

# APARICIÓN DE UN PRIMER BROTE PSICÓTICO EN LA FAMILIA: APROXIMACIÓN DESDE EL MODELO SISTÉMICO

## APPEARANCE OF THE FIRST PSYCHOTIC BREAK IN THE FAMILY: A SYSTEMIC APPROACH

Irene Beltrán Ramírez (1), Gema Galindo Osma (2), Enrique Grandal Miaja (3), Alba López Gómez (4) y Alfonso Ríos Solsona (5)

(1) *Trabajadora Social y Máster en Sociología Aplicada: Problemas Sociales* (2) *Psiquiatra, Centro de Salud Mental Villa de Vallecas* (3) *Trabajador Social, Cruz Roja Española Pozuelo de Alarcón*

(4) *Psicóloga y Subdirectora, Centro de Rehabilitación Laboral Vázquez de Mella* (5) *Educador Social*

**Resumen:** El aporte teórico fundamental de este escrito se basa en una explicación relacional de los primeros síntomas psicóticos. Por tanto, no se encontrarán justificaciones biológicas que hablen de enfermedad y que acaben por aislar al individuo del lazo social. Entendemos que la persona sintomática lanza un mensaje a toda la familia de su malestar (ya que solo a través del síntoma puede transmitirlo). Esta dificultad para lograr una buena diferenciación y mostrar el desacuerdo, sumándolo a las comunicaciones confusas, doble vinculares y a formas de apego pobres..., son algunas de las características repetitivas y constantes que aparecen en las familias en las que existe este fenómeno. A través de un ejemplo práctico, se representarán todas esas particularidades que inducen al “embrollo”, familiar.

**Palabras clave:** Síntomas psicóticos, Diferenciación, Pseudomutualidad, Doble vínculo, Desviación comunicativa.

**Abstract:** The fundamental theoretical contribution made by this paper is its relational approach to explaining early psychotic symptoms. This paper, therefore, does not include biological justifications that refer to ‘disease’ and end up isolating the individual from the social fabric. We believe that a symptomatic person is sending a signal of distress to his/her family (since conveying it through symptoms is the only way that he/she is able to do it). This difficulty in achieving good differentiation and in showing disagreement, with the additional complication of confusing, double bind communication and poor attachment..., are some of the repetitive and constant characteristics that appear in families in which this phenomenon exists. A practical example is used to represent all of these particularities that lead to family problems.

**Key words:** Psychotic symptoms, Differentiation, Pseudomutuality, Double bind, Communicative deviation.

| Recibido: 28/02/2017 | Revisado: 23/03/2017 | Aceptado: 16/04/2017 | Publicado: 31/05/2017 |

*Correspondencia:* Irene Beltrán Ramírez. Email: irene.beltranr@gmail.com. Trabajadora Social y Máster en Sociología Aplicada: Problemas Sociales. Gema Galindo Osma. Email: gemagalos@gmail.com. Psiquiatra, Centro de Salud Mental Villa de Vallecas. Enrique Grandal Miaja. Email: grandalenrique@gmail.com. Trabajador Social, Cruz Roja Española Pozuelo de Alarcón. Alba López Gómez. Email: alba.gomezgo@gmail.com. Psicóloga y Subdirectora, Centro de Rehabilitación Laboral Vázquez de Mella. Alfonso Ríos Solsona. Email: arsolsona85@gmail.com. Educador Social.

*Referencia normalizada:* Beltrán, I., Galindo, G., Grandal, E., López, A., y Ríos, A. (2017). Aparición de un primer brote psicótico en la familia: Aproximación desde el modelo sistémico. *Trabajo Social Hoy*, 81, 83-102. doi: 10.12960/TSH.2017.0012

## 1. INTRODUCCIÓN

Elegimos articular este trabajo sobre la aparición de un primer brote psicótico en la familia. Fue la recepción de un caso en concreto el que nos ofreció la posibilidad de plantear una intervención preventiva.

Se trataba de una familia en la que uno de sus miembros comenzaba a presentar síntomas psicóticos, a veces con dudas y, otras veces, de forma más clara para los profesionales. Por tanto, la identificación temprana de los hechos y su poca cronificación convertían el caso en susceptible de un abordaje desde otras perspectivas clínicas (menos convencionales actualmente), que tuvieran en cuenta la circularidad en las relaciones y que dieran un significado al síntoma dentro de la dinámica familiar, acabando por dejar de lado el señalamiento del paciente identificado como un enfermo mental irrecuperable.

Es decir, si tradicionalmente la perspectiva clínica trató al individuo sintomático como enfermo y le identificó como el único responsable de su enfermedad y por tanto, como el único sujeto con el que era necesario intervenir, el cambio se produce ante el cuestionamiento de esta visión lineal y la consideración de la importancia del contexto para la aparición de síntomas. La atención pasó entonces a lo relacional.

Desde el modelo sistémico se niega que la esquizofrenia sea una enfermedad solo del cerebro, donde la genética manda más que la biografía del sujeto. Para la aparición de la esquizofrenia se necesitan dos componentes (el biológico y el relacional) íntimamente relacionados (Barbagelata, 2005).

La manera de intervenir ante el caso, presentado al final del documento, está fundamentada en una terapia familiar sistémica puesto que entendemos que *“descentraliza al individuo como el poseedor de una mente; de una mente que reside en su cerebro y cree en una mente relacional, un circuito de retroalimentación con el mundo exterior”* (Barbagelata, 1999: 10). Este ejemplo práctico tratará de ampliar el foco en cuanto a la comprensión del síntoma en la familia, permitiendo la elaboración de una narrativa diferente que hable de crisis y no de avería. Es decir, se entenderá el defecto del funcionamiento no como algo individual (avería), sino como un defecto en el funcionamiento del sistema (crisis). La familia acude a terapia señalando únicamente a uno de sus miembros como el “problemático”, y al que hay que reparar. Lo sorprendente de este modelo es que deja de tener tan en cuenta los síntomas individuales y pasa a observar el contexto y las relaciones que se dan en él. Es decir, se empieza a hablar de crisis en el sistema (liberando y despatologizando al individuo).

## 2. MARCO TEÓRICO

El presente apartado sirve de base conceptual al tema que nos ocupa: aparición de primeros síntomas psicóticos. La profundización teórica, en lo que llamamos *Mapa de la esquizofrenia*, da cuenta de una serie de peculiaridades constantes y repetitivas propias de familias con estas características. Dichos contenidos guardan relación con el grado de diferenciación de un individuo, con el nivel de apego, con dinámicas y juegos comunicacionales, etc., y sirven de guía para la intervención terapéutica. Esta deja de lado los tratamientos tradicionales del síntoma como propiedad meramente individual, pasando a ocuparse de las dinámicas relacionales que protagonizan todos los miembros del sistema.

### 2.1. Mapa de la esquizofrenia

El modelo transgeneracional de M. Bowen se centra en el estudio del *nivel de diferenciación*. Esto es, el grado de separación de un individuo con respecto a su familia de origen. Es un proceso por el cual el/la hijo/a se desvincula lentamente de la fusión inicial con la madre y se mueve hacia la propia autonomía personal. Este proceso de separación es lento e incompleto. Depende de la disposición de todos los miembros de permitir crecer alejándose de ellos y de aceptar las diferencias. Además, tiene íntima relación con la capacidad de los padres de diferenciarse de sus propios padres, de los esposos y de otras personas significativas. Es decir, *“el sí-mismo está ligado emocionalmente a los padres en la generación pasada, al cónyuge en la presente y a los hijos en la futura”* (Bowen, 1998: 70).

El nivel de diferenciación puede ser representado en una escala, siendo uno de los extremos el mínimo de diferenciación y el otro, el máximo de indiferenciación. *“Las personas situadas en la zona inferior [...] son muy vulnerables a la tensión, encuentran muchas dificultades para adecuarse a las exigencias de la vida y manifiestan una alta incidencia de patologías y problemas”* (Bowen, 1998: 71). En definitiva, las personas poco diferenciadas son incapaces de gestionar los conflictos puesto que no pueden soportar la idea de que los otros piensen distinto y evitan cualquier enfrentamiento directo, tendiendo a desdibujar sus creencias (las que son disímiles), acoplándolas a las del resto.

Se tiende a confundir el grado de diferenciación con distancia física. Es decir, ante situaciones cargadas de mucho estrés, erróneamente se entiende que un individuo diferenciado es aquel que ha sabido “escapar”, de las dinámicas relacionales familiares patógenas. Sin embargo, cuando estos individuos se reúnen con su familia de origen experimentan las mismas tensiones que les provocaron la salida del hogar. Esto, por tanto, no equivale a una diferenciación real, sino a lo que Bowen llama *Corte Emocional* en el que *“el individuo se aleja con la ilusión de conquistar la independencia [...] y se comporta fingiendo una mayor autonomía de la que en realidad tiene”* (Bowen, 1998: 73- 74).

Entonces, ¿cómo se logra la verdadera diferenciación?

Como postula Stierlin (1997) para que el fenómeno de la diferenciación se lleve a cabo es necesario por un lado, la *individuación con* (sentimiento de lealtad hacia los valores de la familia de origen y aceptación de los encargos y los mitos familiares) y por otro lado, la *individuación contra* (sentimiento de deslealtad hacia los valores de la familia: pelea con los encargos que se han depositado sobre el individuo, aparición del conflicto y cuestionamiento de las historias familiares). A la suma de ambas, es lo que Stierlin definió como *Individuación Conexa*.

En las familias con miembros con primeros brotes psicóticos existe una enorme dificultad para llevar a cabo la individuación contra por su baja tolerancia a sobrellevar la aparición de conflictos abiertos y las diferencias explícitas entre los miembros: “Se muestran incapaces de experimentar sus sentimientos, impulsos, fantasías, etc., como propios, de modo que no los delimitan de los de otros [...]. Se experimentan como vulnerados en su integridad, despersonalizados, sin centro interior, como seres sin identidad nuclear” (Stierlin, 1997, p. 98).

De manera redundante a la individuación conexa, fue Minuchin (2009) el que reconoció dos necesidades vitales básicas en un individuo: lograr un *sentido de pertenencia* y un *sentido de identidad*. Ambos son procesos que van desarrollándose a lo largo del ciclo vital y que nunca son del todo homogéneos. Es decir, si en un primer momento, el recién nacido necesita un cierto grado de fusión con la madre (lo que provocaría una primacía del sentido de pertenencia a expensas del de identidad), a medida que se crece (sobre todo en la adolescencia), la necesidad de identidad y de desvinculación van siendo mayores. Para dicha separación, se vuelve indispensable la tolerancia a la diferencia.

Sin embargo, como ya se ha ido vislumbrando, en familias con síntomas psicóticos prima la *individuación con* (Stierlin) o, en términos de Minuchin, el sentido de pertenencia frente al de identidad. Así, las demandas que se realizan desde el propio sistema, son las que favorecen la mínima diferencia. Cualquier conflicto es soterrado bajo la idea de que “todo va bien”. Las consecuencias son que no se exploran expectativas o necesidades nuevas. La relación se estanca porque no se puede cambiar ni crecer y los aportes externos son pocos o inexistentes. Es entonces cuando la familia interpreta la esquizofrenia o el brote psicótico como la causa de que se haya roto la armonía. Para ellos hasta ese momento todo marchaba bien y no existía ningún problema.

Siguiendo con la idea de individuación, se hace imposible no mencionar a otro de los autores claves para el entendimiento de dicho término. Fue Cancrini (1996) quien habló de la importancia de adaptarse a las necesidades cambiantes de cada etapa vital familiar. Para ello, paralelo al crecimiento del hijo, tiene que existir “una capacidad de

---

*los padres y madres de aceptar la separación, capacidad estrechamente vinculada con sus propios niveles de individuación y con el modo en que su relación de pareja y el conjunto de sus relaciones interpersonales en curso influyen, en aquella fase, sobre dichos niveles”.*

Dejando de lado todo lo vinculado con el grado de diferenciación, pasamos a centrar la atención en lo relacional.

El primer modelo teórico en estudiar los procesos relacionales que tienen lugar en el seno de la familia fue propuesto por W. Wynne bajo el nombre de *modelo epigenético*. A diferencia del ciclo vital, donde las fases se suceden una tras otra inexorablemente (sin importar si los individuos se hallan psicológicamente preparados), en este modelo cada etapa se apoya en la precedente. Es decir, *“los intercambios de cada fase evolutiva son el resultado de transacciones anteriores [...] y si en una de esas fases, las transacciones se distorsionan u omiten, se alteran las subsiguientes”* (Wynne, 1991: 133). Por tanto, epigénesis se refiere a *“sucesos del devenir (génesis) que se apoyan sobre (epi) los hechos inmediatamente anteriores”* (Wynne, 1991: 133).

La base del modelo (o primera etapa que se ha de analizar) se centra en el estudio del *apego*. En los individuos con síntomas psicóticos aparece que sus vínculos tempranos, con las personas más significativas de su alrededor, fueron muy frágiles o pobres. Al ser la primera etapa del proceso, una mala forma primaria de apego conduce a que todas las fases posteriores se vean afectadas: comunicación, resolución de problemas y pseudomutualidad.

El gran teórico del apego fue Bowlby (1989). Gracias a sus aportaciones, entendemos que el apego (en términos de proximidad física y emocional) se va fraguando en los primeros meses de vida entre el recién nacido y su madre. Posteriormente, el padre va incorporándose a esta relación diádica.

Bowlby afirmó que *“si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira”* (Bowlby, 1989: 16). Para un apego funcional, la madre tiene que ser capaz de atender de manera responsiva a las demandas iniciales del niño. Esa disposición está en relación a la manera en la que la madre experimentó el apego con su familia de origen.

La segunda etapa del modelo es la referida a la *comunicación*. En este aspecto, se ha podido observar que en la mayoría de las familias con algún miembro con primeros síntomas psicóticos hay una cierta desviación comunicacional. Esto es, la tendencia a hablar de modo que el conocimiento compartido se vuelve imposible o difícil de conseguir. *“Un oyente es incapaz de construir una imagen visual o un constructo coherente a partir de las palabras del hablante”* (Wynne, 1991, p. 144). Las reacciones psicóticas

son intentos de atribuir sentido a la propia experiencia y de hacer frente a circunstancias tan pesadas que impidieron construir una narrativa relacional verbal. Es decir, la desviación de la comunicación en estas familias, impide que se pueda hablar y señalar las contradicciones intrínsecas. Solo a través del síntoma se expresa ese “lío”, familiar (Barbagelata, 2005, p. 32).

Otro término que hace referencia al aspecto comunicacional de las relaciones, fue acuñado por Bateson en 1956 como doble vínculo. Esto es: mensajes sin salida (hagas lo que hagas va a estar mal). Son muy contradictorios y generan mucha ansiedad. Las personas con trastornos mentales graves no perciben esta incoherencia, ni son capaces de comunicar la contradicción, quedando atrapados en el contenido. Para que podamos hablar de doble vínculo se necesitan varias características: que existan dos o más personas involucradas, que sea una experiencia repetida y que un mandato secundario entre en conflicto con un primer mandato (Bateson, 1956, p. 236). Al final, el individuo acaba por no saber discriminar esta contradicción ni por poder comunicarla.

Siguiendo con el modelo epigenético de Wynne, lo interesante en las familias objeto de estudio es el término de *pseudomutualidad*. Este se define como la preservación de pautas relacionales en contra de las necesidades individuales o de circunstancias cambiantes. En otras palabras, “*esfuerzo de adecuación realizado a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que participan en la relación*” (Wynne, 1971, p. 115). Mientras que en una relación mutua, las personas aportarían distintos aspectos de su identidad que son reconocidos y valorados positivamente, en la relación pseudomutual no se toleraría poner en relación las diferencias por miedo u hostilidad a la pérdida o a la ruptura. “*La tensión subjetiva despertada por una divergencia o independencia de expectativas [...] se experimenta como algo que destruye la relación*” (Wynne, 1971, p. 116). Por tanto, como una de las características que pueden encontrarse en familias con algún miembro psicótico es la dificultad para hacer frente a la diferencia, entonces, el síntoma funciona (ilusoriamente) como promovedor de la diferenciación. Solo a través de él, el individuo encuentra la manera de separarse y de mostrar el desacuerdo. El síntoma ayuda a que sea la enfermedad y no él, el que actúa de forma diferenciada, eliminando su responsabilidad en los actos. Solo estallando, empezamos a ser alguien y las partes adormecidas del sí-mismo pueden ser mostradas.

En definitiva, ¿qué hipótesis se manejan cuando hablamos de esquizofrenia?

- 1) Las relaciones de pseudomutualidad que establece familia-paciente esquizofrénico son intensas y perdurables.

La expresión de necesidades cambiantes no hace que la estructura se modifique. Los roles son fijos e inamovibles, no reconociéndose los acontecimientos extraordinarios. Decimos, entonces, que el síntoma actúa como elemento homeostático, deteniendo el ciclo vital de la familia.

- 2) En estas familias se despliega toda una serie de mecanismos compartidos para evitar un reconocimiento a la divergencia. Existe una subcultura de mitos, leyendas e ideologías sobre lo catastrófico de la diferencia. Lo que prevalece es la armonía y lo que no puede ser hablado aparece en forma de secreto. “*Se impide la articulación y la selección de cualquier significado que permita al miembro individual diferenciar su identidad personal*” (Wynne, 1971: 124).
- 3) Los miembros esquizofrénicos internalizan los roles familiares como propios. Se asume la estructura de roles familiares sin cuestionarla y sin posibilidad de salirse del papel que toca desempeñar. Además, se despliegan instrumentos de control y supervisión de ese rol, acabando por vivir en un ambiente de contradicciones evidentes de las que no se habla y que permanecen ocultas.

Para concluir este apartado, mencionaremos a otro de los grandes teóricos de la psicosis. Fue Selvini (1990) el que la explicó como fruto de un proceso interactivo, produciéndose el “embrollo”, en la pareja de padres, inaccesible a la expresión verbal. Se trata de una estrategia que es soterrada, transgeneracional, negada e instrumentalizada por uno de los cónyuges (llamado “provocador pasivo”) hacia el otro cónyuge (“provocador activo”) en la cual el paciente identificado es cómplice y víctima.

Según el mismo autor existirían las siguientes fases:

En los *dos primeros estadios* del proceso psicótico, el impasse en la pareja conyugal se entiende como el juego relacional en el que los cónyuges (con dos roles opuestos) tratan de evitar la escalada, triangulando en el conflicto a uno de los hijos y haciendo que tome partido. Por lo general, el hijo tenderá a coaligarse con la parte pasiva (que se interpreta como “perdedora”) contra la activa o “vencedora”. Sus movimientos (también implicados en el juego) suelen pasar inadvertidos y se le toma como víctima. Es por tanto una promesa ambigua, ya que no se puede explicitar, con la que el hijo se compromete por completo, pero que luego su coaligado niega ambiguamente para mantener la homeostasis y evitar que florezca la problemática real, la conyugal. De ahí la confusión del hijo por este embrollo.

Es en la *tercera fase* cuando aparece un cambio en la conducta del futuro Paciente Identificado (P.I.), que ya no podrá pasar desapercibida, y aunque resulte nueva y extraña aún no puede encuadrarse como algo psicopatológico (desde lo categórico). Trata así de lograr la venganza hacia el “vencedor”, a la vez que ejemplifica, con una muestra de nuevo no verbal, al “perdedor”, la manera de desafiar al otro cónyuge. Pero esta conducta puede también expresar un deseo de independización, es decir, puede formar parte del proceso evolutivo de la adolescencia-juventud por lo que esta fase no clarifica que la conducta sea definitivamente patológica. Pero en las tres siguientes fases, el síntoma psicótico, ya presente, ratifica y endurece el movimiento que el hijo comienza en la fase anterior enmarañando aún más el embrollo relacional.

### 3. OTROS MAPAS IMPORTANTES

Tras vislumbrar la base teórica fundamental para el estudio de primeros brotes psicóticos, resulta esencial el señalamiento de ciertas características correspondientes a otros mapas (divorcio, monoparentalidad y duelo) que guardan relación con el ejemplo clínico presentado en la parte final del documento, siendo necesarias para su buen entendimiento.

#### *A) Mapa de divorcio*

Cuando hay un divorcio, puede ocurrir que los límites dentro de la familia estén más difusos, que se establezcan relaciones más fusionales o de mayor aglutinamiento, a la vez que los límites hacia fuera se hacen más rígidos generándose una situación donde haya límites rígidos hacia fuera y difusos hacia dentro. Esto puede hacer por un lado que nos encontremos con una familia a la que les cuesta dejarnos entrar como terapeutas, en cuanto a alguien ajeno a su sistema, y por otro lado nos alerta de que la jerarquía puede estar alterada por esos límites difusos y que uno de los aspectos a trabajar sea el de la diferenciación. Existen dos elementos a tener en cuenta:

1. Co-parentalidad: Tal y como explica Usandivaras, la organización disfuncional tras el divorcio ocurre cuando la pareja parental está demasiado divorciada y es incapaz de desempeñar la función co-parental necesaria: funciones nutritivas (más estables) y normativas (más vulnerables, ligadas al no, frustrantes y estresantes). Cuando esto fracasa, aparecen sabotajes y coaliciones que violan las fronteras ente subsistemas y socavan la estructura jerárquica. Así, tras el divorcio, ambos padres deben cubrir cada uno por separado una parte nutricia y otra normativa, estableciendo una buena separación entre lo conyugal y lo parental. *“La pareja marital debe separarse, la pareja parental debe permanecer unida. Los esposos pueden divorciarse, pero los padres no”* (Usandivaras, 1986: 17).

2. Triangulación: En el divorcio, hay que tener cuidado con que los padres no triangulen al niño en su conflicto dándole así mucho poder, pero dejándolo en una posición de mucha soledad y en un conflicto de lealtad. Los niños triangulados, en general, suelen elegir para no quebrarse ellos.

#### *B) Mapa de familia monoparental*

Tras el divorcio, entendemos que se forman dos familias monoparentales (padre-hijos y madre-hijos) que nos hacen considerar este mapa.

El riesgo a tener en cuenta en estas familias es la pérdida de fronteras intergeneracionales (o establecimiento de límites difusos entre subsistemas). Es decir, que el adulto no tenga otro igual con quien hablar y se fusione con el menor.



Otros problemas que hay que valorar son la sobrecarga, la parentalización de los chicos, la soledad, la dependencia, la estigmatización social y que suele haber un incremento de las funciones nutricias (simbiotizantes) y una pérdida de las normativas.

### C) Mapa de Duelo

El duelo es una crisis que ataca el momento del ciclo evolutivo de la familia, exigiendo una reestructuración de roles y funciones, así como una elaboración conjunta del significado de la muerte. Cuanto más clara sea la información que circule por el sistema y la disposición de los adultos a explicar las dudas y los miedos, mayor será la probabilidad de formar una narrativa funcional del suceso. *“Cuanto más clara era la descripción de las reacciones de los adultos ante el duelo, más claras eran sus semejanzas con las reacciones observadas en la infancia”* (Bowlby, 1989, p. 46).

Sin embargo, si la información permanece oculta, hablaríamos de “duelo congelado”, en donde no se puede hablar de lo ocurrido. *“Los niños son incapaces de hacer un duelo [...] debido a que nunca habían recibido información adecuada, o a que no tenía a nadie que se solidarizara con él y lo ayudara a adaptarse gradualmente a la pérdida, al anhelo de su progenitor perdido, a su ira y su pena”* (Bowlby, 1989, p. 47).

## 4. ANÁLISIS DEL CASO

A lo largo de este epígrafe, se examinará un caso clínico recibido por nuestro equipo de investigación que muestra de forma práctica los contenidos teóricos considerados previamente. Para facilitar la lectura y comprensión, se incluye el genograma de la familia a analizar:

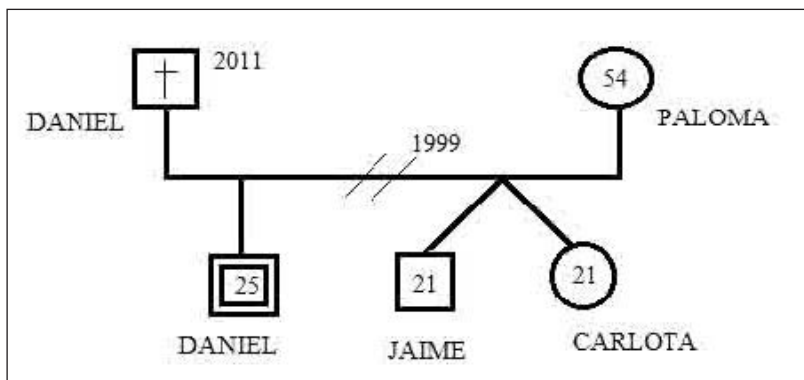


Figura 1. Genograma del caso.

Fuente: Elaboración propia.

## MOTIVO DE DEMANDA

En octubre de 2015, César (un ex compañero de trabajo de uno de los miembros de nuestro equipo) habla con Paloma, en calidad de colega, sobre las dificultades de esta con su hijo mayor (Daniel). Finalmente, ante dicha problemática, César acaba por aconsejarle la solicitud de un acompañamiento terapéutico, recomendándole nuestro recurso y pasándole el teléfono de contacto para que llame cuando quiera.

La derivación del caso, tal y como lo plantea Carlos, es: *“Paloma tiene un hijo con un posible primer brote psicótico. La familia tiene dinero y no quiere introducir a Daniel en el sistema psiquiátrico, prefieren probar otras cosas antes de llegar a eso”*.

## TRABAJO DE ENGANCHE

Tras la derivación del caso se producen varias llamadas entre Paloma y el equipo terapéutico. El resultado final es la aceptación de una metodología familiar, siendo consensuada como la alternativa más acertada.

- *1ª llamada:* Paloma llama para explicar la problemática y para solicitar el inicio del tratamiento para su hijo. Se le comunica que se hablará en equipo y se le devolverá una propuesta de intervención.
- *2ª llamada:* Se le propone cita conjunta con toda la familia. Comenta que lo hablará con sus hijos y nos devolverá la llamada.
- *3ª llamada:* Llama pasada una semana y media y explica que Daniel no quiere acudir. Propone una cita con ella y con la hija pequeña, ya que refiere que es la que mejor vínculo tiene con Daniel. Se le transmite la dificultad de empezar una terapia sin que todos los miembros acudan y, mucho menos, sin que Daniel quiera iniciar ningún tratamiento. Se le propone a Paloma que sea ella quien le pase nuestro teléfono a Daniel para que se le pueda explicar en qué consiste la intervención terapéutica, con fin de aclarar posibles reticencias de este ante el acompañamiento y/o la terapia.
- *4ª llamada:* Paloma llama y comunica que Daniel ha aceptado empezar una terapia familiar. Se concreta cita para el 2 de noviembre.

## REDEFINICIÓN DE LA DEMANDA

La demanda inicial del caso era un acompañamiento terapéutico a Daniel que le supusiese un apoyo en su momento vital actual. En los primeros contactos telefónicos mantenidos con Paloma empezamos a comprender que era una demandad surgida de la angustia de la madre ante la situación de Daniel y no una opción elegida libremente por él. De hecho, en las primeras llamadas, Daniel no era conocedor de los movimientos de la madre y era esta la que anticipaba una reticencia (que luego se mostró irreal) por parte de su hijo.

Desde el primer momento, aun aceptando la demanda que traían, planteamos una cita en la que acudiesen todas las personas implicadas en el caso (Daniel, Paloma y los otros dos hermanos, Carlota y Jaime) para que nos pudiesen ayudar a proponer la intervención más adecuada.

El trabajo realizado para redefinir la demanda inicial y plantear una terapia familiar se basó en dos hechos principales:

- La negativa de Daniel a recibir un acompañamiento terapéutico individual (explicitado por Paloma en las llamadas de enganche) y, por el contrario, su aceptación de una terapia familiar como intervención terapéutica.
- Los juegos y la comunicación confusa que la madre mantuvo durante las llamadas de enganche, basadas en la triangulación de terceros (Carlota) en el conflicto con Daniel y en la ocultación de información a este (en las primeras llamadas explícita que Daniel no sabe que ella está buscando un recurso terapéutico para él).

Por un lado, es un *cambio ético* (aceptación y legitimación de la negativa de Daniel a recibir al acompañamiento individual y no inicio de la intervención con secretos: reuniones previas sin que lo sepan todos los implicados) y por otro, es un *cambio estratégico* (parece que las dificultades no van a ir tan encaminadas a un apoyo a Daniel en su funcionamiento cotidiano, sino a entrar en lo que parece una comunicación confusa entre los miembros de la familia).

#### PRIMERAS HIPÓTESIS (antes de ver a la familia)

Ante las primeras informaciones obtenidas por contacto telefónico, se dibujan los diferentes mapas o aspectos que posiblemente vayan a aparecer en la familia y que necesitan ser explorados en el trabajo terapéutico:

- *Diferenciación (como eje transversal de todo el caso)*: ¿Qué relaciones y juegos se mantienen en la familia para que Daniel tenga una experiencia psicótica? ¿Qué proceso ha vivido Daniel en su historia para que su proceso de diferenciación esté necesitando de dicha experiencia? ¿Por qué sus hermanos no parecen tener esas dificultades? ¿Qué le supone a Paloma la separación (física y emocional) de su hijo mayor? ¿Qué función cumple el síntoma?
- *Divorcio*: ¿Quién se quedó a cargo de los chicos? ¿Existió una posible sobrecarga de la madre? ¿Qué papel jugó el padre en la crianza antes de fallecer?
- *Monoparentalidad*: Si suponemos que Paloma fue la encargada de la mayor parte de la crianza tras el divorcio, ¿es el síntoma un reflejo de la fusión que hubo entre Daniel y Paloma? ¿Estuvo/está Daniel parentalizado? ¿Quién/es permitieron esa alteración jerárquica?

- *Duelo*: ¿Cómo afectó a la familia la muerte del padre? ¿Alguno de los miembros actúa como reemplazo de la figura paterna? ¿Las reticencias de la madre a explicitar la muerte del padre son reflejo de un duelo congelado? ¿Se ha elaborado el duelo del padre a nivel familiar?

## DINÁMICA Y COMPOSICIÓN FAMILIAR

Paloma, de 54 años, es funcionaria. En la actualidad, reside junto a sus tres hijos. A lo largo de las sesiones apenas habla de su vida personal (no refiere ni parejas ni amigos). Sus hijos la ven muy centrada en el trabajo y muy preocupada por su hijo Daniel. Se divorcia de Daniel (padre) en 1999 cuando sus hijos tenían 8 y 4 años. Por lo que cuenta, ella quedó al cargo de los pequeños en soledad, viéndose obligada a asumir todas las tareas que imponía la crianza. Su ex marido veía a los chicos de vez en cuando y solo se encargaba de la parte de ocio. Esto nos sitúa en el mapa de divorcio, poniendo en evidencia un mal desempeño de la co-parentalidad.

Daniel (padre) rehízo su vida con otra pareja a la que sus hijos tuvieron oportunidad de conocer. Sin embargo, no se tienen datos de cómo era la relación entre los hijos y la nueva pareja.

Paloma, que estaba mucho más sola que su ex marido, encontró consuelo en su hijo mayor. Este hecho elevó a Daniel a una posición que no le correspondía ni por edad ni por función, o en otros términos, le parentalizó. Esta pérdida de fronteras intergeneracionales, la sobrecarga y la parentalización son típicas en familias monoparentales.

Cuando al padre le diagnostican un cáncer (motivo de su fallecimiento), Daniel (hijo) es el primero que recibe la noticia y se le encomienda no hablarlo con sus hermanos. Cargar con este secreto supuso un estancamiento en su ciclo vital, un alejamiento con la fratría y de nuevo, ocuparse de tareas que no le correspondían. El mantenimiento de este secreto es una de las partes más confusas del discurso familiar, no explicando bien si el portador del secreto fue solo Daniel o también se incluyó a Paloma. Tampoco refieren el momento en el que es revelado a los hijos pequeños, ni quién lo contó.

En el enfrentamiento de los padres que suponemos y volviendo al mapa de divorcio, vemos que este movimiento del padre provocó una triangulación de Daniel al verse enredado en un conflicto de lealtades entre ambos progenitores. A su vez, refleja la posición privilegiada de Daniel respecto al resto de hermanos, lo que se explicita en las sesiones por el hecho de ser un hijo deseado por el padre mientras que los otros dos no (incidiendo en que el nacimiento de los gemelos supuso una crisis en el subsistema conyugal).

Parece que la información entre padre e hijo fluyó demasiado con la consiguiente alteración de la jerarquía. Sin embargo, al estar muerto, se hizo difícil acceder a esta

información por la idealización de la relación y por los límites rígidos que presentaba la familia ante este tema. El mapa de monoparentalidad nos alerta de la posibilidad de encontrarnos con una familia muy fusionada en el interior y con barreras al exterior. En este sentido, encontramos muchas resistencias de la familia a hablar del padre y sus relaciones con él, por tanto es de subrayar que ninguno ha podido expresar con profundidad el sufrimiento vivido por los diferentes duelos: el divorcio y posterior fallecimiento del padre, lo cual se podría explicar desde esos límites rígidos que aún mantienen con lo externo al sistema familiar (los terapeutas). Podríamos afirmar que nos encontramos ante un duelo congelado.

Daniel, de 25 años, siempre ha sido un chico muy responsable y buen estudiante. Inició la carrera de fisioterapeuta pero la dejó porque se encontraba muy perdido en la vida y no sabía qué hacer. Ante esto, la madre se muestra muy ambivalente, presentando dos discursos antagónicos. Por un lado, manifiesta que sus hijos tienen que dedicarse a lo que quieran y por otro lado, obliga a Daniel a hacer una oposición para que tenga estabilidad en su futuro.

Tras el fallecimiento del padre en verano de 2011, Daniel inicia un proceso de emancipación a finales de ese mismo año (más o menos coincidiendo con el inicio del curso académico) con un grupo de amigos. Fue un proyecto corto que duró el año escolar. Tras finalizar el curso regresó a casa (a mediados de 2012), pero al inicio del curso volvió a realizar otro intento de emancipación, que volvió a durar más o menos el mismo tiempo. Desde entonces (finales de 2013) ha permanecido en casa hasta la fecha en la que se inicia la terapia (Octubre de 2015). La familia toma estas vivencias como un fracaso, mientras que Daniel las vive como normales. Por otro lado, la madre también se contradice en estos intentos de separación porque le anima a irse de casa pero cuando Daniel lo hace, esta pronostica que va a fracasar.

La hipótesis manejada es que Daniel, encargado del apoyo emocional de la madre desde el divorcio, vio una oportunidad de realizar su proceso de diferenciación e independencia tras la muerte del padre. Sin embargo, al tratarse de un corte emocional, acabó por no resultar. Como él dice: "cuando tuve que enfrentarme a mi madre no pude hacerlo y, ahora, lo estoy consiguiendo". Pareciera como una adolescencia tardía, ya que cuando tocaba diferenciarse él estaba ocupado consolando y sosteniendo a sus padres.

Otro de los ejemplos de comunicaciones confusas que se establecen en la familia, sobre todo entre Paloma y Daniel, se reflejan en que la madre le dice a su hijo: "*me parece muy bien que te vayas de viaje, pero seguro que te va mal*". Este doble vínculo genera situaciones que son atrapantes para los miembros de la familia, especialmente para Daniel. Estos mensajes contradictorios sí que son señalados por los hermanos: "*mamá, lo empiezas a hacer bien y de repente la cagas*", aunque no con una intensidad lo suficiente como para que haya un cuestionamiento o cambio. Sin embargo,

Daniel no es tan capaz de verbalizar las desconfirmaciones constantes y se queda callado, no mostrando la diferencia.

Los problemas en Daniel, según la versión del resto de la familia (que le señalan como paciente identificado), aparecen en un festival de música (durante el verano de 2014). A dicho festival acudieron Daniel y Jaime y en este evento se produjo un consumo de marihuana. Ante este hecho, Daniel empieza a preocuparse excesivamente con la presencia policial, pensando que estaba rodeado, así como a mantener actitudes de desconfianza hacia sus amigos y hacia su madre. Esto generó alarma en Paloma lo que la hizo acudir al servicio público de psiquiatría. En él se recomendó que Daniel empezara tratamiento pero este se negó.

En la actualidad, la relación entre madre-hijo es de mucha fusión y, aunque ambos se necesitan, solo lo muestran a través del conflicto. Esto nos indica probablemente bajos niveles de diferenciación porque ninguno tolera la diferencia y cuando aparece genera mucho malestar y se trata de suprimir.

¿Dónde se ve esto?

- Lectura de pensamiento: “yo sé lo que te pasa” (en las sesiones se observan afirmaciones que desconfirman la percepción del otro).
- Interpretación de la diferencia como una amenaza: lo que el otro hace es para molestarme y no porque sea distinto (Paloma se queja de que su hijo se prepare su propia comida habiendo preparado ella comida para todos).
- No se habla claro de lo que uno quiere/necesita: mensajes ambiguos de la madre y comunicación poco clara del hijo de sus necesidades.

Podríamos hipotetizar que la madre, ante cualquier señal de discordancia con su hijo, tiene miedo a la ruptura de la relación. Seguramente, esas diferencias implícitas entre ellos se dan por una mala calidad comunicacional que impide convertirlas en explícitas. Esto provoca que nunca se pueda negociar para construir un nuevo equilibrio.

El conflicto abierto y constante entre Paloma y Daniel (en el cual no pelean el contenido sino lo relacional) les mantiene unidos. Cuando Daniel está bien, la madre empieza a señalar conductas de locura de él. Entonces, el síntoma actúa como elemento homeostático porque permite que Paloma siga sobre-involucrada en la vida de Daniel y que este no pueda crecer alejándose de ella. Poner en cuestionamiento dichos síntomas y conseguir que no fuesen el eje central de la relación, supondría un cambio en la dinámica que permitiría la diferenciación de Daniel.

Jaime, 21 años, estudia un módulo de informática. Es el que más fuera está de la familia porque pasa mucho tiempo con sus amigos y su pareja. Cuestiona mucho las

relaciones familiares y señala a su madre como la que está demasiado preocupada y triste por Daniel.

Carlota, 21 años, estudia arte dramático. Lo mismo que la madre, apenas habla de ella misma. No se obtiene información sobre si tiene amigos o pareja. Ante la preocupación por Daniel, se posiciona cerca de su madre sin que Daniel la cuestione.

Tras analizar la dinámica familiar nos surgen las siguientes hipótesis explicativas del síntoma (que se añaden a las primeras hipótesis):

- ¿Podría el síntoma relacionarse con la imposibilidad de desprenderse del control percibido de la madre? ¿Podría explicarse desde la imposibilidad para separarse que no puede ser expresada? ¿El síntoma muestra todo el sufrimiento que Daniel ha tenido que callar?
- El síntoma aparece como la única vía que se encuentra para diferenciarse. Sin embargo, atrapa aún más a Daniel en el control de la madre, manteniendo la homeostasis familiar. Esta relación fusional entre Paloma y Daniel ha podido facilitar y ayudar a que sus hermanos gemelos hayan podido realizar un proceso de individuación más completo.
- ¿Podrían ser las dificultades, derivadas del duelo congelado, las facilitadoras del síntoma de Daniel? ¿Qué relación guarda la paranoia de persecución policial con la muerte del padre?

## ESTRUCTURA FAMILIAR

Según la definición de Minuchin, *“la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia [...] Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse”* (Minuchin, 1974: 82). Toda estructura está formada por: límites, jerarquía, alianzas y coaliciones.

### a) Límites:

Por lo verbalizado en las sesiones (incluyendo la posición que ocupaban los miembros de la familia en la terapia) sacamos algunas conclusiones acerca de los límites (tanto rígidos como difusos) existentes dentro del sistema familiar.

Habría un límite difuso entre el sistema parental y el sistema filial que se ve representado en lo normativo. Paloma se presenta como una madre abierta, que no prohíbe nada a sus hijos, que entiende “las cosas de adolescentes”, que permite cierto consumo de drogas en casa...

Además, existiría un límite bastante difuso entre Daniel y Paloma, que se ve reflejado en una relación fusional que complica los intentos de diferenciación del primero. Ambos comparten mucho espacio y tiempo y, sobre todo, comparten una historia que les ha unido mucho (la enfermedad y muerte del padre), especialmente a nivel emocional, lo que les dificulta bastante el poder separarse.

Por otro lado, parece que existe un límite rígido por parte de Paloma hacia el exterior y hacia todo lo social. Según se ha ido dibujando en las diferentes sesiones, la madre parece no tener muchas relaciones más allá del trabajo y de la familia. Esto es algo que la limita a la hora de encontrar apoyos externos y que favorece la fusión y el aglutinamiento que hay en la familia (posiblemente a consecuencia del divorcio) especialmente entre Daniel y Paloma, ya que Carlota y Jaime sí que pudieron hacer vida exterior (estudios, amigos...). Daniel se quedó al lado de su madre, sosteniéndola y cuidándola. Ejemplos de esto se han visto en que Paloma y Daniel siempre llegaban juntos a la sesión, mientras que Carlota y Jaime iban cada uno por separado. A su vez, a la hora de posicionarse en la sala de terapia, Daniel estaba en un extremo, separado por Paloma del resto de hermanos lo que también refería distancias dentro del sistema fraterno.

#### *b) Jerarquía:*

La jerarquía familiar se vio alterada tras el divorcio y la posterior muerte del padre. Daniel ocupó un lugar que no le correspondía por edad. Primero, como sostén emocional de la madre y, segundo, como portador de un secreto relativo a la enfermedad de su padre.

Ambos hechos situaron a Daniel en una situación alterada respecto a su edad y posición en la familia (mucho más igualado con la madre que con los hermanos, algo que, además, le separó de ellos) y dificultaron su propio proceso de diferenciación.

Por otro lado, los síntomas en Daniel parece que propician que Carlota sea la nueva hermana parentalizada, sustituyendo a Daniel en el papel central y “sacrificándose”, por él. Justificamos este hecho en que Paloma quiso incluir a Carlota en una cita a espaldas de Daniel antes de que acudiesen todos a la primera entrevista.

#### *c) Alianzas y coaliciones:*

- *Alianzas:* No existen alianzas en esta familia. Todos se encuentran muy aislados los unos de los otros. El objetivo principal sería lograr una buena alianza entre el subsistema fraterno.
- *Coaliciones:* Paloma, Jaime y Carlota contra Daniel. El reflejo más claro de esta coalición es la desconfirmación constante hacia Daniel y su señalamiento como



paciente identificado. Esta coalición tiene sus contradicciones, ya que en ocasiones Jaime y Carlota señalan el doble mensaje y la confusión comunicacional de Paloma, rescatando a Daniel de situaciones que le atrapan. Pero no hacen más que favorecer el lío de Daniel por no saber quién está en su equipo y quién no.

## FINAL DE LA INTERVENCIÓN

Cuando se recibe a la familia en la quinta sesión terapéutica, la madre empieza diciendo que no quiere continuar. Habla de que está muy cansada y de que nada está funcionando. No entiende por qué se ha hablado de ciertos temas y continúa señalando a Daniel como el que tiene el problema. Lo que tradujimos de esto era que seguir en terapia supondría introducir narrativas distintas que romperían la homeostasis familiar.

En esta misma línea se observó que los hijos no eran capaces de cuestionar las decisiones de la madre. Es decir, ponen por encima la relación antes que mostrar diferencia, lo que confirma en parte la idea de relaciones pseudomutuales que hipotetizábamos desde el inicio.

## ¿QUÉ FALLÓ EN LA INTERVENCIÓN?

Tras el abandono de la familia del proceso terapéutico, planteamos qué es lo que no funcionó y los aspectos que no se tuvieron en cuenta como motivos de esta decisión.

En primer lugar, hay que considerar que la terapia duró únicamente cinco sesiones por lo que, aunque valieron para empezar a introducir narrativas y enfoques alternativos, no permitieron que las narrativas oficiales se cuestionasen ni que se produjesen grandes cambios a nivel relacional.

La clave de que se cortase el proceso terapéutico lo situamos en un mal vínculo con Paloma, a la que no se acompañó lo suficiente. Ella tenía una demanda inicial (acompañamiento terapéutico para su hijo Daniel) que no fue atendida ni reconsiderada. Se hizo un esfuerzo muy grande por vincular con Daniel, ya que se le consideró la persona más señalada y desconfiada del sistema, así como la más reacia a participar inicialmente del proceso terapéutico. Este esfuerzo resultó muy provechoso, al obtenerse un vínculo seguro con Daniel para que este lograra confiar en los terapeutas y valorase seguir viniendo a la terapia.

Quizás el fallo fue que en ese gran esfuerzo por vincular con Daniel, no se valoró lo necesario que hubiese sido vincular de igual manera con Paloma. No fuimos capaces de acompañarla en un proceso que para ella seguramente fue doloroso ya que se trabajaron muchos aspectos de su historia que no parecían estar muy elaborados.

En el señalamiento que recibió por parte de sus hijos como la “culpable”, el equipo tampoco la contuvo o la apoyó, señalando lo difícil que lo había tenido para criar sola a tres hijos y para elaborar duelos muy sucesivos el tiempo (divorcio y muerte).

Otro hecho a destacar fue que, por falta de tiempo, no se pudo trabajar por subsistemas. Esto habría favorecido que Daniel bajase al subsistema fraterno (que es el que le corresponde por edad y por rol) y que pudiera re-encontrarse con sus hermanos de otra manera, una en la que darse apoyo mutuo. También, se le podría haber dado espacio a Paloma para que nos hablase de sus dificultades, del apego con sus padres, el por qué ve tan frágil a Daniel y no al resto, etc. Y para acompañarla en su salida hacia el afuera, buscando redes que pudieran consolarla, sin la necesidad de recurrir a su hijo mayor.

A su vez, no se manejaron los hechos más traumáticos para la familia, como la muerte o el divorcio, en base a respetar la decisión de la familia de no hablar acerca de ello. Consideramos que esto favoreció la homeostasis del sistema, ya que se mantuvo el mandato familiar de hacer como que nada había pasado, no permitiendo la reelaboración de narrativas distintas a las oficiales; narrativas que permitiesen a cada miembro del sistema seguir con sus procesos vitales no quedándose anclados en hechos pasados.

## 5. CONCLUSIONES

Tras la exposición de las características del *Mapa de la Esquizofrenia*, entendimos cuáles eran los aspectos ante los que había que permanecer atentos, de cara a la intervención terapéutica.

El grado de diferenciación fue el concepto clave, desde donde analizar la función del síntoma psicótico en Daniel. Era la imposibilidad de expresar la diferencia (especialmente con su madre) lo que les mantenía en una relación de simbiosis, en la que primaba el sentimiento de pertenencia frente al individual.

La incapacidad para manejar el conflicto (o la individuación contra) estaba justificada en un terrible miedo a la pérdida o la ruptura.

Estas organizaciones fueron fraguadas por la superposición de otros mapas, como el del divorcio, gracias al cual, Daniel se situó en una posición elevada jerárquicamente (haciendo pareja con la madre) sirviéndole de sostén emocional. O, como el del duelo, en el que también fue parentalizado, al obligarle a sobrellevar las informaciones relativas a la enfermedad del padre, en soledad.

La poca claridad para hablar de ello estaba sostenida sobre el mandato familiar de no cuestionar el rol que tocaba desempeñar. Daniel, como hermano mayor, se quedó atrapado en una relación fusional con Paloma y gracias a esto, los pequeños sí que pudieron diferenciarse.

Solo a través del síntoma, Daniel encontró la manera de estallar y manifestar su descontento. Un proceso que, sin embargo, activó a Paloma a estar mucho más involucrada y preocupada por su hijo. Es decir, el síntoma funcionaba ilusoriamente como promovedor de la separación, comunicando lo que él no podía mostrar o no era capaz, y sin embargo, esto activaba atenciones y preocupaciones desmedidas de la madre junto con mensajes doble vinculares que le atrapaban mucho más en la confusión. Esta, acostumbrada a soterrar los conflictos por miedo a la pérdida, no era capaz de mostrar su descontento de forma clara porque eso supondría reconocer la diferencia.

Ante esta situación, a Daniel solo le quedó realizar un corte emocional, que curiosamente coincide con la muerte del padre y su desocupación como cuidador, yéndose de la casa familiar. Sin embargo, acaba por fracasar porque no encuentra el permiso real de Paloma. En definitiva, para que Daniel pueda separarse, su madre tiene que dejarle ir.

El aprendizaje práctico obtenido del caso fue que existe una necesidad suprema de atender a las demandas de los individuos. Si nos anticipamos mucho a querer explorar acontecimientos que, aunque consideremos importantes, no están sustentados en un buen vínculo, la familia puede sentir que no sirve de nada hablar del pasado y que han venido a arreglar un problema del presente.

Además, fomentamos un cierto desequilibrio al acompañar a Daniel y dejar de lado a la madre. Esta se sintió muy cuestionada y acabó por abandonar la terapia. Quizás, hubiera sido mucho mejor entender de dónde le venía su sufrimiento o por qué tuvo que recurrir a su hijo en el momento del divorcio y quién pudo estar que no estuvo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Barbagelata, N., Rodríguez, A. y Brun, T. (1994). "Duelo o desconsuelo" o el interjuego de la intrasubjetividad en el sistema. *Revista Psicopatología*, 14-1º, 35-39.
- Barbagelata, N. (1999). Intervención familiar en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: la terapia familiar y la psicoeducación. *Revista Redes*, 5, 9-27.
- Barbagelata, N. (2005). Nuevos horizontes en la terapia familiar de la psicosis: biología entorno y desarrollo de la identidad. *Revista Redes*, 15, 25-33.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente* (pp.146-156). Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

- Bateson, G., Lidz, T., Wynne, L., et al. (1971). *Interacción Familiar. Aportes fundamentales sobre la teoría y la técnica* (pp. 111-153). Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo. Colección Fundamentos.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo* (pp. 64-86). Barcelona: Paidós.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo* (pp. 156-172). Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La Caja de Pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Falicov, C. (1991). *Transiciones de la familia* (pp. 131-165). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Read, J., Mosher, L., y Bentall, R. (2006). *Modelos de locura*. Barcelona: Herder.
- Selvini, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Stierlin, H. (1997). *El individuo en el sistema. Psicoterapia en una sociedad cambiante* (pp. 95-135). Barcelona: Herder.
- Usandivaras, C. (1986). El ciclo del divorcio en la vida familiar. *Revista Redes*, 15, 15-35.
- Wynne, L. (1984). Un modelo epigenético de procesos familiares. *Family Process*, 23, 297-318 (Versión revisada).