

AÑO 14 - N° 1 - MARZO 1998

EDITORIAL

La co-construcción de un campo conjunto con nuestros lectores

Invitaciones a los lectores

Respuestas de **Elizabeth Rapela** y **Jorge Colapinto**

**ARTÍCULOS
CENTRALES**

- El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío
Froma Walsh
- Posmodernismo y terapia familiar
Lynn Hoffman

**TEORÍA Y
PRÁCTICA
CLÍNICA**

- La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo
Emilio Gutiérrez García
- Constructivismo: una notable influencia en la psicoterapia interaccionista
Martín Wainstein

**TRABAJOS DE
INVESTIGACIÓN**

- Revisión y evaluación de las terapias de pareja y de familia para el tratamiento de trastornos afectivos. **Stacey E. Prince / Neil S. Jacobson**

DIÁLOGOS

- Trastornos del comer
Rosina Crispo y Cecile Herscovici
- Entrevista a **María Elena Caram** y **Diana Eilbaum**
Realizada por Luis Belkind

LECTURAS

Bibliografía temática comentada
Terapia de divorcio y mediación familiar. **Pedro Herscovici**

Reseñas bibliográficas

Corresponsales extranjeros – Carta desde Australia. **Hugh Crago**

La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo*

Emilio Gutiérrez García**

Se examinan algunos aspectos del modelo psicoeducativo, cuya popularidad ha dado origen a algunas distorsiones. Uno de esos aspectos es la relevancia clínica de la "expresión de las emociones" en el seno de la familia y su relación con el curso de la enfermedad. Las medidas psicoeducativas convencionales suelen revelarse limitadas cuando el perfil de los familiares se cñe a un componente importante de la expresión de las emociones, que es la sobreinvolucración emocional.

El autor sugiere que cuando se da a los síntomas un lugar preeminente como tema de conversación, la relación con el paciente acaba siendo una relación con su parte enferma. Debido al papel desmesurado que ha adquirido el modelo médico en el área de los trastornos mentales, el tratamiento suele restringirse a lo farmacológico, con lo que se sustituye la persona por el proceso de la enfermedad. Propone un enfoque alternativo que esquivo la sintomatología y a la vez la conducta sobre protectora e invasiva de los familiares. Por oposición a lo que denomina "modelo de infección" (implícito en la idea que tienen sobre la enfermedad y la recuperación el paciente y quienes lo rodean),

Introducción: la nueva ola de la psicoeducación

El término "psicoeducación", acuñado por Anderson (1), caracterizaba en su origen a un enfoque centrado en el trabajo con los familiares de pacientes esquizofrénicos cuyo elemento de identidad residía en la articulación de una serie de estrategias terapéuticas convencionales en torno a un material didáctico. Este componente didáctico o educativo provee de información a los familiares de los pacientes con

* Este artículo es una versión modificada del trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Terapia Familiar, "Familias multiproblemáticas", realizado en Las Palmas de Gran Canaria los días 29-31 de octubre de 1996.

** Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago, Santiago de Compostela, España.

respecto a las causas, síntomas, tratamiento, curso y pronóstico de la esquizofrenia.

El concepto de lo "psicoeducativo" ha adquirido una popularidad enorme y en poco tiempo se ha convertido en un lugar común, en el que se resume una enorme diversidad de variantes técnicas como si fuese un procedimiento simple, con un marcado sesgo conductual donde el componente educativo es el aspecto crucial. Las razones de esta popularidad proceden de tres pilares cuya relación dista de ser armónica entre sí: la investigación sobre "la expresión de las emociones" (en adelante EE), los resultados de los estudios controlados con paquetes de tratamiento psicosociales (a los que se los engloba dentro de la denominación "psicoeducativos") y la creciente influencia, sobre todo en Estados Unidos, de asociaciones de familiares de pacientes mentales (p. ej., National Alliance for Mental Illness, National Mental Health Association, National Alliance for Depressive Illness), que organizados sobre la base de los movimientos de consumidores han provocado una respuesta complementaria por parte de los clínicos y planificadores de servicios de salud mental.

En lo que sigue, se revisarán algunos aspectos relacionados con la actualidad del modelo "psicoeducativo" que merecen algunos comentarios debido a la distorsión que está sufriendo este modelo.

1. Relevancia clínica del concepto de expresión de las emociones

A pesar de que el propio concepto de expresión de las emociones (EE) ha sido sometido a fuertes críticas por el presunto matiz peyorativo que implica como etiqueta para los familiares (15, 18, 27), el intento "políticamente correcto" de enterrar el valor clínico del concepto de EE (2) supone una dosis de estulticia, ya que la investigación generada en torno a la EE es una de las pocas herramientas conceptuales y operativas a la hora de desarrollar tratamientos familiares focalizados en objetivos operativizados.

Desde 1976 han crecido exponencialmente las réplicas del papel predictivo que tienen en cuanto al curso de la enfermedad del paciente esquizofrénico las actitudes críticas, hostiles y de sobreimplicación emocional de los familiares durante una entrevista semiestructurada, la Camberwell Family Interview (CFI) (2, 3, 10, 12, 22).

En el análisis acumulativo de las investigaciones generadas hasta 1993 (2, 3), que incluye los 1.346 pacientes estudiados desde 1962, la asociación entre la EE y el curso del paciente después del alta del hospital revela que las recaídas rondan un 50% para los pacientes que regresan a hogares altos en EE, frente al 21% en el caso de los hogares bajos en EE. Este análisis acumulativo muestra, además, que la relación entre la EE y las recaídas es independiente del nivel de colaboración del paciente con la medicación de mantenimiento. Así, mientras el 57,7% de los pacientes que interrumpen la medicación y conviven con familiares altos en EE tuvieron recaídas, el porcentaje de éstas para los pacientes con una colaboración deficiente que conviven en hogares bajos en EE es del 27,9% (chi cuadrado = 26,3; 1 gl; $p = 0,0001$).

La relevancia y persistencia de esta asociación entre la EE y el curso de la esquizofrenia influyo de manera crucial en los primeros estudios sobre la intervención familiar (9, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 34, 35), cuyo objetivo no era otro que reducir las recaídas en los pacientes esquizofrénicos que convivían habitualmente en hogares donde el estrés ambiental suponía un factor de riesgo para el mantenimiento del paciente en la comunidad. En esos primeros estudios, la EE se incorporó como un criterio fundamental en la selección de las muestras y la composición de los diferentes grupos. La incorporación de esos factores familiares precipitantes dentro de un modelo de vulnerabilidad al estrés originó una forma específica de tratamiento familiar, que en el caso de la esquizofrenia significa el relevo y distanciamiento de otros modelos de tratamiento familiar vinculados con planteos etiológicos de la familia en el desarrollo de la enfermedad.

La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo

Sin embargo, la influencia de estos primeros estudios de intervención, que dieron nuevo impulso a la involucración y atención a los familiares dentro de un tratamiento global, suscitó diversas reacciones contrarias. La sensibilidad heredada contra la utilización de etiquetas peyorativas para designar la influencia de los factores familiares en la esquizofrenia ha provocado la segregación paulatina de la EE del desarrollo reciente de estrategias terapéuticas con familias de pacientes esquizofrénicos, al menos en el panorama siempre influyente de Estados Unidos.

Esta segregación de la EE, y el encorsetamiento médico de los modelos psicoeducativos, generó un estancamiento del trabajo con las familias de pacientes esquizofrénicos, en una simplificación que ensombreció las dificultades clínicas de su aplicación. De este modo, el perfil estándar actual del trabajo psicoeducativo, cuando no se limita a la transmisión de información a los familiares, se encuentra sesgado hacia lo que, en términos de EE, se podría considerar sólo adecuado para trabajar con pacientes que conviven con familiares cri-

ticos. Este sesgo del paquete psicoeducativo convencional suele revelarse relativamente limitado como aproximación terapéutica de elección cuando el perfil de los familiares está en la línea de otro componente importante del constructo EE: la sobreimplicación emocional (SE).

En contraste con las actitudes críticas, la SE no sólo parece estar asociada con una configuración sintomática y un ajuste premórbido distintos en los pacientes, sino que el tratamiento exige un enfoque diferente (13, 21). Los familiares que, de acuerdo con la definición operativa del concepto de EE, reciben la calificación de altos en SE (ver el Cuadro 1), suponen un tipo de familiares que no es despreciable en su frecuencia (alrededor de un 50% de los familiares, particularmente las madres, alcanzan los criterios de SE en la CFI), ni suponen para los clínicos un tipo de familiar cómodo cuando deciden ampliar el tratamiento para incluir a los familiares. Éstos han sido desde siempre el objeto de las más acerbadas críticas por parte de los clínicos y la aparición en escena de los modelos psicoeducativos no ha logrado

Cuadro 1. Escala de expresión de las emociones

SOBREIMPLICACIÓN EMOCIONAL (SE)

(Medida de la preocupación excesiva por el paciente)

1. CONDUCTA REFERIDA POR EL ENTREVISTADO
 - a. Respuesta emocional exagerada en el pasado
 - b. Preocupación excesiva reflejada en una conducta de autosacrificio y dedicación
 - c. Conducta sobreprotectora excesiva.

2. CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA

- a. Declaración actitudinal
- b. Exhibición emocional
- c. Dramatización

ESCALA: VALORACIÓN GLOBAL

Ausencia	Muy poca	Alguna	Moderada	Alta	Excesiva
0	1	2	3	4	5

PUNTO DE CORTE: TRES O MÁS

superar las dificultades específicas del trabajo con estos familiares.

Frente al comportamiento crítico (CC) de los familiares de los pacientes esquizofrénicos, una característica de tipo "estado", de naturaleza más inestable y probablemente reactiva a los altibajos de la sintomatología en curso del paciente, la SE de los familiares de los pacientes esquizofrénicos se muestra más bien como una actitud de tipo "rasgo". Las actitudes SE perduran activamente como una disposición invasiva hacia el paciente fuera de las fases agudas de la esquizofrenia (11) y su evolución "natural" no se muestra tan reactiva ante el perfil sintomatológico positivo del paciente.

A pesar de que en varios estudios se menciona que las actitudes evidenciadas por los familiares en la CFI cambian espontáneamente a lo largo del tiempo en un porcentaje apreciable de casos, esa evolución espontánea es diferente para las actitudes de CC que para las actitudes de SE. Brown (5) fue el primero en notar el cambio espontáneo de actitudes por parte de los familiares. También Smith y Birchwood (1990) se han referido a esta evolución natural, y el autor (11) se extendió sobre esta faceta de la estabilidad de las actitudes que componen el constructo EE. Sin embargo, la perspectiva más clara de esta evolución natural diferenciada para cada una de las escalas proviene del estudio de Tarrier et al. (35) en el que se muestran los cambios espontáneos de los grupos de control frente a los cambios de las mismas escalas en los grupos que recibieron un tratamiento centrado en la unidad familiar. En ese estudio, que es único por su documentación detallada y específica, el porcentaje de familiares críticos de los grupos de control (el cual incluía a un grupo de familiares que habían recibido educación) se redujo de un 82% a un 31%. Por el contrario, para el mismo grupo la SE evolucionó sólo desde un 53% hasta un 44%, lo cual es la evidencia más directa de que estos dos tipos de actitudes son de naturaleza diferente.

Esta persistencia de las actitudes SE frente a la inestabilidad del CC se puede apreciar en el metaanálisis realizado por De Jesús Mari y

Steiner (28) de los primeros estudios que desarrollaron el trabajo con familiares para reducir las recaídas. En ese metaanálisis, los diferentes grupos experimentales agrupados sólo mostraban un cambio, rayano con un nivel de significación del 0,05, con respecto a la SE. En cambio, ninguna otra escala de EE parecía verse afectada por la intervención. Esto indica que los cambios espontáneos en los grupos de control son de una magnitud no despreciable (por lo menos lo bastante apreciable como para impedir que los grupos que recibieron tratamiento familiar se apartaran significativamente de la evolución de los grupos de control).

Por otro lado, varios autores han reconocido que el perfil convencional de los programas de intervención no es adecuado para trabajar con los familiares altos en SE. Julian Leff (24) fue el primero en señalar la resistencia de esas actitudes al trabajo terapéutico. Koenigsberg y Handley (19), Montero et al. (29) y Rund et al. (30) reconocieron expresamente la necesidad de un enfoque terapéutico diferente para las familias de pacientes que se caracterizan por actitudes SE.

2. El modelo parte buena/parte mala (o parte sana/parte enferma)

El modelo "parte buena/parte mala" comenzó siendo un desarrollo específico para encuadrar el trabajo en aquellas situaciones en las que existe una fuerte SE de un familiar con el paciente. Desde el punto de vista terapéutico, la SE es particularmente reacia a cualquier intento clínico que trate de apoyar la mayor autonomía del paciente frente al socavamiento de los componentes emocionales y racionales de la SE.

El manejo clínico de la SE que se presenta bajo el denominador "parte buena/parte mala" es una alternativa terapéutica que se compone de cinco elementos: 1) la redefinición de la relación con el paciente; 2) la connotación positiva de la conducta SE; 3) el pasaje del modelo de infección al modelo "parte buena/parte mala";

4) el desarrollo de la competencia; y 5) la amenaza de la homeostasis.

En la Figura 1 se muestra de qué manera estos cinco elementos inciden en diferentes aspectos del mapa de cronicidad habitual en la esquizofrenia. Por otra parte, este mapa no impide que para un porcentaje importante de casos el curso a largo plazo muestre una faceta más benigna de lo que cabría esperar y predecir desde los inicios a partir del curso temprano —donde ya se aprecian los efectos iatrogénicos del modelo que sustenta el tratamiento, que en general es el modelo biopsicosocial (4, 6, 14)—.

2.1. La redefinición de la relación con el paciente

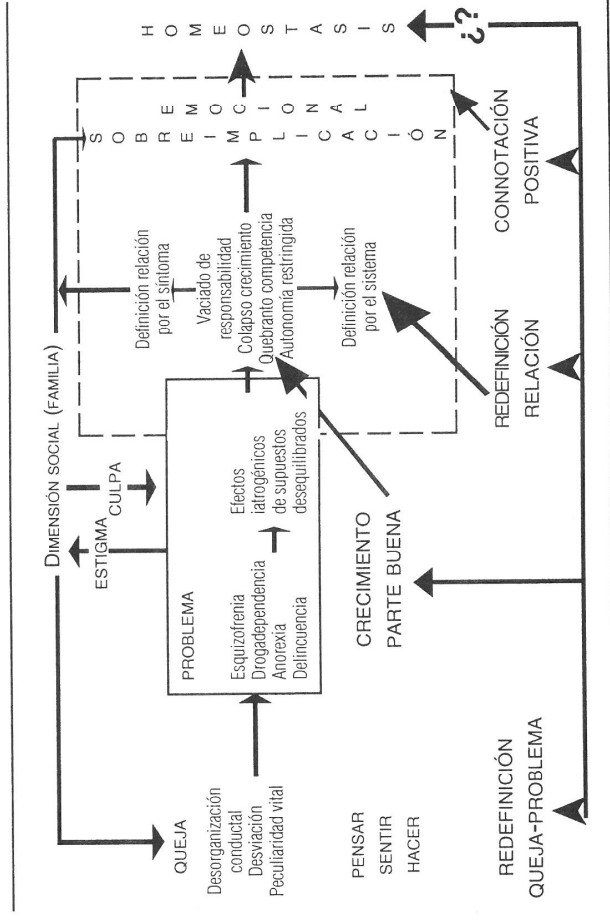
Este aspecto afecta principalmente al establecimiento de una relación con el paciente al margen de los síntomas y del desvalimiento

asociado con ellos. Si se concede a los síntomas un lugar preeminente como tema de conversación, se acaba enmarcando toda la relación, que es entonces una relación con la parte enferma.

En las personas con diagnóstico de esquizofrenia, la centralidad del complejo de síntomas en las esferas cognitiva, perceptiva, volitiva, emocional y psicomotriz hace que el tratamiento constituya una interferencia descomunal con el funcionamiento cotidiano. Debido al desmesurado papel que el modelo médico ha adquirido en el área de los trastornos mentales, para la gran mayoría de estas personas el tratamiento se ve restringido a lo farmacológico, con lo que se sustituye el tratamiento de la persona por el tratamiento del proceso de la enfermedad.

Esta medicalización extensiva de toda la fenomenología del paciente acaba anulando su

Figura 1. Modelo parte sana/parte enferma



operatividad psicológica y exige de sus familiares un comportamiento complementario a dicha medicalización. Este proceso desequilibrado de tratamiento es la consecuencia de adoptar los supuestos de una conceptualización neokraepeliana de la esquizofrenia, formentada por el pambiolgismo dominante en salud mental.

Uno de los efectos indeseados (¿por qué no iatrogénicos?) de ese modelo consiste en el menoscabo de la competencia, la responsabilidad y la autonomía de los pacientes hasta unos límites en los que el crecimiento se detiene. Este proceso, que se representa en la parte central de la Figura 1, muestra cómo los efectos del etiquetamiento, la interferencia y la visibilidad social de los tratamientos desemboca en ciertos trastornos en un funcionamiento social y personal restringido. Este resultado se produce debido no tanto al propio proceso de enfermedad, como a los efectos iatrogénicos de un diseño desequilibrado del tratamiento, diseño que se da cuando se restringen las intervenciones a sólo uno de los tres pilares del pretendido modelo biopsicosocial, o bien cuando hay falta de coordinación en la secuencia de las intervenciones combinadas. En el primer caso, el tratamiento se circunscribe exclusivamente a la polifarmacología invasiva; en la segunda opción, se lo aborda desde una perspectiva exclusivamente psicológica, y la complejidad de las intervenciones aumenta la confusión del paciente; según una tercera modalidad, se conceptúa la esquizofrenia como un estilo de vida adaptado a un nicho social esquizofrénico.

Asumir que el paciente tiene dificultades reales, pero que no es totalmente irresponsable de todos sus actos, y que la interacción es una fuente potencial de estrés que no se encuentra en las mejores condiciones para afrontar, no supone aceptar ninguna de las tres ópticas reduccionistas planteadas. También deja el espacio suficiente para conectarse con la parte sana del paciente.

Ni las fantasías, ni el papel de los neurotransmisores en la regulación del comportamiento, ni la influencia de la interacción con las personas del ambiente interpersonal inmediato

necesitan ser negados de raíz para potenciar el papel de cualquiera de esos tres supuestos. Mucho más peligroso es aplicar de la misma forma, a todo el espectro de personas que reciben el diagnóstico de esquizofrenia, cualquier simplificación fundada en la aniquilación/negación de otros supuestos. En ciertos casos, apoyar el tratamiento en uno de esos factores quizá sea la mejor decisión clínica. En el resto, encontrar la mejor prioridad, secuencia e intensidad de medidas terapéuticas basadas en los tres factores es una tarea esencial, cuya dificultad no reside tanto en la identificación de las necesidades de un caso concreto, sino en la actitud intolerante y la ignorancia de los profesionales, los que fundamentan sus acciones mucho más en supuestos arbitrarios que en teorías contrastadas.

No obstante, una vez superado el aspecto contratransferencial de la esquizofrenia y liberados moderadamente de la configuración invalidante que hacen del paciente ciertos paquetes de tratamientos basados en supuestos desequilibrados, la complejidad de la configuración sintomática se ve agravada si el paciente convive y es cuidado por un familiar sobreimplicado emocionalmente con él. En ese caso, cualquier intento de establecer una relación con el paciente se ve mediatizada y bloqueada por las conductas de autosacrificio y el vínculo emocional con el familiar.

2. 2. La connotación positiva de la conducta SE

La actitud de sobreimplicación emocional es un elemento de complicación terapéutica añadido al proceso de enfermedad y al cuadro de síntomas, que ocupa un papel central como medio de comunicación del paciente con su entorno (tanto con los profesionales como con su ambiente interpersonal inmediato). La presencia de esta dimensión SE en el familiar hace que el trabajo que aquí estamos describiendo sea una especialización del trabajo familiar particularmente útil cuando nos enfrentamos con esta configuración central de cronicidad más sobreimplicación emocional.

portamiento, sino que no intenta cambiar su forma de sentir y de actuar. Por el contrario, les manifiesta que en su lugar quizá lo hiciera aún peor. Esta identificación y comprensión abierta y explícita comunica a los familiares que no van a tener que defenderse.

Habitualmente, esta declaración firme y reiterada da paso a un reconocimiento y autocrítica del familiar acerca de su conducta. La postura estratégica adoptada debe seguir manteniéndose, evitando caer en la tentación de aprovechar esa fisura para tratar de reducir el comportamiento intrusivo del familiar.

De la misma manera que se evita combatir los síntomas del paciente frontalmente —lo cual implica seguir definiendo la relación por medio de los síntomas—, del mismo modo se evita definir la relación con el familiar sobreimplicado por sus comportamientos intrusivos. Ambos hechos son irremediables y por el momento no se puede hacer nada directamente con ellos.

2. 3. Una parte sana/una parte enferma

En este punto se aborda la presentación a los familiares y al paciente de una propuesta de enfermedad alternativa, que permite esquivar tanto el funcionamiento deficiente y la sintomatología del paciente, como la actitud de sobreimplicación de los familiares.

Los dos aspectos revisados hasta ahora, que acaban enterrando la mayoría de los intentos terapéuticos —definición de la relación por los síntomas (cronicidad) y la conducta sobreprotectora e invasiva de los familiares SE— se alimentan mutuamente y conforman un modelo implícito de enfermedad y de recuperación que es compartido por pacientes y familiares (también por muchos profesionales), al que hemos denominado “modelo de infección”. Frente a este modelo implícito, nuestra propuesta de trabajo se enmarca en uno diferente, que denominamos “modelo parte sana/parte enferma” (PS/PE).

Ambos modelos se representan en la Figura 2. Según el “modelo de infección”, más o menos implícito, tanto el paciente como sus

En este apartado se plantea de qué manera se puede incorporar la conducta SE como elemento necesario para el desarrollo de la autonomía y el restablecimiento del paciente, evitando que ese complejo de actitudes, emociones y conductas sea un obstáculo para su restablecimiento.

En primer lugar, y antes de que el familiar necesite justificarse por sus comportamientos invasivos, se deben validar los sentimientos de los familiares y desculpabilizarlos por su forma de reaccionar ante los problemas del paciente.

Desde el punto de vista terapéutico, la SE es particularmente reacia a cualquier manejo clínico que trate de apoyar la mayor autonomía del paciente en el socavamiento de los componentes emocionales y racionales de la SE. Cualquier observación, por ligera que parezca, sobre la conveniencia de un mayor distanciamiento y autonomía del paciente dentro del marco de infección implícito es vivida por los familiares SE como una imputación de responsabilidad por el estado del paciente: “¿Entonces la culpa es mía?”, es la pregunta tácita.

Nuestra alternativa consiste, no sólo en no cuestionar ni combatir directamente la actitud de sobreprotección o autosacrificio, sino en todo lo contrario: connotar positivamente las conductas intrusivas y sobreprotectoras. Al connotar positivamente la conducta SE, no se pretende lograr los mismos fines señalados por Selvini-Palazzoli y sus colaboradores en *Paradoja y contraparadoja* (31), sino que el objetivo es más directo. Simplemente afirmamos frente a los padres que ya que no lo pueden remediar, ni pueden evitar comportarse como lo hacen, no deben luchar contra su tendencia natural. Ellos mismos son los mejores testigos de que es una batalla perdida.

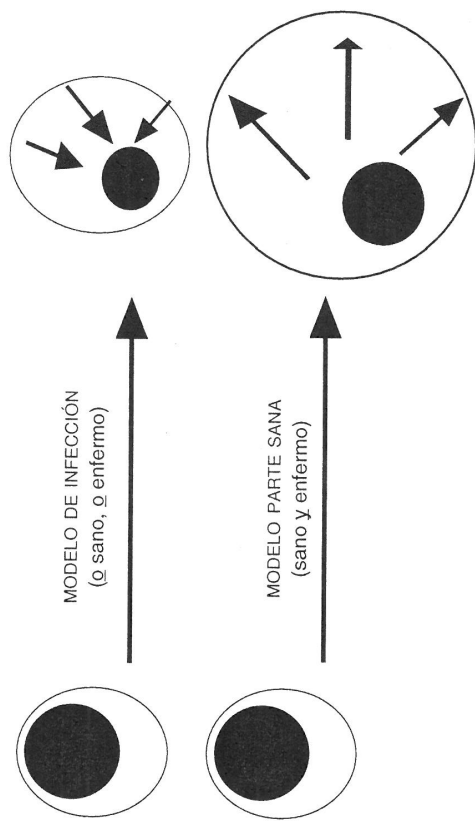
Más aún: amén de afirmar que no nos molesta su comportamiento y que no tenemos ningún reproche que hacerles (por lo inútil que resulta y la conducta defensiva que provoca), los animamos incluso a seguir en esa actitud. Muchos de estos familiares se encuentran así por primera vez con un profesional que no sólo comprende lo inevitable que les resulta su com-

familiares se encuentran bloqueados por prestar una atención exclusiva a la parte enferma. Este modelo es el resultado de trasvasar el modelo médico a los problemas mentales. Según él (parte superior de la Figura 2), la perso-

nalidad y el comportamiento del paciente estarían bloqueados por un núcleo de enfermedad que lo afecta en forma expansiva e inunda toda su actividad como persona.

La asimilación y acomodamiento a este

Figura 2. Modelos de recuperación



modelo de infección conforma tanto la autoimagen del paciente y la que los demás tienen de él como la relación. Según ese modelo, que resulta más o menos adecuado para las lesiones orgánicas, la persona afectada tiene que esperar a que el tratamiento indicado surta efecto sobre la parte enferma, a fin de que se restablezca una situación ideal de recuperación. La curación se produce cuando se restablece el funcionamiento del órgano afectado de acuerdo con el patrón de restitución existente (así se puede juzgar cuándo la tibia o el hígado se encuentran estructural y dinámicamente dentro de los parámetros normativos del funcionamiento normal).

Según este modelo, el enfermo debe adoptar una actitud de paciente espera hasta que el tratamiento haga su trabajo, para después de un período de convalecencia o rehabilitación volver a ser "el mismo de antes". En estos casos el paciente no tiene nada que hacer, más que esperar a que la mejoría se produzca. El progreso se mide en una dimensión dicotómica: el paciente está sano o está enfermo. El funcionamiento y la articulación del tratamiento y las expectativas de pacientes y familiares se tornan profundamente nocivos si en los casos de trastornos mentales se los adecua a este modelo de enfermedad.

El modelo PS/PE, en cambio, presenta a

los pacientes más perturbados; se la considera un parche ante la imposibilidad de una aproximación terapéutica definitiva, dirigida a reparar los aspectos centrales de la psicopatología.

Lo importante de establecer la relación con la PS, con su componente de profecía autocumplida, reside en que funciona como antídoto contra la progresiva invasión del modelo de infección en la vida del paciente (desde la experiencia de sí mismo hasta sus expectativas) y de sus familiares. Desde otro punto de vista, el establecimiento de una relación con la PS es un supuesto para reiniciar la relación rompiendo con la perspectiva saturada del problema que impregna las veinticuatro horas del día de la familia.

En los últimos años, dentro de la terapia familiar sistémica, Michael White (36) y Steve de Shazer (7) han realizado una apuesta fuerte de reconducir la quitaescencia de la psicoterapia deslizando por los márgenes del problema, centrándose en las excepciones que marcan la irrupción de la PS o creando una fuerte tendencia a externalizar, objetivar y paralizar la saturación del problema liberando la novedad dentro de los sistemas saturados por éste. El supuesto implícito de este trabajo pasa por el establecimiento de una potente alianza con la PS planteando, en contraposición con el modelo de infección, que puede crecer hasta compensar la importancia de la PE.

Aunque estos modelos de De Shazer y White son planteados como generales, los casos que presentan los autores no incluyen una casuística como la que se pretende abordar aquí, cuyo aspecto crucial no es sólo la gravedad de los cuadros diagnosticados de esquizofrenia, sino la complejidad que introduce la presencia de un familiar alto en SE.

El desarrollo de la competencia del paciente, o cómo hacer crecer su PS, es una alternativa que no implica que desaparezca su PE. De hecho, es posible que mientras se está trabajando ocurran crisis y recaídas más o menos importantes. En esos casos, el recuadro de la PS no tiene que abandonarse. Manifestamos que sobre los síntomas y la PE

los familiares y al paciente bloqueados un modelo alternativo, según el cual el paciente está sano y a la vez enfermo. Es decir, la enfermedad no tiene por qué llevar asociada la anulación total de las responsabilidades, ni la incompetencia del paciente.

Cuando la familia y el paciente quedan asombrados e impotentes ante los síntomas, esto queda asociado a un familiar sobrimplicado. La repercusión emocional en el familiar amplifica la presencia de los síntomas y mantiene a éste en un duelo permanente por la pérdida de los aspectos sanos del paciente.

2. 4. El desarrollo de la competencia

En este punto, el énfasis se sitúa en la necesidad de que el paciente comience a ayudar a los demás. No se trata de que los demás hagan cosas por él, ni de que lo único que el paciente puede hacer por los demás es mejorar (esperar a que su parte enferma desaparezca). No nos referimos a que haga su cama o se asee, ni a que se levante más temprano (las típicas peticiones, que implican un esfuerzo desde la enfermedad). Las acciones que se le piden al paciente lo vinculan con su parte sana (PS), la parte intacta en la que residen las cualidades más nobles de las personas: el honor, la dignidad, la solidaridad, etc.

Cuando hablamos de conectarse con la PS del paciente, o de establecer la relación por medio de la PS (en vez de hacerlo por medio de los síntomas), no nos referimos al resultado de una evaluación objetiva de los recursos y habilidades que no estén contaminados por el proceso de enfermedad. Es más bien una propuesta basada en "hacer como si el paciente tuviera una parte sana". En este sentido, aunque por motivos diferentes, esta maniobra terapéutica es muy similar a la denominada "dicotomía inducida de la personalidad" (8), y se relaciona con las estrategias clásicas de baja expectativa terapéutica utilizadas por los enfoques psicodinámicos y psicoanalíticos breves (32). Esta conexión con la PS es una tradición perdida dentro del trabajo psicodinámico con

no podemos hacer nada por el momento, además de tomar la medicación; pero que como el desarrollo de la PS es independiente de la PE (es decir, que no tiene que desaparecer la parte enferma para que aparezca la sana), los síntomas no van a redefinir de nuevo la relación como en el pasado —y quizá como sigue ocurriendo cada día en la relación con los profesionales en el hospital de día, o en los contactos con el resto de la red de salud—.

2. 5. La amenaza de la homeostasis

Como cualquier otra conducta afianzada en la interacción permanente, la neutralización de la SE ro progresa según un continuo en el que la sobreimplicación va dejando paso al establecimiento de nuevas relaciones, sino que tiene una evolución discontinua, donde la hostilidad y la culpa hacen que el sistema vuelva al punto inicial.

En nuestros primeros intentos de trabajo con pacientes que convivían con familiares SE, uno de nuestros supuestos erróneos consistió en considerar la SE como el extremo de un continuo que iba desde la sobreimplicación emocional hasta una relación de implicación emocional normal (más o menos como el continuo de valoración de la escala en la CFI que aparece en el Cuadro 1).

Desde el punto de vista clínico, pensábamos incluso que el continuo de implicación se prolongaría aún más hacia la derecha (como si la escala tuviera una prolongación en negativo) allí donde el vacío de apoyo, commiseración y sostén se conectaran con una relación hostil. Nuestra experiencia nos reveló más bien que la sobreimplicación extrema y la hostilidad son vecinos cercanos más que primos lejanos. Cuando intentáramos separar emocionalmente a los familiares fomentando la autonomía y el espacio propio del paciente, a veces la respuesta del familiar no se normalizaba sino que daba paso a un extrañamiento respecto del paciente. En otro casos era éste el que parecía estimular el comportamiento sobreimplicado del familiar.

Estas respuestas no parecían ocurrir úni-

camente en nuestro trabajo en Santiago de Compostela sino que les sucedía lo mismo a otros colegas. Lo extraño era que nadie hacía mención de estas dificultades públicamente, ni aparecía en los informes publicados. Para el movimiento psicoeducativo, ciertos fenómenos o dificultades no existían, por decreto. La ortodoxia psicoeducativa es un camino estrecho, donde las estrategias "políticamente correctas" son los programas de enseñanza de habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

El modelo de trabajo PS/PE fue el camino hacia una heterodoxia que no amenaza frontalmente a la ortodoxia. Al centrarse en la parte sana no entra en confrontación ni con la psicoeducación ortodoxa ni con el reduccionismo pambiólogo y neokraepeliniano. Como muestra la Figura 1, el paciente está sano y, a la vez, enfermo; el resto de tratamientos y enfoques no son confrontados o negados ni entran en competencia directa. El modelo PS/PE es un tratamiento "aditivo" con respecto a otros enfoques, incluida la versión restringida de los modelos psicoeducativos.

Por increíble que parezca, el mantenimiento de los cuatro componentes anteriores se acompaña de un cambio clínico significativo, con un aumento de la independencia, competencia y responsabilidad, aun en los casos más perturbados. Alguna vez, sin embargo, cuando la mejoría era espectacular, de pronto se producía una recaída muy importante, una especie de "rebote homeostático" (utilizo el término homeostasis en forma descriptiva), como si el paciente y los familiares no pudiesen resistir la atracción de la normalidad. No hemos sido capaces (¡por el momento!) de predecir, evitar o, lo que es peor aun, reconducir esos rebotes homeostáticos.

3. Conclusiones

Encontrar un diseño equilibrado de ayuda para el paciente esquizofrénico implica trabajar con sus familiares (13) y ese trabajo conjunto es

muy complicado cuando el paciente se encuentra al cuidado de un familiar sobreimplicado emocionalmente con él. Harding (14) menciona que para los pacientes del estudio de Vermont el elemento clave de su recuperación, después de penosos años de enfermedad, fue el apoyo que encontraron en un momento determinado: "Alguien creyó en mí —alguien me dijo que podría tener la oportunidad de recuperarme— y en mi propio empeño" (pág. 766). En esa misma publicación se cita una frase de Manfred Bleuler (4) que hubiera justificado por sí sola la

elaboración de este trabajo, aunque las cosas no suelen ocurrir así. Según Bleuler, el mejor tratamiento para los pacientes esquizofrénicos consiste en que los terapeutas "se relacionen de una forma activa y constante con los aspectos sanos del paciente psicótico" (14, pág. 766).

Aunque la propuesta terapéutica para el manejo clínico del comportamiento sobreimplicado de los familiares se ha restringido al tratamiento de la esquizofrenia, este enfoque es igualmente recomendable en todos los casos en los que la SE sea un componente destacado.

Referencias bibliográficas

- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. y Reiss, D.J., "Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach", *Schizophrenia Bulletin*, vol. 6, págs. 490-505, 1980.
- Bebbington, P.E. y Kulpers, L., "The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 89 (supl. 382), págs. 46-53, 1994.
- _____, "The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis", *Psychological Medicine*, vol. 24, págs. 707-718, 1994.
- Bleuler, M., "The long-term course of the schizophrenic psychoses", *Psychological Medicine*, vol. 4, págs. 244-258, 1974.
- Brown, G.W., Birley, J. y Wing, J.K., "Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication", *British Journal of Psychiatry*, vol. 121, págs. 241-258, 1972.
- Ciompi, L., "The natural history of schizophrenia in the long term", *British Journal of Psychiatry*, vol. 136, págs. 413-420, 1980.
- De Shazer, S., *Keys to solution in brief therapy*, Nueva York: Norton, 1985.
- Ermutlu, I., "Induced dichotomy of personality as a technique in supportive psychotherapy", *The Psychiatric Forum*, págs. 19-22, 1977.
- Falloon, I.R.H., *Family management of schizophrenia: a study of clinical, social, family and economic benefits*, Baltimore: John-Hopkins University Press, 1985.
- Gutiérrez, E., "La terapia familiar en la esquizofrenia: los modelos psicoeducativos", en J. Navarro Góngora y M. Beyebach, eds, *Avances en terapia familiar sistémica*, Barcelona: Paidós, 1995.
- _____, "Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia: I. Revisión crítica de los supuestos de independencia, estabilidad y causalidad", *Análisis y modificación de conducta*, vol. 14, págs. 61-85, 1988.
- _____, "La evolución del modelo psicoeducativo", trabajo presentado en las XII Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Murcia, noviembre de 1994.
- _____, "Terapia sistémica y familiar. El enfoque psicoeducativo". Actas del III Congreso de Asociación Galega de Saúde Mental. "La esquizofrenia hoy", Orense, 1996.
- Harding, C.M., "La interacción entre los factores biosociales, el tiempo y la evolución en la esquizofrenia", en C.L. Shirk y Nasrallah, H.A., eds., *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, Madrid: Edimsa, 1996.
- Hatfield, A.B., "Semantic barriers to family and professional collaboration", *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, págs. 325-333, 1986.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Jauna, C.D. y Madonia, M.J., "Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, vol. 43, págs. 633-642, 1986.

17. Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Ulrich, R., Carter, M. y Epics Research Group, "Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment", *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, págs. 340-347, 1991.
18. Kanter, J., Lamb, R. y Loeper, C., "Expressed emotion in families: a critical review", *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 38, págs. 374-380, 1987.
19. Koenigsberg, H.W. y Handley, R., "Expressed emotion: from predictive index to clinical construct", *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, págs. 1361-1373, 1986.
20. Kottgen, C., Sonnichsen, I., Mollenhauser, K.K. y Jurth, R., "Group therapy with families of schizophrenic patients: results of the Hamburg Camberwell family intervention study III", *Journal of Family Psychiatry*, vol. 5, págs. 84-94, 1984.
21. Lefk, J., "Achieving emotional separation between high expressed emotion relatives and schizophrenia patients", en A. Werbart y J. Cullbergh, eds., *Psychotherapy of schizophrenia: facilitating and obstructive factors*, Oslo: Scandinavian University Press, 1992.
22. Lefk, J. y Vaughn, C.E., *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*, Nueva York: Guilford, 1985.
23. Lefk, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Stachan, A., Glass, I. y Vaughan C., "A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, págs. 58-66, 1989.
24. Lefk, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Stachan, A., Glass, I. y Vaughan C., "A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia: two year follow-up", *British Journal of Psychiatry*, vol. 157, págs. 571-577, 1990.
25. Lefk, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R. y Sturgeon, D., "A controlled trial social intervention in the families of schizophrenic patients", *British Journal of Psychiatry*, vol. 141, págs. 121-134, 1982.
26. Lefk, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., y Sturgeon, D., "A controlled trial social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up", *British Journal of Psychiatry*, vol. 146, págs. 594-600, 1985.
27. Lefk, H.P., "Expressed emotion: conceptual, clinical and social policy issues", *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, págs. 591-598, 1992.
28. Mari, de J. y Steiner, D.L., "An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings", *Psychological Medicine*, vol. 24, págs. 565-578, 1994.
29. Montero I., Ruiz, I., Adam, A., et al., "Impacto de un programa psicoeducativo en familias de pacientes esquizofrénicos", *Psiquis*, vol. 11, págs. 27-35, 1990.
30. Rund, B.R., Moe, L., Sollien, T., Fjell, A., Borchgrevink, T., Hallert, M. y Naess, P.O., "The psychosis project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 89, págs. 211-218, 1994.
31. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G., *Paradox and counterparadox*, Nueva York: Jason Aronson, 1981.
32. Slipp, S., ed., *Curative factors in dynamic psychotherapy*, Nueva York: McGraw Hill, 1982.
33. Smith, J.V. y Birchwood, M.J., "Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, vol. 156, págs. 645-660, 1990.
34. Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C.E., Bamrath, J.S., Porceddu, K., Watts, S. y Freeman, H.L., "Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioral intervention with families", *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, págs. 625-628, 1989.
35. Tarrier, N., Barrowclough, C. y Vaughn, C., "The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse", *British Journal of Psychiatry*, vol. 153, págs. 532-542, 1988.
36. White, M., *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York: Norton, 1990.