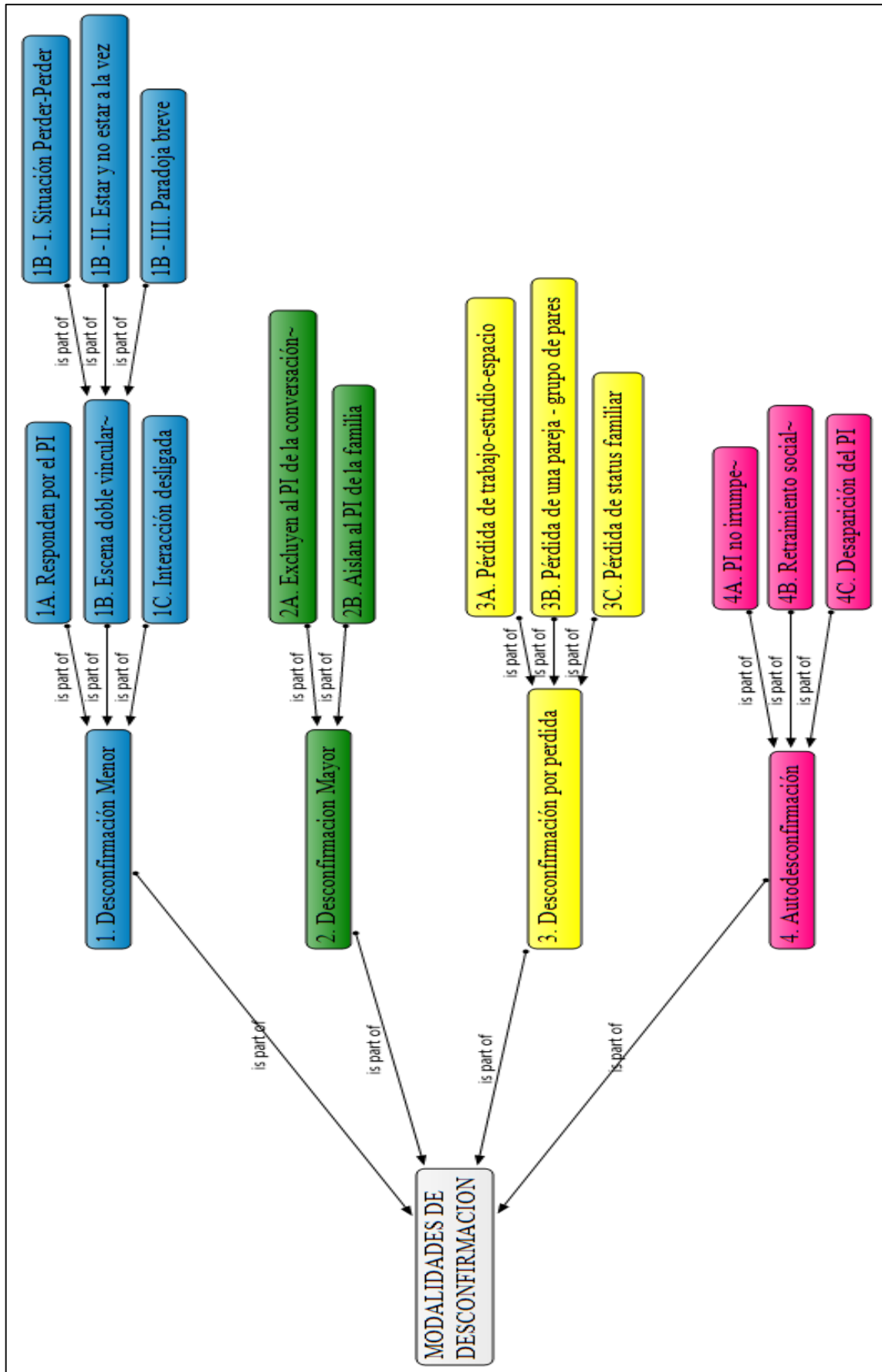


Figura 7. Modalidades de desconfirmación

1. DESCONFIRMACION MENOR

1A. Responden por el PI.

- Caso 3 -	
12:36	<p>Terapeuta: Y Samuel fuera de tu casa ¿Eres de hablar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Contesta la madre en cuenta de Samuel)
25:20	<ul style="list-style-type: none"> • El Terapeuta le reitera a la familia que no contesten por Samuel cuando se le realiza una pregunta. Remarca que los padres se adelantan constantemente en responder por él.
40:48	<ul style="list-style-type: none"> • La Co-Terapeuta realiza una pregunta a Samuel, el padre intenta contestarla, pero se lo impiden solicitando que sea Samuel quien responda
- Caso 4 -	
45:41	<p>Terapeuta: (A Lorena sobre los hermanos) Te llevan 8 y 7 años... ¿Y ellos siempre se han llevado así? Como perrito y gatito...</p> <p>Madre: (Refiriéndose a la hermana de Lorena) Desde que está casa...</p> <p>Terapeuta: Me gustaría la opinión de Lorena...</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Madre intenta responder por Lorena, pero el terapeuta no se lo permite)
- Caso 7 -	
33:35	<p>Terapeuta: (A Germán) Tú estabas matriculado para empezar este curso...</p> <p>Padre: Estuvo matriculado si, el año pasado estuvo haciendo el curso puente...</p> <p>Terapeuta: (Al Germán) Ah ya estuviste haciendo ese curso...</p> <p>Padre: Estuvo haciendo el curso entonces iba bastante bien, con sus dificultades, con sus cosas y demás... luego en semana santa yo me enteré por lo que él me dijo que estaba teniendo problemas con sus compañeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El padre contesta en cuenta de Germán pese a los intentos del terapeuta de comunicarse directamente)
34:11	<p>Terapeuta: (A Germán) ¿Y lo dejaste? ¿O terminaste ese curso?</p> <p>Madre: Explícale eso...</p> <p>Germán: Ya pero...Bueno...</p> <p>Madre: ¡Sí!</p>

	<p>Terapeuta: A ver, vamos por partes... te estaba preguntando a ti (a Germán) ¿Terminaste ese curso el año pasado?</p> <p>Germán: No.</p> <p>Terapeuta: ¿Lo dejaste?, ¿Cuándo?</p> <p>Germán: Lo deje casi al final.</p> <p>Madre: Porque tuvo el brote este... Tuvo ese brote...</p> <p>Padre: El año pasado...</p> <p>Hermana: El brote lo tuvo después</p> <p>Terapeuta: Si todos hablan... si me dejan que yo hable con Germán él me lo contará, y si yo necesito aclaración la pediré con mucho gusto... (A Germán) Está bien tienes una familia potente...</p>
- Caso 14 -	
3:46	<p>Terapeuta: (A Lautaro): ¿Cómo te las ha apañado Santiago para que venga más contenta su madre? Algún mérito debes tener.</p> <p>Madre: No, hoy el enfadado es él...</p>
- Caso 16 -	
21:50	<p>Terapeuta: (A Nidia) ¿Porque estas pendiente de ellos? ¿Te preocupan tus padres?</p> <p>Nidia: Hombre...</p> <p>Padre: Si, si, le preocupa, porque dicen que ya soy muy mayor.</p> <p>Terapeuta: (A Nidia) ¿Si? ¿Te preocupan tus padres?</p>

**1B. Escena doble vincular.
(1B - I. Situación perder-perder)**

- Caso 17 -	
7:36	<p>Terapeuta: Tú sabes la... la trampa en la que creo que has estado metido, o una de las trampas. Yo tengo la impresión de qué... de qué... tú habías sentido que no se preocupaban tanto de ti como Marcos-sano y en cambio que se preocupaban demasiado por ti como Marcos-enfermo, por decirlo de alguna manera. Tengo esa impresión, tengo la impresión de que tu... en el pasado cuando tu... cuando tú no eras un problema tu podías vivir... situaciones un poquito como de, como de sentirte abandonada de alguna forma, y en cambio... es una impresión, si me equivoco me lo dices, pero en cambio creo que luego al convertirme en problema... entonces...</p>

	entonces... como que... como que... se invirtieron los términos entonces pasaste a ser la gran preocupación, pero una gran preocupación paradójica, porque claro como problema no se pueden ocupar de ti como de Marcos, se ocupan de Marcos-problema... y eso no es lo mismo ¿No? ¿Tú qué opinas de eso?
- Caso 19 -	
5:34	Madre: Mira yo recuerdo una frase que nos dijo un amigo... “Es que tú a tus hijos ni los dejas que aprendan ni les enseñas”. Eso nos lo dijo un amigo viendo las cosas de fuera cuando salíamos con ellos los domingos y tal.
- Caso 20 -	
41:45	Terapeuta: (A Miguel Ángel) Si les gritas (refiriendo a sus padres) no les gusta... normal. Pero si vas suavcito y tal... tampoco les gusta... habrá que buscar el término medio.

(1B – II. Estar y no estar a la vez)

- Caso 4 -	
23:11	Terapeuta: (A Lorena) ¿Tú sientes que esa relación (de pareja) te anulaba? ¿En qué sentido te anulaba? Lorena: No estaba por mí, se mostraba muy celoso, no confiaba, no estaba nunca por mí siempre estaba por sus amigos. Terapeuta: ¿No estaba por ti, pero estaba muy celoso? Eso es un poco contradictorio... ¿Cómo se las apañaba para compaginar esas dos cosas? Lo peor ¿no? No está y lo poco que está... celoso...
50:21	Madre: Yo quisiera hablar una cosa sobre el tema de Mercedes (Hermana mayor de Lorena) Terapeuta: No, no, si es Lorena la que nos ocupa... Lorena lo tienes complicado ¿eh?
- Caso 10 -	
18:28	Hermano: Con mi madre siempre ha tenido una relación de doble vinculo es decir mi madre... ahora le achaca que le llama y no sé qué, pero en otros momentos le hizo muy bien tener a su hijo como <i>partener</i> digamos. Madre: Exacto entonces ahora protejo, pero ahora no te quiero porque eres un pesado, ahora te protejo, ya no te quiero... entonces claro al Héctor le cuesta decir “¿Ahora en qué quedamos? ¿Soy tu hijo? ¿Soy la victima?

	<p>¿Que soy?” De hecho, cuando yo propuse hace años que hicieran terapia familiar era un poco pensando en esto, mi idea era esto como se puede reestablecer una nueva relación entre ellos (los hermanos) porque conviven.</p>
<p>- Caso 11 -</p>	
41:33	<p>Padre: Entonces si hay una situación de origen traumático muy fuerte, en el nacimiento y en la existencia de Ismael, que no fue un hijo dentro de un contexto formal, estable y entonces yo en ese momento no quería tener hijos, ni compromiso ni nada, y la mamá si quería tenerlo porque pues ella si sentía afectivamente el deseo de tener al chico y me apreciaba y me quería... entonces bueno finalmente intentamos un poco como superar lo nuestro, rectificar, convenir, arreglar...</p>
<p>- Caso 16 -</p>	
17:39	<p>Hermana: (Sobre Nidia) Que tenga esquizofrenia no significa que no pueda hacer las cosas y llevar una vida normal, pasa que ella (Nidia) se arrepecha en ellos dos (los padres) y ellos dos se arrepechan en ella. Entonces la tienen en una burbuja y ellos... que normal... como que si fuera madre o padre es normal que se preocupen por su hija... pero que... se pueden hacer muchas cosas pero: “hay no que eso no lo puede hacer”, “hay no que eso no lo puede hacer”</p>
<p>- Caso 17 -</p>	
11:16	<p>Marcos: Mi madre se estaba muriendo... no muriendo pero lloraba mucho y... no tuve el apoyo... sólo tuve el apoyo de mi familia de Madrid, mi padre actuó como un cobarde, en mi casa había visto ya todo.</p> <p>Terapeuta: ¿Y porque actuó como un cobarde tu padre? ¿En qué sentido?</p> <p>Marcos: Bueno cobardes lo somos todos en algún momento de la vida...</p> <p>Terapeuta: Ya, pero en ese momento.</p> <p>Marcos: Pero en ese momento... mi padre quizá le buscó los mejores médicos, le buscó los mejores médicos, pero... pero... se vio tan sólo quizá que le habrá entrado el miedo</p> <p>Terapeuta: Esa es una manera de describir la situación más compleja y más rica que lo de simplemente calificarlo de cobarde ¿No? Porque... es verdad... todos podemos ser cobardes cuando tenemos miedo... cuando el miedo nos vence, cuando el miedo nos puede. Pero tú te quedaste</p>

	abandonado ¿No? En ese momento... bueno pues eso es una respuesta de alguna forma...
--	--

(1B – III. Paradoja breve)

- Caso 19-	
15:02	<p>Terapeuta: Yo creo que era razonable la demanda del Padre de que se diga algo positivo sobre él. (Al padre) No te das cuenta, pero lo haces de una manera que no se lo facilitas (refiriéndose a su esposa). (Siguiendo con el padre) Yo no sé si estaba predispuesta, no sé si estaba predispuesta, no sé, a decir algo positivo, pero la manera en que se lo pedias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El terapeuta repara las palabras del padre de la familia, marcándole que su pedido era tenso y poco amable)

1C. Escena doble vincular

- Caso 4 -	
23:11	<p>Terapeuta: (A Lorena) ¿Tú sientes que esa relación (de pareja) te anulaba? ¿En qué sentido te anulaba?</p> <p>Lorena: No estaba por mí, se mostraba muy celoso, no confiaba, no estaba nunca por mí siempre estaba por sus amigos.</p> <p>Terapeuta: ¿No estaba por ti, pero estaba muy celoso? Eso es un poco contradictorio... ¿Cómo se las apañaba para compaginar esas dos cosas? Lo peor ¿no? No está y lo poco que está... celoso...</p>
50:21	<p>Madre: Yo quisiera hablar una cosa sobre el tema de “Hermana”</p> <p>Terapeuta: No, no, si es Lorena la que nos ocupa... Lorena lo tienes complicado ¿eh?</p>
- Caso 10 -	
18:28	<p>Hermano: Con mi madre siempre ha tenido una relación de doble vinculo es decir mi madre... ahora le achaca que le llama y no sé qué, pero en otros momentos le hizo muy bien tener a su hijo como <i>partener</i> digamos.</p> <p>Madre: Exacto entonces ahora protejo, pero ahora no te quiero porque eres un pesado, ahora te protejo, ya no te quiero... entonces claro al Héctor le cuesta decir “¿Ahora en qué quedamos? ¿Soy tu hijo? ¿Soy la victima? ¿Que soy?” De hecho, cuando yo propuse hace años que hicieran terapia</p>

	familiar era un poco pensando en esto, mi idea era esto como se puede reestablecer una nueva relación entre ellos (los hermanos) porque conviven.
- Caso 11 -	
41:33	Padre: Entonces si hay una situación de origen traumático muy fuerte, en el nacimiento y en la existencia de Ismael, que no fue un hijo dentro de un contexto formal, estable y entonces yo en ese momento no quería tener hijos, ni compromiso ni nada, y la mamá si quería tenerlo porque pues ella si sentía afectivamente el deseo de tener al chico y me apreciaba y me quería... entonces bueno finalmente intentamos un poco como superar lo nuestro, rectificar, convenir, arreglar...
- Caso 17 -	
7:36	Terapeuta: Tú sabes la... la trampa en la que creo que has estado metido, o una de las trampas. Yo tengo la impresión de qué... de qué... tú habías sentido que no se preocupaban tanto de ti como Marcos-sano y en cambio que se preocupaban demasiado por ti como Marcos-enfermo, por decirlo de alguna manera. Tengo esa impresión, tengo la impresión de que tu... en el pasado cuando tu... cuando tú no eras un problema tu podías vivir... situaciones un poquito como de, como de sentirte abandonada de alguna forma, y en cambio... es una impresión, si me equivoco me lo dices, pero en cambio creo que luego al convertirte en problema... entonces... entonces... como que... como que... se invirtieron los términos entonces pasaste a ser la gran preocupación, pero una gran preocupación paradójica, porque claro como problema no se pueden ocupar de ti como de Marcos, se ocupan de Marcos-problema... y eso no es lo mismo ¿No? ¿Tú qué opinas de eso?
11:16	Marcos: Mi madre se estaba muriendo... no muriendo pero lloraba mucho y... no tuve el apoyo... sólo tuve el apoyo de mi familia de Madrid, mi padre actuó como un cobarde, en mi casa había visto ya todo. Terapeuta: ¿Y porque actuó como un cobarde tu padre? ¿En qué sentido? Marcos: Bueno cobardes lo somos todos en algún momento de la vida... Terapeuta: Ya, pero en ese momento. Marcos: Pero en ese momento... mi padre quizá le buscó los mejores médicos, le buscó los mejores médicos pero... pero... se vio tan sólo quizá que le habrá entrado el miedo

	<p>Terapeuta: Esa es una manera de describir la situación más compleja y más rica que lo de simplemente calificarlo de cobarde ¿No? Porque... es verdad... todos podemos ser cobardes cuando tenemos miedo... cuando el miedo nos vence, cuando el miedo nos puede. Pero tú te quedaste abandonado ¿No? En ese momento... bueno pues eso es una respuesta de alguna forma...</p>
<p>- Caso 19 -</p>	
<p>5:34</p>	<p>Madre: Mira yo recuerdo una frase que nos dijo un amigo... “Es que tú a tus hijos ni los dejas que aprendan ni les enseñas”. Eso nos lo dijo un amigo viendo las cosas de fuera cuando salíamos con ellos los domingos y tal.</p>
<p>15:02</p>	<p>Terapeuta: Yo creo que era razonable la demanda del Padre de que se diga algo positivo sobre él. (Al padre) No te das cuenta, pero lo haces de una manera que no se lo facilitas (refiriéndose a su esposa). (Siguiendo con el padre) Yo no sé si estaba predispuesta, no sé si estaba predispuesta, no sé, a decir algo positivo, pero la manera en que se lo pedias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El terapeuta repara las palabras del padre de la familia, marcándole que su pedido era tenso y poco amable)
<p>- Caso 20 -</p>	
<p>40:03</p>	<p>Juan Gabriel: No, lo que pasa es que claro, le he dicho “Gracias por venir, porque supone un esfuerzo muy grande” y ella me dice “No me comas el coco”, no te como el coco, yo sólo te quiero decir que gracias por venir porque...</p> <p>Terapeuta: Por venir aquí...</p> <p>Juan Gabriel: Aquí, aquí...</p> <p>Madre: Bueno porque yo le he dicho que no me cuesta subir al metro, digo que cuesta porque en seguida se me pone la tirantez aquí (se señala la pierna) y venía dándome la paliza que gracias por venir...</p> <p>Terapeuta: ¿Y porque darle las gracias es darle la paliza?</p> <p>Madre: Él me lo decía (Juan Gabriel).</p> <p>Terapeuta: ¿Pero porque darle las gracias es paliza mujer? ¿Por qué lo vive como paliza? Pues el muchacho le agradece.</p>
<p>41:45</p>	<p>Terapeuta: (A Juan Gabriel) Si les gritas (refiriendo a sus padres) no les gusta... normal. Pero si vas suavcito y tal... tampoco les gusta... habrá que buscar el término medio.</p>

1C. Interacción desligada

- Caso 1 -	
14:26	<p>Gastón: (A los padres) Es que vuestra actitud inicial no era esa... no era esa... no era de... de... “Que haga lo que quiera con responsabilidad, que haga lo que quiera” No, no, es que no hay responsabilidad “¡Tú no vas a hacer lo que quieras, vas a hacer lo que nosotros digamos!”</p> <p>Madre: Eso no te lo hemos dicho nunca...</p> <p>Gastón: Esa es vuestra actitud y por eso me cabreo tanto.</p>
16:58	<p>Gastón: El conflicto fue... se empezó a hacer más intenso comenzó ya llegué a la pubertad a los 12 años o por ahí, que ya empezaba a crecer para ser adulto, ahí es cuando ya me estaban taponando para que no fuera adulto ¿Sabes? para que siga siendo un niño.</p>
18:16	<p>Gastón: Me he sentido taponado, o sea que no me dejan crecer, censurado, reprimido...</p> <p>Terapeuta: Bueno... al llegar a la pubertad que es cuando comienza a desplegar un poquito la personalidad adulta... era eso lo que querías decir.</p>
- Caso 10 -	
16:26	<p>Hermana: (Sobre Héctor) Son cosas que no controla, hace dos semanas estuvo como una hora, hora y media al teléfono enganchado o llamándome a mí, o a mi móvil o a mí casa o al móvil de ella (la madre), o a mí, a mi casa o a mi móvil. Y al final el último mensaje, porque a veces graba, pero eran 7 u 8 (Reparando al OI): “Bueno veo que me estáis tomando el pelo, que no hay derecho, aquí tenéis todos un morro impresionante, porque aquí nadie me coge el teléfono, que no sé nada de nadie, no sé dónde estáis metidos”</p> <p>Héctor: No quieren hablar conmigo... no quieren hablar conmigo nunca...</p>
36:51	<p>Hermano: Cuando éramos niños tampoco teníamos una relación... veo a mis hijas que juegan juntas, yo no recuerdo jugar con mi hermano nunca.</p> <p>Madre: Es que él se aislaba.</p>
- Caso 15 -	
32:34	<p>Terapeuta: (A Carla) ¿Tú estás de acuerdo que a tu madre la sientes más natural... más tranquila?</p>

	<p>Carla: No... más tranquila que no hace nada... es que está demasiado a la suya, no sé... que le digo.... “hay que comprar” ... compra tú... “hay que cocinar” ... cocina tú... tampoco es eso, jolín, “hay que hacer la cama” tiéndela tú, “hay que colgar la ropa”, cuélgala tú... no hace nada...</p>
<p>- Caso 17 -</p>	
11:16	<p>Marcos: Mi madre se estaba muriendo... no muriendo pero lloraba mucho y... no tuve el apoyo... sólo tuve el apoyo de mi familia de Madrid, mi padre actuó como un cobarde, en mi casa había visto ya todo.</p> <p>Terapeuta: ¿Y porque actuó como un cobarde tu padre? ¿En qué sentido?</p> <p>Marcos: Bueno cobardes lo somos todos en algún momento de la vida...</p> <p>Terapeuta: Ya, pero en ese momento.</p> <p>Marcos: Pero en ese momento... mi padre quizá le buscó los mejores médicos, le buscó los mejores médicos pero... pero... se vio tan sólo quizá que le habrá entrado el miedo</p> <p>Terapeuta: Esa es una manera de describir la situación más compleja y más rica que lo de simplemente calificarlo de cobarde ¿No? Porque... es verdad... todos podemos ser cobardes cuando tenemos miedo... cuando el miedo nos vence, cuando el miedo nos puede. Pero tú te quedaste abandonado ¿No? En ese momento... bueno pues eso es una respuesta de alguna forma...</p>
<p>- Caso 20 -</p>	
10:11	<p>Madre: Nosotros no nos metemos en nada con él, si quiere salir sale, si quiere entrar entra.</p>

2. DESCONFIRMACIÓN MAYOR

2A. Excluyen al PI de la conversación

<p>- Caso 4 -</p>	
7:21	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
8:54	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.

12:03	<ul style="list-style-type: none"> • La familia entabla una conversación con el terapeuta respecto a las características y particularidades de cada uno. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
15:53	<p>Terapeuta: (A Lorena) ¿Sabes lo que pasa? Que con esta gente que te gastas como familia, no me extraña que tengas que subirte a la lámpara y hacer “uuuuuhhh” (mueve las manos enérgicamente) para que se fije en ti, porque claro, están a un nivel... de intensidad que... pobrecita mía... se queda ahí... y no da un ruido, y claro, eso... comprendo que en algún momento hayas dicho “como yo no haga aquí el zapateado de Sarasate... es que ni me ven” eso tenemos que tenerlo en cuenta ¿Cómo podríamos hacer? ¿Le damos un altavoz para que se haga oír?</p>
29:49	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten sobre cómo se desarrolló el brote psicótico de Lorena. Lorena no emite sonido, no mira a nadie.
32:28	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena y el padre no emiten sonido, nadie habla con ellos.
35:24	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
36:26	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena y el padre no emiten sonido ni miran a nadie.
53:05	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres hablan sobre los problemas que tienen con los hermanos de la PI, aunque se les ha solicitado que centren la conversación en Lorena. Lorena no emite sonido ni mira a nadie.
56:18	<ul style="list-style-type: none"> • La madre habla sobre los problemas que tienen con los hermanos de Lorena, aunque se les ha solicitado que se centren en Lorena. Lorena no emite sonido y nadie habla con ella.

2B. Aíslan al PI de la familia

- Caso 4 -	
53:23	<p>Terapeuta: (A Lorena) Cuando te he dicho antes que lo tienes complicado, me refiero a que efectivamente tienes una familia súper intensa y que está</p>

	<p>emitiendo gritos a un volumen muy alto... donde además las relaciones entre tus padres y tus dos hermanos mayores han tenido como mucha miga ¿no?... porque hubieron ahí relaciones muy fuertes, muy potentes... y luego has llegado tú... la cigüeñita te trajo plácidamente y te dejó ahí... en un rinconcito... y tú que tienes enormes cualidades y que eres una chica inteligente, culta sensible, bailarina, cantante...</p> <p>Madre: Escritora...</p> <p>Terapeuta: Tienes cualidades espectaculares, yo te acabo de conocer y yo no me las creo. El problema es qué... o vaya parte del problema es que... es muy difícil que tú te puedas fijar en ti misma con ese volumen de... de... de intensidad que hay en tu entorno, a tu alrededor... y eso... de verdad de verdad... que visto desde fuera es espectacular. Tú tienes que taparte los oídos para poder creer en ti, porque si no, ¡si te quitas los tapones “Ahhhhh!!!” (Se mueve enérgicamente) ja ja ja... no se dan las circunstancias para que te puedas escuchar a ti misma y puedas creer en ti misma... eso es algo importante en esta historia.</p>
<p>- Caso 10 -</p>	
<p>27:33</p>	<p>Co-Terapeuta: ¿Cómo era vuestra relación de hermanos en ese momento que le criticaban al Héctor?</p> <p>Hermano: De pequeños era una relación más o menos normal, fue más en la adolescencia, coincidió en que se separaron mis padres... Él se mostraba como más... se aislaba mucho más, se mostraba como más hostil, no quería saber nada de nosotros, y bueno nosotros también lo aceptamos, en ningún momento le dijimos “¿Héctor tú no te das cuenta que esto no es normal?”</p>
<p>34:33</p>	<p>Terapeuta: Claro, el segundo hijo (Héctor) se quedó colgado porque la plaza de la madre estaba cubierta y la plaza de aliado del padre, a él (Héctor) no le correspondía ni de coña, eso eso eso... ha sido una situación muy complicada que Héctor se ha sentido en tela de nadie... pues eso, en tela de nadie, por supuesto que le han atendido sus necesidades básicas y que en algún momento lo han protegido...</p>
<p>36:18</p>	<p>Co-Terapeuta: A veces pasa que los hermanos entre ellos se apoyan y tal, o sienten, porque tú (al hermano) seguramente sentías que Héctor era más criticado y tal y lo apañarías... pero claro como estaban tan recubiertos por</p>

	esta protección, de este aliado de padre y madre y Héctor quedó pues sólo, tanto de hermanos como de padres...
- Caso 13 -	
5:24	<p>Co-Terapeuta: ¿Tú estabas ingresado hace cuatro semanas? ¿Dónde estuviste?</p> <p>Miguel: En el clínico</p> <p>Terapeuta: ¿Porque ha sido el tema del ingreso?</p> <p>Miguel: No sé... no lo sé ni yo...</p> <p>Co-Terapeuta: ¿No?</p> <p>Miguel: Que va, que va... tampoco me lo cuentan, me cuentan siempre lo mismo, que me porto mal, que no sé qué, nunca me dicen un porqué... pero es como todo ¿Sí o no? (a los padres) Si me dicen por qué todavía... pero siempre me dicen lo mismo.</p>
40:47	<p>Terapeuta: Miguel... pregunta... ¿Qué te gustaría que cambiaran en el ambiente de tu familia?</p> <p>Miguel: Pues que me apuntaran cosas (actividades, hobbies), que me creyeran más...</p>
- Caso 15 -	
38:42	<p>Carla: Cuando yo estuve en La Merced, en una clínica, él (su pareja) me vino a visitar y todo, y entonces... pues... estaba ingresada y él vino a verme casi todos los días, todos los días, y ahora me siento en la obligación de devolverle ese favor que me hizo él, de que yo se lo agradezco permanentemente de que me viniera a ver, para mí fue eso como...</p> <p>Madre: (Interrumpiendo a Carla) Es que tú eres muy buena...</p> <p>Carla: Tú no venias mamá a verme... no venias a verme, venias solo a la visita con la Doctora, no venias a La Merced para nada, a La Merced me dejaste abandonada...</p> <p>Madre: Pero Carla...</p> <p>Carla: Viniste a traerme la gorra sólo.</p> <p>Madre: Tranquila.</p> <p>Carla: Y viniste con Juan a visitarme, no venias tu para nada. No tenía permiso más que acompañada y solo venia "Pareja" a sacarme de allí, tú me hubieras dejado encerrada todos los días allí, ¿me entiendes?</p> <p>Madre: Si</p>

	<p>Carla: Eso se lo tengo que agradecer a “Pareja” eternamente</p>
39:52	<p>Carla:(A la madre) Tú me decías “tengo trabajo en casa”, decías “tengo trabajo en casa, no puedo venir a verte” y yo estaba encerrada allí, ¡Encerrada!</p> <p>Madre: Pero Carla...</p> <p>Carla: ¿Tú sabes lo que es estar las 24 horas en un sitio sin poder salir a tomarte un café, ni dar un paseo por la calle?</p> <p>Madre: No.</p> <p>Carla: Ni sin salir a la calle, imagínate que estas tu así y que yo no viniera a verte. Por muy mal que me hubiese portado, que hubiera levantado mesas y roto cosas en casa, y hubiera hecho cosas mal.</p>
40:31	<p>Carla: Cuando una persona está en un hospital necesita que le dé el aire, que le acompañen, no era solo por salir a la calle a tomar un café, era por la compañía, era por la compañía, ¡No era por sólo tomar un puto café!, era por la compañía de que alguien me viniese a ver.</p> <p>Madre: No te aceleres, no te aceleres.</p> <p>Carla: A ver, es que no lo entiendes eso.</p> <p>Madre: Bueno Carla pues es que si no podía...</p> <p style="text-align: center;">(Fragmento ilegible)</p> <p>Carla: (...) de que venga tu madre, tu padre, tu hermana, alguien de la familia a verte...</p> <p>Madre: Escucha, escucha... Carla, el domingo pasado...</p> <p>Carla: (Interrumpiendo a la madre) Tú no puedes porque nada, trabajas, porque tú tienes trabajo, porque el otro no sé cuánto, porque no le va bien, porque nadie se interesa por mí, entonces te sientes abandonada allí y como un perro tirado, en un hospital encerrado 24 horas. Y... y... te puedes volver loco allí, peor de lo que estas, te puedes encontrar pero muy mal.</p>
<p>- Caso 19 -</p>	
33:59	<p>Padre: No tengo nadie que se preocupe de mí, nadie comparte mis pinturas, nadie se preocupa de mí, no solamente mi mujer, mi hija tampoco pregunta, a mi hijo tampoco (Milton), pobre no le puedo dejar nada.</p> <p>Terapeuta: ¿No qué? ¿No le puedes qué?</p> <p>Padre: Que no le puedo pedir eso a él.</p>

	<p>Terapeuta: Bueno...</p> <p>Padre: Le puedo pedir, pero a ver, no le considero valor porque...</p> <p>Terapeuta: (Interrumpiendo al padre) Pues mira... pues mira... si tu hijo...</p> <p>Padre: Si lo hiciese ojalá (El padre se refiere a que el Milton por su condición de enfermo no es capaz de valorar su trabajo como pintor y por ello no requiere su opinión ni comparte con él).</p> <p>Terapeuta: Escúchame... si tu hijo detectara que su opinión y su apoyo y su...</p> <p>Padre: (Interrumpiendo al terapeuta) Sí que vale, alguna vez se lo pido eh.</p> <p>Terapeuta: No, no perdona, pero ahí, ese es un punto crucial fíjate, tú has dicho... lo has descartado de un plumazo, “con mi hijo ni puedo”. Pues si fíjate, si pudiéramos encontrar la manera de que tu hijo se diera cuenta de qué... su opinión, su criterio, su apoyo, su posible comprensión, son importantes para ti, eso sería extraordinariamente útil...</p>
--	--

3. DESCONFIRMACION POR PERDIDA

3A. Perdida de trabajo-estudio-espacio

- Caso 3 -	
45:11	<p>Hermana: Tuvo un momento de esquizofrenia un poco por una mala experiencia en uno de los despachos donde estuvo trabajando, decía que lo perseguían, que le iban a cambiar el curriculum, por eso no cuelga nada en internet, porque tiene miedo que le cambien los datos...</p>

3B. Perdida de una pareja – grupo de pares

- Caso 3 -	
17:21	<ul style="list-style-type: none"> • Samuel explica que terminó una relación con una pareja y con el grupo de amigos que compartían. Explica que comienza a aislarse a partir de ello.
17:50	<p>Hermana: No sé... a lo mejor digo yo que pasar de ser el más destacado de la clase... a pasar a la universidad... donde todo es diferente y no ser el más importante...</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Hermana explica que el cambio de institución colaboró con el problema de Samuel)

18:15	<ul style="list-style-type: none"> Samuel explica que en el paso del bachillerato sintió un trato impersonal por parte de la institución.
26:03	<ul style="list-style-type: none"> Samuel explica que terminó una relación con una pareja y con el grupo de amigos que compartían.
- Caso 5 -	
33:21	<p>Carina: Hasta tercero de carrera pude ir sorteando más o menos pero el problema fue que tenía muchas dificultades de relación con los demás... y por eso estaba bloqueada, no sé ni cómo pude hacer todo lo que he hecho porque tenía muchas dificultades...</p>
33:50	<p>Terapeuta: (A la madre) ¿Sería que las mayores dificultades comenzaron cuando cada uno (de sus hijos) comenzó a estudiar?</p> <p>Madre: ¿La carrera quieres decir? Mmmmmm sí, yo creo que afloraron entonces pero por lo que me dice ella, que me lo ha dicho posteriormente cuando era mayor, ella cuando estudiaba bachillerato dice que ya tenía problemas de relación también.</p> <p>Carina: Si, en el colegio ya</p> <p>Madre: Pero todo esto no lo había comentado nunca en casa, claro es difícil porque...</p> <p>Carina: Porque no le daba importancia yo... me encerraba... es que yo siempre me he encerrado en los estudios.</p>
- Caso 9 -	
10:29	<p>Padre: (Sobre Federica) Es que su novio falleció en el trabajo y desde entonces ella tiene problemas.</p> <p>Terapeuta: ¿Falleció por causas inesperadas?</p> <p>Madre: Exacto... que no sabemos porque, no sabemos si a lo mejor por eso ella tuvo un brote psicótico, no precisamente porque haya una causa tan importante, sino que la persona ya tiene esa predisposición a que le pueda pasar en algún momento de su vida</p>
14:06	<p>Madre: A principios de 2007 murió mi padre que tenía mucha afinidad con ella (señala a Federica), su abuelo era una gran figura porque no ha tenido abuelas, y entonces eso fue en el verano del 2007 que falleció por Mayo, y en Junio le dio el brote. Su novio hacia casi 2 años había muerto, y se juntó</p>

	con lo de mi padre y no sabías porqué... decía que se sentía mal y que tenía ideas extrañas.
--	--

3C. Pérdida de status familiar

- Caso 10 -	
27:33	<p>Co-Terapeuta: ¿Cómo era vuestra relación de hermanos en ese momento que le criticaban al Héctor?</p> <p>Hermano: De pequeños era una relación más o menos normal, fue más en la adolescencia, coincidió en que se separaron mis padres... Él se mostraba como más... se aislaba mucho más, se mostraba como más hostil, no quería saber nada de nosotros, y bueno nosotros también lo aceptamos, en ningún momento le dijimos “¿Héctor tú no te das cuenta que esto no es normal?”</p>
30:28	<p>Hermano: Todos pasamos episodios o fases, cuando se separaron no entendía muy bien porque, entonces me acuerdo también que debía tener 15, 16 años, hubo un divorcio y todo y estuvo durante meses...</p> <p>Hermana: Desaparecido...</p> <p>Hermano: No sé si fueron 8 meses.</p> <p>Madre: Meses sin pagar un duro y sin saber que existían ja ja ja</p> <p>Hermano: Bueno sin llamarnos, sin dirigirnos la palabra...</p>
34:33	<p>Terapeuta: Claro, el segundo hijo (Héctor) se quedó colgado porque la plaza de la madre estaba cubierta y la plaza de aliado del padre, a él (Héctor) no le correspondía ni de coña, eso eso eso... ha sido una situación muy complicada que Héctor se ha sentido en tela de nadie... pues eso, en tela de nadie, por supuesto que le han atendido sus necesidades básicas y que en algún momento lo han protegido...</p>
- Caso 11 -	
43:22	<p>Ismael: Si lo que pasa está bien, yo me sentí totalmente integrado a la familia, lo que pasa es que uno... yo que sé... ¿Es de allí? ¿Es de acá? ¿De dónde es uno? ...</p>
- Caso 12 -	
42:15	<p>Madre: Es verdad parece que ha pasado, pero a mí me ha dejado... te lo digo ¿Por qué me tengo que acordar de la tía esa? De la meridiana, de los años que te hizo pasar y todo ¿Por qué? Porque hay cosas que te duelen tanto, que haya perdido tantos años, sabes que a veces dices “Se recupera,</p>

	un año se recupera”, y coges al toro por los cuernos, se puede recuperar si es poco tiempo de lo que tú has perdido y que no has aprovechado, pero como tengo dentro de mí que me duele más que a él los años que perdió.
- Caso 18 -	
38:36	<p>Terapeuta: ¿Hay algo más de todo lo que ustedes crean que es importante que me cuenten?</p> <p>Esposo: Bueno yo creo que ella tiene la autoestima muy golpeada.</p> <p>Terapeuta: ¿Eso es reciente?</p> <p>Raquel: Creo que es reciente que me doy cuenta, lo hemos hablado por eso lo dice.</p> <p>Esposo: Claro si...</p> <p>Raquel: Me ha costado mucho hacer amigos, de hecho no tengo... como que me costó muchísimo más de lo que yo pensaba adaptarme a la vida acá... pero este último año estamos mejor, digo, tenemos ya nuestro piso, tenemos trabajo estable, tenemos otro... o sea... tenemos ya visión a otros negocios...</p>
39:47	<p>Raquel: Es como que siento que no hice el esfuerzo tampoco para adaptarme, ehh... bueno en Bs. As. Hacia muchas cosas, cursos, acá no hice nada... prácticamente siempre estoy con él (la pareja), la relación que tengo es con él, como que estuve muy “chata”, como que siento que después de la discusión que tuvimos que casi nos separamos, que él se fue de casa, que yo estuve sola, estuve analizando mucho y como que siento que estuve muy estancada y que no hice el esfuerzo real que tuve que haber hecho para adaptarme.</p>

4. AUTODESCONFIRMACION

4A. PI no irrumpe

- Caso 3 -	
25:20	<ul style="list-style-type: none"> El Terapeuta le reitera a la familia que no contesten por el Samuel cuando se le realiza una pregunta. Remarca que los padres se adelantan constantemente en responder por él.

40:48	<ul style="list-style-type: none"> • La Co-Terapeuta realiza una pregunta a Samuel, el padre intenta contestarla, pero se lo impiden solicitando que sea Samuel quien responda
12:36	<p>Terapeuta: Y Samuel fuera de tu casa ¿Eres de hablar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Contesta la madre en cuenta de Samuel)
<p>- Caso 4 -</p>	
7:21	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
8:54	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
12:03	<ul style="list-style-type: none"> • La familia entabla una conversación con el terapeuta respecto a las características y particularidades de cada uno. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
24:45	<p>Hermana: Se fue a Italia sin querer ir y ahí pasaron historias y vino muy callada de allí, muy callada, y vino como un poco, como, como, como sintiéndose mal por cosas que pasaron, ¡Vamos! es que pongo la mano en el fuego y creo que no me quemaría.</p> <p>Terapeuta: Lorena... a ver... me vas... me van descubriendo ellos (la familia) tormentosamente nuevos aspectos de tu historia... que en cambio tu como vas más tranquilita y tal... no me das...</p>
29:49	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten sobre cómo se desarrolló el brote psicótico de Lorena. Lorena no emite sonido, no mira a nadie.
32:28	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena y el padre no emiten sonido, nadie habla con ellos.
35:24	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena no emite sonido, no mira a nadie, nadie habla con ella.
36:26	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia discuten con tonos elevados dando cada uno una explicación diferente del problema. Lorena y el padre no emiten sonido ni miran a nadie.

45:41	<p>Terapeuta: (A Lorena sobre los hermanos) Te llevan 8 y 7 años... ¿Y ellos siempre se han llevado así? Como perrito y gatito...</p> <p>Madre: (Refiriéndose a la hermana de Lorena) Desde que está casa...</p> <p>Terapeuta: Me gustaría la opinión de Lorena...</p> <p>(Madre intenta responder por Lorena, pero el terapeuta no se lo permite)</p>
53:05	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres hablan sobre los problemas que tienen con los hermanos de la PI, aunque se les ha solicitado que centren la conversación en Lorena. Lorena no emite sonido ni mira a nadie.
56:18	<ul style="list-style-type: none"> • La madre habla sobre los problemas que tienen con los hermanos de Lorena, aunque se les ha solicitado que se centren en Lorena. Lorena no emite sonido y nadie habla con ella.
<p>- Caso 5 -</p>	
9:34	<p>Terapeuta: ¿Me permites un segundo que tu madre quería decir esto? Que para ella fue importante aparentemente... y luego también quiero escucharte a ti porque te veo como calladita ahí (A Carina) ...</p>
18:50	<ul style="list-style-type: none"> • La madre y Humberto explican el momento de crisis de Carina. Carina no emite sonido y no se mueve.
<p>- Caso 7 -</p>	
33:35	<p>Terapeuta: (A Germán) Tú estabas matriculado para empezar este curso...</p> <p>Padre: Estuvo matriculado si, el año pasado estuvo haciendo el curso puente...</p> <p>Terapeuta: (A Germán) Ah ya estuviste haciendo ese curso...</p> <p>Padre: Estuvo haciendo el curso entonces iba bastante bien, con sus dificultades, con sus cosas y demás... luego en semana santa yo me enteré por lo que él me dijo que estaba teniendo problemas con sus compañeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (El padre contesta en cuenta de Germán pese a los intentos del terapeuta de comunicarse directamente)
<p>- Caso 10 -</p>	
40:14	<ul style="list-style-type: none"> • La familia habla de una escena donde Héctor se puso muy violento, rompió y golpeo a miembros de su familia (El paciente no emite sonido y no mira a nadie).
<p>- Caso 14 -</p>	

3:46	<p>Terapeuta: (A Lautaro): ¿Cómo te las ha apañado Santiago para que venga más contenta su madre? Algún mérito debes tener.</p> <p>Madre: No, hoy el enfadado es él...</p>
------	--

4B. Retraimiento social

- Caso 2 -	
13:25	<p>Padre: En el colegio los profesores lo van siguiendo mucho, hablan con la psiquiatra del colegio y lo que comunican es que está en clase y es está como ensimismado, está con la vista allí (señala al frente) como a la nada, y él dice que... claro la pregunta que le hacemos con su madre es “¿No tomas notas?” es que no toma apuntes, se queda allí escuchando.</p>
14:19	<p>Madre: Desde pequeño... desde pequeño ya decían desde el otro colegio del que viene, de las salesianas que... que se lo cambió porque no tenían secundaria, entonces cambiaron de colegio, pues ya venía desde que era pequeñito y le pasaba esto... que siempre estaba la psicóloga... que sí parece que estaba ausente, que no sé qué, que no sé cuánto...</p>
24:55	<p>Padre: (A los hijos) El otro día vinisteis a cenar conmigo a la peña rociera, por 5 euros nos pusimos las botas... ¿No?</p> <p>Santiago: ... (no contesta, no mira)</p>
42:17	<p>Terapeuta: (Sobre la madre al Santiago) Está trabajando como una negra... sacándose una carrera más y no sé qué... ¿eso no será por tú la proteges no?</p> <p>Santiago: ... (no contesta, no mira)</p>
46:06	<p>Padre: Si no hay mucha faena a lo mejor lo puedo traer yo (A Santiago)</p> <p>Co-Terapeuta: ¿Te parece bien a ti Santiago o qué?</p> <p>Santiago: ... (no contesta, no mira)</p>
- Caso 3 -	
7:26	<p>Madre: Es que (Samuel) es muy calladito, habla poquito, en la escuela de monjas era el número uno, como eran pocos niños, era un niño mimado, le querían en la escuela...</p>
11:53	<p>Terapeuta: Es una pauta fíjate (a la Co-terapeuta) los hombres en la casa calladitos y en cambio afuera...</p>

	<p>Hermana: Y en la familia normalmente siempre ha sido así también... siempre ha sido de en casa no explicar nada, de su vida, de sus relaciones de su estado en cambio mi madre y yo compartirlo todo...</p>
<p>13:06</p>	<p>Padre: Cambio totalmente para bien en casa, con nosotros, en cambio en el trabajo tiene problemas... tiene problemas allí que fuera no están.</p> <p>Madre: No, también están...</p> <p>Padre: No sé, en casa no hay problemas, él cambio... cambio para mejor.</p> <p>Terapeuta: ¿Antes si había problemas en casa?</p> <p>Padre: No... no es que hubiera problemas de familia. El problema de él (señala a Samuel) es que se encerraba mucho, se ponía en su habitación, corría las cortinas, estaba a oscuras aunque estuviera de día... estaba... era diferente, no hablaba con nosotros...</p> <ul style="list-style-type: none"> • (La familia explica las dificultades de Samuel. El paciente no interrumpe)
<p>15:47</p>	<p>Padre: (Sobre Samuel) Estaba durmiendo todo el día, o no sé...viendo la tele hasta las tantas y luego no estudiaba, ya estaba depresivo y nosotros pensábamos pues que era un pasota, que pasaba de todo esto y que... No nos dimos cuenta que él ya tenía un problema...</p>
<p>30:26</p>	<p>Madre: En las comidas familiares que hacíamos, estaba calladito, calladito, calladito, no hablaba nunca, en conversaciones de política, de lo que sea... ¡No! Como si estuviese en otro mundo... no participaba, porque yo veía a la chiquita (la novia de Samuel) que es psicóloga y se ponía a hablar con el cuñado y venga hablar y hablando de temas... y él (Samuel) nunca sacaba un tema a relucir. El calladito como si estuviera pensando en otras cosas, pero no sólo con su novia, con otras personas quedaba y no se presentaba...</p>
<p>31:50</p>	<p>Terapeuta: Samuel, esa descripción que hacen tus padres, y también tu hermana, de que estabas con la cabeza en otra cosa... que estabas un poco ido... ¿Tú te reconoces en eso?</p> <p>Samuel: Emmmm... perdona ¿Me puedes volver a repetir?</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Samuel se muestra desorientado, como si no hubiera escuchado al Terapeuta)
<p>34:05</p>	<p>Hermana: (A Samuel) No has explicado nunca nada de cómo te ha ido en la carrera. Realmente ninguno de aquí sabemos cuántas veces ha</p>

	suspendido, yo me escuche que había ido al tribunal una vez. Nunca ha pedido ayuda, fue al tribunal porque no pasaba de curso...
34:44	Hermana: (A Samuel) Siempre ha escondido, tú le preguntabas ¿Qué tal? ¿Bien? No te dice fatal, no te explica nunca nada de cómo le iba, que problemas tenía, no se dejaba ayudar y no pedía ayuda.
40:12	Padre: A veces se queda así parado (simula quedarse tieso) ... se queda parado así, mirando, mirando pa' arriba, se queda ahí eclipsado... "¿Bueno y este que hace? ¿Por qué está así mirando para arriba?"
- Caso 4 -	
43:56	Terapeuta: (A los padres) ¿Cómo ha sido esta niña? Madre: Un encanto, muy introvertida, pa' dentro... pero un encanto.
- Caso 5 -	
14:02	Carina: Pues que me meto en mi mundo, tanto positiva como negativamente, o sea... a veces no... no... no aterrizo... estoy como... (Gesto con la mano de volar) Terapeuta: ¿Cómo en otro lugar? Carina: Si... Terapeuta: ¿Eso te pasa muy seguido? Carina: Me tengo que decir como a mí misma, me tengo que decir "Fíjate lo que hay que hacer que si no, no caigo".
17:41	Madre: Porque por ejemplo tú estás hablando con ella (con Carina) y yo claro como madre la conozco muchísimo y a veces le estas explicando algo y yo la veo que está pero... a 1.000 kilómetros y le digo "Carina ¿Dónde estás? Aterrizo" una persona que no la conoce a lo mejor la ve de cuerpo presente y que te mira, pero su pensamiento y su mirada que ella están otro mundo...
34:50	Carina: Bueno a mí me paso hasta tercero de carrera, yo me encerraba, me daba igual que tuviera problemas de relación con los demás porque para mí lo central eran los estudios y sacar buenas notas, me da igual que tuviera dificultades hasta que llegó un momento que ya... no pude.
- Caso 10 -	
36:51	Hermano: Cuando éramos niños tampoco teníamos una relación... veo a mis hijas que juegan juntas, yo no recuerdo jugar con mi hermano nunca. Madre: Es que él se aislaba.

4C. Desaparición del PI

- Caso 4 -	
20:18	<p>Hermano: (A Lorena) Se estuvo recuperando después del primer brote claro... fue muy duro, de hecho perdió la razón y desapareció... fue un trauma muy duro</p> <p>Terapeuta: ¿Desapareciste?</p> <p>Co-Terapeuta: ¿Literalmente?</p> <p>Hermano: Si, si... Un día entero y luego gracias al apellido nuestro pues hubo una movida y los mossus la localizaron y buscando el apellido dieron con mi Facebook y yo tengo el teléfono... y me llamaron y respiramos, claro porque podíamos pensar de todo.</p>
- Caso 10 -	
30:28	<p>Hermano: Todos pasamos episodios o fases, cuando se separaron no entendía muy bien porque, entonces me acuerdo también que debía tener 15, 16 años, hubo un divorcio y todo y estuvo durante meses...</p> <p>Hermana: Desaparecido...</p> <p>Hermano: No sé si fueron 8 meses.</p> <p>Madre: Meses sin pagar un duro y sin saber que existían ja ja ja</p> <p>Hermano: Bueno sin llamarnos, sin dirigirnos la palabra...</p>

- MIEMBRO NO PSICÓTICO DESCONFIRMADO -

6:32	<p>Hermana: (A la madre) Me he peleado contigo por defenderlo al papa, me he peleado con el papa por defenderte a ti, me he peleado contigo por defender a Lorena, me he peleado con Lorena por defenderte a ti...</p> <p>Terapeuta: Faltaba que te pelearas con “Hermano” pero hoy ya está ocurriendo</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Nombra a todos los miembros de la familia menos al hermano mayor)
32:10	<p>Hermana: Estábamos todos de vacaciones y cuando vinimos ya no estaba mi padre, ni maletas, ni ropa ni nada, por la manera de irse fue un cobarde, yo lo veo así, en aquella época yo tampoco entendía nada, como él (refiriéndose a Héctor). Pero claro te das cuenta que no era normal que un padre desaparezca por la puerta cuando tu vienes de vacaciones y no hay</p>

	<p>nada de él (del padre), ni sus ropas ni sus maletas ni nada, y te enteras al cabo de una semana que es que se ha ido y no nos veíamos, no llamaba, claro va pasando meses.</p>
<p>24:03</p>	<p>(Sobre un libro que está escribiendo el paciente)</p> <p>Lautaro: (Al terapeuta) Son una serie de visiones de cómo me ve el mundo a mí y como veo yo al mundo... y deben ser entre 100 y 200 páginas...</p> <p>Madre: (Interrumpiendo a Lautaro) Pero tanto no creo que tengas escrito Santi...</p> <p>PI: (Interrumpiendo a su madre) Mi madre no sabe nada de mi...</p> <p>(Continúan superponiendo sus discursos)</p> <p>Madre: Es que yo no te registro tus papeles, yo bajo, te limpio tus papeles, te recojo la habitación, pero es que...</p> <p>Lautaro: Y me dedico a escribir...</p> <p>Madre: Pero es que tus papeles no los registro...</p> <p>Lautaro: Y creo que se llama sencillo...</p> <p>Madre: Pero bueno es que el próximo día hacemos otra cita... venimos...</p> <p>Lautaro: Yo creo que para la próxima cita habré pasado los siguientes folios a limpio...</p> <p>(Lautaro continúa hablando con el terapeuta sin mirar a la madre, mientras que la madre intenta hablar con él, él continúa sin mirarla y sin llevarle el apunte)</p>

APÉNDICE C

Solicitud de consulta en terapia familiar



**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^o 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.**

3. ¿Están realizando en la actualidad algún tratamiento? En caso afirmativo especificar profesional responsable y centro asistencial.
4. ¿Hay algún miembro de la familia que se esté visitando actualmente o se haya visitado anteriormente en este Hospital? Especificar n° de historia y servicio.
5. ¿Hay algún otro problema que preocupe en la familia? Especificar de manera detallada.

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:

