

Evaluación del funcionamiento de una familia con un adolescente con Trastorno Afectivo Bipolar*

Angélica María Restrepo Rivera¹ y Victoria Eugenia Acevedo Velasco
Pontificia Universidad Javeriana - Cali (Colombia)

Recibido: 17/04/09

Aceptado: 23/06/09

Resumen

El artículo describe la evaluación del funcionamiento de una familia con un miembro adolescente con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. La información recogida se analizó utilizando una matriz con cuatro categorías: límites interpersonales, comunicación, ciclo vital individual y familiar y creencias familiares. Los principales hallazgos evidencian alteraciones en las cuatro áreas evaluadas. Se encontraron límites rígidos y cohesión baja entre los miembros, altos niveles de conflicto al interior de los subsistemas, niveles de emoción expresada elevados, atascamiento respecto a las tareas de desarrollo individuales de los miembros y creencias asociadas a la vida familiar que dificultaron un manejo más adecuado de la enfermedad. Se destaca la importancia de la evaluación sistémica del funcionamiento familiar como herramienta útil para direccionar los procesos de intervención de estas familias.

Palabras clave: trastorno afectivo bipolar y familia, límites interpersonales, comunicación, ciclo vital, creencias familiares.

Abstract

This article describes a systemic assessment of a family with an adolescent member diagnosed with bipolar affective disorder. The data on family processes was analyzed using four categories: boundaries, communication patterns, individual and family life cycle and family beliefs. Main results showed disturbances in the four assessed areas. Rigid boundaries, low cohesion within members, high conflict levels inside and between subsystems, high expressed emotions, unaccomplished developmental tasks and beliefs related to family life that prevented a more adequate management of the illness. Systemic family assessment is highlighted as a useful tool to plan and conduct family therapy.

Key words: Bipolar affective disorder, family, boundaries, communication, life cycle, beliefs.

* Investigación realizada por el grupo de Estudios en Cultura, Niñez y Familia.

¹ Dirección de correspondencia:

E-mail: angelicar@javerianacali.edu.co; veacevedo@javerianacali.edu.co

Resumo

O artigo descreve a avaliação do funcionamento de uma família com um membro adolescente com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. A informação recolhida foi analisada utilizando uma matriz com quatro categorias: limites interpessoais, comunicação, ciclo vital individual e familiar e crenças familiares. Os principais achados evidenciam alterações nas quatro áreas avaliadas. Foram localizados limites rígidos e coesão baixa entre os membros, altos níveis de conflito ao interior dos subsistemas, níveis de emoção expressada elevados, bloqueio respeito das tarefas de desenvolvimento individuais dos membros e crenças associadas à vida familiar que dificultaram um uso adequado da doença. Destaque para a importância da avaliação sistêmica do funcionamento familiar como ferramenta útil para direccionar os processos de intervenção destas famílias.

Palavras chave: transtorno afetivo bipolar e família, limites interpessoais, comunicação, ciclo vital, crenças familiares.

Introducción

Este artículo describe el funcionamiento de una familia con un miembro adolescente con trastorno afectivo bipolar (TAB, en adelante), haciendo énfasis particular en las implicaciones de la enfermedad mental en los procesos estructurales y relacionales del sistema familiar.

La enfermedad mental, dentro de los múltiples eventos que pueden alterar la organización del sistema familiar, es quizás uno de los que genera mayor impacto, por el estigma social que conlleva y por los comportamientos disruptivos que pueden presentarse; estas condiciones, sumadas a muchas otras, generan en las familias reacciones emocionales dentro de las que se encuentran el miedo, la vergüenza, la tristeza y la irritabilidad y sentimientos de pérdida, culpa, y preocupación por el futuro (Gradillas, 1998). Adicionalmente, se ha comprobado que los factores psicosociales son una parte fundamental en la expresión particular del trastorno en las personas afectadas, en lo referente a la frecuencia de las recaídas, la severidad de las mismas y la polaridad de los síntomas (Miklowitz, 2008).

Las reacciones emocionales, aunadas a otras consecuencias, como el aislamiento social, la alteración de las rutinas y la redefinición de los roles al interior del hogar, generan un desajuste tanto a nivel de cada uno de los miembros de la familia, como en sus interacciones (Last, 2009). Con base en esto, la evaluación del funcionamiento familiar aparece como una

herramienta útil en la valoración de las áreas de fortaleza y debilidad de la persona afectada y del entorno más próximo que la contiene, su familia, de modo que se constituya en una guía para el establecimiento de programas de intervención con estas familias. En este sentido, este artículo busca describir un modo de evaluación familiar que pueda ser adaptado por terapeutas o personal del área de la salud mental, interesados en el tema de las familias afectadas por la enfermedad mental de uno de sus miembros.

Respecto al TAB, en particular, las intervenciones realizadas en décadas anteriores estuvieron centradas en mejorar la calidad de vida sólo del paciente y el tratamiento preferido y casi exclusivo había sido el farmacológico, especialmente, desde el descubrimiento de los estabilizadores del ánimo, como el litio, el valproato y la carbamazepina. Si bien la farmacoterapia ha demostrado reducir el número de recaídas, los investigadores reportan que, los medicamentos administrados de manera exclusiva no controlan completamente los síntomas, no evitan la presencia de síntomas residuales entre los episodios de crisis y, no eliminan los déficits a nivel psicosocial y ocupacional que experimentan los pacientes (Miklowitz y Alloy, 1999; Rea et al. 2003; Reinares y Vieta, 2000).

Las explicaciones propuestas por los autores frente a la frecuencia de las recaídas y la demora en la recuperación de los episodios de crisis, pese a la adherencia al tratamiento farmacológico,

sugieren la presencia de factores psicosociales como eventos estresantes, ambientes familiares hostiles y altos niveles de emoción expresada (Grandin, Alloy y Abramson, 2007; Johnson, 2005).

A partir de estos hallazgos, el abordaje multidisciplinario comenzó a considerarse una estrategia fundamental en el tratamiento de estos pacientes, con tratamientos psicoeducativos, cognitivo-conductuales y de terapia familiar, especialmente al comprobar empíricamente una significativa mejora en aspectos como la adherencia a la medicación y en el funcionamiento familiar y social y la disminución en el número y duración de las hospitalizaciones y de las recaídas (Becoña y Lorenzo, 2001; Holmgren et al. 2005).

La terapia familiar, en comparación con las psicoterapias individuales, cuando se utiliza asociada a la medicación, ha emergido como recurso más efectivo puesto que demora las recaídas y reduce la severidad de los síntomas (Miklowitz, George y Richards, 2003; Miklowitz, 2008; Rea et al. 2003). La eficacia de intervenciones familiares, tanto de terapia como de psicoeducación, se presenta en las áreas de adherencia al tratamiento, comunicación familiar y del funcionamiento familiar en general, disminución de recurrencia de episodios y necesidades de rehospitalización (Miklowitz, 2008; Miklowitz, George y Richards, 2003; Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem, George, 1999; Rea, et al. 2003; Reinares et al. 2002). La terapia familiar psicoeducativa, en últimas, se propone prevenir las recaídas, reduciendo el estrés familiar y aumentando el apoyo familiar para los jóvenes con trastorno bipolar, que a su vez reciben medicación para estabilizar el afecto. Este tipo de terapia fundamentalmente se centra en aumentar el conocimiento sobre la condición, mejorar las relaciones familiares y los síntomas de manía y depresión (Carr, 2009).

Caracterización del trastorno afectivo bipolar

El trastorno afectivo bipolar, TBA, es una enfermedad mental que se acompaña de una alteración en el ánimo y que se caracteriza por:

(...) dos o más episodios, en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares” (OMS, 1992, p.318).

Particularmente en niños y adolescentes, este trastorno tiende a presentar un ciclaje rápido, manía mixta, delirios de grandeza, tendencia al suicidio y comorbilidad con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Biederman, Mick, Spencer, Wilens y Faraone, 2000; Geller et al. 2001).

El TAB tiene unas características particulares que generan impacto a nivel personal, social y familiar. A nivel individual, una persona diagnosticada con TAB puede ser muy competente a nivel profesional y social y aún durante la ocurrencia de un episodio, puede tener la capacidad para funcionar de manera adecuada al menos por períodos cortos de tiempo, puede controlar el afecto, racionalizar y utilizar estrategias de autocontrol. Sin embargo, durante los episodios maníacos o depresivos, las personas con TAB tienen comportamientos que alteran sus vidas en lo afectivo, lo social y lo económico y la tarea de recuperar el control de las diferentes áreas de su vida, puede resultar abrumadora para los períodos posteriores a la aparición de la crisis (Miklowitz, 2008).

A nivel social, el TAB produce un estigma grande, debido a que durante los episodios de manía pueden desencadenar comportamientos socialmente desaprobados, como por ejemplo la hipersexualidad y el abuso de sustancias; adicionalmente, la irritabilidad, la tendencia constante a mantener las discusiones y el desconocimiento de las necesidades de los otros, pueden generar rechazo y ostracismo. Aún en ausencia de síntomas significativos

asociados al trastorno del ánimo, las personas con TAB describen apatía y desmotivación para reanudar actividades como el trabajo, el colegio y restablecer el contacto social, lo cual, a su vez, se constituye en una nueva fuente de críticas hacia la persona enferma. Adicionalmente, estos comportamientos son aún más censurados, debido a que no se distinguen claramente del comportamiento normal, por tanto, se hace responsable a la persona de su comportamiento y no se le considera un enfermo (Miklowitz, 2008).

A nivel familiar, que es el foco del presente artículo, el TAB tiene múltiples efectos. La confusión existente entre el estado de ánimo alterado (depresivo o maníaco) y el ánimo normal y el carácter cíclico y crónico de la enfermedad, pueden exceder los recursos individuales, familiares y sociales disponibles produciendo un deterioro significativo de la calidad de vida de todos los involucrados. Moltz y Newmark (2002) señalan que en la estructura familiar se genera una alteración de los roles que se acompaña de angustia y preocupación por el estado del paciente y por las situaciones que ocurren. Sumadas, la irritabilidad y la intensidad del ánimo que presenta el paciente, tiende a ser “contagiosa” y los miembros de la familia pueden tener una fuerte reacción o retraerse de las interacciones como forma de controlar su reactividad. Los síntomas afectivos generan respuestas cargadas afectivamente y el conflicto con o acerca de la persona es común, lo cual puede afectar la capacidad para resolver conflictos y conllevar a interacciones difíciles de modular.

Funcionamiento familiar

La literatura desarrollada en el tema de familia y TAB es extensa y, coincide en señalar la influencia de tipo bidireccional entre estas dos variables. El modelo de vulnerabilidad/estrés retomado por Miklowitz (2008) para explicar las interacciones entre la familia y los síntomas del paciente, señala que los factores genéticos, biológicos y sociales (dentro de los que incluyen las influencias familiares) interactúan permanentemente protegiendo o precipitando episodios de crisis.

Teniendo en cuenta la influencia recíproca que se ejerce entre las crisis del paciente y la familia, la evaluación de funcionamiento familiar se plantea como una alternativa para orientar las intervenciones con estas familias de modo que se focalicen en los procesos alterados; autores como Belardinelli et al. (2008) y Holmgren et al. (2005) reportaron alteraciones en todas las áreas del funcionamiento familiar que evaluaron, dentro de las que se encontraban: cohesión, expresividad emocional, niveles de conflicto y relación intra e inter sistemas conyugal y fraternal, entre otras.

Rolland (2000) propone un modelo de evaluación aplicado a familias donde se presenta algún tipo de enfermedad o discapacidad, planteando cuatro categorías principales. La primera categoría, hace referencia a las pautas estructurales y organizativas de la familia dentro de las que se incluyen la adaptabilidad familiar, los límites y la cohesión que establecen la capacidad de la familia para adaptarse y cambiar de acuerdo con las demandas que la enfermedad plantea.

La adaptabilidad familiar depende, en gran medida, del lugar que ocupe la familia dentro del continuo, rígida – caótica. Lo que caracteriza a una familia, en uno de estos dos extremos, es la dificultad para modificar los patrones de comportamiento compartidos ante las demandas que se vayan presentando a los diferentes miembros de la familia. Las familias con tendencia a tener patrones rígidos de comportamiento tienen dificultades para responder a enfermedades con ciclos o que requieren adaptaciones rápidas, como es el caso del TAB. Por otro lado, las familias caóticas tienden a tener dificultades con enfermedades que requieren un régimen de seguimiento estricto como es el caso de una diabetes (Rolland, 2000).

Dentro de la cohesión, se encuentran dos aspectos importantes: la relación al interior del subsistema conyugal – parental y la relación en el subsistema fraterno. Respecto al subsistema conyugal – parental, se evalúa su capacidad para ejercer roles complementarios frente a las demandas del medio. Holmgren et al. (2005)

encontraron que de 29 familias con un hijo con TAB entrevistadas, en el 48.3% de los casos había una ruptura conyugal, en el 20.7% existía una disfunción grave y sólo el 31% manifestaba tener una leve disfunción o no tenerla. En las relaciones disfuncionales entre los cónyuges, se rompía la complementariedad en los roles y se presentaban múltiples desacuerdos en la crianza de los hijos (extrema flexibilidad - rigidez) y falta de acercamiento físico y afectivo en uno o ambos padres y, en relación con la enfermedad, los autores encontraron falta de aceptación de la misma en uno de los cónyuges y el reproche o la mutua culpabilización. En el mismo estudio, los autores identificaron un bajo nivel de involucramiento afectivo por parte de los hermanos del paciente con TAB con el paciente, y en el 80% de los casos, la relación fue descrita como conflictiva, señalando como motivo principal para el distanciamiento, la dificultad para comprender que los comportamientos del paciente obedecen a una enfermedad y no a su forma de ser. Este estilo de relación, no sólo se reducía a los períodos de crisis, sino que se hacía extensivo a los períodos de estabilidad del paciente.

La segunda categoría, hace referencia a los procesos de comunicación, en donde se consideran la capacidad para resolver los conflictos dentro del ámbito familiar y la habilidad para abordar temas o situaciones con carga afectiva, como es el manejo de los síntomas, el ostracismo social, la generación de nuevas rutinas. La habilidad para comunicarse es un recurso familiar importante, que incluye la facilidad para informar sobre lo instrumental y lo afectivo y la congruencia entre los mensajes verbales y no verbales (Hernández, 1997). Así mismo, Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) sostienen que la comunicación tiene dos niveles: uno de contenido que hace referencia a lo que se transmite, y otro metacomunicacional, con referencia a la relación entre los comunicantes e indica la organización jerárquica entre éstos.

Además de la facilidad para comunicarse y las secuencias interaccionales, en las familias con un miembro con enfermedad mental, se ha considerado para evaluar los procesos comunicacionales el concepto de emociones

expresadas (EE) que Miklowitz (2007) describe como la “crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento afectivo de un cuidador durante un episodio agudo de enfermedad de un paciente o inmediatamente después” (p.193). Rosenfarb et al. (2001) describen que niveles altos de emociones, expresadas durante o inmediatamente después de un episodio, predicen las recaídas de pacientes con TAB, en un lapso de seguimiento de 9 meses. En un texto más reciente, Miklowitz (2007) propone un posible mecanismo de interacción entre las EE y los comportamientos de una persona con trastorno bipolar afectivo. Esta persona, a quien llamaremos paciente, por conjunción de múltiples factores, fue un niño con alteraciones comportamentales (irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, inestabilidad en el ánimo y ansiedad elevada) quien a su vez tiene un padre que por su propia historia podría tender a responder de manera hostil y crítica. Esta exposición a las críticas constantes, en una persona con la identidad en formación, genera dudas acerca de sí mismo, mayores niveles de autocrítica y creencias acerca de ser generador de conflictos y, en esa medida, puede dificultar la adquisición de habilidades autorregulatorias como se evidencia en la depresión, la ansiedad y la inhabilidad para tolerar estados de ánimo negativos. Estas reacciones disparan actitudes y comportamientos con altos niveles de EE en los padres que contribuyen a las vulnerabilidades cognitivas y emocionales del paciente.

El concepto de emociones expresadas abarca la noción de crítica propuesta por Rolland (2000) como elemento crucial para evaluar en el funcionamiento familiar cuando se presenta una enfermedad mental. Agudelo et al. (2007) realizaron un estudio en el que encontraron que los pacientes con TAB son el grupo que se percibe más criticado por la familia, en comparación con pacientes con diabetes mellitus y sujetos sanos, incluyendo los dos elementos de la crítica: la censura y la intrusión. Estos resultados están asociados a que frente a una enfermedad mental, los familiares tienen la sensación de que el paciente es responsable de no controlar sus síntomas, y de este modo, la crítica aumenta;

y frente a la pérdida de autonomía del paciente en el desempeño social los familiares tienden a reaccionar con crítica y coerción (Barrowclough y Holey citados por Agudelo et al. 2007). Por su parte, los autores señalan que los pacientes con TAB, pueden ser más sensibles a la crítica y tener una frecuencia más alta de secuencias de comportamientos negativos. Estos hallazgos son soportados por los de Robert et al. (2004), quienes refieren que las familias de pacientes con TAB tienden a presentar niveles de expectativas y de conformidad no realistas.

La tercera categoría, mencionada por Rolland (2000), hace referencia al ciclo de vida individual y familiar, en el que específicamente se identifican los momentos de desarrollo de los miembros de la familia y se analiza el efecto de la aparición de la enfermedad sobre los procesos de evolución de cada uno de estos individuos y de la familia como sistema.

Carter y McGoldrick (2003) proponen seis etapas del ciclo vital, durante las cuales deben cumplirse unas tareas de desarrollo propuestas. La fase, que compete a este artículo, es la de familias con adolescentes, en donde las principales tareas se enfocan en permitir al adolescente la entrada y salida del sistema para facilitar su proceso de socialización, el reencuentro de los cónyuges como pareja y el cuidado de la generación de los abuelos. En un estudio con familias colombianas, Hernández (1997) identificó aspectos distintivos del funcionamiento familiar en diferentes momentos del ciclo vital. El adolescente, por ejemplo, sufre cambios a nivel de su autoimagen, pone en cuestionamiento las normas de la sociedad y se orienta, de manera centrífuga, hacia el exterior de la familia, concentrándose en sus pares. Asimismo, en la familia durante la adolescencia aparece una disminución del nivel de cohesión, particularmente en las familias que la autora llama clínicas (que son aquellas en las que existe un nivel de disfunción significativo).

La aparición de una enfermedad ejerce una atracción centrípeta que obliga a una mayor cohesión, lo cual entra en conflicto con las demandas propias de esta fase. Las enfermedades

que tienen ciclos, como es el caso del TAB, pese a que tiene periodos asintomáticos, mantienen a la familia en un modo centrípeta por el estado de alerta que exigen, lo cual puede dificultar el desenvolvimiento de las siguientes fases del ciclo de vida familiar. La transición de la fase de crisis a la fase crónica de la enfermedad es vital para que la familia corrija su curso de desarrollo (Rolland, 2000).

El último aspecto a considerar, corresponde a las creencias compartidas dentro del núcleo familiar, las cuales dan coherencia a la vida familiar y sirven como base para enfrentarse a situaciones no normativas como la aparición de una enfermedad. Cuando aparece una enfermedad mental, se activan todos los imaginarios sociales construidos en relación con el tema, y las creencias creadas por esta familia se ven permeadas por ideas que tienen que ser asimiladas dentro del sistema para desarrollar los ajustes necesarios que permitan hacer frente a esta enfermedad.

Rolland (1999) enuncia varias creencias importantes dentro del núcleo familiar. La primera, hace referencia al considerar como positivo el hecho de buscar ayuda externa a la familia frente a un problema o crisis. Por otro lado, también es fundamental la sensación de control interno vs. control externo que tenga la familia, particularmente, frente a una enfermedad. El control interno supone que la persona tiene capacidad de afectar el resultado de una situación, mientras que una orientación externa implica que los resultados no dependen de las acciones de los miembros de la familia. Esta última creencia mencionada es muy importante, porque en la medida en que los individuos tengan sensación de control interno, es más probable que movilicen sus recursos para hacer frente a la enfermedad que si tienen una sensación de control externo frente a la misma.

Particularmente, frente al TAB, lo cíclico de la enfermedad, hace que tanto los pacientes como los familiares perciban que los esfuerzos realizados durante la crisis anterior y el período asintomático no tuvieron efecto, y de este modo, es usual que se muestren desmotivados y

desinteresados para emprender nuevas acciones conducentes a regular los síntomas (Moltz y Newmark, 2002), situación que entra en conflicto con las demandas del TAB, que exigen adaptación rápida a los cambios, flexibilidad en el desempeño de roles, buena capacidad para negociar acuerdos y habilidad para comunicar asertivamente las necesidades de cada uno de los miembros, demandas que requieren del trabajo conjunto de la familia para que puedan ser satisfechas. Igualmente importantes son las creencias en relación con las causas de la enfermedad. Rolland (1999) sostiene que estas creencias son en general una mezcla entre información médica y mitología familiar.

En el caso particular del TAB, el significado que la familia asigne a los síntomas es fundamental, debido a la facilidad con que pueden ser atribuidos a características de personalidad del enfermo. Debido a las dificultades descritas en párrafos anteriores, a las cuales se enfrentan las familias afectadas por una enfermedad mental y, en particular, por un TAB, se hace necesario ahondar de manera específica sobre las áreas alteradas con el fin de generar alternativas de intervención sobre las mismas.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por una familia caleña de raza blanca, que se describía a sí misma como cristiana y de clase media, compuesta por cuatro miembros: Paulo, de 51 años, el padre; Odemaris, de 46, la madre; y dos hijos: María, de 22 años, y Samuel, de 16 años; este último, estudiante de 8 grado de bachillerato, con un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Ambos padres, contaban con educación universitaria, y se desempeñaban en actividades laborales de tiempo completo. Al momento del desarrollo del presente estudio, María vivía la mitad del tiempo fuera de casa por situación laboral, por tanto, no se contó con su presencia para la evaluación de funcionamiento familiar.

Tipo de investigación

Se trata de un estudio de caso (cualitativo, descriptivo no estructurado), referido a una única unidad muestral (Montero y León, 2005), en este caso, una familia. Se describe un proceso de evaluación del funcionamiento familiar en un centro de atención en salud mental ante presencia de un trastorno afectivo bipolar en un hijo adolescente.

Instrumentos

Se utilizó una matriz para la evaluación de las cuatro categorías planteadas en la introducción: pautas estructurales y organizativas, procesos de comunicación, ciclo vital individual y familiar y creencias familiares. Este instrumento fue utilizado en cada una de las sesiones con la familia; en él se consignaron los datos referentes a los participantes en cada sesión, la(s) categoría(s) evaluadas y los aspectos centrales reportados. Además, se incluyó una casilla para recoger datos adicionales que fueran de relevancia para la evaluación del funcionamiento familiar, pero que no pertenecieran de manera específica a una de las categorías propuestas por Rolland (2000). (Véase Anexo 1).

Las pautas estructurales y organizativas incluyen la adaptabilidad familiar que evalúa la ubicación de la familia en el continuo Rígida vs. Caótica, en referencia a la flexibilidad familiar para enfrentar los cambios frente a eventos normativos y no normativos. Igualmente, esta categoría incluye los límites y la cohesión que establecen la situación de la familia en el continuo Dependencia vs. Independencia.

Los procesos de comunicación incluyen la habilidad de la familia para resolver conflictos, la cual se valora teniendo como referencia el establecimiento de acuerdos satisfactorios para todos los miembros. Además, se evalúa la presencia de emociones expresadas que incluye la crítica y la hostilidad entre los miembros de la familia.

El ciclo vital individual y familiar evalúa el adecuado cumplimiento de los miembros de la familia, de las tareas de desarrollo correspondientes a su edad cronológica.

La categoría de creencias individuales y compartidas dentro del núcleo familiar evalúa particularmente las atribuciones que la familia realiza respecto a la causa de la enfermedad mental. Adicionalmente, evalúa la percepción que la familia tiene de su capacidad para influenciar los sucesos de la vida vs. la sensación de estar bajo una influencia externa que se escapa a su control (control interno vs. control externo).

Procedimiento

La familia con la que se realizó este estudio de caso fue escogida por el interés de las autoras sobre los adolescentes con trastorno afectivo bipolar, del grupo más amplio de familias que participaban del programa de hospital día en un centro de atención en salud mental de la ciudad de Cali. Esta evaluación del funcionamiento familiar hizo parte de un tratamiento de rehabilitación integral en el que el paciente participaba, que incluía manejo farmacológico, intervención psicoterapéutica grupal, rehabilitación ocupacional y psicoeducación al paciente y su familia.

Los padres ingresaron al centro acompañando a su hijo Samuel, con un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, quien fue referido por su psiquiatra, de una ciudad aledaña, para ser hospitalizado por presentar un episodio maníaco con síntomas psicóticos de semanas de evolución.

Al momento del ingreso, Samuel fue remitido al programa de hospital día; con un historial de 3 años de evolución de la enfermedad, sin hospitalizaciones previas. Como parte del proceso de su recuperación, el equipo terapéutico de la institución remitió a la familia para una valoración del funcionamiento de sus procesos relacionales.

La evaluación del funcionamiento familiar fue realizada por las autoras del artículo, en cinco sesiones de una hora de duración cada una, en un espacio de dos meses; y la recolección de información se realizó en la matriz descrita en el apartado de instrumento posteriormente al desarrollo de cada sesión. Con base en la información de esta matriz, se realizó la descripción y posterior discusión de los resultados.

Resultados

Los resultados de la evaluación muestran que la totalidad de las áreas de funcionamiento en la familia descrita se encontraron con alteraciones importantes, siendo los procesos de comunicación los que se encontraron con mayor grado de disfunción. A continuación, se detallan los hallazgos en las pautas estructurales y organizativas, los procesos de comunicación, el ciclo vital y familiar y las creencias individuales y familiares.

Pautas estructurales y organizativas

Se encontraron límites rígidos y baja cohesión entre los miembros, caracterizados por una distancia emocional, en donde las necesidades familiares no eran tenidas en cuenta, únicamente se privilegiaban invariablemente los intereses individuales, aun cuando éstos fueran en detrimento de los demás miembros. Respecto al subsistema conyugal – parental, se identificó desde las primeras sesiones una desconexión afectiva como cónyuges motivada, según reporte de los pacientes, por dificultades en la convivencia desde los años iniciales de matrimonio y, una búsqueda de simetría en las interacciones que impedía la negociación de conflictos respecto a su relación y a la relación con sus hijos. La desconexión y la búsqueda de simetría, sumada a un patrón alterado de comunicación enmarcado dentro de la descalificación constante, aumentaba la tensión en la familia y dificultaba el acuerdo frente a cuestiones que iban desde las actividades a realizar en el tiempo libre hasta el manejo de la sintomatología propia de la enfermedad.

Respecto al subsistema fraterno, se halló una conexión afectiva entre la hermana y el paciente, con espacios compartidos en ocasiones. Sin embargo, la principal dificultad encontrada fue una rivalidad del paciente con su hermana por la distribución de las labores domésticas en el hogar y del dinero por parte de los padres. Estas dificultades, si bien pueden estar asociadas a cuestiones relacionales entre hermanos, también se encuentran sustentadas en la dificultad de los padres para mediar de

manera adecuada esta relación que se constituye en el primer laboratorio social al interior de la familia.

Igualmente, se identificó una baja adaptabilidad familiar asociada a la dificultad para modificar pautas de comportamiento anteriores a la aparición del TAB. En esta familia, cada uno de los miembros se encontraba orientado, de manera particular, hacia el mundo académico y laboral, con niveles muy altos de exigencia en este sentido, con independencia para el funcionamiento diario, con pocos espacios para compartir como familia y con una relación padres – hijos mediada principalmente por el apoyo económico que debía ser retribuido con buen rendimiento escolar y con desarrollo de labores domésticas asignadas. Al aparecer con el TAB, surgen requerimientos asociados a cercanía, supervisión y acompañamiento y se requiere la disminución de expectativas frente al funcionamiento del miembro enfermo en aspectos como su rendimiento escolar durante los períodos de crisis. Al tener patrones tan rígidos de comportamientos, la familia no lograba cumplir las funciones de apoyo entre los miembros y mantenía un estándar elevado de demandas hacia Samuel que incluían la asistencia obligatoria al colegio, demanda que durante el período de crisis no podía ser satisfecha. Por tanto, la ausencia de recursos familiares internos para desempeñar estas funciones complicó, en gran medida, el proceso de adaptación requerido para hacer frente a la enfermedad, evidenciando fraccionamientos graves en los vínculos establecidos en la familia.

Procesos de comunicación

Las interacciones familiares evidenciaban diferencias importantes entre el contenido y los aspectos relacionales de la comunicación. A nivel de contenido, se observaron mensajes ambivalentes de los padres hacia Samuel. Inicialmente, se planteaban como de apoyo, pero, a medida que transcurría la conversación, se tornaban en una desaprobación continuada frente a los comportamientos de Samuel, que se hacía explícita. Por su parte Samuel, inicialmente, manifestaba desacuerdos de modo no verbal,

para, finalmente, comunicar verbalmente sus insatisfacciones de modo directo y agresivo, cargadas de afecto negativo.

Se evidenció una pauta comunicativa caracterizada por escaladas simétricas entre los cónyuges y de cada padre con Samuel. Entre los padres, las escaladas simétricas se circunscribían a temas como el dinero, el manejo del hogar y particularmente, frente la jefatura del hogar. El círculo de la interacción iniciaba con uno de los padres (A), describiendo una queja de modo sutil sobre el otro padre (B), quien a su vez, de modo sutil, negaba el cuestionamiento del cónyuge A y adicionaba algunos argumentos a su favor que rechazaban la definición del cónyuge B de sí mismo y lo situaban en un nivel jerárquico superior. Frente a esto, el cónyuge A respondía con mayor vehemencia rechazando nuevamente la definición del cónyuge B y aumentando argumentos a su favor para ubicarse en un nivel jerárquico superior. Este círculo de interacción se prolongaba indefinidamente en las sesiones terapéuticas hasta que un agente externo (terapeuta) interrumpía su continuidad.

La interacción entre los padres y Samuel se caracterizaba, igualmente, por una escalada simétrica, en donde los argumentos estaban centrados en el tema de normalidad vs. la anormalidad. Cualquiera de los padres lanzaba el mensaje inicial de que la relación familiar había mejorado y sutilmente introducía la queja sobre Samuel y su poca colaboración en las tareas del hogar, su inasistencia al colegio o su incumplimiento con los acuerdos familiares. Al oír esto, Samuel respondía argumentando el incumplimiento de sus padres, frente a los acuerdos hechos en terapia. Posteriormente, los padres imponían su supremacía utilizando el criterio de normalidad de ellos vs. la anormalidad de Samuel, de modo que éste quedaba en un lugar jerárquico inferior. Frente a esto, Samuel respondía o bien con un silencio hostil o bien agredía directamente a sus padres, movimiento que buscaba poderlo ubicar en un lugar jerárquico igual, pero que generaba el efecto contrario, porque estos comportamientos desbordados de Samuel eran leídos como producto de su patología. Ello lo dejaba otra

vez en un lugar jerárquico inferior y sin una respuesta que pudiera ser válida para recuperar su lugar dentro del núcleo familiar.

Los niveles de emoción expresada (EE) en esta familia se encontraron muy elevados, con un nivel de crítica alto entre todos los miembros de la familia, pero en particular de los padres hacia Samuel, y con hostilidad permanente en la comunicación verbal y no verbal. Durante las interacciones, se identificó una privación afectiva a nivel relacional que se traslucía a la comunicación entre los miembros y con niveles de exigencia no realistas frente a las posibilidades de acción de cada miembro.

Ciclo de vida individual y familiar

El tercer elemento considerado fue el ciclo de vida individual y familiar. En esta familia se evidenció un atascamiento en la fase en la que se encontraban, con una incapacidad para llevar a cabo las tareas de desarrollo esperadas para su momento, debido a la conjunción de un período centrífugo del ciclo vital con una enfermedad que generó una fuerza centrípeta.

A nivel individual, antes de la aparición del TAB, los padres se encontraban enfocados hacia sus carreras profesionales y su mundo laboral, y luego de la aparición de la enfermedad se ven obligados a centrarse nuevamente en la familia, teniendo que aplazar la satisfacción de estas necesidades. Cuando nuevamente se encontraron para hacer frente a las demandas de la enfermedad, que como evento no normativo ponía a prueba los recursos internos de la familia, ocurrieron rupturas evidentes que veían gestándose en la pareja y que al presentarse la crisis se hicieron mucho más notorias.

Una de las tareas de desarrollo, pendientes en esta pareja, era el reencuentro como cónyuges. Esta situación que no ocurrió debido, según sus reportes, a dificultades presentes desde los primeros años de matrimonio, marcaron una distancia emocional desde que dificultó la construcción del vínculo.

Antes de la aparición del TAB, Samuel se encontraba en su proceso de escolarización normal, aunque ya presentaba algunas dificultades de adaptación, al ser tildado de

“nerdo” (palabra utilizada por los jóvenes de la región para nombrar a las personas que sólo se dedican a estudiar y que tienen una vida social muy restringida) y permanecer bastante aislado del resto del grupo. A partir de la aparición del TAB como tal, Samuel dejó de asistir al colegio, suspendió el contacto con su grupo de pares y redujo el contacto social a su familia, hasta tal punto que no salía de la casa. De este modo, su proceso de socialización, tarea de desarrollo de esta fase, también quedó truncada por la exhibición de los síntomas mencionados anteriormente. En síntesis, el sistema familiar se encontraba en crisis, debido a las fuerzas centrípetas y centrífugas que ejercían acción y presión sobre él y los recursos internos existentes eran insuficientes para contrarrestar las demandas de la enfermedad.

Creencias individuales y familiares

Respecto a las creencias individuales y compartidas, en esta familia se encontró una en especial, la cual direccionó el comportamiento de los miembros de la familia durante las sesiones desarrolladas, y hace referencia a la armonía como núcleo central de las relaciones en la familia. Allí los conflictos deben ser minimizados y considerados negativos. Esta idea, hacía parte de otras creencias enmarcadas dentro de contextos religiosos que señalaban la importancia de mantener lazos familiares fuertes y libres de situaciones conflictivas.

Respecto a la sensación de control sobre la enfermedad, en general, el comportamiento de los miembros evidenciaba una creencia de orientación externa, maximizada por lo cíclico del TAB. Estos hechos hacían pensar que el seguimiento del tratamiento, la asistencia a las sesiones psicoterapéuticas y los trabajos en casa no habían surtido ningún efecto y era tarea terapéutica evidenciar los logros realizados con el fin de motivar el mantenimiento de los comportamientos adherentes al tratamiento y que contribuían al control de los síntomas.

Por último, frente a las causas de la enfermedad, pese a la intervención psicoeducativa recibida por la familia dentro del centro de salud, los padres continuaron

atribuyendo a la personalidad y a la voluntad de Samuel mucha de su sintomatología. Constantemente se daban calificativos como “perezoso”, “dormilón”, “desinteresado”, entre otros, que no se contextualizaban dentro la sintomatología depresiva.

En resumen, los resultados señalan una desconexión afectiva en los miembros de la familia evaluada, evidenciada en límites rígidos entre el subsistema conyugal y fraternal en su interior y en la interacción entre estos dos subsistemas, rigidez asociada, a su vez, a una baja capacidad de la familia para adaptarse a los cambios normativos y no normativos, por lo cual sus tareas de desarrollo aparecen detenidas en etapas anteriores. Estas alteraciones en los procesos evolutivos de la familia, se encontraron acentuados por un patrón alterado de comunicación, enmarcado en la descalificación constante, una dificultad en la expresión de necesidades, niveles elevados de emoción expresada (EE) y expresiones de afecto predominantemente negativas entre todos los miembros de la familia. Por último, las creencias respecto a la armonía como eje central de la familia y la evitación del conflicto como estrategia de resolución de problemas, dificultaban el manejo de situaciones que incluían lo cotidiano y lo referente al manejo de la enfermedad mental.

Discusión

El caso descrito pone de relieve las alteraciones en el funcionamiento de familias con adolescentes, en quienes se presenta una enfermedad mental seria y señala la importancia de la intervención sistémica prioritaria que puede ofrecerse a todos los involucrados. Las alteraciones en el funcionamiento de esta familia, en particular, son ejemplo de las que ocurren en otras familias con un miembro con TAB, y se asimilan a las reportadas por otros estudios en otras latitudes (Bellardinelli et al. 2008 y Holmgren et al. 2005), donde se muestran también alteraciones en la totalidad de las áreas de funcionamiento familiar, evaluadas desde múltiples modelos teóricos, en especial, cuando es un hijo quien padece la enfermedad mental.

El énfasis puesto en el análisis de los procesos familiares y su intervención, parte de numerosas experiencias clínicas e investigativas que muestran que la familia afecta y se ve afectada por los comportamientos disruptivos del paciente (Becoña y Lorenzo 2001; Carr, 2009; Miklowitz, 2008; Miklowitz, 2007; Johnson, 2005; Goldstein, Miklowitz, y Richards 2002; Moltz y Newmark, 2002).

Las expresiones individuales del TAB de Samuel, caracterizadas por una deficiencia en las habilidades comunicativas y, en particular, en la expresión de las emociones y por el rechazo a la educación formal en períodos de relativa normalidad, en donde no están presentes otros síntomas, adquieren un significado particular dentro del entorno familiar en el que se desenvuelve, donde la expresión de las emociones es censurada, el conflicto presente es evitado y el elemento racional e intelectual es considerado prioritario sobre el emocional, patrón familiar constatado en familias, quienes encontraron bajos niveles de expresividad emocional, orientación hacia el área intelectual y altos niveles de conflicto (Bellardinelli et al. 2008). Por otra parte, la aparición de la enfermedad mental contribuyó al desarrollo de alteraciones en los procesos familiares, puesto que ejerció una fuerza centrípeta en un momento de orientación centrífuga, lo cual obligó a los miembros de la familia a replegarse al interior del sistema, quedando tareas de desarrollo pendientes. Asimismo, al aumentar las demandas, los recursos de la familia se ven en ocasiones excedidos, generando en este sistema una situación de permanente crisis.

La estructura relacional rígida, los procesos de comunicación alterados, el momento del ciclo vital centrífugo y las creencias asociadas a la evitación del conflicto como estrategia para su resolución y el mantenimiento de la armonía como eje central de la vida familiar, contribuyeron a la dificultad para manejar la sintomatología de la enfermedad y para tolerar los ciclos que ésta presenta. Estos hallazgos son consistentes con los de otros autores (Rolland, 2000), quienes señalan que las familias con estas características descritas tienden a tener

dificultades con enfermedades que requieren cambios rápidos en las rutinas familiares y en la distancia entre los miembros.

Llama la atención que la rigidez de la estructura relacional y la distancia emocional, encontradas en el caso evaluado, tiende a presentarse en las familias con miembros con TAB (Weinstock et al. 2006). En la familia evaluada, tanto el padre como la madre fluctuaban en sus reacciones emocionales de manera constante, apuntando a generar cambios en los comportamientos de Samuel; el padre, generando variaciones entre la permisividad y la creación de límites claros, y la madre, variando su distancia emocional. Posiblemente y como sugieren Moltz y Newmark (2002) la inestabilidad en el ánimo genera falta de predictibilidad en las interacciones, por lo cual, los miembros no afectados por la enfermedad, oscilan entre reacciones emocionales fuertes y aislamiento, como modo de ejercer control sobre las fluctuaciones que se presentan. Adicionalmente, los límites rígidos en esta familia estaban soportados en las interacciones alteradas a nivel conyugal (búsqueda de simetría constante) y fraternal (rivalidad del miembro enfermo por sus hermanas), que se constituyen en un elemento común a las familias con TAB (Holmgren et al. 2005). Estas dificultades en las interacciones dentro de los subsistemas, exacerbaban los comportamientos de distancia emocional, puesto que los intentos de acercamiento resultaban en conflictos que la familia prefería evitar de manera sistemática.

Los procesos de comunicación, desde la perspectiva de las autoras, se constituyeron en el área más crítica de las evaluadas en esta familia. La ambivalencia en la transmisión de los mensajes y la descalificación constante, dificultaban el establecimiento de acuerdos la negociación de situaciones conflictivas y el reconocimiento de las emociones y necesidades de cada uno de los miembros. Cabe resaltar que las críticas y la hostilidad, dirigida al miembro enfermo dentro de esta familia, estaban asociadas a la asignación de los síntomas de la enfermedad a sus rasgos de personalidad, situación común en este tipo de familias, según

lo reportan Moltz y Newmark (2002) en un trabajo realizado con grupos multifamiliares de este tipo de enfermedad, y Miklowitz (2008) en una descripción de un tratamiento con enfoque familiar para pacientes con TAB.

Con estas consideraciones, las autoras proponen considerar el área de la comunicación como eje central en los procesos de intervención con familias, apuntando, principalmente, a la disminución de las emociones expresadas que incluyen la crítica y la descalificación al miembro afectado por la enfermedad. Esta consideración se asienta en otras experiencias de clínicos e investigadores (Goldstein, Miklowitz y Richards, 2002), quienes además de señalar la presencia de altos niveles de emociones expresadas en familias con un miembro con TAB, también las señalan como un factor pronóstico en este trastorno. En este sentido, las autoras consideran relevante que los terapeutas que trabajen con estas familias, permanezcan atentos a las congruencias e incongruencias entre los mensajes verbales y no verbales enviados por la familia, y se confronten estos patrones, de modo que se contribuya a cambios en las interacciones.

Los resultados aquí reportados tienen implicaciones educativas y psicoterapéuticas. El trabajo educativo con familias afectadas por una enfermedad mental, en este caso, un TAB, necesita enfocarse de modo sistemático en favorecer el conocimiento acerca de la enfermedad (posibles desencadenantes, síntomas, duración, ciclaje), anticipar posibles crisis y planear estrategias de manejo de las mismas y resaltar la importancia del tratamiento farmacológico y del apoyo familiar en la adherencia del miembro enfermo al mismo.

En el ámbito clínico, las alteraciones en los procesos familiares recalcan la importancia de las intervenciones sistémicas cuando se presente un TAB; no sólo complementan otro tipo de intervención individual que se hace con el paciente, sino que acompañan e involucran a aquéllos que se relacionan con él y que participan de su proceso de recuperación. La evaluación del funcionamiento familiar contribuye a priorizar las áreas de intervención

terapéutica debido a que las problemáticas pueden resultar abrumadoras. Adicionalmente, puede constituirse en una herramienta útil en la valoración de los resultados terapéuticos cuando se utiliza al inicio y final de la terapia.

En síntesis, la experiencia aquí reportada y la literatura científica existente y emergente en el tema, indican un complejo abordaje de pacientes y familias con trastorno bipolar y reitera la necesidad de introducir a los terapeutas en el conocimiento de la evaluación multidimensional del funcionamiento familiar. Los temas centrales de estas evaluaciones y posteriores intervenciones familiares tienen en cuenta el re-establecimiento de roles, jerarquías y rutinas, la disminución del nivel de emociones expresadas y el desarrollo de estrategias de resolución de conflictos, la identificación de necesidades personales y la negociación de las mismas con las necesidades familiares y el abordaje de creencias compartidas relacionadas con la enfermedad mental, determinan en gran medida el manejo de la sintomatología.

Referencias

- Agudelo M. E., Builes M. V., García, J., Gutiérrez, R., Ortiz, C., López, L. M., García, M. M. y Geney E. R. (2007). Percepción de la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus, trastorno bipolar I y sujetos sanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 2, 213-223.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 3, 511 – 522.
- Belardinelli, C., Hatch, J., Olvera, R., Fonseca, M., Caetano, S., Nicoletti, M., Pliska, S. y Soares, J. (2008). Family environment patterns in families with bipolar children. *Journal of affective disorders*, 107, 299 – 305.
- Biederman, J., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. y Faraone, S. (2000). Therapeutic dilemmas in the pharmacotherapy of bipolar depression in the Young. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 10, 3, 2000, 185 - 192.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.
- Carter, B. y McGoldrick, M. (2003). The family life cycle. En F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (pp. 375-398). New York: Guilford press.
- Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., Bolhofner, B. S., Craney, J. L., DelBello, M. y Soutullo, C. (2001). Reliability of the Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-U-KSADS) mania and rapid cycling sections. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 450–455.
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Grandin, L., Alloy, L. y Abramson, L. (2007). Childhood stressful life events and bipolar spectrum disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 4, 460-478.
- Goldstein, T., Miklowitz, D. y Richards, J. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 4, 645 – 657.
- Hernández, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: El Buho, Ltda.
- Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K. y Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43,4, 275-286.
- Holmgren D., Lermenda, V., Cortes, C., Cárdenas, I., Aguirre, K. y Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, 43,4, 275-286.
- Johnson, S.L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008–1027.
- Last, C. (2009). *When someone you love is bipolar. Help and support for you and your partner*. New York: Guilford Press.

- Miklowitz, D. (2008). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current directions in psychological science*, 16, 4, 192- 196.
- Miklowitz, D., George E.L. y Richards J.A. (2003). A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 9, 904-912.
- Miklowitz, D. y Alloy, L. (1999). Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder: Introduction to the special section. *Journal of abnormal psychology*, 108, 4, 555 – 557.
- Moltz, D. y Newmark, M (2002). Multifamily groups for bipolar illness. En W. McFarlane (Ed.), *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (pp. 220 – 243). New York: Guilford Press.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistemas de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 1, 115 – 127.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (CIE – 10). Washington D.C: OPS.
- Rea, M., Tompson, M., Miklowitz, D., Goldstein, M., Hwang, S. y Mintz, J. (2003). Family - Focused Treatment Versus Individual Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3, 482 – 492.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez – Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Benabarre, A., Goikolea, J. M. y Corbella, B. (2002). Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 29, 2, 97 – 105.
- Reinares, M. y Vieta, E. (2000, Marzo) *Intervenciones terapéuticas centradas en la familia del paciente bipolar*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero – 15 de Marzo 2000. Recuperado el 6 febrero, 2008, de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa31/conferencias/31_ci_d.htm
- Robert, A., Escartí, M. J., Pérez, R., García, C., Pérez, V. y Tejedor, C. (2004). Clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 5, 260 – 263.
- Rolland, J. (1999). El control de los desafíos familiares en las enfermedades serias y en la discapacidad. En J. Navarro, A. Fuertes, y T. M. Ugidos (Eds.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 305 – 338). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa, Colección de terapia familiar.
- Rosenfarb, I., Miklowitz, D., Goldstein, M., Harmon, Nuechterlein, K. y Rea, M. (2001). Family transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 40, 1, 5 – 14.
- Simoneau, T., Miklowitz, D., Richards, J., Saleem, R. y George, E. (1999). Bipolar Disorder and Family Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 4, 588-597.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1997). La comunicación patológica. En P. Watzlawick, (Ed.), *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas* (pp. 73 – 114). Barcelona: Herder.
- Weinstock, L., Keitner, G., Ryan, C. y Solomon, D. (2006). Family Functioning and Mood Disorders: A Comparison Between Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar I Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 6, 1192– 1202.