

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL C.R.I.S.¹

Silvia Penadés Sánchez, Santiago Azpilicueta García y Jaume Ferrándiz Boix.

RESUMEN El C.R.I.S. de Ontinyent lleva funcionando desde 1997. La intervención con familias tiene un lugar importante entre sus programas. Seguidamente se hace una breve revisión de las diferentes perspectivas de intervención familiar, y se resumen los tipos de intervención familiar que en el C.R.I.S. se efectúan.

PALABRAS CLAVE Rehabilitación, enfermedad mental crónica, intervención familiar, modelo de vulnerabilidad, emoción expresada, C.R.I.S., grupos psicoeducativos, seguimiento de casos.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Rehabilitación e Integración Social de Ontinyent fue el primero de este tipo en la Comunidad Valenciana, iniciando su trabajo en octubre de 1997. Su funcionamiento viene regulado por la Orden 3 de febrero de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales (actualmente Consellería de Bienestar Social, de la que depende), y es un elemento más de lo que debe ser una red de recursos integrada de atención a las personas con enfermedad mental crónica.

Los usuarios que se atienden padecen principalmente diferentes psicosis (esquizofrenias en su mayoría), trastornos maniacodepresivos, y trastornos de personalidad.

Dentro de las áreas de intervención del C.R.I.S. (variadas y cuya especificación excede el objeto de este artículo), la intervención familiar tiene un peso fundamental.

La citada Orden 3 de febrero establece que una de las funciones del C.R.I.S. es dar apoyo a las familias de las personas con enfermedad mental. Por otro lado, desde hace varias décadas se viene reconociendo la importancia de las relaciones familiares en el pronóstico y evolución de las esquizofrenias, aunque como veremos más adelante, el enfoque ha ido cambiando desde posturas culpabilizadoras a otras que sin serlo, sí reconocen la influencia de la familia en el trastorno. Además, quienes tratamos de cerca a las personas con enfermedad mental crónica y a sus familias, sabemos que este tipo de trastornos son tanto una experiencia emocional muy dura para esas familias (y para los enfermos, por supuesto), como una pesada carga que requiere la ayuda de cuantas instituciones y profesionales estemos implicados en su atención y tratamiento. Así, tanto por las directrices que nos marca la Orden que nos

regula, como por la evidencia científica de la influencia de las relaciones familiares sobre la enfermedad mental y la validez de las intervenciones dirigidas a su modificación, y como por la convicción personal de compromiso moral con quienes sufren al tener en el seno de su familia alguien que padece una enfermedad mental crónica, la intervención con las familias en el C.R.I.S. tiene gran relevancia y variadas formas de aplicación como veremos seguidamente.

Fundamentación teórica

Desde los años sesenta, la crítica a la institucionalización y la profunda transformación producida en el sistema de atención a la salud mental gracias al desarrollo de las políticas de reforma psiquiátrica llevadas a cabo en Europa y Estados Unidos, ha generado que las familias acrecienten su función como pieza clave en el cuidado y mantenimiento en la comunidad del enfermo mental crónico.

Las familias constituyen el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental, sin embargo la problemática y necesidades de las familias aún es poco conocida y atendida, cuando no ignorada. Éstas precisan atención a sus dificultades y problemas que en muchos casos viven y afrontan de un modo aislado, sin apoyo ni orientación.

Los primeros abordajes teóricos sobre este tema postulaban un papel causal de la estructura familiar en el inicio y mantenimiento de la esquizofrenia. La teoría del doble vínculo (Bateson y cols.) fue la que más popularidad alcanzó, que señalaba una serie de pasos, o secuencias comunicativas, que supuestamente explicaban tanto la aparición de la esquizofrenia, como su mantenimiento.

¹C.R.I.S. (Centro de Rehabilitación e Integración Social)
E-mail: crisadiem@jazzfree.com

Existen otras aproximaciones teóricas donde se plantearon que las pautas de comunicación o de interrelación del sistema familiar tenían un papel etiológico en la esquizofrenia, como la de Fromm-Reichman (1948) que desarrolló el concepto de “madre esquizofrenógena”, el cual da origen a numerosas sugerencias de presuntas anormalidades en los padres del esquizofrénico, sin que pueda demostrarse nunca que sean específicas de esta situación; la propuesta de Wynne y cols. (1958) que aportan el concepto de “pseudomutualidad”, según el cual el enfermo busca su identidad a través del progenitor con el que la establece. O bien la aportación de “homeostasis familiar” por parte de Jackson (1959), donde se hace ver la necesidad de que el paciente siga en ese papel para lograr el equilibrio de todo el sistema familiar.

Aunque estas teorías han aportado algunos elementos relevantes en la intervención familiar, no han podido ser contrastadas empíricamente, así como que han sido rebatidas conceptualmente (Strachan, 1986), y generaron implicaciones bastante negativas para las propias familias al favorecer o promover sentimientos de culpabilidad.

En los últimos años, las investigaciones se han centrado no en el papel causal de la familia sino en estudiar los efectos de la enfermedad en el ámbito familiar y cómo la familia se adapta a ella, o cómo el contexto de la relación familiar puede incidir positiva o negativamente en el curso de la esquizofrenia. Aparecen nuevos modelos de intervención que pretenden ayudar a las familias enfatizando el papel positivo que éstas pueden cumplir en la rehabilitación y prevención de recaída del enfermo mental crónico.

Marco general de actuación

El marco de actuación con las familias desde la rehabilitación psicosocial responde a dos puntos. En primer lugar, hay que cubrir las necesidades que presentan las familias que tienen una persona con una enfermedad mental. Según Spaniol y Zippel (1984), estas necesidades se pueden agrupar en cinco tipos:

- Información sobre la enfermedad.
- Asesoramiento en el manejo de la sintomatología psiquiátrica.
- Asesoramiento y consejo en el manejo de los problemas con el seguimiento y toma de medicación.
- Orientación sobre los problemas de conducta.

- Asesoramiento en el manejo del estrés familiar.

En segundo lugar, la rehabilitación psicosocial parte de unos supuestos teóricos en los que se fundamenta su actuación y que se pueden resumir en el Modelo de Vulnerabilidad a la Esquizofrenia y la emoción expresada (E.E.).

El “**Modelo de vulnerabilidad**” (Zubin y Spring, 1977), introduce el concepto de *variable moderadora* para explicar la etiología de la esquizofrenia. La vulnerabilidad sería un rasgo estable de personalidad y de conducta presente en los individuos, en mayor medida en pacientes del espectro esquizofrénico, que podrá o no aparecer precipitada por otros factores (Vázquez y Ochoa, 1989). Según Zubin y Steinhauer (1981), dos personas con el mismo grado de vulnerabilidad y sometidos a acontecimientos estresantes similares, serán diferencialmente proclives a desarrollarán un episodio esquizofrénico si las variables moderadoras que influyen en cada caso son distintas.

Reconocen tres categorías de variables moderadoras:

- Nicho ecológico.
- Características de personalidad.
- Red social o de relaciones interpersonales, destacando aquí como variable clave el *ambiente familiar*, que puede incrementar o reducir la influencia de los factores amenazantes sobre un individuo vulnerable.

El constructo de “**Emoción Expresada**” (E.E.) surge de modo pragmático para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos.

Los estudios sobre E.E. tienen su origen en observaciones clínicas de los años cincuenta, donde se observó una mayor tasa de recaídas en los pacientes que volvían a casa tras una descompensación, si regresaban con la familia que en aquellos que pasaban a vivir solos o con otras personas ajenas a la familia.

El constructo E.E. consta de cinco componentes:

1. Criticismo: comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente.
2. Hostilidad: es un tipo más extremo de comentario crítico, que implica una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no sólo de su conducta.
3. Sobreimplicación: refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar; una conducta exageradamente sobreprotectora hacia el pa-

ciente o los intentos, por parte del familiar, de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente.

4. Calor: manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente.
5. Comentarios positivos: expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta.

Varios estudios han comprobado que los componentes de la E.E. criticismo, hostilidad y sobreimplicación, constituyen el mejor predictor individual de recaída en esquizofrénicos, mientras que los dos últimos, calor y comentarios positivos, no parecen predictivos empíricamente.

Intervención con familias

Katsching y Konieczna (1989) insisten en denominarlo más bien “trabajo con familias” y no intervención con familias.

Estos autores sitúan el trabajo con familias en la zona intermedia en un continuo entre la “terapia familiar” por un lado, y los “grupos de autoayuda” por otro. Esta aproximación ha de hacerse otorgando a la familia cierta parte de su tradicional rol de experto. Los objetivos del trabajo con familias no son sólo la reducción o prevención de psicopatología, sino también la mejora de la calidad de vida del paciente y la familia.

Los datos de la literatura más reciente muestran niveles de carga en familiares de esquizofrénicos que aproximadamente doblan a los de la población general, especialmente cuando predomina sintomatología negativa (Oldridge y Hughes, 1992). El mantenimiento de la situación provoca en los miembros de la familia la vivencia de angustia y tristeza ante lo inmanejable e incomprensible, apareciendo a menudo la culpa.

En este contexto resulta comprensible el a menudo dramático aislamiento familiar, el deterioro de la red social familiar. Los miembros de la familia se centran en el cuidado del paciente y disminuyen sus relaciones sociales y, en consecuencia los apoyos exteriores, con lo que empeora la capacidad como cuidadores que poseen, manteniéndose indefinidamente esta situación.

Modelos psicosociales de intervención con familias

Son modelos que se apartan de líneas psicoterapéuticas clásicas y que en principio no pretenden la “cura”,

sino la mejor adaptación posible a la enfermedad y a sus consecuencias.

Estos modelos comparten unos objetivos principales que son:

- Disminuir la frecuencia de las recaídas.
- Conseguir en el paciente un mejor nivel de funcionamiento ocupacional y social.
- Reducir la sobreestimulación del ambiente natural sobre el paciente.
- Ayudar y apoyar a las familias. Disminuir el estrés familiar.
- Mejorar las habilidades de los familiares para afrontar problemas.
- Clarificar la comunicación familiar.

Modelos basados en el entrenamiento

• Terapia familiar orientada a las crisis

Goldstein, basándose en datos procedentes de varios proyectos de investigación, hace hincapié en el alto riesgo de recaída durante el período inmediato posterior al alta hospitalaria. De estos estudios se deriva la necesidad de empezar la atención posthospitalaria inmediatamente después del alta y actuar directamente sobre estresores definibles dentro del período de alto riesgo.

Los objetivos son:

- Identificar factores estresantes que pueden haber rodeado la aparición de la crisis.
- Desarrollar estrategias de evitación y afrontamiento del estrés.
- Anticipar y planificar futuros sucesos estresantes.

• Intervención familiar conductual

Este modelo, gestado en el Centro de Investigación Clínica de Salud Mental de Camarillo de la Universidad de California (Faloon et al., 1982), a lo largo de más de diez años (Lieberman, 1970), se centra en la *unidad familiar* como foco de la intervención terapéutica considerándola como unidad básica de salud y determinante crucial de la recuperación del paciente y no como el núcleo originario de la patología.

Se presta especial atención a los recursos naturales de los que dispone la familia, raramente puestos de relieve por otros autores. La *salud* es entendida no sólo

como ausencia de efectos negativos, tales como las recaídas, sino como el logro del máximo funcionamiento social competente por parte de todos los miembros de la familia.

El objetivo principal del modelo es conseguir que la familia aprenda a resolver de forma efectiva los problemas cotidianos, para poder hacer frente al estrés asociado a la presencia de un familiar con esquizofrenia o al que puede desencadenarse por la ocurrencia de acontecimientos vitales comunes. Para ello, antes de intervenir directamente, se realiza un análisis conductual del sistema familiar que comprende las *fases*:

- 1- Evaluación individual de cada miembro de la familia para establecer los recursos, déficit, metas, expectativas, actitudes, sentimientos e intercambios con el resto de la familia.
- 2- Evaluación de las interrelaciones entre las diferentes metas y problemas de los distintos miembros, es decir, un análisis funcional del sistema familiar.
- 3- Observar los intentos familiares por resolver un problema, en el marco natural o a través de situaciones estandarizadas, para detectar los elementos eficaces y no eficaces.
- 4- Formulación, por parte del terapeuta familiar, de un plan de tratamiento para subsanar los principales déficits en la resolución de problemas.

Este modelo se basa en los procedimientos conductuales de cambio de conducta, en el condicionamiento operante y en el aprendizaje social.

Los objetivos específicos que se pretenden conseguir son tres:

- Mejorar conocimientos sobre la enfermedad.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Desarrollar estrategias eficaces de solución de problemas.

Como consecuencia del logro de estos objetivos, se consigue indirectamente reducir la tensión familiar y cambiar actitudes perjudiciales, como son un exceso de críticas o de implicación emocional. Esto, a su vez conlleva una mejoría en el estado clínico del paciente, verificable en su menor número de recaídas, así como un aumento en su calidad de vida y en la del resto de los miembros de la familia.

Modelos basados en la información

• **Psicoeducación familiar**

Anderson basa su modelo de intervención familiar en dos aspectos fundamentales:

- La Teoría de la Vulnerabilidad: déficit psicológico nuclear en los esquizofrénicos.
- Las dificultades familiares puestas de relieve en diversos estudios: emoción expresada y comunicación desviada.

Los objetivos son:

- Desarrollar en la familia expectativas más realistas.
- Crear barreras a la estimulación excesiva. Exigencias progresivas.
- Fijación de límites inter e intrafamiliares.
- Mejorar la comunicación.
- Normalizar la rutina familiar. Evitar el aislamiento social de la familia.

Modelos basados en el apoyo

• **Intervención familiar de la National Alliance for Mental Illness**

La National Alliance for Mental Illness (NAMI), confederación de asociaciones de familias de enfermos mentales en EE.UU., que cuenta con una gran influencia, oferta una atención basada fundamentalmente en el apoyo, aportando la posibilidad de acudir a grupos de autoayuda y otros servicios necesarios para las familias (Hatfield y Lefley, 1987; Hatfield, 1990).

Este programa comprende:

- 1- Información acerca de las enfermedades mentales crónicas.
- 2- Tratamiento de la enfermedad.
- 3- Reducir la tensión en el ambiente familiar.
- 4- Manejar la conducta perturbadora.
- 5- Facilitar el crecimiento y la rehabilitación.

Además de estos modelos existen otras "*aproximaciones extensas globales*", que son modelos de atención que tratan de abarcar las tres vertientes de necesidades de las familias, y que incluiría los siguientes modelos:

- **Intervención familiar para reducir la emoción expresada**, dirigida a disminuir la E.E. y el tiempo de contacto.

• **Terapia multifamiliar**, cuyos objetivos se centran en:

- Prevención de recaídas (reducción del aislamiento, del estigma y la carga objetiva/subjetiva, de la E.E., de las disfunciones en la comunicación...).
- Mejorar el funcionamiento psicosocial (disminuir los patrones interactivos de dependencia, expansión de la red social).
- Creación de una red social semipermanente organizada alrededor de las necesidades a largo plazo de los miembros de la familia.

Intervención familiar en el C.R.I.S.

Desde el momento en que este C.R.I.S. comenzó a funcionar, se ha realizado intervención con las familias. Con estas intervenciones se ha observado que cuando los familiares se implican en el proceso de rehabilitación, los avances son mayores y más rápidos. El conocimiento por parte de los familiares de áreas tan importantes como los síntomas, tratamientos, formas adecuadas de comunicación, recursos y estrategias de manejo, contribuye a que los familiares se sientan menos culpables y mejore considerablemente la convivencia con el enfermo.

Desde el C.R.I.S. se ha intervenido con las familias principalmente de cuatro formas diferentes:

- a) **Grupos Psicoeducativos.**
- b) **Grupos de Ayuda Mutua.**
- c) **Intervención Familiar Grupal.**
- d) **Intervención Unifamiliar (seguimiento de casos).**

a) Grupos Psicoeducativos.

Se trata de un grupo totalmente estructurado, con un número de sesiones prefijado y dirigidas por un profesional del centro.

Desde el C.R.I.S. d'Ontinyent estos grupos se han puesto en marcha en varias ocasiones, el número de familias que han pasado por él, es de cincuenta y dos en el caso de familiares de usuarios diagnosticados de esquizofrenia y seis en el de familias de usuarios diagnosticados de Trastorno de la Personalidad.

El temario desarrollado en las sesiones es similar en

ambos casos, pero cambiando la información relacionada con el diagnóstico psiquiátrico. La estructura del grupo es la siguiente:

- Sesión 1: Presentación.
- Sesión 2: Aspectos generales de la enfermedad I.
- Sesión 3: Aspectos generales de la enfermedad II.
- Sesión 4: Tratamiento farmacológico.
- Sesión 5: Experiencias de la familia.
- Sesión 6: El papel de la familia en la rehabilitación.
- Sesión 7: Convivencia con el enfermo.
- Sesión 8: El C.R.I.S..
- Sesión 9: Conflictividad social del enfermo mental.

Normalmente las sesiones tienen una duración de entre hora y media y dos horas, y su periodicidad es semanal.

b) Grupos de Ayuda Mutua.

Durante dos años consecutivos se realizaron estos grupos con las familias que ya habían pasado por un grupo psicoeducativo con anterioridad. En estos grupos de ayuda mutua había un psicólogo del centro, aunque aquí la función del profesional no es la formación ni la explicación de bloques temáticos psicoeducacionales, sino la de dinamizar el grupo, tratando de que sean los propios familiares los que comenten y compartan experiencias, emociones, información y puntos de vista.

Es muy importante que todos los asistentes hayan pasado previamente por algún grupo psicoeducativo para familiares, ya que el grupo de ayuda mutua tiene como función, el que no se olviden ni se confundan los conceptos que aprendieron sobre la enfermedad, y el manejo correcto de las situaciones problemáticas que puedan ir apareciendo.

El número de familias que ha asistido desde el C.R.I.S. a los grupos de ayuda mutua ha sido de doce.

La periodicidad del grupo es quincenal y la duración de una hora y media aproximadamente.

c) Intervención Familiar Grupal.

Este grupo aparece como una reconversión del grupo de ayuda mutua nombrado anteriormente. Como se ha comentado, se aprecia que algunos familiares olvidan

o confunden conceptos explicados y tratados en los grupos psicoeducativos. Si a esto añadimos el potencial de aprendizaje que genera la intervención grupal orientada a la resolución de problemas, se nos hace evidente que los familiares pase del grupo psicoeducativo a un grupo de intervención familiar. Este está orientado tanto a recordar y clarificar conceptos como a la práctica grupal de la resolución de problemas, así como también se refiere al manejo de la enfermedad mental y la relación de la familia con el enfermo.

En el grupo de intervención familiar los temas no están tan estructurados como en los psicoeducativos, pero hay unas áreas de trabajo que irán eligiendo los asistentes según sus necesidades y motivaciones. Estas áreas son:

- Medicación.
- Alcohol y drogas.
- Relación con el enfermo.
- Resolución de problemas.
- Autocuidados del cuidador.
- Prestaciones económicas.
- Procedimientos judiciales.

El grupo está dirigido por un profesional del centro, pero dando mucha importancia al diálogo entre los asistentes. La periodicidad es quincenal y la duración está entre hora y media y dos horas.

A este grupo han asistido hasta la actualidad treinta y seis familias, todas procedentes de grupos psicoeducativos de familiares de enfermos diagnosticados de esquizofrenia.

d) Intervención Unifamiliar (seguimiento de casos).

En muchas ocasiones y debido a los objetivos programados en los PIR (programa individualizado de rehabilitación) de cada usuario del centro, se ha visto la necesidad de intervenir de forma unifamiliar o con algún miembro de la familia.

Los principales temas que se trabajan en el ámbito unifamiliar son:

- Comunicación con el enfermo.
- Tratamiento farmacológico.
- Nivel de actividades.

- Expectativas familiares.
- Resolución de problemas.
- Habilidades de la vida diaria.
- Tramitaciones socio-administrativas. Etc.

Finalmente, queremos resaltar que aparte del efecto de estas intervenciones sobre el curso de la enfermedad y el número de recaídas, es para nosotros muy importante mejorar con ellas la calidad de vida y el apoyo percibido de las familias y enfermos. Nuestra experiencia en este campo viene a demostrarnos que caminamos en la dirección correcta y estamos muy satisfechos del fruto de estas intervenciones.

Referencias bibliográficas

Sanz Fuentenebro, F.J. y Cañive, J. (1996): "Psicoeducación de familiares de pacientes esquizofrénicos", en Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (comps.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A., p. 205-226.

De la Hoz Garcimartín, M.A., et al. (1997): "La familia como recurso en rehabilitación psicosocial", en Rodríguez González, A. (coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, Madrid: Ediciones Pirámide. p. 271-296.

Gutiérrez, E. (1997): "El concepto de esquizofrenia y el papel de la familia en el tratamiento. El movimiento psicoeducativo", en Rebolledo Moller, S. (ed.), *Rehabilitación Psiquiátrica, Curso de Postgrado*, Edita: Universidad de Santiago de Compostela, Servicio de Publicaciones, Campus Universitario Sur; p. 105-112.

Arribas Saiz, M.P. y cols. (1996): *Convivir con la esquizofrenia*, Valencia: Promolibro.

Rebolledo Moller, S. y Lobato Rodríguez, M.J. (1994): *Cómo afrontar la esquizofrenia. Guía para las familias*, Madrid: Asociación de psiquiatría y vida.

Luengo López, M.A. (2001): *Comprender la esquizofrenia. Guía psicoeducativa*, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.