

TRABAJO FINAL DE MASTER

Master Universitario Psicología General Sanitaria

Curso 2017/18

Análisis terapéutico de las Relaciones

Familiares Básicas.

Un caso de triangulación desconfirmadora.

Realizado por Beatriz Rodrigo Castillo

Dirigido por Meritxell Pacheco

Enero 2018

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

C. Císter, 34
08022 Barcelona

www.blanquerna.edu

Resumen

A continuación, se presenta el caso de una familia con una conyugalidad disarmónica y una parentalidad secundariamente deteriorada a causa de un conflicto conyugal no resuelto. Un ejemplo claro de triangulación y de las consecuencias que devienen de este juego familiar tanto en el paciente identificado como en los otros miembros de la familia. Este trabajo presenta una forma de trabajar con estas familias para alcanzar el éxito terapéutico, cuando ponemos el foco sobre las Funciones Familiares Básicas (Linares, 1996, 2007, 2012).

Palabras clave: Terapia familiar Sistémica. Teoría de las Relaciones Familiares Básicas. Triangulación.

Abstract

There is a case of a family with a disharmonious conjugality and a parenthood secondary deteriorated due to an unresolved marital conflict. A clear example of family triangulation and the consequences of this situation both in the identified patient and in the other members of the family. This paper presents a way to work with these families, in order to achieve a therapeutic exit, when we put the focus on the Basic Family Relations (Linares, 1996, 2007, 2012).

Key words: Family therapy Systemic. Basic Family Relations Theory. Triangulation.

Índice

Contexto del caso y método.....	4
La familia.....	5
Marco conceptual de la intervención.....	7
Formulación del plan de tratamiento	13
Curso de la terapia	20
Monitorización del proceso terapéutico y ocupación de la información de <i>feedback</i>	28
Evaluación final del proceso y resultado de la terapia	29
Referencias	33

Contexto del caso y método

Se trata de un estudio de caso único a través de una metodología observacional directa no estructurada. El caso que se presenta a continuación, expone como las dificultades en resolver los conflictos conyugales pueden dar lugar a triangulaciones con importantes consecuencias para la familia. Se ha seleccionado este caso porque ejemplifica este concepto de forma clara y representa una manera de trabajar con estas familias para alcanzar el éxito terapéutico.

Referente al encuadre clínico del caso, hay que decir que las sesiones tienen lugar en la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau. Se trata de un contexto terapéutico público, ambulatorio y gratuito. La terapia se consolida desde una perspectiva sistémica. Las sesiones son llevadas a cabo por un equipo activo, formado por un terapeuta y un co-terapeuta; quienes trabajan conjuntamente con un equipo multidisciplinar, que desde detrás del espejo unidireccional hace una supervisión directa del caso e interviene cuando es necesario.

La familia fue derivada por una psicóloga de la Cooperativa de Salud de Barcelona, centro donde los cónyuges recibieron terapia de pareja y actualmente el padre está asistiendo a terapia individual.

Hay presencia de otros recursos asistenciales. El paciente identificado recibe atención psiquiátrica y, como se ha comentado, el padre recibe atención psicológica.

Con el fin de maximizar el rigor metodológico del estudio de caso, se han incluido abundantes notas de las sesiones. Al contar con espacios de supervisión, se ha podido triangular el análisis del caso con otros profesionales. Además, las sesiones eran grabadas en video con la finalidad de poder revisarlas.

Los datos para realizar el estudio de caso, se obtuvieron por medio de la información aportada por los participantes de la terapia en las entrevistas, la observación conductual,

el análisis y supervisión de las sesiones, la revisión de las entrevistas registradas en video y los informes realizados por diversos profesionales aportados por la familia.

Para garantizar el anonimato del caso, se han modificado los datos identificativos de todos los miembros de la familia.

La familia

El paciente identificado Alfonso, es un hombre de 41 años. El tercero de cuatro hermanos. Se trata de un paciente con diagnóstico mixto. Empezó a presentar delirios a los 17 años, que la familia relaciona con el consumo de tóxicos en aquella época. Posteriormente entró en un estado depresivo que en 2013 desencadenó en un episodio de depresión mayor de dos años de duración. Actualmente hay presencia de un episodio hipomaniaco. Lo que hace pensar en un Trastorno Bipolar de tipo II. Además, se identifican rasgos de personalidad límite. Recibe tratamiento psiquiátrico y está medicado con litio, pero tiene una mala adherencia al tratamiento farmacológico. Ha estudiado Fisioterapia e Ingeniería Informática, pero actualmente está en el paro. No tiene pareja ni hijos. Vive en la casa familiar con sus padres. La sintomatología le causa un malestar clínicamente significativo que conlleva un grave deterioro social y laboral (American Psychiatric Association, 2013).

El padre, Carlos, tiene 76 años. Actualmente está jubilado, pero ha tenido una vida profesional de mucho éxito y reconocimiento dentro del ámbito educativo. Es quien acompaña a Alfonso a todas las sesiones con el psiquiatra y se encarga de la medicación. Carlos está casado con Alicia, la madre del paciente identificado. Una mujer de 72 años que presenta un estado frágil de salud.

Como aparece en el genograma (ver Figura 1), Carlos y Alicia tienen tres hijas más. Lucía es la mayor. Tiene 45 años. Trabaja en el ámbito de la salud. Está casada y tiene

dos hijos. Después tuvieron a Verónica, de 43 años. Trabaja en una multinacional. Está viviendo en el extranjero con su marido y sus dos hijos. La pequeña es Georgina. Tiene 38 años y trabaja en relación al contexto educativo. Está casada y tiene un hijo.

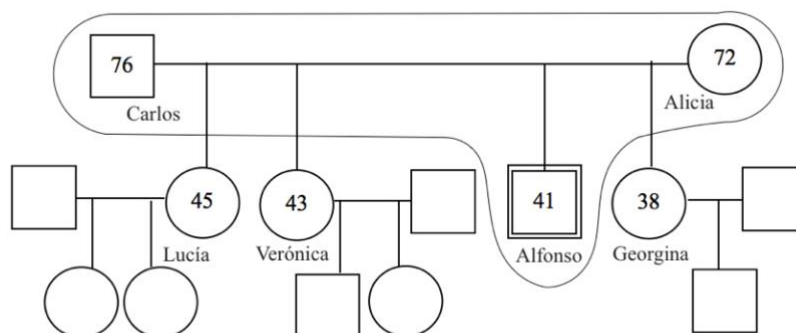


Figura 1. *Genograma de la familia*

Carlos y Alicia se casaron hace más de 50 años. Cuando los niños eran pequeños, se tuvieron que mudar a una nueva ciudad por el trabajo del padre. Todos los miembros del sistema refieren haber sido siempre una familia muy unida.

Cuando Alfonso tenía 13 años, su padre se enamoró de otra mujer y le fue infiel a su madre. Se fue de casa y estuvo viviendo en otra ciudad con su amante, durante aproximadamente un mes. Durante ese periodo, Alfonso adoptó el rol de padre y confidente de la madre. Alicia estaba destrozada y él refiere haber tenido que cuidar de ella y de sus hermanas. Cuando el padre volvió, su madre lo perdonó y Alfonso fue destituido del rol que había asumido, sin recibir ninguna explicación sobre lo sucedido. Nunca se habló abiertamente con los hijos sobre este episodio. Los progenitores tampoco han vuelto a hablar sobre ello. Alfonso expresa que nunca ha perdonado a su padre por lo que hizo.

En la actualidad el paciente identificado tiene una relación muy conflictiva con sus padres y hermanas. Se ha establecido una dinámica con constantes episodios de desconfirmación y otros de descalificación. Con quien tiene mejor relación es con su

hermana pequeña. Es la que se muestra más colaboradora en la terapia. Sólo ella deposita el problema en la dinámica familiar y no únicamente en Alfonso.

La derivación la hace la psicóloga de la Cooperativa de Salud de Barcelona, donde el padre está asistiendo a terapia individual.

El motivo de la consulta expresado por la familia es la necesidad de recibir orientación profesional al sentirse impotentes por no saber cómo abordar la situación que están viviendo con el paciente identificado. Expresan gran angustia a causa de una convivencia muy conflictiva con Alfonso.

Marco conceptual de la intervención

En la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, se abordan los casos desde una vertiente sistémica. Los conceptos sobre los que se basa este modelo, surgieron, principalmente, de tres fuentes: la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy (1954), la Cibernética de Wiener (1948) y la Teoría de la Comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967). Estas teorías han aportado diversos conceptos a partir de los que se fundamenta el modelo sistémico (Botella y Vilaregut, 2010).

Desde una óptica sistémica, el trastorno que presenta el paciente identificado tiene una función dentro del sistema familiar. Como dice Soria (2010), las familias localizan el problema sólo en uno de ellos, a pesar de que este miembro sólo es el portador del síntoma. La raíz del problema se encuentra en la disfunción familiar. Por tanto, para tratar al sujeto sintomático buscaremos influir sobre el sistema familiar. Una familia es funcional o disfuncional en base a sus patrones de interacción. Muchas psicopatologías están relacionadas con estructuras familiares disfuncionales (Linares, 1996, 2007, 2012; Sarmiento, 2009; Serrano, Rodríguez y Rosa, 2009; Soria, 2010).

Desde una vertiente sistémica, los diagnósticos son relacionales (Selvini, 2008). Sarmiento (2009) expresa la necesidad de entender el sentido del síntoma a través de su función dentro de la dinámica familiar. El diagnóstico no recae únicamente en el paciente identificado, sino sobre la relación establecida entre los miembros del sistema.

Para hacer un análisis del caso de la familia de Alfonso, cabe hablar de conceptos evolutivos expuestos por Haley (1981), de la Teoría Estructural de Minuchin (2004) y de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012).

Desde un enfoque evolutivo, se considera que las familias atraviesan una serie de etapas: constitución de la pareja y consolidación del subsistema conyugal, nacimiento y crianza de los hijos, hijos en edad escolar, adolescencia, emancipación de los hijos, pareja en edad madura y ancianidad. A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintas crisis, que hacen referencia a los cambios que el sistema debe afrontar. Las crisis pueden ser evolutivas o inesperadas (Estremero y Bianchi, 2004; Haley 1981).

Desde un enfoque estructural, Minuchin (2004) expone que los sistemas están formados por diferentes subsistemas. En el caso de las familias, podemos hablar de subsistema conyugal, parental y filial. Para proteger la diferenciación de los subsistemas y facilitar la integración de sus miembros, encontramos los límites. Éstos pueden ser difusos, rígidos o claros dependiendo del grado de permeabilidad. Los límites que separan al sistema familiar de su entorno, reciben el nombre de fronteras. A partir de los límites, podemos hablar de familias aglutinadas o desvinculadas. En el caso expuesto en este trabajo, vemos un ejemplo de familia aglutinada. Éstas se caracterizan por tener un gran sentido de pertenencia que implica una pérdida de autonomía personal. Se caracterizan por inhibir el desarrollo cognitivo y afectivo de los hijos. Hay poca diferenciación entre subsistemas dado que los límites son difusos. Además, el sufrimiento de un miembro tiene un gran impacto sobre el resto.

Minuchin (2004) también habla de la jerarquía, que hace referencia a la distribución del poder dentro del sistema. El grado de autoridad e influencia de cada miembro.

La Teoría Estructural de Minuchin (2004) también introduce el concepto de triada rígida. Una configuración relacional en la cual el hijo es introducido de forma permanente en los conflictos parentales. Hablamos de triangulación cuando tanto el padre como la madre buscan una alianza con el hijo para tener apoyo en el conflicto con el otro conyugue. Hablamos de coalición cuando un progenitor busca una alianza con el hijo para ir en contra del otro. Por último, hablamos de desviación de conflicto cuando los padres depositan el “problema” en el hijo para desviar la atención sobre el conflicto conyugal. Esto último es lo que ocurre en la familia de Alfonso.

Por otro lado, la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012) expone que las familias están organizadas en dos dimensiones relacionales: la conyugalidad y la parentalidad. La atmosfera relacional de la familia de origen, viene determinada por estas dos dimensiones.

La conyugalidad hace referencia a la relación de pareja. Se forma a partir de un amor complejo con elementos cognitivos (reconocimiento y valoración), emocionales (ternura y cariño) y pragmáticos (deseo sexual y convivencia cotidiana). En la pareja tiene que haber un componente de igualdad donde hay un ejercicio de dar y recibir de manera equilibrada. Dependiendo de las condiciones de este amor conyugal podemos hablar de conyugalidad armónica o disarmónica.

La parentalidad por otro lado, hace referencia a un amor complejo entre padres e hijos con presencia de elementos cognitivos (reconocimiento y valoración), emocionales (ternura y cariño) y pragmáticos (protección y normatividad). La parentalidad se apoya en una relación complementaria, donde el dar y el recibir no

pueden estar equilibrados. Dependiendo de las condiciones de amor parental hablamos de parentalidad primariamente deteriorada o parentalidad primariamente conservada.

La parentalidad y la conyugalidad son variables independientes, pero con influencia recíproca. Por esto una conyugalidad disarmónica puede provocar un deterioro secundario de la parentalidad.

La conyugalidad y la parentalidad influyen sobre la capacidad de nutrición relacional. Linares (1996, 2007, 2012) expone que la combinación de las dos dimensiones relacionales da lugar a cuatro modalidades de familia de origen, tres de las cuales son disfuncionales. Sólo las familias de origen en las que converge una conyugalidad armónica y una parentalidad primariamente conservada pueden aportar una nutrición relacional plenamente satisfactoria a los hijos. En cambio, cuando las dificultades en el plano conyugal coexisten con una parentalidad primariamente deteriorada, hablamos de familias caotizadas. Por otro lado, las familias deprivadoras son el resultado de una conyugalidad armónica y una parentalidad primariamente deteriorada. Por último, cuando una parentalidad primariamente conservada se combina con una conyugalidad disarmónica, hablamos de familias trianguladoras. Los padres están implicados en cubrir las necesidades nutricias de sus hijos, pero las dificultades en resolver los conflictos conyugales interfieren en sus funciones parentales, haciendo que esta función quede secundariamente deteriorada. Esta última modalidad es la que encontramos en el caso de la familia de Alonso.

Según Linares (1996, 2007, 2012), las triangulaciones pueden ser de cuatro tipos: manipuladoras, equívocas, complementarias o desconfirmadoras. En la triangulación manipuladora, uno o ambos progenitores buscan aliarse con el hijo, generando en él un conflicto de lealtades. En la triangulación equívoca, debido a la distancia entre los conyugues, ambos descuidan las necesidades de los hijos creyendo que el otro se está

haciendo cargo. En la triangulación complementaria, un conyugue tiene una posición de poder (*Up*) y el otro está en un rol sumiso (*Down*). El progenitor dominante hace creer al hijo que está en una situación privilegiada. Cuando se dan situaciones de abuso, debido a la complementariedad de la relación conyugal, el progenitor sumiso no es capaz de detenerlas. Es propio de situaciones de abuso sexual. Por último, la triangulación desconfirmadora, se da cuando un progenitor se alía con el hijo y descarga su rabia hacia el otro conyugue. Posteriormente la pareja vuelve a unirse y el hijo es rechazado, haciendo que se sienta traicionado, utilizado y desconfirmado. Esta situación es la que tuvo lugar entre Alfonso y sus padres en el episodio de la infidelidad.

Las triangulaciones implican la violación de los límites entre subsistemas, haciendo que los hijos se vean involucrados dentro del conflicto conyugal (Minuchin, 2004). Es la introducción del hijo en el conflicto de pareja. Buehler, Franck y Cook (2009) dicen que las triangulaciones son un proceso mediante el cual un conflicto que tiene lugar en una diada, deviene triádico al involucrar a un tercero. Las triangulaciones están al servicio de reducir la tensión generada a causa del conflicto conyugal (Buehler et al., 2009; Franck y Buehler, 2007).

La óptica sistémica se basa en la premisa de que cuando se hace una intervención sobre un aspecto de la interacción familiar, se generan cambios en toda la dinámica. En el caso expuesto en este trabajo, se identifica como problema central el conflicto conyugal y la falta de límites claros que permitan diferenciar adecuadamente los subsistemas. Linares (2012) y Minuchin (2004) expresan la necesidad de consolidar los subsistemas, para que los hijos no entren a formar parte del conflicto conyugal. Tienen que quedar bien definidos para que no se involucre a un miembro de la familia en un subsistema que no le corresponde. En la terapia es necesario definir con la familia cada subsistema, así como los roles y funciones de cada miembro. El objetivo es que se

establezcan límites claros que permitan la diferenciación entre subsistemas. Evitando un juego familiar triangulador, que hace que los hijos se vean involucrados en los conflictos conyugales.

Para alcanzar los objetivos propuestos, es esencial el rol del terapeuta. Así como la colaboración de los miembros de la familia. Desde una vertiente sistémica, el terapeuta trabaja de forma conjunta con el co-terapeuta y los otros miembros del equipo que se encuentran detrás del espejo unidireccional.

Linares (2012) considera que un terapeuta debe tener recursos a nivel cognitivo, emocional y pragmático. Las intervenciones cognitivas hacen referencia a la capacidad literaria del terapeuta, que permite hacer reformulaciones de la narrativa que trae el paciente. Formular de manera innovadora, el material que los propios pacientes traen. Dar explicaciones relacionales a la sintomatología del paciente identificado. Por otro lado, las intervenciones emocionales se basan en la inteligencia emocional. Hacen referencia al manejo de las propias emociones al relacionarnos con los otros. El terapeuta puede expresar sus emociones con una finalidad terapéutica a través de la palabra (comunicación digital) o la comunicación no verbal (comunicación analógica). Por último, las intervenciones pragmáticas se basan en el espíritu práctico, que hace referencia a saber qué tareas pedir a los miembros de una familia. La técnica más emblemática dentro del territorio pragmático es la prescripción.

Los terapeutas deben evaluar, formular el caso, determinar el curso de la terapia y monitorizarlo. En la Unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, el primer contacto se establece a partir de la hoja de solicitud que rellena la familia. Tienen que responder a una serie de preguntas y todos los participantes deben firmar expresando conformidad con la demanda de ayuda terapéutica. Las primeras hipótesis relacionales se establecen a partir de la hoja de solicitud.

En la primera sesión se hace una presentación del *setting*, se presenta la familia y se exponen el motivo de consulta y la demanda.

Las primeras sesiones van dirigidas a identificar los patrones de relación disfuncionales y hacer una redefinición del problema, si es necesario. En la Unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, se pone el foco sobre el análisis de la estructura familiar y las Relaciones Familiares Básicas (Linares, 1996, 2007, 2012; Minuchin, 2004; Schlanger, Pérez, Moratalla y Cáceres, 2010). Se evalúa la parentalidad y la conyugalidad dado que se considera que son las dimensiones relacionales que condicionan la experiencia subjetiva de amor o desamor. A través de las capacidades de nutrición relacional de los padres, los hijos configuran su personalidad (Linares 1996, 2007, 2012; Schlanger, Pérez, Moratalla y Cáceres, 2010).

Estas sesiones iniciales nos permiten hacer una formulación del caso para poder determinar las intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos. El proceso terapéutico es monitorizado y reconducido a través de la supervisión y el análisis de las sesiones (Compañ, Muñoz, Feixes y Montesano, 2015).

Formulación del plan de tratamiento

La formulación clínica orienta en la comprensión e intervención de un caso para poder elaborar un plan de tratamiento adecuado. En la formulación clínica se expresa el problema nuclear identificado, los factores que han favorecido su adquisición, los mecanismos de mantenimiento y las consecuencias que devienen de esta problemática (González, 2009). Se expone la información recogida con la finalidad de identificar los problemas clínicamente relevantes y establecer hipótesis explicativas, para poder determinar un plan de intervención adecuado para lograr los objetivos terapéuticos (Quant, 2013).

Desde una vertiente sistémica, los diagnósticos son relacionales. Se explora la función del síntoma dentro de la dinámica familiar (Sarmiento, 2009; Selvini, 2008).

En el caso expuesto en este trabajo, se puede ver que el paciente identificado presenta desde hace muchos años una sintomatología grave que acapara toda la atención del sistema familiar.

Se trata de una familia aglutinada, que hace 20 años tuvo que hacer frente al abandono de un progenitor con un rol de mucho peso dentro del sistema. El hijo fue introducido dentro del conflicto conyugal. La madre trasladó al hijo la rabia hacia su cónyuge, quien se sintió traicionado y desconfirmado cuando la pareja se reconcilió. Tuvo lugar una triangulación desconfirmadora.

Con el regreso del padre, Alfonso es arrebatado del poder que obtuvo en su ausencia. Es el único hijo varón y debe competir con la grandiosidad de un progenitor, con un rol de mucho peso dentro del sistema y que todos identifican como un profesional de mucho éxito. Alfonso se siente desconfirmado por su padre. A través de su sintomatología ha hallado la forma de obtener poder dentro del sistema familiar. Además, es una forma de descalificar al padre, arrebatándole de ese reconocimiento de “educador perfecto”. En la terapia, Alfonso refiere que los conocimientos de su padre no han sido suficientes en la crianza de su propio hijo.

No obstante, esta situación permite a este padre volver a eclipsar a Alfonso con el rol de salvador de un hijo enfermo. Lo que genera mucho enojo en el paciente identificado, quien vuelve a ser desconfirmado como adulto capaz y solo es reconocido por su enfermedad. La desconfirmación da lugar a la sintomatología, que vuelve a generar desconfirmación. Se establece una situación circular en esta diada padre-hijo que favorece el aumento del síntoma.

Paralelamente hay un conflicto conyugal que amenaza con la fragmentación de esta

familia tan unida. Es preferible desviar la atención hacia la sintomatología que presenta Alfonso, por lo que el rol de enfermo que ha adoptado el paciente identificado es validado por el sistema familiar. La sintomatología de Alfonso tiene unos beneficios secundarios para todo el sistema, que favorecen a que esta se mantenga.

El padre se sobreinvolucra con Alfonso para tratar de compensar la culpa por haberlos abandonado años atrás. Muestra su amor a través del control excesivo sobre un hijo que considera enfermo, en vez de vincularse con él a través de la emoción. No le expresa afecto. Esta forma de vincularse, genera constantes conflictos entre ambos.

El estado frágil de salud de la madre, hace que el padre la vea como una persona débil a la que debe proteger y alejar del conflicto familiar. Esto da lugar a un padre sobrecargado y una madre poco presente. El padre no encuentra apoyo en su pareja, porque él mismo la aleja, pero también porque el conflicto conyugal latente dificulta el establecimiento de un equipo parental. Por ello busca soporte en su hija mayor, que pasa a ejercer un rol que no le corresponde y Alfonso no tolera. El padre genera una alianza con Lucía, dando lugar a un triángulo entre ellos dos y Alfonso. A causa del conflicto conyugal, Lucía ejerce un rol parental y es introducida en el conflicto entre Alfonso y su padre. El paciente identificado no tolera este rol que ha asumido su hermana, lo que los pone en constante conflicto. Por otro lado, la poca presencia de la madre hace que Alfonso vuelva a sentirse desconfirmado, lo que hace aumentar su sintomatología.

El padre, para compensar el sentimiento de culpa por el episodio de infidelidad, se sobreinvolucra con Alfonso y sobreprotege a Alicia. La rabia que Alicia no ha elaborado, hace que tenga quejas constantes sobre su marido. Motivo por el cual refieren haber asistido a terapia de pareja. Toda esta situación hace que Carlos se sienta sobrecargado, discuta con su mujer y se refugie en el trabajo. Esto reactiva el sentimiento de abandono de Alicia y aviva de nuevo el conflicto conyugal.

En términos evolutivos, cabe decir que según la fase del ciclo vital que corresponde a esta familia, todos los hijos ya deberían haberse emancipado. No obstante, Alfonso sigue viviendo con sus padres. La autonomía de los hijos, implica que la unión de los progenitores se base en la conyugalidad y no tanto en la crianza. En este caso, la desvinculación de Alfonso podría desestabilizar el sistema. Hay una dificultad para adaptarse a los cambios propios del desarrollo evolutivo. La sintomatología de Alfonso tiene una función homeostática que mantiene el sistema y su estabilidad. Su conducta disruptiva lo mantiene en casa y los padres no tienen que hacer frente a sus conflictos conyugales. Los progenitores no tienen que convivir y reencontrarse como pareja, ya que pueden seguir unidos a través de su rol parental.

Respecto a la estructura familiar, hay que decir que la familia nuclear consta de tres subsistemas: el conyugal, el parental y el filial. Los límites son difusos, lo que dificulta la diferenciación entre subsistemas. El hecho de que los límites no sean claros, permite que el hijo se vea involucrado en el conflicto conyugal. Además, como los subsistemas no quedan bien definidos, hay una confusión de roles. Este aspecto queda patente en el hecho de que haya una hermana mayor que hace de madre y confidente del padre. Se trata de una familia aglutinada con límites difusos que dificultan la diferenciación entre subsistemas. Otra característica de esta tipología familiar es la pérdida de autonomía personal. Esta está presente, especialmente, en el paciente identificado, quien ha adoptado el rol de enfermo y no es un adulto autónomo. Además, hay poca diferenciación entre los miembros del sistema. La sintomatología de Alfonso genera gran sufrimiento en todos.

Respecto a la jerarquía, podemos decir que aparentemente es el padre quien tiene mayor poder. No obstante, la madre también ejerce control a través de su rol de víctima de una infidelidad y una enfermedad. Lo que lleva a todo el mundo a protegerla y no

contradecirla. Así como Alfonso ha obtenido poder también desde su sintomatología.

Esta dinámica familiar ha favorecido el establecimiento de una triada rígida. En palabras de Minuchin (2004) encontramos un caso de desviación del conflicto. Los problemas conyugales quedan encubiertos por la sintomatología del paciente identificado. La atención se desvía hacia Alfonso para encubrir el conflicto conyugal.

En palabra de Linares (1996, 2007, 2012) hablamos de una familia trianguladora. La conyugalidad disarmónica tiene consecuencias sobre una parentalidad primariamente conservada. Los conflictos de pareja interfieren en las funciones parentales. El hijo es introducido en el conflicto conyugal dando lugar a una triangulación.

En esta familia hablamos de conyugalidad disarmónica porque no hay reconocimiento ni valoración a nivel cognitivo. El padre no la reconoció como pareja cuando le fue infiel. Actualmente, tampoco la reconoce ni la valora como esposa y madre capaz, ya que la identifica como una persona frágil que no puede afrontar los conflictos familiares. La madre tampoco lo reconoce ni lo valora como marido desde el episodio de infidelidad. Tampoco hay ternura ni afecto a nivel emocional. El conflicto conyugal es demasiado intenso, a pesar de estar encubierto. No hay expresión afectiva entre ellos. Hay una gran distancia emocional entre ambos. Tampoco hay presencia de intimidad o deseo sexual a nivel pragmático. No conviven como pareja, si no como padres de un hijo enfermo. No tienen espacios de intimidad. Aparentemente estos quedan imposibilitados por toda la atención que requiere Alfonso. No obstante, ellos mismos evitan estos momentos, señalando a Alfonso como la causa.

Hablamos de parentalidad primariamente conservada porque se trata de unos padres con capacidades nutricias hacia sus hijos. Pero actualmente la parentalidad se ve secundariamente deteriorada. A nivel cognitivo, no hay reconocimiento ni valoración hacia el hijo, que es señalado como el enfermo. No se le reconoce como adulto capaz. A

nivel emocional, no hay afecto ni ternura hacia él a causa del alto grado de conflicto en la relación. A nivel pragmático, hay una hipernormatividad junto a una baja protección. Es introducido en el conflicto conyugal y se ve afectado por las consecuencias que derivan de este, en vez de ser protegido de ello.

La conyugalidad disarmónica ha dado lugar a una parentalidad secundariamente deteriorada. Se ha establecido un triángulo entre los cónyuges y el paciente identificado. Alfonso ha quedado inmerso en el conflicto conyugal.

Todo síntoma tiene una función dentro del sistema (Sarmiento, 2009; Soria, 2010). En este caso, la función del síntoma, por un lado, es desviar la atención del conflicto conyugal que amenaza con fragmentar el sistema familiar. El síntoma tiene una función homeostática al mantener a la familia unida. Permite a los padres no afrontar el conflicto conyugal al desviar la atención sobre Alfonso. Por otro lado, el síntoma tiene una función morfogénica al ser la forma que Alfonso ha hallado para obtener poder dentro del sistema familiar.

En definitiva, con el episodio de infidelidad se estableció un cambio en los juegos relacionales de esta familia. Se dio una triangulación desconfirmadora entre Alfonso y sus padres, al verse involucrado en el conflicto conyugal y sentirse desconfirmado cuando la pareja, aparentemente, se reconcilia. A partir de este episodio, se estableció un conflicto conyugal encubierto que dio lugar a modificaciones en la dinámica familiar. Alfonso se siente desconfirmado por su padre, y empieza a expresar sintomatología en busca de poder dentro del sistema familiar. Pasa a existir como hijo enfermo, pero sigue siendo desconfirmado como adulto capaz. Estableciéndose una dinámica circular entre la desconfirmación y la sintomatología. El rol de enfermo que ha asumido Alfonso es validado por el sistema al permitir desviar la atención sobre el conflicto de pareja, el cual sigue latente e interfiere en la parentalidad. Por otro lado, la

ausencia de un equipo parental sólido y unos límites claros, ha dado lugar a una triangulación entre Alfonso, el padre y la hermana mayor (ver figura 2).

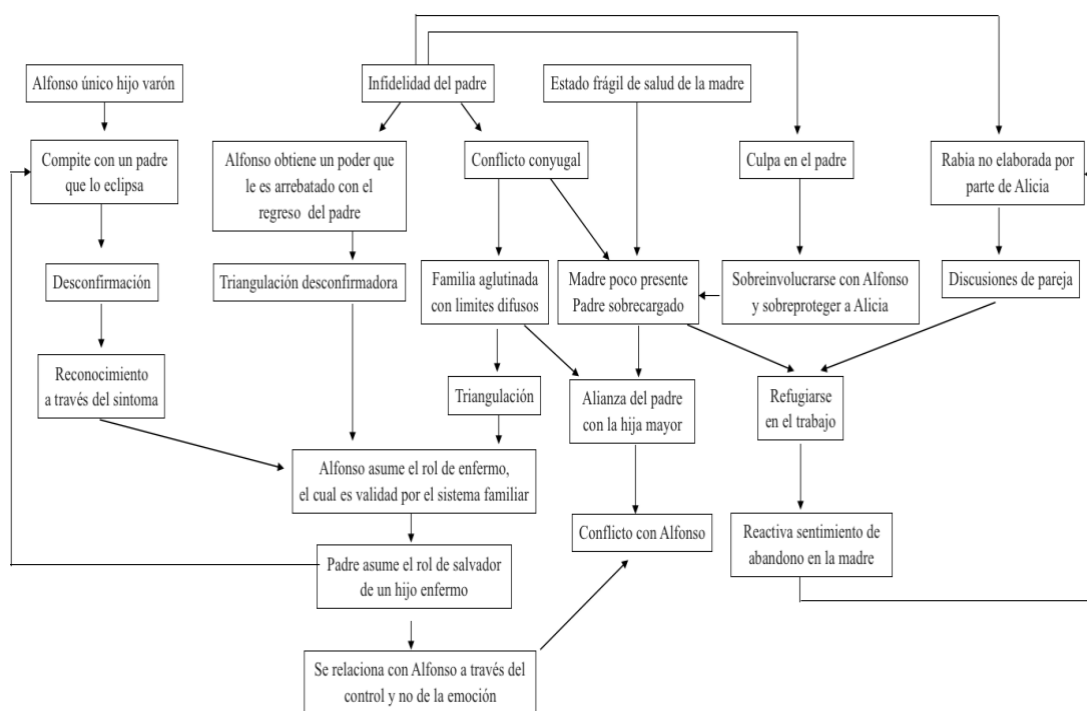


Figura 2. *Formulación del caso.*

Para poder modificar esta dinámica familiar disfuncional, la propuesta de intervención tenía como objetivos: reformular el problema, señalar el conflicto conyugal y establecer límites claros entre subsistemas con tal de definir los roles de cada miembro y evitar juegos trianguladores.

En primer lugar, se estipuló la necesidad de hacer una reformulación del problema con el objetivo de ampliar el foco y hacerlos conscientes de la necesidad de trabajar sobre toda la dinámica familiar. Inicialmente, algunas de las estrategias propuestas para ello fueron: señalar las dinámicas disfuncionales y sus consecuencias, hacer preguntas circulares y redirigir aquellos discursos enfocados únicamente en las conductas disruptivas de Alfonso.

La propuesta de intervención terapéutica se construyó en la línea de lograr que el sistema familiar se hiciera consciente del conflicto conyugal y sus consecuencias. El

objetivo era que el conflicto de pareja no interfiriera sobre la dinámica familiar.

A nivel estructural, la propuesta de intervención terapéutica también iba encaminada a establecer límites claros que permitieran diferenciar los subsistemas y los roles de cada miembro, con el objetivo de evitar que se dieran triangulaciones.

Curso de la terapia

La modalidad de trabajo en la Unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau implica la utilización de un espejo unidireccional que permite un trabajo conjunto del terapeuta y el co-terapeuta con el resto del equipo. Además, hay unas cámaras que permiten registrar las sesiones y un teléfono para que el equipo se comunique con los profesionales que se encuentran dentro de la sesión.

Por otro lado, hay que comentar la estructura de las sesiones llevadas a cabo en la Unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau. Primero se hace la pre-sesión donde se habla de la información que actualmente se tiene del caso, se hacen hipótesis relacionales y todo el equipo reflexiona sobre que se hará a continuación.

Posteriormente, se hace la sesión con la familia. Una vez que ésta se da por finalizada, el terapeuta y el co-terapeuta se reúnen con el equipo y se elabora la devolución, que posteriormente será retornada a la familia a modo de *feedback* de la sesión. Por último, se hace la post-sesión. Todo el equipo se vuelve a reunir para compartir reflexiones y hacer nuevas hipótesis.

En la pre-sesión de la primera visita con la familia, las primeras reflexiones e hipótesis relacionales se hacen a partir de la hoja de solicitud. En este caso, nos permitió conocer aspectos de la estructura familiar y nos hizo estar alerta a un posible conflicto conyugal no resuelto. Los cónyuges expresaron haber realizado una terapia de pareja.

La primera sesión fue destinada a la acomodación. Se definió el *setting*, la familia se

presentó y expuso el motivo de consulta. Con este primer contacto se pudo hacer una evaluación inicial de la dinámica familiar. Además, fue necesario hacer una redefinición del problema. Los miembros de la familia señalaban al paciente identificado como único problema dentro del sistema, lo que exenta de responsabilidad a los demás. Él mismo nada más entrar en la sesión, dijo a los terapeutas *“Hola, yo soy el enfermo mental”*. Esta frase expresa el rol de enfermo que ha adoptado dentro del sistema. Es importante redefinir el problema y presentar a cada miembro como una parte influyente en la situación actual, para que haya adherencia al tratamiento y participación por parte de todos. Para que todos sientan la terapia como propia. Para trabajar la dinámica familiar disfuncional, todos tienen que ver la necesidad de hacerlo. Desde la óptica sistémica los diagnósticos son relacionales. La sintomatología del paciente identificado se ve retroalimentada por la disfunción familiar. Es importante que los participantes de la terapia compartan esta visión, desde el principio, para poder trabajar con ellos.

Las primeras sesiones estuvieron encaminadas a evaluar la dinámica familiar y el rol de cada uno dentro del sistema. Fueron citados todos los miembros de la familia nuclear. Verónica nunca pudo asistir al encontrarse en el extranjero.

La evaluación de la dinámica familiar se llevó a cabo a través de las entrevistas y la observación de la relación entre los miembros y su rol dentro del sistema. Se vio que la dinámica familiar disfuncional era un agente de gran influencia sobre la sintomatología de Alfonso. Era muy importante que todos los miembros del sistema también fuesen conscientes de este hecho.

Las primeras sesiones fueron en la línea de reformular el problema. Era importante que el foco no estuviese centrado únicamente en Alfonso. Entre otras intervenciones, en diversas ocasiones a lo largo de la terapia se utilizó la siguiente metáfora: *“Alfonso no es el único problema presente en esta familia desde hace más de 20 años. Su*

sintomatología es un fuego artificial que os mantiene a todos pendientes, evitando que se preste atención al resto de incendios presentes en esta familia”.

A pesar de todo, las quejas sobre Alfonso y su conducta, concretamente por parte del padre, eran constante. Los terapeutas redirigían el discurso y utilizaban preguntas circulares, haciendo reflexionar a cada miembro de la familia sobre su participación en la situación actual. *“No vamos a centrarnos en qué hace Alfonso, si no en lo que está pasando para que esto suceda. ¿Qué creéis que necesita Alfonso que hagáis para poder él estar mejor?”*. Este hecho era vivido con gran frustración por parte del padre, quien se sentía juzgado. Constantemente necesitaba justificar su rol parental basado en el control: *“No sé por qué se me cuestiona como padre. Siempre me ocupo de él. Estoy pendiente de lo que hace. Vigilo que se tome la medicación y lo acompaño al psiquiatra”*. En las primeras sesiones, traía múltiples informes y un cuaderno donde apuntaba cada cosa que hacía Alfonso. Consideraba que no estábamos comprendiendo la gravedad de la problemática, que quedaba únicamente centrada en Alfonso. Los terapeutas no normalizaban o validaban la conducta del paciente identificado, pero tampoco ponían el foco únicamente en ella.

Hasta que no se alcanzó una redefinición conjunta del problema, las intervenciones de los terapeutas eran vividas con gran frustración por parte del padre. Se logró reformular el problema a partir de señalar en varias ocasiones las dinámicas disfuncionales que daban lugar a la situación actual. Por medio de metáforas y preguntas circulares como las anteriormente comentadas.

La redefinición del problema es necesaria para poder empezar a trabajar la dinámica familiar. A pesar de que el simple hecho de redefinir el problema y hacerlos conscientes de la necesidad de un cambio a nivel familiar, ya es una intervención en sí misma y genera modificaciones en el sistema.

A lo largo de la terapia, se observó un conflicto conyugal que interfería en la parentalidad. Entender el conflicto conyugal, tuvo una función explicativa de la dinámica familiar. El objetivo principal no fue resolver el conflicto de pareja, si no evitar las dinámicas disfuncionales que devenían de esta conyugalidad disarmónica.

Desde un principio se hizo patente el conflicto de pareja. Ya en la primera sesión se expuso la situación de infidelidad cometida por el padre hace más de 20 años. Los hijos expresaron que era un tema que nunca se había hablado desde que pasó, pero que todos continuaban teniendo presente. En un principio los padres se presentaban como una pareja bien avenida, a pesar de que el conflicto quedaba patente a través de su discurso y sus conductas.

Para evaluar la relación de pareja se realizaron sesiones sólo con los cónyuges en diversas ocasiones. También se evaluó tanto la conyugalidad como la parentalidad a través del discurso de Lucia y Georgina, en una sesión donde sólo se citó al subsistema filial. Sólo pudieron ir la hermana mayor y la pequeña, dado que los otros dos hijos estaban fuera de la ciudad.

Los cónyuges tenían una gran dificultad para expresar abiertamente enojo entre ellos. Se trabajó con la pareja para que pudiesen poner palabras a su rabia. Ésta llevaba oculta, pero presente mucho tiempo. Se hicieron algunas sesiones solo con el subsistema conyugal, donde se habló sobre la relación de pareja. Los terapeutas señalaron lo siguiente: *“Creemos que son tan amables entre ustedes, hasta el punto de desviar una confrontación que a veces es necesaria. Vemos cierto rencor, al que nunca le han puesto palabras, pero está presente”*.

Al principio hacían referencia a pequeñas discusiones cotidianas, motivo por el cual realizaron una terapia de pareja. El marido verbalizó que su mujer se quejaba de todo lo que él hacía, cosa que les llevaba a discutir y había hecho que se estableciera una

distancia emocional entre ambos. Él se sentía sobrecargado por la situación familiar y se refugiaba en el trabajo. Los terapeutas devolvieron lo siguiente *“Estas discusiones que se dan en todas las parejas, en ustedes tiene otra connotación. En usted (Carlos) se ha gestado una culpa que trata de compensar sobreinvolucrándose con Alfonso y sobreprotegiendo a Alicia. Cuando está sobrecargado, se aleja y se refugia en el trabajo. Usted (Alicia), no ha podido perdonarlo y cada vez que discuten y él se aleja, se reactiva ese sentimiento de abandono y ese dolor que nunca ha cesado”*. Se hicieron conscientes de esta dinámica circular y fueron capaces de entender el motivo de las conductas del otro. El conflicto conyugal da lugar a una dinámica familiar en la que Carlos se ve sobrecargado, por lo que a veces se refugia en el trabajo. Esto reactivaba el sentimiento de abandono de Alicia y aumentaba de nuevo el conflicto conyugal.

La madre pudo expresar que nunca había sido capaz de perdonar la infidelidad a su marido. *“Te tenía en un pedestal y en ese momento te caíste a mis pies. Nunca te he podido volver a ver como antes. Creía que nuestro amor era incondicional, ahora te veo como alguien capaz de abandonarme”*.

Hablar abiertamente de este conflicto no resuelto, permitió una reparación adecuada y generó una mejora en la relación. Para llevar a cabo la reparación, se usaron preguntas circulares del estilo: *“¿Qué necesitas que el otro haga para poder estar mejor?”*.

También se trabajó la imagen de debilidad que tenía el padre sobre la madre y la necesidad de sobreprotegerla para compensar la culpa por la infidelidad. Lo que daba lugar a un padre sobrecargado y una madre poco presente. Así como la búsqueda de soporte en la hija mayor, generándose un triángulo entre ellos dos y Alfonso. Cuando se hizo partícipe a la madre en el conflicto familiar, su marido vio que era capaz de hacerle frente. Se habló abiertamente sobre la situación familiar delante de Alicia. En una devolución se dijo: *“Carlos, creemos que no debes proteger a Alicia de los conflictos.*

Ella es una mujer fuerte y capaz. Lo está demostrando aquí. Por más que tratéis de protegerla, está en casa y ve lo que pasa. Debéis formar un equipo". A lo que la madre respondió: *"Yo soy consciente de todo lo que pasa. Me duele más que no me hagan participe"*. La mayor presencia de la madre fue bien tolerada y necesaria para Alfonso, quien reclamaba su atención.

Al trabajar los conflictos conyugales. También se logró una mejora a nivel parental. La distancia entre los padres, generaba una falta de límites comunes hacia sus hijos. La hija mayor hacía de madre y Alfonso aprovechaba la falta de acuerdo en los límites puestos por los padres para hacer lo que quería. El hecho de reforzarlos como pareja, permitió la unión como equipo parental. Lucía ya no tenía que hacer de madre y Alfonso se tenía que enfrentar a unos límites sólidos acordados por ambos progenitores.

Por otro lado, se trabajó la relación entre el padre y Alfonso. Se prescribió al padre que expresase su amor hacia Alfonso desde un nivel emocional, en lugar de hacerlo desde el control. En mitad de la terapia Alfonso se fue a Marruecos, lo que generó mucha preocupación en la familia debido a las conductas de riesgo que tuvieron lugar durante este viaje. El padre explicó que lo fue a buscar al aeropuerto y en lugar de discutir con él por lo que había hecho, sólo lo abrazó y se emocionó al ver que estaba de vuelta en casa. Los terapeutas validaron el hecho de que se hubiera vinculado con su hijo a través de la emoción en lugar de la normatividad. *"Alfonso decía que hacía estas cosas para sacarte de tu papel de educador. Con este viaje lo ha conseguido. Ha conseguido tener un padre que se emociona, no un padre que sólo le acompaña al psiquiatra"*. Carlos explicó que su relación con el hijo estaba mejorando.

Por otro lado, se le dio a Alfonso un papel activo en la mejora de su salud mental como adulto capaz. Se prescribió que debía ser él quien gestionara las visitas con la psiquiatra, no el padre. Se trabajó para que empezara a buscar un espacio dentro del

sistema familiar desde la capacidad y no desde la enfermedad. Se trabajó para que la familia lo reconociera como un adulto capaz y no solo como un hijo enfermo. El objetivo era romper la dinámica circular entre desconfirmación y sintomatología. El terapeuta le regaló unos calcetines que Alfonso había expresado que le gustaban y le dijo: *“Estos calcetines implican una nueva forma de caminar. Para que, a partir de ahora, empieces a construir tu camino desde la capacidad y no desde la enfermedad”*.

Por otro lado, hay que comentar la construcción de la alianza terapéutica con esta familia. Toda terapia implica una relación entre paciente y terapeuta. Bordin (1976) identifica tres componentes necesarios para establecer una buena alianza terapéutica: un vínculo positivo, acuerdo en los objetivos de la terapia y acuerdo en las tareas que forman parte del trabajo terapéutico. Para establecer un contexto de colaboración es necesaria la alianza terapéutica. Hay una relación significativa entre alianza y eficacia de la terapia (Botella y Corbella, 2003, 2011; Escudero, 2009).

La construcción de la alianza terapéutica desde un punto de vista sistémico es mucho más compleja. Se tiene que establecer con cada miembro y con todo el sistema en su conjunto. Muchas veces se tiene que establecer en situaciones en las que los miembros están en conflicto y el clima emocional es muy negativo (Escudero, 2009).

En el caso de la familia de Alfonso, la construcción de la alianza al principio fue complicada porque no compartían con los terapeutas la definición del problema. Inicialmente, los miembros del sistema tenían dificultades para aceptar que había una disfunción en el sistema más allá de la sintomatología del paciente identificado. Especialmente el padre y la hermana mayor, invalidaban la necesidad de una terapia familiar. Identificaban a Alfonso como el único foco de conflicto. Esto no era validado en la terapia y ponía en riesgo la construcción de la alianza. Al no haber una definición conjunta del problema, tampoco había un acuerdo en lo que se refiere a los objetivos ni

a las tareas que se debían llevar a cabo. Aspectos necesarios para establecer una buena alianza terapéutica (Botella y Corbella, 2003, 2011; Escudero, 2009).

La situación que estaban viviendo generaba mucho malestar y angustia en la familia. La preocupación era elevada y el padre sentía que ésta no era tenida en cuenta por los terapeutas. Esto dificultó la construcción de una alianza con él, hasta que su necesidad de contención fue atendida. Para establecer una buena alianza, es importante que los terapeutas recojan todas las necesidades del sistema (Escudero, 2009).

Cuando se recogió al padre y se empezó a establecer un vínculo positivo, fue posible señalar y hacerlos conscientes de las dinámicas familiares disfuncionales. Redefinir el problema, permitió el acuerdo en los objetivos y tareas. Esto facilitó la construcción de la alianza terapéutica (Botella y Corbella, 2003, 2011; Escudero, 2009).

No obstante, hay que comentar que al principio de la terapia se generó una contratransferencia negativa, que dificultaba establecer el vínculo positivo y por tanto complicaba la construcción de la alianza terapéutica (Bordin, 1976; Botella y Corbella, 2003, 2011; Escudero, 2009). El padre invalidaba constantemente la necesidad de una terapia familiar y, por consiguiente, a los terapeutas. Además, se posicionaba en un rol de experto generándose una lucha de poder con los terapeutas. Esto generaba en ellos emociones y sentimientos negativos hacia el padre. No obstante, los terapeutas con la ayuda del equipo y las sesiones de supervisión, no dejaron que la contratransferencia afectara negativamente a la terapia.

Otro factor que afectó negativamente, fueron las interrupciones de la terapia por parte de Alfonso por causa externa. Decidió irse a Marruecos, lo que le mantuvo un periodo sin asistir a terapia. Se ofreció a hacer las sesiones vía *Skype*. A pesar de que se intentó, por motivos técnicos no fue posible. No obstante, como la terapia no estaba únicamente centrada en Alfonso, pese a que su ausencia fuera un inconveniente, se

aprovechó para quitar el foco sobre él y trabajar la dinámica familiar. “*Los conflictos con Alfonso se tratarán cuando él regrese. Por el momento vamos a trabajar con quienes estáis presentes en la sesión*”.

La hermana mediana, Verónica, tampoco pudo participar en la terapia al encontrarse en el extranjero. La hermana mayor, Lucia, sólo pudo asistir a una sesión por motivos laborales. Se trató de incluirlas, haciendo que los participantes de la terapia compartieran con ellas lo que se había estado trabajando en cada sesión. Además, al trabajar desde una óptica sistémica, se consideró que las intervenciones sobre unos miembros de la familia generarían cambios también en el resto.

A pesar de las dificultades mencionadas, se puso remedio y esto permitió el éxito de la terapia al generarse los cambios en la dinámica familiar antes comentados.

Monitorización del proceso terapéutico y ocupación de la información de *feedback*

La monitorización del proceso terapéutico se llevó a cabo mediante la supervisión directa del caso, así como los análisis y reflexiones de las sesiones.

La presencia del equipo terapéutico detrás del espejo unidireccional, permitía la supervisión directa de cada sesión, así como la intervención cuando se consideraba necesario. Trabajar en equipo permitió tener un *feedback* de diversos profesionales, así como controlar que se estuvieran cumpliendo los objetivos terapéuticos establecidos.

Además, las sesiones se grababan en video para poder visualizarlas y analizarlas posteriormente. También con el objetivo de controlar que el proceso terapéutico estuviera yendo en la dirección adecuada.

En las post-sesiones se analizaba y reflexionaba sobre cada entrevista, para ver si se estaban dando mejoras en las disfunciones presentes en la dinámica familiar.

En el equipo terapéutico se estableció como una señal indicadora de cambio, que la familia fuera capaz de ampliar el foco del problema que quedaba reducido en Alfonso.

También se analizaron los niveles cognitivos, emocionales y pragmáticos que determinan el amor conyugal como criterios de una mejora en la relación de pareja de Carlos y Alicia.

Se consideró que la mejora de la relación conyugal, aportaría una mejora en la parentalidad. Se determinaron como indicadores de cambio respecto al subsistema parental, la capacidad de establecer acuerdos y formar un equipo parental sólido con límites claros. Se consideró como criterio indicador del establecimiento de límites claros, la no inclusión de miembros de la familia en un subsistema que no les corresponde.

También se estableció como eje para determinar el éxito terapéutico, el análisis de la evolución de la relación paterno-filial. Por parte del padre, se establecieron como indicador de cambio la capacidad de establecer vínculos con su hijo a través de la emoción y no solo del control. Así como evitar la desconfirmación y el hecho de que Alfonso solo existiera como hijo enfermo. Respecto a la madre se observó si a partir del proceso terapéutico había una presencia mayor y más activa por su parte en el conflicto.

Por último, para obtener un *feedback* por parte de la familia, en diversas ocasiones se preguntó explícitamente a los participantes de la terapia, si habían percibido mejoras en el sistema desde que empezó el proceso terapéutico.

Evaluación final del proceso y resultado de la terapia

La terapia conllevó una mejora significativa respecto a la dinámica familiar. Tuvieron lugar los aspectos que se habían establecido como indicadores de cambio, cosa que permitió dar el alta terapéutica a la familia.

Los miembros del sistema fueron capaces de reformular el problema. A través de redirigir el discurso cuando este se centraba en Alfonso, emplear preguntas circulares y señalar dinámicas disfuncionales en la familia; fueron conscientes de la necesidad de un cambio en la dinámica familiar sin centrarse únicamente en el paciente identificado. Cosa que permitió que toleraran las intervenciones que iban en esta línea.

Como dice Bordin (1967), para establecer una alianza es necesaria una vinculación positiva, un establecimiento conjunto los objetivos terapéuticos y un acuerdo en las tareas (Botella y Corbella, 2003, 2011; Escudero, 2009). Primero se estableció un vínculo positivo, para poder redefinir el problema. Cosa que permitió el acuerdo en los objetivos y tareas, facilitando la construcción de la alianza terapéutica.

Hubo una mejoran significativa en la relación conyugal, una vez fueron capaces de hablar abiertamente de sus conflictos. Se observó una mejora en el *pensar, sentir y hacer amoroso* (Linares 1996, 2007, 2012). A nivel cognitivo, él fue capaz de reconocer y valorar a su mujer como una madre capaz de afrontar la situación familiar. Una esposa que no había que proteger y con quien podía formar un equipo parental. La madre fue capaz de volver a reconocerlo y valorarlo como marido, una vez se empezó a reparar el dolor provocado por la infidelidad. A nivel emocional, al disminuir el conflicto conyugal empezó a haber más expresiones afectivas. A nivel pragmático, empezaron a haber más espacios de intimidad. Dejaron de centrarse en Alfonso y empezaron a dedicarle más tiempo a la pareja. En Semana Santa se fueron solos de viaje, cosa que expresaron no haber hecho desde hacía muchos años.

Esto les permitió fortalecerse como equipo parental. El padre encontró soporte en su mujer y no necesitó seguir aliándose con la hija mayor. La madre se hizo más presente en los conflictos y el padre pudo tomar distancia. Cosa que permitió que la relación entre él y Alfonso mejorara. Además, empezó a relacionarse con él desde la emoción y

no solo desde el control, cosa que Alfonso toleraba mejor. El vínculo entre Alfonso y sus padres mejoró significativamente. El padre dejó de verlo solo como un hijo enfermo y empezó a reconocerlo como adulto capaz. Pudo señalar todo lo que su hijo sabía hacer, sin centrarse únicamente en los signos de enfermedad. Se empezó a romper la circularidad de desconfirmación y sintomatología.

Se ayudó a la familia a establecer límites claros entre subsistemas y a definir el rol de cada miembro. Se señalaron las dinámicas disfuncionales y sus consecuencias a través de preguntas circulares. El padre fue consciente de que no debía aliarse con su hija mayor para resolver los conflictos parentales que se daban en la relación con Alfonso, sino que debía formar un equipo parental sólido con su esposa. Ambos progenitores vieron la necesidad de trabajar el conflicto conyugal, sin involucrar a Alfonso. La claridad en los límites permitió diferenciar los subsistemas y los roles de cada miembro, e hizo que no se siguieran estableciendo juegos trianguladores (Minuchin, 2004).

La familia llegó a terapia expresando una gran angustia y sufrimiento. Al principio el padre y la hija mayor enviaban al equipo terapéutico una gran cantidad de emails expresando su preocupación por Alfonso. Al final de la terapia, el clima familiar estaba mucho más relajado. Todos expresaron una mejora significativa en las relaciones familiares. La sintomatología de Alfonso, aunque aún seguía presente, disminuyó. Fue liberado de la necesidad de ocupar el rol de enfermo dentro del sistema familiar. Necesidad propia para hallar reconocimiento y necesidad del sistema para desviar la atención sobre el conflicto conyugal.

El enfoque teórico a partir del cual se basó esta terapia, hizo que el foco se pusiera en todo el sistema familiar y no únicamente en Alfonso. La teoría de Linares (1996, 2007, 2012) permitió un análisis más profundo sobre las dimensiones parental y conyugal, e hizo patente el conflicto que radicaba en la conyugalidad y afectaba de forma negativa a

la dinámica familiar. La teoría de Minuchin (2004) permitió analizar la estructura familiar y ver la necesidad de establecer límites claros entre subsistemas.

Sí bien es cierto que la sintomatología de Alfonso era muy grave, en esta terapia se decidió trabajar con toda la familia sin centrarnos únicamente en él, debido a que ya estaba siendo tratado por otros profesionales. Se consideró que una mejora en la dinámica familiar, también daría lugar a una mejora de la sintomatología de Alfonso (Linares, 1996, 2007, 2012; Minuchin, 2004; Sarmiento, 2009; Serrano, Rodríguez y Rosa, 2009; Schlanger, Pérez, Moratalla y Cáceres, 2010; Soria, 2010).

No obstante, la sintomatología de Alfonso era grave y, aunque había disminuido, seguía presente. Por ello fue necesario trabajar la adherencia al tratamiento psiquiátrico que estaba llevando a cabo. En según qué casos, es interesante combinar un tratamiento psicológico y uno farmacológico con tal de beneficiarse de las ventajas diferenciales que ambos ofrecen. En determinados pacientes, los tratamientos combinados permiten una mayor magnitud y amplitud de respuesta, aumentan la probabilidad de resultados, y favorece la aceptación de ambos tratamientos (Garay, Fabrissini, Korman & Etchevers, 2010; Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase, Trivedi & Rush, 2005). Se trató de fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico, exponiendo a Alfonso la importancia de este, así como la necesidad de adoptar un rol activo en la mejora de su salud mental como adulto capaz.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Autor.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Botella, L. & Vilaregut, A. (2010). La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución. *Revista de Psicoterapia*, 2, 41-72.
- Buehler, C., Franck, K. L. & Cook, E. C. (2009). Adolescents' Triangulation in Marital Conflict and Peer Relations. *Journal of Research on Adolescence*, 19(4), 669-689.
- Compañ, V., Muñoz, D., Feixes, G. & Montesano, A. (2015). *La evaluación en terapia familiar*. Recuperado en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67370/1/Evaluacion_en_TF.pdf
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S. & Botella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-33.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2), 247-259.
- Estremero, J. & Bianchi, E. (2003). Familia y ciclo vital familiar. Recuperado en <http://www.fundacionmf.org.ar/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>
- Franck, K. L. & Buehler, C. (2007). A family process model of marital hostility, parental depressive affect, and early adolescent problem behavior: The roles of triangulation and parental warmth. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 614-625.

- Garay, Cristian Javier, Fabrissin, Javier Hernán, Korman, Guido Pablo, & Etchevers, Martín Juan. (2010). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anuario de investigaciones*, 17, 41-48.
- González, L. A. (2009). Formulaciones Clínicas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 27(1), 93-102.
- Haley, J. (1981). *Uncommon therapy*. New York: Norton.
- Hollon, S. T., Jarrett, R. B., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Trivedi, M. & Rush, A. J. (2005). Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455–468.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica Personality and personality disorders from a systemic approach. *Clínica y Salud*, 18, 381–399.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Minuchin, S. (2004). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Quant, M. D. (2013). Formulación clínica de casos: Aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 160-172.
- Serrano, J., Galán, A., & Rosa, S. (2009). Actitudes trianguladoras familiares y psicopatología infanto-juvenil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 473–481.
- Sarmiento, V. (2009). *Aplicación del Protocolo para el Diagnóstico Relacional en Terapia de Pareja en un estudio de caso único*. Recuperado en

<http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/1592/1/T-SENESCYT-00710.pdf>

Selvini, M. (2008). Doce Dimensiones Para Orientar la Diagnósis Sistémica. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, Redes*, 20, 9-24.

Soria, R. (2010). Tratamiento Sistémico En Problemas Familiares. Análisis De Caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 87–104.

Von Bertalanffy, L. (1954). *General systems theory*. New York: George Brazillier.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

Wiener, N. (1948). *Cybernetics*. New York: Wiley.