

UNA TERAPIA DE UNA FAMILIA CON VARIOS MIEMBROS PSICÓTICOS

Mosaico. Tercera época. Primer cuatrimestre, nº 14 pp. 22-24. Año 1999

La Terapia Familiar comenzó a desarrollarse como un nuevo esfuerzo por tratar la más grave de las patologías psíquicas, la Esquizofrenia. Sus aparentemente buenos resultados iniciales dieron un fuerte impulso a la T. F.. Sin embargo estos resultados no se confirmaron posteriormente, lo que sumió a la aplicación de la T. F. a la Esquizofrenia en un estado de adormecimiento, del que sólo ha despertado breve e ilusoriamente durante los años 70 y 80. En los noventa, se produce un nuevo despertar, que parece ser de mayor duración. Insospechadamente proviene de un modelo biologicista, que basando la etiología de la esquizofrenia un modelo de "Vulnerabilidad Genética", reactiva la influencia "ambiental" como necesaria para el desencadenamiento de la Esquizofrenia: de ahí a admitir la importancia de las relaciones familiares en la génesis y evolución de la Esquizofrenia, hay un paso muy breve.

El modelo de "Vulnerabilidad Genética", conjugado con el impacto del "estrés familiar", explica mejor algunas particularidades de los Trastornos Esquizofrénicos, a los que el Modelo Sistémico-Relacional no da una adecuada explicación: por ejemplo, el hecho de que en una familia convivan simultáneamente dos pacientes con sintomatología psicótica activa.

Durante el taller, se mostraron escenas de distintas sesiones de una T. F. de una familia de cuatro miembros, en la que, al menos dos, presentaban síntomas psicóticos simultáneamente. Previamente se expuso un pequeño resumen del caso, que es visto en un contexto de supervisión por dos psicoterapeutas en formación.

La familia la componen cuatro miembros, los padres, J. y R., dos hijos, M. Y E.. M. llevaba unos años siguiendo un tratamiento Psicofarmacológico, diagnosticado de Esquizofrenia Desorganizada Crónica. Apenas sale, tiene muy poco contacto y muchas dificultades de relación.

Se decide convocar a la familia cuando un equipo de atención domiciliaria que trabaja con M. nos comunica que E. lleva un tiempo presentando alteraciones importantes de conducta y aislamiento. Durante la primera entrevista se desvela un "secreto": E. Había abortado por su cuenta unos meses atrás, lo que al parecer motivaba su conducta, y la familia eludía pedir ayuda por la dificultad de enfrentarse al problema. A partir de ahí se plantea una T. F., en la que, poco después, se evidencia el trastorno psicótico también de E.

Como antecedentes familiares nos encontramos con 3 diagnósticos de Esquizofrenia en la Familia de la madre -la abuela materna y dos hermanas-

ambas ingresadas indefinidamente en sendos hospitales psiquiátricos de larga estancia.

En la del padre, su hermano mayor, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, murió en el H. Psiquiátrico.

El padre, J, natural de un pueblo de Burgos, emigró al País Vasco hace 34 años, trabajó de vigilante especialista y actualmente está jubilado.

La madre, R, natural de un pueblo de Valladolid, vino al País Vasco hace 37 años, fue maestra en una escuela y actualmente está jubilada. Tiene problemas de sordera, conductas inadecuadas y manifiesta rasgos paranoides.

Se casaron cuando ella tenía 37 años y él 38, después de un año de noviazgo. Tienen 2 hijos, M, de 22 años, y E de 21.

M, fue derivado en el año 91 por el médico de cabecera al C.S.M. porque presentaba problemas de conducta y un posible consumo de heroína manifestado por la madre. Ha ingresado 2 veces en el psiquiátrico, en ambas ocasiones por un periodo de 2 meses y medio. La primera vez en el año 93 , se le diagnostica de Esquizofrenia Desorganizada y la segunda vez en el 94 .Tras este ingreso abandona los estudios de 2º de B.U.P., acudiendo desde entonces a consulta.

E., ha cursado hasta C.O.U., faltándole algunas asignaturas para acabar. Ha iniciado estudios de hostelería, y posteriormente de secretariado con poca confianza en sí misma para poderlo acabar.

Pudimos observar en el caso presentado las características habituales de este tipo de familias, entre ellas, Comunicación paradójica, Pseudomutualidad, Evitación de conflictos, Labilidad afectiva, Dificultad de autonomía y separación...

Los objetivos a trabajar fueron: la contención a todos los miembros de la familia, la autonomía, mejorar la comunicación entre sus miembros, manejar los conflictos y trabajar con los sentimientos.

REFLEXIONES

✍ La dificultad que supone para el terapeuta trabajar con este tipo de familias, especialmente en los momentos de actividad psicótica, pero sin olvidarnos de la capacidad de contención que puede tener la T. F. en esos periodos.

✍ La importancia de trabajar en coterapia para poder tomar distancia y no dejarse atrapar en el círculo de goma.

✍ La dificultad del desarrollo de un trabajo familiar continuado en estos casos de larga evolución, pero si se establece una buena relación, los pacientes acuden asiduamente y a partir de aquí se puede trabajar.

✎ Se reflexionó sobre las técnicas a utilizar con estas familias y sobre la posibilidad de hacer un trabajo más activo para movilizar más a la familia, ya que el proceso de cambio es muy lento. Sin embargo, no podemos olvidar la labor de contención a todos los miembros de la familia, ya que por la tendencia a la homeostasis una mejoría en uno de los miembros puede desencadenar la descompensación en otro.

✎ La dificultad en la comunicación, no solo entre los miembros de la familia, sino también entre los terapeutas y la familia, es decir, la dificultad de adaptarse al lenguaje de la familia con lo cual hace más difícil aún el avance en el trabajo.

✎ Se planteó también la discusión en torno a los diferentes modelos etiológicos de la Esquizofrenia, llegándose a la conclusión final de que el debate era artificial, pues el modelo Sistémico y el de la Vulnerabilidad Genética no son excluyentes.

El énfasis se puso en cómo trabajar con este tipo de pacientes y familias, conjugando tanto los aspectos psicofarmacológicos, como los de apoyo individual, rehabilitación y terapia familiar.

Roberto Pereira Tercero
Montserrat Bilbao Fernández
Nerea Villanueva González