

IV. Esquizofrenia y familia

YAZMÍN ALEJANDRA QUINTERO HERNÁNDEZ*

HERLINDA AGUILAR ZAVALA**

JUAN MORUA RAMÍREZ***

MARÍA GLORIA CALIXTO OLALDE****

JOSÉ VICENTE NEGRETE DÍAZ*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.242.04>

Resumen

El capítulo retoma la terapia familiar sistémica como marco de referencia para entender la conducta del paciente esquizofrénico y explicar su origen, principalmente en términos de alteraciones comunicacionales familiares. También se mencionan las observaciones realizadas con esquizofrénicos y sus familias, que sentaron la base para el desarrollo de algunos de los conceptos más relevantes del modelo de terapia familiar, tales como el de homeostasis y el de doble vínculo patológico. Además, se mencionan estudios que intentan confirmar la influencia ambiental que ejerce la familia en el surgimiento del trastorno, específicamente la relacionada con la desviación de la comunicación y la perturbación de las relaciones familiares. La segunda parte del capítulo presenta algunos resultados de investigaciones relativamente recientes que describen las características encontradas en familias con un miembro esquizofrénico y apuesta por programas de intervención que consideren a la familia en el tratamiento. Pretendemos que el capítulo

* Doctora en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9033-6813>

** Doctora en Ciencias Médicas. Profesora titular A de la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1032-8192>

*** Doctor en Ciencias de Gestión. Profesor de tiempo completo de licenciatura y posgrado en la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3798-4096>

**** Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3798-4096>

***** Doctor en Neurociencia y Biología del Comportamiento y doctor en Ciencias Fisiológicas. Docente en Universidad de Guanajuato. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3891-8493> ; [autor correspondencia: jv.negrete@ugto.mx]

abone al conocimiento de la esquizofrenia y genere en el lector un interés en la profundización del tema que lo lleve a la revisión de los textos originales de los que parte el escrito.

Palabras clave: *Comunicación, doble vínculo, esquizofrenia, familia.*

Introducción

Los primeros estudios de esquizofrénicos y sus familias sentaron las bases para el desarrollo de una de las teorías más importantes sobre el origen de los síntomas psicóticos y sobre la conducta y habla del paciente esquizofrénico. Así, una de las teorías más revolucionarias sobre la esquizofrenia es considerarla no como un padecimiento de origen bioquímico, sino como un fenómeno familiar, expresado de manera precisa por Lynn Hoffman (1992):

...lo que se había considerado como enfermedades mentales de individuos acaso no fueran enfermedades en el sentido médico. De hecho, acaso no fuesen ni siquiera desórdenes; antes bien, se les podría considerar como manifestaciones ordenadas, que tenían sentido en las familias o en otros marcos sociales en que surgían (pp. 15-16).

Por otra parte, tratar de entender la esquizofrenia sin recurrir al contexto familiar en el que surge y se mantiene, es limitar su comprensión y posibilidades de intervención, en este sentido, este capítulo pretende abonar otra perspectiva de la esquizofrenia y destacar la importancia de la familia en todo el proceso de tratamiento.

Esquizofrenia y terapia familiar sistémica

La terapia familiar basada en la teoría sistémica centra su atención en los fenómenos relacionales y sus manifestaciones observables, es decir, las in-

teracciones en términos de comunicación entre los miembros de un sistema, entendiéndose como comunicación cualquier conducta realizada.

La conducta del paciente esquizofrénico es ampliamente explicada desde los modelos de terapia familiar sistémica. Para los terapeutas familiares la conducta extraña e insólita, y por lo tanto carente de sentido, de un esquizofrénico sólo cobra sentido dentro del medio natural en que se mueve y actúa (Haley & Hoffman, 1993), es decir, esta conducta puede ser entendida si la analizamos dentro de su sistema familiar. Para la terapia familiar sistémica el paciente esquizofrénico es tan sólo el portador del síntoma de la familia, para entender el significado de ese síntoma se debe ver cómo encaja en el sistema familiar.

Los primeros acercamientos con esquizofrénicos que realizaron investigadores como Bateson ayudaron a consolidar el modelo y fundamentos teóricos de la terapia familiar. Así, un impulso importante para el desarrollo de la terapia familiar fue la observación en psiquiátricos. Algunos de los pacientes esquizofrénicos de los teóricos familiares que desarrollaron a profundidad conceptos importantes para la terapia familiar a partir de su observación con pacientes esquizofrénicos fueron Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley y Lyman Wynne, entre otros. Llamó la atención de los pioneros de la terapia familiar, específicamente del grupo de investigación de Bateson en Palo Alto, California, el hecho de que los pacientes esquizofrénicos aparentemente reestablecidos, después de reincorporarse a su núcleo familiar regresaban al psiquiátrico presentando la sintomatología nuevamente, o que una vez que el paciente se “sanaba” otro miembro de la familia “enfermaba”. Esto llevó a considerar la posibilidad de que el síntoma cumpliera la función de ayudar a mantener el equilibrio de la familia, es decir, el esquizofrénico contribuía a mantener a la familia sin cambios (Hoffman, 1992). Tales observaciones sirvieron para desarrollar conceptos tan importantes para la terapia familiar como el de *homeostasis*, concepto utilizado para explicar la necesidad del síntoma en la familia para lograr reestablecer el equilibrio de ésta.

Otro concepto importante que surgió de estas observaciones, específicamente de la relación de las madres con sus hijos esquizofrénicos, fue el de *doble vínculo* o *doble atadura*, desarrollado por Bateson, Jackson, Haley y Weakland, en el artículo *Toward a theory of schizophrenia* en 1956 (Hoff-

man, 1992). La doble atadura describe un contexto de comunicación paradójica, habituales callejones sin salidas impuestos por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación del que es prácticamente imposible escapar. En la comunicación paradójica el destinatario del mensaje (en este caso el hijo esquizofrénico) recibe dos mensajes contradictorios, los cuales no puede ignorar. En este tipo de comunicación, un mensaje en un nivel es descalificado por otro mensaje en otro nivel, de manera tal que no deja posibilidad a una salida o a una forma más correcta de responder ante éste, el claro ejemplo es la orden “domíname”, la cual es invalidada por sí misma; estaríamos hablando, entonces, de una comunicación en la que el esquizofrénico no tienen posibilidad de escapatoria. Así, la aparente incapacidad del esquizofrénico para distinguir lo literal de lo analógico es, en realidad, una incapacidad para dar una respuesta efectiva a la comunicación familiar paradójica y es un reflejo del sinsentido al que se ve sometido el paciente esquizofrénico. De esta manera, el comportamiento del esquizofrénico es adaptativo, siendo una respuesta lógica a una situación ilógica.

Ya anteriormente las teorías de algunos psicoanalistas habían responsabilizado a la madre de la conducta esquizofrénica del hijo, así Frieda Fromm-Reichmann en 1948 habló de madre esquizofrenógena, a la cual definió como fría, hostil, rechazante o sobreprotectora; posteriormente en 1949, Lidz, Cornelison y Flecle ampliaron la influencia maternal a la parental, incluida la relación padre-madre. Para estos autores existían dos tipos de relación parental que predispondrían a la esquizofrenia, los denominaban matrimonio torcido, donde existía una madre dominante y un padre pasivo-dependiente; el otro tipo se refiere al matrimonio dividido, caracterizado por discusiones y hostilidad entre los padres (Benoit, 1985). Aunque en un principio los terapeutas familiares iniciaron explicando la esquizofrenia en términos únicamente de la diada madre-hijo, poco a poco se comenzó a incluir a los demás miembros de la familia en sus explicaciones.

A fin de comprender los argumentos de algunas de estas explicaciones es importante retomar algunos axiomas de la teoría de la comunicación humana, específicamente el referido a que es imposible no comunicar, ya que se entiende que toda conducta es comunicación, por lo tanto, dado que es imposible la no conducta, todo el tiempo estamos comunicando y transmitiendo mensajes (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997). Así, las comunica-

ciones de los pacientes esquizofrénicos, caracterizadas por una aparente incomunicabilidad, impenetrabilidad, discordancia, irracionalidad, ambivalencia, incongruencia, contradictoriedad, impertinencia o indiferencia están comunicándonos algo. Estas formas características de comportamiento del paciente esquizofrénico fueron entendidas por los terapeutas familiares como respuestas al mundo familiar, afectivo y comunicacional en el que está inmerso el esquizofrénico, el cual se encuentra de manera constante envuelto en las paradojas impuestas por los integrantes de la familia.

El lenguaje tanto del paciente esquizofrénico como de todos los miembros de su familia es confuso (Haley & Hoffman, 1993). La familia del esquizofrénico, desde este modelo, maneja un lenguaje doble o incongruente y no suele ser categórica, ni determinante en sus mensajes a fin de no comprometerse, por lo que la ambigüedad suele darse en todos los miembros. Suelen emplear pocas veces determinismos como el “no” y el “sí”.

Así, por ejemplo, Weakland retoma el escrito *The mental hospital* de 1954 de Stanton y Schwartz y extiende la teoría del doble vínculo hacia la triada patológica, en la que explica cómo el niño puede ser jaloneado en direcciones opuestas por sus padres, quienes son las dos personas inmediatamente más importantes en su vida (Hoffman, 1992). También Haley, en un importante escrito de 1977: *Toward a theory of pathological systems* (citado en Hoffman, 1992), empezó a estudiar las coaliciones dentro de las familias de esquizofrénicos; observó que en familias con un miembro sintomático existe una coalición entre dos personas, habitualmente de generaciones distintas, a expensas de una tercera; los padres luchaban entre sí, uno de los dos buscaba aliarse con el hijo para luego volverse hacia él y acusarlo de causar sus dificultades, si esta coalición intentaba hacerse explícita, entonces era negada y descalificada. Haley determina que los problemas en la esquizofrenia surgían no sólo de una incapacidad para diferenciar los niveles de comunicación, sino de una confusión entre los niveles de relación.

La *teoría del control* de Haley se refiere a cómo los miembros de la familia actúan para controlar la gama de comportamientos entre sí, esto sirve para explicar cómo en las familias con un miembro esquizofrénico surge una descalificación constante de mensajes y significados como mecanismo de control (Hoffman, 1992).

Además del estudio de la comunicación en familias esquizofrénicas para explicar la esquizofrenia, se ha desarrollado el concepto de simbiosis e indiferenciación entre los miembros de este tipo de familias.

Así, Murray Bowen (citado en Hoffman, 1992) incluyó a tres generaciones para desarrollar su hipótesis de la esquizofrenia. El autor explicaba que los abuelos del niño esquizofrénico eran relativamente maduros; sin embargo, el padre del esquizofrénico solía ser muy apegado a la madre de él, lo que lo definía como extremadamente inmaduro; este padre se unía a una esposa igualmente inmadura, por lo que, el resultado de este matrimonio era un hijo tan simbióticamente atado a la madre que era esquizofrénico. De esta teoría surge el famoso concepto de *diferenciación* de Bowen.

Lyman Wynne (citado en Hoffman, 1992) señaló que en las familias con un miembro esquizofrénico existía una aparente o falsa unión a la que llamó “seudomutualidad”. En estas familias existe poca tolerancia a las diferencias o desacuerdos entre los miembros de la familia y un deseo o ilusión de mutualidad. También observó que los límites en torno de la familia hacia el exterior, al parecer flexibles, en realidad eran rígidos, lo que llamó “la cerca de caucho”. La cerca de caucho forma una frontera que protege esta ilusión evitando que entre nueva información que modifique el sistema, por lo que los hijos se encuentran en el dilema de no poder diferenciarse, ni separarse. Wynne explicó cómo la familia puede crear en el niño el tipo de desorden mental mostrado en la esquizofrenia, así explica la negativa a pensar o sentir, la incapacidad de juzgar la realidad objetiva “que está allí”, el borramiento de diferencias de opinión en una familia en la que el discernimiento de lo que es “real” es únicamente lo validado por los otros miembros de la familia, y donde la única posibilidad es una intensa lealtad e intimidad.

Según Virginia Satir, una de las más grandes exponentes de la terapia familiar, “en una familia en cuyos miembros hay un esquizofrénico, parecen existir ciertas reglas sobre las que no se puede hablar” (citada en Haley & Hoffman, 1993, p. 102). La familia del esquizofrénico manda mensajes que le indican al esquizofrénico que no debe crecer, sus mensajes invalidan totalmente las posibilidades de crecimiento del miembro esquizofrénico, por lo tanto, una de las tareas del terapeuta es ayudarles a conseguir la individualización, además, en las familias con miembros esquizofrénicos el pasado y el presente se entremezclan dificultando la idea de continuidad. Las palabras

del paciente esquizofrénico siempre tienen un doble sentido porque el enfermo se ve obligado a congraciarse con todo el mundo.

Un gran número de investigaciones intentan confirmar las hipótesis anteriormente mencionadas sobre el origen familiar de la esquizofrenia. De acuerdo con Merino y Pereira (1990), las primeras investigaciones fueron realizadas en la década de los 50 y utilizaron fundamentalmente procedimientos de autoinforme, lo que les representaba una fuerte crítica metodológica. En los años 60 se llevan a cabo estudios de observación directa que le daban un mayor peso a los resultados; sin embargo, fueron diseños transversales, es decir, con la medición de variables de interacción familiar estudiadas después de la aparición de la esquizofrenia, por lo que, no era fácil discernir si estas variables de interacción familiar eran la explicación etiológica o, por el contrario, eran causadas por la esquizofrenia. En la década de los 70 surgen los estudios de adopción y los estudios con gemelos, a la par del descubrimiento de los efectos de los neurolépticos, lo que contribuyó a cambiar el interés de modelos etiológicos interpersonales a modelos biológicos, que explicaban la esquizofrenia en términos de la predisposición genética y no de influencias ambientales. Merino y Pereira (1990) realizan una revisión de estudios de corte transversal a fin de determinar si existe evidencia de que los patrones de comunicación y estructura familiar de las familias de esquizofrénicos son diferentes de los de otro tipo de familias; por otro lado, los autores analizan estudios de corte longitudinal de alto riesgo para determinar si la perturbación de las relaciones familiares es anterior al comienzo de la esquizofrenia, el resultado de su análisis muestra que la desviación de la comunicación caracteriza a las familias de esquizofrénicos; por otro lado, los estudios longitudinales les permitieron determinar que la desviación de la comunicación precede al comienzo de los trastornos del paciente esquizofrénico.

Como es comprensible, es difícil demostrar el origen de un trastorno en función de una causa específica determinada, por lo que se deben considerar con cautela las afirmaciones arriba mencionadas, sin embargo, pueden servir de base para estudios futuros.

Características de las familias con un miembro esquizofrénico

Está bien demostrado en resultados de investigaciones la presencia de algunas características encontradas en las familias de esquizofrénicos, tales como la violencia, el estrés y otros trastornos emocionales, incluidos la ansiedad y la depresión, así como algunas peculiaridades relativas a su manera de expresar emociones.

Así, en un estudio cuyo objetivo fue investigar las expresiones de violencia doméstica en familias con esquizofrenia (Rascón, Díaz y Ramos, 2003) las autoras encontraron que estas familias sufrían violencia emocional en todas sus dimensiones en al menos el 50% de la muestra; la violencia física alguna vez en la vida se manifestó en todas sus modalidades en más del 43% de la muestra; la violencia sexual se observó en casi la mitad de las entrevistadas. Se encontró también que la mayoría de las familias del estudio eran disfuncionales ya sea por funcionamiento pobre o por sobreinvolucramiento entre sus miembros. Las autoras concluyen que la presencia de un enfermo mental en la familia potencializa la violencia intrafamiliar, debido a la manera en que los síntomas afectan las relaciones interpersonales.

Otros estudios también han evaluado el ambiente familiar de los esquizofrénicos. Fresán *et al.* (2001) evaluaron 50 familias de esquizofrénicos y encontraron estrés, ansiedad y agresiones verbales y/o físicas en sus integrantes. De manera similar, en otra investigación se reportó una alta presencia de trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares, tales como síntomas físicos, ansiedad, depresión, abuso y dependencia al alcohol (Rascón, 2010).

Existen estudios que encuentran relación entre la emoción expresada (EE) por el familiar responsable del cuidado del paciente esquizofrénico y la conducta sintomática y el funcionamiento social del paciente. El constructo EE evalúa la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento de los familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en especial de los cuidadores primarios. Por ejemplo, el estudio de Rascón *et al.* (2008) observa en los familiares de pacientes esquizofrénicos intolerancia y desaprobación, así como intrusividad y control; también se observa una mayor cantidad de autosacrificio, donde se visualiza al paciente como menos competente y más vulnerable. Estas actitudes y sentimientos de los familiares se han asociado

también con la presencia de recaídas en los pacientes (García *et al.*, 2012), con el funcionamiento de las familias (Ramírez *et al.*, 2017) y con niveles más altos de ansiedad en el paciente (Rascón *et al.*, 2008).

De manera similar, en otro estudio se midió la EE de familiares de pacientes esquizofrénicos y se midieron, además, algunas otras variables como la personalidad, ajuste diádico, ansiedad, depresión, apoyo y estrés social. Los resultados de este estudio asociaron la introversión de madres de esquizofrénicos con el criticismo y la extroversión con sobreimplicación emocional; se encontró depresión en padres con sobreimplicación emocional, además, los familiares críticos tenían menor calidad y apoyo social; por otra parte, los familiares con más baja expresión emocional tenían mayores niveles de estrés familiar (Espina *et al.*, 2000).

Es difícil saber si estas características del ambiente familiar del paciente esquizofrénico surgen posterior a la enfermedad o son responsables de la manifestación de ésta. Independientemente del orden en que se manifiesten, es importante considerarlas dentro de las propuestas de intervención, algunos autores apuestan al tratamiento con familias a fin de incidir en la mejora del paciente (Rascón *et al.*, 1997). Esta es la importancia del desarrollo de intervenciones no sólo con el paciente, sino también con su familia.

Muchas de las intervenciones familiares existentes están basadas en la teoría de la vulnerabilidad a la esquizofrenia y en el constructo “emoción expresada”, se sustentan en la necesidad de que la familia y el paciente sepan manejar acontecimientos estresantes, principalmente en los cuadros o momentos de las crisis psicóticas, así como generar un clima familiar adecuado (Muela & Godoy, 2001). Navarro (2013) realiza una revisión de las intervenciones psicológicas en familias de esquizofrénicos de los últimos 10 años. La autora señala que las intervenciones familiares mostraron resultados positivos y eficacia en la reducción de las exacerbaciones en la esquizofrenia, además mejoran el funcionamiento social y reducen la carga familiar. Otros estudios han mostrado que intervenciones familiares benefician el tratamiento con pacientes esquizofrénicos de muchas maneras, disminuyen las recaídas psicóticas, mejoran el clima familiar y el funcionamiento social (Domínguez *et al.*, 2004; Valencia *et al.*, 2003). Por otra parte, también se ha asociado la calidad de vida del paciente esquizofrénico con la percepción que tiene de la funcionalidad familiar (Caqueo & Lemos, 2008).

Finalmente, atender a la familia del paciente esquizofrénico implica conocer sus necesidades, entre las cuales se encuentran la necesidad de información que les permita el conocimiento de la enfermedad, sus síntomas y su manejo (Rascón *et al.*, 2014). También es necesario encontrar mecanismos que ayuden a disminuir el estrés y la sobrecarga de familiares y cuidadores principales, lo cual se ha demostrado que incide en un menor nivel de apoyo a los pacientes (Leal *et al.*, 2012). Además, se ha encontrado que los familiares, especialmente los cuidadores principales, manifiestan altos niveles emocionales en forma de tristeza, culpa, hostilidad y vergüenza (Bravo, 2005), por lo que es importante trabajar el manejo emocional y fortalecer la capacidad de los familiares para la solución de problemas.

Conclusiones

Existe gran evidencia del efecto negativo de la esquizofrenia sobre los familiares y cuidadores principales del paciente esquizofrénico, hay numerosos estudios que comprueban que la esquizofrenia afecta la dinámica familiar de muchas maneras y otros que, incluso, apuestan a que esta dinámica familiar explica la expresión de la enfermedad.

La primera parte del capítulo presentó argumentos teóricos que terapeutas familiares han utilizado para explicar la presencia de la esquizofrenia, es decir, la esquizofrenia surgirá en determinados tipos de familias con características particulares como la presencia de vínculos comunicacionales paradójicos; en la segunda parte del capítulo se muestran estudios que evidencian la presencia de ciertas características familiares que llevan a la disfuncionalidad familiar y que son asociados con las recaídas. Además, se cuestiona si las características familiares se presentan antes o después del desarrollo de la esquizofrenia.

De una u otra manera, es importante entender que tener un miembro con esquizofrenia en la familia conlleva limitaciones en la vida cotidiana de los familiares y cuidadores principales, surge entonces la necesidad de que la familia cuente con conocimiento acerca de la enfermedad, a fin de tener una mayor comprensión de sus efectos, las consecuencias de los síntomas y

su manejo. Esto les permitirá una mejor posibilidad de actuación, así como tener expectativas claras sobre lo que conlleva la enfermedad.

Por otra parte, también es importante comprender los estados de ánimo y reacciones de la familia, principalmente del cuidador o los cuidadores principales, quienes, al estar sometidos a situaciones constantes de estrés, pueden tener emociones y reacciones que posteriormente los haga sentir culpables. Finalmente, el presente capítulo apuesta por la inclusión de los miembros de la familia del paciente esquizofrénico en programas de tratamiento, lo que incidirá a su vez en la reincorporación y el ajuste social del paciente esquizofrénico.

Bibliografía

- Benoit, C. (1985). *El doble vínculo*. Fondo de Cultura Económica.
- Bravo, M. R. (2005). La enfermedad del silencio. Relato de la madre de un paciente esquizofrénico. *Index Enfermería*, 14(51), 59-62.
- Caqueo, U. A., & Lemos, G. S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
- Domínguez, R. I., González, R. T., Ruiz, E. B., & Fernández, J. F. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 9-23.
- Espina, E. B., Pumar, G. P., González, P. A., Santos, M. A., García, M. A., & Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis*, 21(4), 181-191.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. L., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, 24(4), 36-40.
- García, R. P. R., Moreno, P. A., Freund, L. N., & Labera, F. G. (2012). Factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.
- Haley, J., & Hoffman, L. (1993). *Técnicas de terapia familiar*. Amorrortu.
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Leal, S. F., Espinosa, C. C., Vega, T. J., & Vega, T. S. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Salud Uninorte*, 28(2), 218-226.
- Merino, M. H., & Pereira, C. M. (1990). Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología*, 6(1), 11-20.

- Muela, J. A., & Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), 1-6.
- Navarro, G. N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society, & Education*, 5(2), 139-150.
- Ramírez, A., Palacio, J. D., Vargas, C., Díaz-Zuluaga, A. M., Duica, K., Agudelo, B. Y., Ospina, S., & López-Jaramillo, C. (2017). Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 2-11.
- Rascón Gasca, M. L., Díaz Martínez, L. R., & Ramos Lira, L. (2003). La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Gaceta Médica México*, 139(4), 371-376.
- Rascón, G. M. L., Gutiérrez, L. M. L., Valencia, C. M., & Murow T. E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, 31, 205-212.
- Rascón, M. L., Caraveo, J., & Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 62(6), 509-515.
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T. Alcantar, H., & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, 37, 239-296.
- Valencia, C. M., Rascón, G. M. L., & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26 (5), 1-18.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.