



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**El efecto de los patrones comunicacionales  
interfamiliares en el desarrollo de trastornos mentales  
graves**

Autor/a: Irene Muñoz González  
Director/a: María Jesús Boticario Galavís

Madrid  
2023/24

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	6
<b>2.1. ENFOQUE SISTÉMICO .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. SISTEMA FAMILIAR .....</b>	<b>7</b>
2.2.1. Ciclo vital de la familia .....	8
2.2.2. Estructura familiar, diferenciación de límites y crianza .....	10
<b>2.3. TRASTORNO MENTAL GRAVE.....</b>	<b>11</b>
2.3.1. La Esquizofrenia.....	14
<b>2.4. ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN .....</b>	<b>15</b>
2.4.1. Axiomas de la Comunicación.....	17
2.4.2. La Comunicación Paradójica.....	18
2.4.3. Doble vínculo .....	20
<b>2.5. COMUNICACIÓN PATOLÓGICA .....</b>	<b>22</b>
<b>2.6. ESQUIZOFRENIA DESDE LA TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN .....</b>	<b>28</b>
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....	29
4. REFERENCIAS.....	31
<b>ANEXO 1. Clasificación diagnóstica de Trastornos Mentales Graves. ....</b>	<b>33</b>

## RESUMEN

La comunicación es un elemento omnipresente en toda interacción humana. Este estudio ha tenido como objetivo analizar el efecto de los patrones comunicacionales intrafamiliares en el desarrollo de trastornos mentales graves. Para ello se consideró al individuo desde un enfoque sistémico y se realizó un estudio de la comunicación desde tres obras influyentes en el estudio de esta relación: *Más allá del doble vínculo*, *Paradoja y Contraparadoja*, y *Teoría de la Comunicación Humana*. Evaluamos el efecto de la comunicación a través de los axiomas de la comunicación humana, estableciendo que la distorsión de estos contribuye a diversas patologías y trastornos interpersonales. Se destaca y analiza la esquizofrenia como un trastorno representativo del efecto del doble vínculo y la paradoja, relacionados también con la debilidad emocional del sujeto. Concluimos por tanto que la comunicación disfuncional en el sistema familiar puede tener una repercusión reveladora en la salud mental, especialmente si hay una predisposición previa. Enfatizamos, por tanto, la necesidad de comprender las implicaciones de la comunicación humana en la salud mental de la sociedad y sus miembros.

**Palabras clave:** comunicación, trastorno mental grave, doble vínculo, familia, terapia sistémica.

## ABSTRACT

Communication is an omnipresent element in all human interaction. This study aimed to analyze the effect of intra-family communication patterns on the development of serious mental disorders. The individual was demonstrated from a systemic approach and a study of communication was carried out from three influential works in the study of this relationship: *Más allá del doble vínculo*, *Paradoja y Contraparadoja*, y *Teoría de la Comunicación Humana*. We evaluate the effect of communication through the axioms of human communication, establishing that their distortion contributes to various pathologies and interpersonal disorders. Schizophrenia is highlighted and analyzed as a representative disorder of the effect of the double bind and paradox, which is also related to the emotional weakness of the subject. Therefore, we conclude that dysfunctional communication in the family system can have a revealing impact on mental health, especially if there is a prior predisposition. Consequently, we emphasize the need to understand the implications of human communication in the mental health of society and its members.

**Keywords:** communication, serious mental disorder, double bind, family, systemic therapy.

## 1. INTRODUCCIÓN

La familia es un sistema de interacción continua en el que se establecen una serie de reglas, patrones de interacción y sistemas de comunicación y valores que determinarán el funcionamiento y salud del individuo y del propio sistema familiar. Este complejo tejido implica una totalidad, y cualquier circunstancia constituirá un cambio en su engranaje. Sin embargo, si esa armonía se rompe y no hay una adecuada adaptación al cambio, surge así la angustia, la patología familiar.

Este enfoque sistémico sobre nuestro funcionamiento como seres sociales junto con el caso de una paciente durante mis prácticas en la Unidad Clínica de Psicología UNINPSI, fueron detonantes en mi interés sobre la influencia de los patrones comunicacionales intrafamiliares en la salud mental del menor o alguno de los miembros del sistema familiar.

Rocamora (1995) preveía una evolución en las familias desde una unidad de amor y convivencia a una unidad de producción, donde primaría el individuo y su felicidad por encima de las necesidades del grupo. Afirmaba en lo que nos estamos convirtiendo como sociedad en muchos aspectos, caminando hacia lo que él denomina una “familia atomista” con interacciones cada vez más débiles y menos genuinas. Como consecuencia de ello señala distintas patologías psíquicas: la depresión y el suicidio, la soledad afectiva, trastornos de conducta, y mayor frecuencia de vínculos adictivos, conductas de drogodependencia y celotipias. Ello defiende el valor del posible efecto que tiene la red comunicacional del propio sistema familiar en la salud de cada individuo, a lo que Rocamora (1995) denomina “patología de la vinculación”.

Consideramos por tanto la necesidad de darle una mayor importancia a la interacción y la forma en que nos comunicamos con nuestro entorno. Esta es crucial, sobre todo si concebimos a la familia como el sistema que asienta los valores y principios de cada individuo, dirigiendo en gran medida el desarrollo personal e integral de este.

La prevalencia de problemas de salud mental en el menor es del 13% a nivel mundial (OMS, 2021), siendo la comunicación en el sistema familiar uno de los elementos centrales implicados en ello, y, por ende, en este estudio. Las primeras etapas de

desarrollo de una persona son aquellas en las que se forja su identidad, personalidad y relaciones. Para ello es esencial un adecuado acompañamiento, crianza y apoyo desde la posición parental. Esta debe incluir una apropiada definición de los límites y el afecto que permita establecer una base para el menor de autonomía y contacto con el sistema familiar y con el exterior.

Para que la estructura familiar funcione, se establecen las siguientes características (Satir, 1978):

- Debe reconocerse, comprenderse y aceptarse el espacio y lugar de cada uno de los miembros de la familia.
- Todos los miembros del sistema deben estar relacionados entre sí y contribuir a la totalidad del sistema.
- Cada miembro del sistema familiar tiene contacto y es influido por agentes externos u otros subsistemas y es importante que sepa redirigir esas influencias para así mantener la armonía del sistema.

Por tanto, apoyándonos en la Teoría de la Crisis de Caplan (1980), igual que la familia es un sistema en continuo movimiento mantenido por mecanismos homeostáticos que mantienen su equilibrio, también encontramos situaciones en las que los mecanismos internos fallan y aparece la crisis, el desequilibrio. Esta desestructuración de la familia puede estar producida por factores como los procesos de cambio y adaptación, la dificultad o incapacidad en la modificación del entorno, y la incapacidad de elaboración de los aspectos negativos que proceden del exterior (Rocamora, 1995). Por ende, es consecuente reflejar que la comunicación es un concepto esencial en la comprensión de las dinámicas relacionales que se dan en el nivel de la crianza (Relvas, 1996; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967-1993).

Es a través de lo mencionado hasta el momento que establecemos como objetivo principal en este análisis: el estudio de los patrones comunicacionales intrafamiliares y su efecto en el desarrollo de trastornos mentales graves. Para ello consideramos como elementos influyentes la estructura familiar, su dinámica relacional, el proceso de socialización y crianza, o el tipo de familia, entre otros. Nos planteamos con todo ello la siguiente pregunta de investigación desde un enfoque sistémico: ¿Hasta qué punto tienen los patrones comunicacionales intrafamiliares un efecto directo en el desarrollo de un trastorno mental grave en uno de los miembros del sistema familiar?

Surge como hipótesis ante esta cuestión: las familias que manifiestan conductas o un estilo comunicativo diagnosticado como “patológico” en alguno de los miembros de su sistema se sustentan por un tipo de relaciones y reglas de las mismas características, y, por ende, su comunicación seguirá una serie de normas que permiten mantener esa relación patológica. Consideramos por tanto el síntoma como un fenómeno acorde con los rasgos interaccionales del sistema familiar en el que se halla (Selvini-Palazzoli et al, 1989).

Con este estudio cualitativo a través de una revisión bibliográfica, se pretende aportar una nueva perspectiva y estrategia en la práctica terapéutica, así como de cara a la aplicación de políticas de salud mental. Al hacerlo, nos proyectamos hacia una mejora de la calidad de vida de aquellas personas que conviven o están afectadas de algún modo por un trastorno mental grave.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ENFOQUE SISTÉMICO

El modelo sistémico tiene su origen en la década de 1950 junto con la terapia familiar. Coincide con el estudio de pacientes con esquizofrenia, durante el cual observaron cómo el progreso del trabajo individual se veía perjudicado una vez los pacientes volvían a la convivencia con sus familias. Esto llevó a la siguiente conclusión, extrapolada como idea central de este modelo: el individuo es percibido como un elemento dentro de un sistema, regido por una serie de reglas que establecen una forma de interacción y todo ello influye y determina la conducta del propio individuo y sus miembros.

En la cimentación de este modelo encontramos como base de la terapia sistémica tres puntos. El primero de ellos es la necesidad de análisis del contexto social y familiar para el funcionamiento psicológico individual y la psicopatología a la que refiera. El segundo, la Cibernética. Esta explica cuál es la relación entre las partes del sistema, por ende, su funcionamiento. Y el último es la Teoría General de los Sistemas, que atiende al conjunto de interrelaciones entre los elementos y sus propiedades. Esta concibe al sistema como un todo que debe su funcionamiento a la interdependencia de sus partes.

Desde este enfoque se concibe que cada miembro del sistema cumple una función que lo regula y mantiene el equilibrio, lo que implica que sus acciones afectarán al resto de miembros, y viceversa. Como consecuencia concebimos al sistema como un conjunto de unidades organizadas que interactúan entre sí y su totalidad es más que la suma de sus partes.

## **2.2. SISTEMA FAMILIAR**

Desde la perspectiva sistémica entendemos a la familia como un sistema caracterizado por: (a) ser continuo y estar en constante cambio, (b) estar autorregulado y ser activo, (c) ser abierto a la interacción con el medio y otros subsistemas, y (d) estar organizado en base a una jerarquía sistémica (Relvas, 1996). Su conjunto genera una serie de reglas que determinan su funcionamiento, comportamiento y las dinámicas relacionales de sus miembros a nivel individual y grupal. Todo ello involucra una serie de propiedades sistémicas en el sistema de la familia.

- (1) Totalidad. El cambio en un miembro o el sistema afecta inevitablemente a su conjunto, pues las acciones y significados de uno están interconectadas a través de pautas de interacción con las del resto de los participantes.
- (2) Equifinalidad. El estado final es independiente del estado inicial, se puede llegar a la misma pauta interaccional o resultado desde distintos puntos de partida.
- (3) Retroalimentación. El circuito que regula la comunicación y permite controlar y mantener la estabilidad del sistema reinsertando en él los resultados de acciones anteriores. En este proceso se obtiene información sobre la ejecución relacionada con el exterior y entre las partes del sistema. En función del efecto que ello haga en el equilibrio encontramos (a) el feedback negativo, como la tendencia a mantener la homeostasis promoviendo el rango de conductas ya establecido, pero no el cambio de estas y (b) feedback positivo, por el cual se promueve la amplificación de conductas y la modificación de reglas, por lo que también el cambio.
- (4) Jerarquía. Con previa organización, la familia se estructura en un orden jerárquico preestablecido.
- (5) Límites. Son las reglas relacionales que regulan el contacto entre los subsistemas, delimitando la intensidad de la relación, con quién y de qué forma se produce la interacción o contacto. Hay tres tipos de límites:

- (a) Límites rígidos. Estos no permiten apenas el trasvase de información ni el contacto entre sus miembros. En familias con estos límites, los hijos desarrollan capacidades y recursos que los hacen más autónomos e independientes. No obstante, hay un aspecto disfuncional, pues esto implica que hay una falta de apoyo y afecto de las figuras paternas.
- (b) Límites difusos. Se permite mucho flujo o trasvase de información. Como consecuencia se constituyen familias más aglutinadas en las que a pesar de haber mucha confianza en los padres, también hay mucha dependencia en ellos, y si llega al extremo, los niños no desarrollan capacidad de autonomía.
- (c) Límites claros. Permiten la autonomía del subsistema y simultáneamente el contacto con los otros. Son los más adecuados pues suelen adaptarse a los cambios.

### **2.2.1. Ciclo vital de la familia**

El ciclo de vida de una familia representa una coevolución de sus miembros. Este proceso constituye una serie de demandas comunicacionales y funcionales donde la familia adquiere una serie de cualidades. Algunos autores refieren a que toda familia pasa por una serie de etapas (Haley, 2002; Ríos, 2005), que vienen determinadas por la cultura, la cual define los roles y tareas propias de cada estadio. En concreto distinguiremos 4 etapas.

La primera etapa es la formación de la pareja. Esta implica la unión de dos individuos que traen un bagaje de sus respectivas familias de origen. Esto involucra una tarea de negociación conjunta, definición de normas y el establecimiento de una comunicación que fomente la capacidad de resolver los problemas y aportar apoyo afectivo.

La segunda etapa es la familia con hijos pequeños. La llegada de un nuevo miembro a la familia implica una reestructuración del sistema en dos subsistemas, el conyugal y el parental. Se redistribuirán las tareas y los roles asociados a estas y se establecerán límites para la crianza y socialización de los hijos, basado en el afecto.

La tercera etapa es la de la familia con hijos adolescentes. La adolescencia es una fase de muchos cambios, se da una demanda de autonomía, una transformación física y una formación de la identidad. Esto requiere de una redefinición de las normas y límites. Es



prioritario que las figuras parentales sepan respetar y respaldar la individuación del adolescente, permitiendo su expresión afectiva en equilibrio con su conducta responsable (Arias, 2012). Esto dependerá de una adecuada negociación de los roles en el sistema.

La cuarta y última etapa es la familia con hijos adultos o independencia de los hijos. Hacemos uso del término “nido vacío” para definir la ausencia de los hijos. Para hacer frente a la partida de los hijos, encontramos 2 situaciones. Por un lado, habrá padres que por la triangulación con uno de sus hijos no sepan cómo afrontarlo. Por otro lado, padres que viven este momento como una oportunidad para su realización profesional, personal y con la pareja, comenzando con nuevos proyectos o inquietudes. Ambas situaciones implican una reestructuración de la relación marital, un afrontamiento de su envejecimiento y una renegociación de la relación con los hijos.

El ciclo vital familiar y el tránsito de las etapas que lo componen puede representar un periodo de crisis en cuanto a la adaptación y los cambios que genera. No obstante, también es una oportunidad para la evolución de la familia (Ríos, 2005). Los aspectos estresores a los que se enfrenta el sistema familiar pueden ser normativos, como aspectos normales del desarrollo o retos de cada etapa – ej. la llegada de un nuevo hijo en la familia-, o no normativos, como aquellas disfunciones o síntomas que surgen y alteran el funcionamiento habitual familiar – ej. la enfermedad de uno de los miembros- (Arias, 2012). Serán clave la frecuencia de estos eventos para la determinación del porvenir familiar y el desarrollo de recursos de cara a enfrentar posteriores adversidades.

En relación con el afrontamiento de las adversidades, Jara (2011) menciona que hay dos fuentes de tensión en el sistema familiar. Las tensiones verticales refieren a los patrones de funcionamiento y relación que se transmiten generacionalmente – tabúes, mitos, expectativas o actitudes-. Y las tensiones horizontales, las cuales surgen del proceso de transformación marcado por el tiempo, los cambios de cada etapa y los sucesos externos que la caracterizan. En aquellas situaciones en las que se cruzan eventos de ambos ejes de tensión aumenta la tensión habitual del sistema, lo que dificulta el progreso de transición y genera crisis e incluso disfunción si no se realiza el cambio en las reglas, normas o la comunicación.

### **2.2.2. Estructura familiar, diferenciación de límites y crianza**

A través del estudio de la estructura familiar, Salvador Minuchin (2003) establece que hay patologías y conflictos familiares que surgen cuando la organización de la estructura del sistema familiar no se ajusta a las demandas de los contextos sociales y evolutivos que le pertenecen (Ochoa, 2004). Por ende, consideramos a la estructura familiar una armadura relacional de jerarquías funcionales determinada por el rol que adopta cada uno de los miembros de la familia (Arias, 2012).

Para un adecuado funcionamiento del sistema familiar es importante proteger la diferenciación las reglas y roles de cada uno de los subsistemas implicados: el individual, el conyugal, el parental, el filial y el fraternal (Relvas, 1996). Minuchin (2003) aclara que pasar estos límites por alto puede llegar a producir una alteración de las relaciones del sistema provocando una distorsión de las pautas de conducta social.

Asimismo, los cambios que se van dando en nuestra sociedad modifican la organización y estructura familiar, por ello no concebimos al sistema familiar fuera de la disposición de la sociedad. Stierlin (1997) nos da tres motivos ante los cambios vividos en las últimas décadas: (a) la falta de convivencia o vida común en el matrimonio, (b) la inclusión de la mujer en la vida laboral y (c) la preocupación por el control de la natalidad. Arias (2012) añade otros 3 factores: (d) cómo la multiplicidad de las tecnologías de la comunicación ha establecido una nueva cultura, (e) el agravamiento de las diferencias socioeconómicas entre clases sociales y (f) la escasez de valores cívicos y morales.

Un aspecto importante deriva de las prácticas terapéuticas de Hellinger conocidas como “constelaciones familiares”, las cuales son entendidas como un principio básico en la organización de la estructura familiar (Janov, 2006). El orden es el de la vinculación, haciendo referencia a la necesidad del sentimiento de pertenencia respecto a un grupo. Estudios sobre el conformismo determinan que las personas modifican sus opiniones y actitudes para asegurar la pertenencia al grupo (Asch, 1964; Cruces et al, 1991). Hellinger (2005) menciona la importancia de honrar y respetar el lugar que le corresponde a cada miembro del sistema como forma de demostración y de fomentar el amor entre sus miembros. Si este espacio no se respeta, tanto generaciones presentes como posteriores pueden verse afectadas por un posible “ajuste de cuentas” (Schützenberger, 2006). Encontramos diversos estudios transgeneracionales que mencionan cómo en la memoria

de las familias, de forma inconsciente, cuando un miembro del sistema es excluido, otro miembro ocupa su lugar en generaciones futuras (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2003). Estas “lealtades invisibles” afectan en cierta medida al modo en el que se establecen las relaciones entre los miembros de un sistema familiar (Arias, 2012).

Entre los roles y funciones de los miembros del sistema, una tarea esencial es la de la crianza y educación de los hijos. El ejercicio de la paternidad debe cumplir con tres funciones legalmente reconocidas (Taborda Simões, Martins, & Formosinho, 2006): el ejercicio de autoridad, la promoción de la autonomía mediante procesos de socialización e individualización y el cuidado afectivo asociado a la calidad del apego y la prestación de cuidados. La integración del menor implica una transferencia de valores, actitudes, hábitos e intereses por parte del sistema. Para ello la crianza es fundamental y brinda un molde para su socialización y la estructuración de su personalidad. Al mismo tiempo los hijos pasan por un proceso de individuación progresivo por el cual crecen, elaboran sus propias ideas y desarrollan su propio repertorio de intereses y conductas (Bowen, 1998). Aquella persona que se encuentra fusionada con su sistema familiar o alguno de sus miembros, tendrá problemas de comunicación, en su desenvolvimiento en la sociedad, y sus opiniones y metas se experimentarán como limitadas, pudiendo desarrollar síntomas neuróticos e incluso psicóticos (Arias, 2012).

### **2.3. TRASTORNO MENTAL GRAVE**

Hasta mediados del siglo XX se había mantenido la idea de la incurabilidad del trastorno mental unido a la agresividad y violencia que residía en la “locura” de las personas con un trastorno mental grave (TMG). Esto provocó que las personas con TMG fueran separadas de la sociedad.

Los avances en medicina, la lucha por los derechos humanos y la nueva definición de la salud de la OMS que involucraba a la salud mental provocó que el sistema adoptara gradualmente el denominado “modelo comunitario”. Su objetivo es organizar el apoyo y la asistencia al enfermo sin apartarlo de su red social, permitiendo así la desinstitucionalización de este. No obstante, no se pudo frenar la idea sesgada de que los trastornos mentales son enfermedades cerebrales incurables y peligrosas que evolucionan determinadamente hacia la cronicidad y el deterioro. La clasificación diagnóstica de Emil

Kraepelin va ligada a esta idea, la cual recibió muchas críticas. En primer lugar, califican las clasificaciones de heterogéneas, así como un planteamiento erróneo del curso de la enfermedad, ya que un mismo trastorno puede resultar en episodios breves o en cronicidad. En segundo lugar, la clasificación está basada principalmente en la observación, lo que indica una baja fiabilidad y poca validez (Insel, 2013). En último lugar, la forma en la que Kraepelin se enfoca en los signos y síntomas descuida por completo la totalidad del paciente y su historia de vida.

En la actualidad se cuestiona la necesidad de abandonar la clasificación diagnóstica debido a la centralización en la etiqueta desde el modelo médico. Como consecuencia negativa, se descuida al paciente y se contribuye a la discriminación y estigma que envuelve a las personas con un TMG. Se sugiere la conceptualización de los individuos con TMG o dificultades de salud mental como “personas con problemas” en lugar de “pacientes con enfermedades” (Espinosa-López & Valiente-Ots, 2017).

El trastorno mental grave (TMG) no tiene una definición universal, pero encontramos 4 elementos comunes en la mayoría de las definiciones. Estos son conocidos por *Las 4 D* (Espinosa-López & Valiente-Ots, 2017):

- (1) Desviado (Deviant). Delimita aquello que no sigue las normas sociales establecidas, y tiende a ser más inusual o extremo. En ocasiones se ve alterada la circunstancia que experimenta la persona y no su respuesta.
- (2) Angustia (Distress). Implica aquellas conductas, emociones o pensamientos que causan malestar o angustia. También puede implicar una euforia o bienestar desmesurado.
- (3) Disfunción (Dysfunction). Define aquellos comportamientos que interfieren en el desarrollo, funcionamiento y en la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria de forma adecuada.
- (4) Peligroso (Dangerous). Esto surge de que los comportamientos llevados a cabo por la persona implican ponerse en riesgo a sí mismo o a su entorno y los que lo rodean.

El trastorno mental grave y duradero (TMGD) recoge a los individuos que sufren algún tipo de trastorno mental o emocional, al mismo tiempo que otros trastornos que tienen la posibilidad de llegar a ser crónicos e impedir el desarrollo de las capacidades funcionales

de la persona en relación con tres o más elementos primarios de la vida cotidiana (autocuidado e higiene personal, independencia, relaciones interpersonales, aprendizaje, gestiones sociales y ocio) y obstaculizan la propia autosuficiencia económica. Definimos estos trastornos mentales a través de tres dimensiones (Espinosa-López & Valiente-Ots, 2017), las cuales implican un modelo integrador que considera al mismo tiempo en su conceptualización los síntomas y los factores sociales.

La primera dimensión es el diagnóstico. Este implica una generalización y falta de datos sobre la persona. No obstante, son una fuente de información de gran importancia para la planificación del tratamiento y la intervención. En la actualidad se hace uso del sistema de International Classification of Diseases (ICD-10) y con mayor frecuencia, del DSM-5 (APA, 2013; Espinosa-López & Valiente-Ots, 2017). Habiendo revisado el DSM-5-R en el cual no hay cambios significativos con respecto al DSM-5, diferenciamos los siguientes grupos de diagnósticos vinculados con el TMGD: la esquizofrenia y el grupo de los trastornos psicóticos, el trastorno bipolar y grupo de trastornos afectivos mayores, los trastornos de personalidad y los trastornos de conducta graves (Anexo 1; Tabla 1).

La segunda dimensión es la temporalidad o cronicidad del trastorno. Los TMGD son considerados de larga evolución estableciendo como criterio una duración de tratamiento de 2 años y teniendo en cuenta que con frecuencia hay un periodo premórbido o con síntomas activos sin tratar, por lo que es complejo determinar la temporalidad.

La tercera dimensión es la presencia de discapacidad. Para ello se realiza una medición mediante el Global Assessment of Functioning Scale (GAF) cuyas puntuaciones nos indican el grado de afectación del funcionamiento laboral, social y familiar. También se recoge información sobre el grado de autonomía e independencia de la persona (Espinosa-López & Valiente-Ots, 2017). La gravedad de los TMGD está asociada en gran medida a factores sociales estresores (desigualdad económica, pertenecer a un grupo minoritario, etc.). Por ello no se incluyen factores ambientales en la evaluación del funcionamiento del individuo, pero sí áreas como el autocuidado, el autocontrol o el funcionamiento cognitivo.

Datos recogidos recientemente por la OMS constatan que uno de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, así como que en la actualidad un

9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Esto nos refleja la importancia del trastorno mental grave y la necesidad de fomentar un ambiente de apoyo para esta parte de la población. Los TMG surgen de la interacción de factores sociales, biológicos y psicológicos (ASIEM, 2012), aumentando su probabilidad de aparición en caso de haber mayor predisposición o factores precipitantes (una situación estresante o el consumo de drogas<sup>1</sup>). Encontramos factores protectores como el apoyo familiar, el reconocimiento temprano de síntomas o la adherencia a la medicación. Es fundamental considerar estos factores pues el 90% de los casos de suicidio se relacionan con algún TMG (ASIEM, 2012). Los cambios suelen detectarse primero por la familia, el entorno más inmediato de la persona. Estos pueden aparecer gradualmente o de manera inmediata y se pueden observar a través de cambios en la conducta, las relaciones sociales, en el estado de ánimo o en su capacidad cognitiva (ASIEM, 2012). No obstante, estos no implican un diagnóstico directo.

Para fomentar un ambiente que proporcione apoyo y motivación, se mencionan las siguientes pautas a poner en práctica, sobre todo desde el papel de la familia (ASIEM, 2012): mostrar cercanía y un trato cálido; no mostrar sobreprotección o permisividad excesiva, sino fomentar que el paciente alcance la mayor autonomía posible; ensalzar a la persona por sus logros y promover conductas positivas; o evitar cualquier tipo de recriminación o crítica respecto a comportamientos que podamos identificar con pereza o con motivo de molestar a la familia, no obstante, sin tender a una actitud autoritaria, establecer límites a sus conductas sin tolerar manipulaciones o actitudes violentas.

### **2.3.1. La Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave de larga duración que tiene un profundo impacto en el comportamiento y emociones de quien lo padece (Líceca et al., 2019), interfiriendo significativamente en su funcionamiento diario. Este altera la personalidad, la forma de pensamiento y afecta a las relaciones sociales, interpersonales y laborales (Fraguas y Palacios, 2009).

---

<sup>1</sup> Hablamos de “patología dual” cuando la persona con un TMG previo es consumidora de drogas y no viceversa.

El DSM-V establece una serie de criterios diagnósticos los cuales dividen los síntomas principales de este trastorno en tres categorías (Janssen-Cilag, 2023). Los síntomas positivos implican una distorsión de la función mental y se caracterizan por mostrarse a través de alucinaciones, delirios, un pensamiento desorganizado y un comportamiento catatónico. Los síntomas negativos incluyen la abulia, alogia, el embotamiento afectivo y la anhedonia. Además, encontramos los síntomas cognitivos que implican dificultades en la atención memoria y toma de decisiones. El conjunto de los síntomas de la esquizofrenia varía en gravedad y tipo en función de la persona. A su vez, el curso de la enfermedad suele ser episódico con respecto a los periodos de furor y remisión de los síntomas. Para su tratamiento se suele tender a la combinación de medicación con antipsicóticos, apoyo social y psicoterapia.

## **2.4. ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN**

La comunicación es mucho más que una configuración de secuencias mutuamente causativas. El término comunicación abarca todo aquello que una persona dice, hace o piensa, es decir, cómo las personas se relacionan. La comunicación constituye el vehículo de toda manifestación del individuo.

Es absurdo captar la complejidad y el significado de los procesos haciendo únicamente alusión a los “mensajes” y “señales”. Estos conceptos implican una serie de conductas que representan y refieren a una forma de actividad. Esta “actividad” la definimos como el conjunto de las conductas pautadas de las que hace uso un grupo al reunirse con un objetivo específico en un momento determinado (Berger, 1993). Estas “conductas” abarcan comportamientos cognitivos y fisiológicos. Describimos esta actividad comunicacional en base a 4 características (Berger, 1993).

- (a) Posee un contenido, por tanto, está compuesta por una cadena de diversas acciones.
- (b) Se comprende dentro de un conjunto de límites identificables, es decir, se inicia mediante un acto de apertura y termina por una conducta habitual de cierre.
- (c) Ostenta contextos en los que se desarrolla. Se lleva a cabo en determinados momentos o en función de una necesidad dentro de un sistema de contingencia.
- (d) Tiene valores. Su desarrollo evoca sentimientos y pensamientos, al mismo tiempo que se lleva a cabo dentro de un sistema de creencias, actitudes y filosofías. Por

ende, esta cumple un propósito y es explicada y juzgada. Sobre la base de que una actividad se desarrolla en secuencias complejas, podemos entonces hablar de organizaciones de actividad o campos comunicacionales.

Dividimos el estudio de la comunicación humana desde tres áreas (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). La primera es la sintáctica y refiere a los problemas de codificación y transmisión de información. La segunda de ellas es la semántica, cuya preocupación central es el significado. Es importante reflejar que toda información compartida presupone una convención semántica para que haya coherencia entre el emisor y el receptor. Por último, encontramos el área pragmática, refiriendo al efecto de la comunicación en la conducta. En concreto esta última es la que cobra mayor relevancia en nuestro estudio. Desde la visión pragmática toda conducta es comunicación y toda comunicación causa un efecto en la conducta. Nos interesará por tanto la relación comunicativa entre el emisor y el receptor en cómo afecta la comunicación al receptor y en el efecto que la reacción de este tiene sobre el emisor.

Esta relación comunicativa puede vincularse con el hecho de que ningún subsistema puede alcanzar su equilibrio aislado del resto de componentes del sistema. Reflejaremos esta idea a través del homeostato de Ashby (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1993). Este aparato consiste en cuatro subsistemas autorreguladores idénticos, los cuales están interconectados y cualquier perturbación o problema que surja en uno de ellos afecta al resto, así como que este también se ve afectado por la reacción de los otros. El homeostato obtiene el equilibrio a través de una búsqueda aleatoria de sus combinaciones hasta encontrar la configuración adecuada. Esto indica que hay una característica de conservación de la adaptación, es decir, el propio aparato almacena los resultados anteriores de forma que no se enfrenta a la situación como si nunca hubiera alcanzado una solución, es decir, hay configuraciones más probables que otras.

La redundancia pragmática contiene un amplio número de conocimientos que nos permiten valorar, modificar y prever la conducta. Cabe resaltar que en esta área somos especialmente sensibles a las incoherencias o absurdecas, pues un comportamiento o conducta que está fuera de contexto o es inadecuado nos impresiona como más inadecuado que un error comunicativo sintáctico o semántico. La comunicación nos afecta de forma continua, e incluso nuestra autoconciencia depende de ella. Hora lo refleja



con la siguiente frase: *“Para comprenderse a sí mismo, el hombre necesita que otro lo comprenda. Para que lo comprenda, necesita comprender al otro”* (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1993).

#### **2.4.1. Axiomas de la Comunicación**

Con el objetivo de asentar una base más coherente y clara sobre el aspecto pragmático de la comunicación humana definiremos los cinco axiomas que define esta teoría.

##### **1. La imposibilidad de no comunicar.**

El primer axioma de la comunicación parte de la necesidad de aceptar que toda comunicación es conducta y de establecer que es imposible la no comunicación, no hay nada opuesto a la conducta. Incluso cuando no estamos activamente hablando o interactuando, nuestra conducta sigue transmitiendo un mensaje que influye inevitablemente y genera respuestas en el resto. Esta idea desafía la noción de que la comunicación solo ocurre de manera intencional, consciente o cuando se logra un entendimiento recíproco.

##### **2. Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.**

La comunicación incondicionalmente implica compromiso y una definición de la relación entre los comunicantes. Este axioma se centra en el nivel de contenido y de relación presentes en estas interacciones. Bateson nombra ambos términos como aspectos “referenciales”, que implican la transmisión de un mensaje, independientemente de su veracidad, y los aspectos “conativos”, los cuales se relacionan con una instrucción implícita sobre cómo debe interpretarse la comunicación, y, por tanto, sobre la definición de la relación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1993). Normalmente las relaciones se consolidan sin deliberación, sin embargo, en las relaciones disfuncionales hay una lucha por definir la naturaleza de la relación. Por eso es clave la capacidad de metacomunicar, herramienta que permite de forma efectiva la negociación y aclaración de los significados. Esta habilidad está estrechamente relacionada con la percepción de uno mismo y la percepción del otro.

##### **3. La puntuación de la secuencia de hechos.**

La puntuación de la secuencia de hechos sostiene que la comunicación es percibida como una secuencia de intercambios continua, pero donde la manera de puntuar varía en función de la perspectiva de cada participante. Esto implica que cada participante puede

desempeñar roles distintos en diferentes momentos, refiriendo a que los intercambios forman cadenas de vínculos triádicos superpuestos. Esta puntuación depende de la disposición por parte de los miembros participantes de aceptar las reglas o patrones, por lo que no es fija (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1993).

#### 4. Comunicación digital y analógica.

Este axioma aborda la comunicación digital y analógica. Se entiende al lenguaje digital como aquel que es representado por la comunicación verbal y ofrece una estructura y lógica para transmitir un mensaje. El lenguaje analógico corresponde con la comunicación no verbal y permite la transmisión de emociones e intensidades, no obstante, sin la precisión del lenguaje digital. Ambos conceptos reflejan la naturaleza de la relación entre los comunicantes. Esta dualidad puede generar malentendidos e incluso patologías, pues para que las personas puedan comprenderse, esto implica una constante traducción entre ambos lenguajes.

#### 5. Interacción simétrica y complementaria.

En el análisis de las reacciones en la interacción de dos personas, se observa que se pueden experimentar cambios sin necesidad de una influencia externa. Consideramos con ello la “cismogénesis”, un proceso mediante el cual las reglas del comportamiento individual se diferencian como resultado de la acumulación de las interacciones entre individuos (Bateson, 1935).

Distinguimos dos formas de interacción en base a la igualdad o diferencias entre los participantes. La interacción simétrica se mantiene la igualdad y sus miembros encuentran el equilibrio de forma que sus conductas se reflejan y ajustan de forma continua en términos de fortaleza, debilidad, bondad o maldad. La interacción complementaria se basa en una diferencia de posición (superior o inferior) entre los miembros de la relación. Esta configuración puede establecerse a través del contexto social o cultural del sistema, ajustándose a su vez de forma que cada miembro se comporta asumiendo la conducta del otro, manteniendo y desarrollando así la dinámica relacional. No se impone la relación.

#### **2.4.2. La Comunicación Paradójica**

La paradoja cobra gran importancia con respecto a la pragmática, ésta ocupa la interacción y afecta a nuestra conducta y nuestra salud mental. También al mismo tiempo

pone a prueba nuestra creencia en la congruencia y por lo tanto en el significado y sentido que le damos a nuestro universo.

Definimos la paradoja como una contradicción resultada de una deducción correcta que parte de premisas coherentes (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). Se denominan tres tipos de paradojas (Selvini-Palazzoli et al, 1989). El primer tipo son las antinomias o paradojas lógico-matemáticas en las que se crea una autocontradicción mediante modos aceptados de razonamiento, por lo que esta aseveración además de ser contradictoria es demostrable (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). Obtenemos con ello una contradicción formal pues implica ser verdadera y falsa a la vez. No obstante, aunque toda antinomia es una contradicción lógica, toda contradicción lógica no forma una antinomia. El segundo tipo son las antinomias semánticas o definiciones paradójicas, las cuales surgen de incoherencias ocultas en la estructura de niveles de pensamiento y del lenguaje. Las terceras son las paradojas pragmáticas. Estas resultan del curso de las interacciones, donde determinan la conducta y se pueden dividir en instrucciones paradójicas y predicciones paradójicas.

Los ingredientes esenciales de una instrucción paradójica de la paradoja pragmática son los siguientes.

- (a) Una relación complementaria fuerte – oficial y subordinados-.
- (b) Se da una instrucción de que se debe obedecer, al mismo tiempo que desobedecer para obedecer a la regla.
- (c) La persona que se posiciona como inferior en la relación no puede salir de la interacción y resolver así la paradoja metacomunicando sobre ella, es decir, haciendo un comentario de ella.

Esto implica que la persona está atrapada y se encuentra en una posición insostenible. Este es un patrón que encontramos en familias con conductas tradicionalmente diagnosticadas como “patológicas” en uno o más miembros de su sistema, lo que implica que sus reglas mantienen relaciones patológicas. Rabkin (1972) llegó a la idea de que en ocasiones suceden cambios de importancia radical cuando se cambia una regla fundamental de un sistema. A raíz de esto se indujo que, con el descubrimiento de la regla fundamental y su modificación, se puede conseguir la desaparición del comportamiento patológico. No obstante, no debemos olvidar que los sistemas tienen una gran potencia para sostener y mantener las reglas que ellos mismos han creado y establecido con el

tiempo mediante procesos de ensayo y error junto con la memorización de las soluciones encontradas. En los sistemas patológicos aparece una tendencia compleja y rígida por la que se repiten compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio del equilibrio del sistema.

### **2.4.3. Doble vínculo**

Russel ofrece a través de su teoría de tipos lógicos un marco conceptual para evitar paradojas en la lógica y las matemáticas (Berger, 1993). Este se basa en la idea de que cada entidad tiene un tipo y las proposiciones únicamente se aplican a objetos del mismo tipo o inferiores. La teoría de Russel permite comprender cómo los mensajes contradictorios del doble vínculo pueden llegar a generar paradojas lógicas, ya que hay determinadas proposiciones que pueden ser auto-referenciales o conducir a paradojas.

Para definir una situación de doble vínculo Bateson, Jackson, Haley y Weakland determinan como necesarios los siguientes elementos (Berger, 1993):

- (1) Dos o más personas, de las cuales una cumple la función de “víctima”.
- (2) El doble vínculo es una experiencia recurrente hasta el punto de llegar a ser una expectativa habitual, no forma parte de una única experiencia traumática.
- (3) Se produce un mandato negativo primario que puede darse como: (a) “No hagas eso, o te castigaré, o (b) “Si haces eso, te castigaré”. Consideramos un contexto de aprendizaje fundado en la evitación del castigo. Deducimos con ello que el castigo puede ser la privación del afecto, la expresión de odio o enfado, o incluso en la expresión de impotencia extrema que denota un tipo de abandono por parte del precursor.
- (4) Un mandato secundario que conflictúa con el primero, y al igual que este último, se refuerza con castigos o indicaciones que son percibidas como una amenaza. El mandato secundario suele comunicarse de forma no verbal y sus implicaciones ocultas en el comentario verbal pueden emplearse para transmitir el mensaje con mayor abstracción. Al mismo tiempo, la segunda orden puede colisionar con cualquiera de los elementos de la prohibición primaria, lo que provoca que se le adjudiquen formas muy variadas: “No creas que yo te estoy castigando”, “No dudes de mi amor”, etc. Cabe destacar que en este juego puede ser infringido por otro individuo, donde uno de los progenitores puede negar el mandato del otro en un nivel incluso más abstracto.

- (5) Un tercer mandato negativo que impide a la víctima escapar de esta situación. En aquellos casos en los que los dobles vínculos son impuestos durante la infancia, la escapatoria es imposible. Cuando se emplean ciertos recursos no negativos similares a promesas de amor es en algunos casos lo que hace imposible la escapatoria.

Una persona que ha pasado por una relación de doble vínculo ajustará su forma de relacionarse a un patrón sistemático (Berger, 1993). La primera alternativa implicará desconfianza a la hora de compartir o metacomunicar sobre la clase o señales que acompañan a su mensaje. Tendrá una preocupación exagerada por el posible significado oculto del mensaje que le transmita otra persona y se pondrá a la defensiva proponiéndose demostrar que no es fácil engañarlo. Esto hará que sea provocativo y suspicaz. La segunda alternativa tenderá a aceptar todo mensaje y desistirá en intentar distinguir entre los niveles del mensaje, pues todos tendrán un carácter trivial. Sin embargo, también puede decidir ignorar los mensajes, por lo que tenderá a centrarse en sus propios procesos internos, aparentando ser una persona retraída. Esto implica una dificultad del individuo para distinguir entre las categorías de mensajes, asumiendo una actitud defensiva descrita como paranoide o catatónica.

La hipótesis del doble vínculo postula que sus contradicciones son encubiertas. En la experiencia clínica se han encontrado sistemas familiares en los que dicen estar desapegados, pero manifiestan una vinculación simbiótica, mientras hay otros sistemas en los que dicen estar muy unidos sin reconocer la evitación que hay entre ellos (Berger, 1993). Esto denota que hay una serie de ocultamientos y mecanismos psicológicos que se esconden tras dos aspectos del encubrimiento. El primero se exhibe a través de conductas no verbales, estados de ánimo, ansiedades y reglas activas que pueden no ser conscientes para los miembros involucrados. El segundo implica que el encubrimiento es relativo a distintos elementos y puntos de vista sobre la organización familiar. Esto implicaría que el encubrimiento podría no estar activo al inicio de la contradicción familiar, pero sí una vez hay conductas insuficientes por parte de los miembros del sistema.

Los sistemas caracterizados por marcados mensajes de contradicción pueden derivar en una ruptura familiar por maduración adecuada de alguno de los hijos, el cual no queda atrapado en el doble vínculo. Sin embargo, si este tiene una limitada capacidad para

participar en las experiencias madurativas, esto resultará en una deficiencia en el desarrollo de las habilidades y herramientas sociales y cognitivas. Esta situación aumenta la dependencia del par con el que se ha establecido la simbiosis. Una vez una persona se ha sometido al doble vínculo durante un periodo largo, se pueden presentar los siguientes problemas (Berger, 1993). El primero es la insuficiencia social, por la cual la persona tiene dificultad para distinguir los tipos lógicos de la actividad, así como que no ejecuta la conducta relacionada con esta. También suelen mostrar dependencia hacia miembros del sistema familiar o figuras de autoridad, y dificultad para expresar sus emociones positivas y negativas. El segundo es la desviación social ambivalente y rebelde. Son individuos sometidos a un fuerte doble vínculo y se muestran con actitudes de agresividad, violando el espacio del resto y desafiando las reglas para ocupar toda la atención. Tienden a evitar el establecimiento de vínculos y pueden llegar a ser expertos en la generación de situaciones de doble vínculo. El tercero de los problemas que pueden presentar es un cuadro de dependencia de otras personas para recibir señales y sanciones. Cuando están solas o se alejan de su vínculo simbiótico, estas personas tienen una mayor tendencia a la inactividad o la depresión, llegando incluso a experimentar alucinaciones, pánico y delusiones. La combinación de estos cuadros clínicos puede llevar al diagnóstico de la esquizofrenia.

## **2.5. COMUNICACIÓN PATOLÓGICA**

Los axiomas de la comunicación tienen inherentes ciertas patologías cuando se ven distorsionados. El estudio del efecto pragmático de estos axiomas consistirá en una correspondencia de diversos trastornos o patologías individuales con las consecuencias de tales principios a nivel de conducta (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993).

Comenzaremos por el primer axioma que delimita la imposibilidad de no comunicarse. Cuando esta idea llega al extremo podemos hablar del “dilema esquizofrénico” por el cual la persona se enfrenta a la absurda e imposible labor de negar que se está comunicando, a la vez que niega que el hecho de estar negándolo es comunicación. Pero este fenómeno no se limita a un diagnóstico, sino que forma parte de determinadas situaciones cotidianas de la interacción humana. En todo momento hay un intento de no comunicarse en el que va implícito el deseo por evitar el compromiso.

La pragmática de aquellas situaciones en las que no podemos abandonar el espacio de forma física y no podemos no comunicarnos, observamos distintas reacciones (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993):

- (a) Rechazo de la comunicación.
- (b) Aceptación de la comunicación.
- (c) Descalificación de la comunicación como defensa (incongruencias, cambios de tema, autocontradicciones, etc.). En el extremo surge la comunicación alienada como reacción ante un contexto insostenible, y no como manifestación de una mente enferma. En este caso no hay diferencias notables entre la persona con el trastorno y la persona que no, pues ninguno puede abandonar la situación y ninguno puede no comunicarse. Sin embargo, será por razones propias de miedo o que no desean hacerlo.
- (d) El síntoma como comunicación. La persona utiliza una excusa que implica fingir una incapacidad o deficiencia que justifica la no comunicación. Esto llegará a ser una convicción propia de la persona, por la cual, la situación en la que se encuentre estará fuera de su control, liberándose así de la culpabilidad y de su propia consciencia. Este síntoma puede ser neurótico, psicósomático o incluso psicótico. Fromm-Reichmann mencionó en un estudio el uso de los síntomas catatónicos como comunicación, así como Jackson lo haría con los síntomas histéricos (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993).

Como define Koestler, “las relaciones familiares son un laberinto de tensiones, disputas y reconciliaciones” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). El área de contenido y relación del sistema es clave en esta complejidad relacional. Ambos se presentan con las siguientes variaciones (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993):

- (1) Los participantes concuerdan en el contenido y en la definición de la relación.
- (2) Hay un desacuerdo en los niveles de contenido y relación entre los participantes.

Entre ambos extremos encontramos distintas formas que mezclan ambas partes:

- Desacuerdo en el nivel de contenido sin repercutir en la relación, por lo que acuerdan que tienen discrepancias.
- Acuerdo en el contenido y discrepancias en la relación, viéndose amenazado el vínculo en caso de perder la concordancia en cuanto al contenido.

- Hay una confusión entre los aspectos de relación y contenido donde se intenta resolver un problema relacional en el nivel de contenido y un problema de contenido en el nivel relacional.
- Una persona se siente coartada a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido para no poner en riesgo una relación con otra persona, conduciendo así a patrones de comunicación paradójica.

Cabe mencionar que el fenómeno del desacuerdo aporta un marco útil para analizar los trastornos de comunicación causados por la confusión entre los niveles de contenido y relación. Un ejemplo es aquella pareja que siempre discute sobre un mismo tema externo y debe comenzar a hablar sobre sí mismos y su relación, buscando instaurar simetría o complementariedad para recuperar la igualdad y el equilibrio.

Con respecto a la definición del self que presenta una persona (A) de sí misma y la reacción del otro (B) ante esta, encontramos distintas respuestas. La primera es la confirmación de la definición que da A de sí mismo, lo cual es crucial y uno de los factores que más peso tiene en su estabilidad mental y su desarrollo. Esto se relaciona con el supuesto de “deprivación social”, el cual dice que el hombre no es capaz de conservar su estabilidad emocional durante largos periodos en los que solo se comunica consigo mismo. La segunda reacción es la de rechazo ante la definición del self de A. Y la última respuesta es la de desconfirmación. Esta implica una negación de la realidad de A, y va más allá que el rechazo, ya que involucra a su vez la negación de la existencia de A. Laing menciona que hay patrones familiares que llevan a la desconfirmación de la autenticidad de un sujeto, lo que resulta en alienación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). También se discute sobre la impenetrabilidad en las relaciones interpersonales, donde pueden ser difíciles de conciliar las visiones del otro y de uno mismo, pudiendo conducir a conflictos que den información sobre los cuadros clínicos de la psicopatía tradicional (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993).

En relación con la puntuación de secuencias comunicacionales del tercer axioma, las discrepancias en estas pueden generar problemas interaccionales con acusaciones mutuas de locura o maldad. Esto ocurre cuando al menos uno de los participantes en la comunicación no cuenta con la misma información que el otro. Esto lleva a suposiciones erróneas sobre las conclusiones que deberían extraerse. Para romper este círculo vicioso es importante colocarse fuera de este y metacomunicar. La circularidad permite que, a



pesar de haber un conflicto sobre la causa y el efecto en cuanto a la puntuación discrepante, ninguno de estos conceptos sea ajustable. Un fenómeno importante desde el punto de vista de la interacción es la profecía autocumplidora, conducta que provoca en los demás la reacción esperada. La particularidad de esta secuencia, y lo que la concibe como un problema de puntuación, es que la persona considera que está respondiendo a estas actitudes sin reconocer que su propio comportamiento las provoca.

Un desafío en la comunicación interpersonal son los errores de traducción entre el material analógico y el digital definidos en el cuarto axioma. La interpretación del mensaje analógico puede darse de diversas e incompatibles formas pues carece de los elementos precisos del lenguaje digital. Todo mensaje analógico involucra un significado a nivel relacional, lo que sugiere por tanto una propuesta de posibles reglas. Sin embargo, esta atribución es lo que puede llevar a conflictos interpersonales. En términos patológicos, este proceso puede manifestarse en fenómenos como el masoquismo sexual, donde la negación analógica inseparable del ritual de humillación y castigo suministra un alivio temporal al temor del masoquista a recibir una sanción extrema. Bateson y Jackson han distinguido la relevancia de la codificación analógica frente a la digital en la constitución de los síntomas histéricos (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993). La pérdida parcial de la capacidad para metacomunicarse de forma digital sobre aspectos relacionales puede acarrear un “regreso a lo analógico” como recurso para la solución transaccional en la comunicación. Además, la simbolización puede ocurrir cuando la digitalización ya no es posible, sobre todo en relaciones que comprenden áreas que, como el incesto, están moral y socialmente prohibidas (Berger, 1993).

En las relaciones sanas la actuación en distintas áreas de la relación de la interacción simétrica y la complementaria son necesarias. Observamos la escalada simétrica cuando la interacción simétrica se desestabiliza o se vuelve patológica, trascendiendo en intensos conflictos que pueden concluir en una gran ruptura en la relación. La patología de una relación complementaria se manifiesta como la desconfirmación del self del otro, lo que implica una peor repercusión a nivel psicológico que los conflictos en las relaciones simétricas. Cuando se da un problema en las relaciones complementarias, suele ser común que uno de los participantes exija una confirmación sobre su definición de sí mismo sin que esta sea coherente con la verdadera percepción de este. Esto puede llegar a crear un inconveniente en el segundo participante, quien debe acomodar su propia definición del

self para complementar la del primero. Este tipo de relaciones pueden generar sentimientos de desesperanza, frustración o despersonalización en ambos participantes (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993).

## **2.6. ESQUIZOFRENIA DESDE LA TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO**

Desde la teoría del doble vínculo se concibe la esquizofrenia como un conflicto interno que deriva de pautas comunicacionales (Selvini-Palazzoli et al, 1989). Este trastorno surge como síntoma ante una familia que sostiene su propio juego a través de paradojas que involucran a todos sus miembros.

Lidz describió dos tipos de familias esquizofrenógenas (Berger, 1993). El primero es un tipo distorsionado en el que hay una figura central que aporta cierto equilibrio – normalmente la madre-. El segundo tipo de familia se caracteriza por una relación parental hostil, distanciada y con una inestabilidad crónica, representando una ruptura. Las deficiencias e influencia de los miembros que la fomentan se pueden dar de tres formas: (a) por carencias de la crianza parental, (b) por fracaso de la familia en la función del desarrollo integrado del menor, aportando un entorno fuera del conflicto y canalizando sus impulsos, o (c) por defectos en la transmisión de habilidades de comunicación y herramientas básicas de socialización al menor. Bowen y Lidz (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1965; Lidz, Fleck, y Cornelison, 1996) sostienen que el esquizofrénico tiende a tener problemas en la concreción de su separación o individuación, influyendo en su necesidad simbiótica la incapacidad del progenitor por establecer límites diferenciados con su hijo. Con ello se establece lo que Bowen denomina “masa yoica familiar indiferenciada” (Berger, 1993), haciendo así referencia a la fusión de máxima intensidad entre padres e hijo, generando una mayor probabilidad de que el menor “desarrolle” una esquizofrenia. Las familias con un miembro esquizofrénico son sistemas calibrados rígidamente, donde cualquier cambio es percibido como una amenaza (Selvini-Palazzoli et al, 1989). Es por ello, que tal y como planteó Rubinstein (Berger, 1993), reconocer los intereses personales de cada uno de los miembros del sistema es una dificultad característica de las familias de las personas con esquizofrenia. Aquí entra una relación directa con las constelaciones familiares de Hellinger, donde se da una gran importancia a respetar el espacio individual de cada uno de los miembros del sistema como demostración del amor hacia el otro.

Laing revela un patrón familiar a través de su investigación sobre la esquizofrenia. Este esquema está caracterizado por la negación inconsciente de la autenticidad de la persona. Esta negación no involucra un trauma de forma determinante, pero sí una sutil pero tenaz mutilación de la identidad del individuo. Se expresa a través de una sensación de confusión o alienación ante la ignorancia mostrada con respecto a las acciones y sentimientos de la persona (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993)

Bowen define la esquizofrenia como un proceso que se desarrolla durante a lo largo de varias generaciones siguiendo un patrón genético, aunque siempre influido por factores emocionales (Berger, 1993). En concreto es clave la transmisión de la debilidad o inmadurez emocional a la que Bowen nombra como “bajo nivel de diferenciación del yo” (Berger, 1993). Esta puede operar de tres formas distintas en el sistema. La primera empuja a la enfermedad o disfunción de uno de los miembros de la pareja, ya sea en el aspecto emocional, físico o social. Cuanto mayor sea el grado de esta disfunción, mayor será la inmadurez emocional, la cual se tornará menos operativa en la transmisión multigeneracional. La segunda forma es a través del conflicto con el otro miembro de la pareja, estando más protegida de la transmisión la siguiente generación cuanto mayor sea el grado de conflicto. Y, por último, encontramos la proyección a uno de los hijos. Bowen no concibe que un trastorno del funcionamiento fisiológico se transmita en una sola generación y cree que se requieren aproximadamente diez generaciones, siguiendo una línea en la que el nivel de debilidad está muy presente. Aunque hay distintos factores que influyen en este proceso, se entiende que hay un hijo que se adapta a la inmadurez de su madre con la función de mantener su propia supervivencia llevándolo al punto de perderse demasiado a sí mismo como para poder funcionar con normalidad. A esto agregamos a su vez el grado de ansiedad, que cuanto menor es, más lento es el proceso (Berger, 1993).

A parte de las soluciones disfuncionales, en la segunda generación se suma el temor a exponerse por miedo al rechazo (Selvini-Palazzoli et al, 1989). El sujeto se ha acostumbrado al rechazo en las relaciones y la confirmación es concebida como un signo de debilidad, pues implica acceder al deseo del otro, lo que es vivido como una forma de desprestigiarse y desautorizarse a sí mismo. En esta situación se observa una relación simétrica en la que cada uno anhela conquistar el control sobre la definición de la relación. Sin embargo, ante un cúmulo de intentos fallidos, la “hybris” – desesperada tensión simétrica que no se rinde a pesar de haber una evidencia- aumenta (Selvini-Palazzoli et

al, 1989). De esta forma se da la descalificación antes de que el otro lo haga antes, creando un juego en el que se configuran una serie de normas y mensajes que cada vez están más encriptados. Los miembros se tornan expertos en el uso de la paradoja, así como de la descalificación, por la cual el propio autor del mensaje se califica como no existente en la relación. Este juego protege una forma patológica de mantener el equilibrio del sistema. Como refiere la distorsión en relación con el primer axioma de la comunicación, las personas con esquizofrenia tienen un deseo por evitar el compromiso, lo que va implícito en la negación de la comunicación, a pesar de que ello conlleva en sí misma una forma de comunicación.

En la esquizofrenia se presenta una dificultad en la interpretación de la comunicación, ya que reciben los mensajes, pero no consiguen evaluarlo con realismo o clasificarlos de un modo que les permita funcionar adecuadamente (Berger, 1993). Como intuiremos, la metáfora es una herramienta característica de la comunicación, clave a la hora de pensar y expresarnos. Sin embargo, aquel con esquizofrenia emplea metáforas no rotuladas, es decir, tiene un problema para operar con señales de la clase cuyos miembros aplican tipos lógicos a otras señales (Berger, 1993). Otra característica de la esquizofrenia es la dificultad para distinguir los modelos comunicacionales internos y aquellos que son entre sí mismo y los demás. Esta debilidad se expresa en la dificultad para estipular el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otros, a los mensajes de forma no verbal que él mismo transmite y a sus propios perceptos, pensamientos y sensaciones.

## **2.7. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN**

La literatura nos aporta un amplio abanico de formas de intervención ante el trastorno mental grave. En este caso vamos a mostrar cómo trabajar con el síntoma desde la terapia sistémica reflejando las destrezas básicas y fundamentales para la práctica terapéutica sistémica (Moreno, A, 2014).

La intervención del terapeuta se verá afectada por su formación práctica y técnica, pero también por su autoconocimiento y autoobservación. Este debe evitar aquellos puntos que interfieran en el proceso y podrá aprovechar sus propias reacciones emocionales para facilitar el proceso terapéutico. El rol como terapeuta puede cambiar, desde una posición de experto siendo más directivo, hasta una postura de colaborador, en una posición más

igualitaria al paciente. Esto depende de las necesidades y características del contexto terapéutico. El terapeuta será clave en la alianza terapéutica y el manejo de las resistencias, elementos fundamentales para el progreso de la terapia. Desde el inicio se debe buscar establecer la alianza atendiendo a cuatro dimensiones: compromiso con el proceso, seguridad en el contexto terapéutico, conexión emocional y un objetivo o propósito compartido dentro del sistema. El profesional reconocerá las resistencias comprendiendo que estas surgen de la necesidad de mantener un equilibrio y del miedo al cambio y sus posibles consecuencias. Las abordará anticipándolas y creando un espacio ausente de juicios o críticas.

El encuadre sistémico atiende a las necesidades del sistema y se caracteriza por lo siguiente. Su objetivo central es cambiar la narrativa desarrollando nuevos patrones de interacción, acción y sentimientos que puedan estar manteniendo el síntoma, promoviendo una nueva perspectiva que fomente los valores y recursos de la persona o sistema. Para ello se atenderá a las dinámicas relacionales de la persona, las interacciones y percepciones de la realidad, interviniendo para cuestionar y modificar estas dinámicas. Se deberá cuidar la neutralidad, sobre todo en terapia familiar. Consecuentemente se desbloquearán los patrones negativos y se promoverán los círculos virtuosos de cambio e interacción, reestructurando el sistema y activando los recursos necesarios para el cambio.

### 3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El estudio de la relación y el efecto de la comunicación en el desarrollo de los trastornos mentales graves ha estado fundamentado principalmente en tres obras de gran relevancia, sobre todo desde el enfoque sistémico: *Más allá del doble vínculo*, *Paradoja y Contraparadoja*, y *Teoría de la Comunicación Humana*.

Desde el enfoque sistémico se concibe al individuo dentro de un sistema que siempre implica interacción, y por tanto una comunicación constante. El síntoma que encontremos en el sistema estará cumpliendo una función en este y nos dará información sobre el equilibrio y la configuración de la estructura familiar y las relaciones en las que este está basado.

Cada sistema familiar es único, tendrá sus propias características que implican la fase del ciclo vital, la diferenciación de sus límites, una adaptación a las tareas comunes y a las posibles adversidades que implicarán una serie de sucesos, normativos o no, y una serie de tensiones, ya sean verticales u horizontales. Pero en su conjunto siempre habrá un elemento presente y común a todo ello, la comunicación. Esta se presenta como el vehículo de toda expresión del sistema o del individuo y nos afecta de forma continua, mucho más de lo que podemos llegar a creer. Hemos analizado este efecto a través de los axiomas o principios de la comunicación humana. Con ello obtenemos como resultado que la comunicación o los patrones patológicos pueden surgir con la distorsión de los axiomas, manifestándose en gran variedad de patologías y trastornos interpersonales.

La esquizofrenia se presenta como un trastorno clave y representativo del efecto de la comunicación en la estabilidad mental y emocional. Observamos la presencia de la paradoja y del doble vínculo en este trastorno, sin embargo, estos conceptos cumplen un efecto clave en cualquier tipo de interacción humana, pudiendo llevar a la patología. Es por ello por lo que debemos tener en cuenta los diferentes factores que influyen en ello. Se considera la debilidad emocional del individuo como cualidad principal a la hora de poder salir de las incongruencias, rechazos o descalificaciones que puedan llegar a generarse en las relaciones. Esto puede ser determinante, junto con otros factores, en llegar o no a la disfuncionalidad que pueda acarrear el diagnóstico de un trastorno mental grave, teniendo en cuenta que siempre debe quedar la dignidad y el cuidado del individuo por delante.

Como conclusión respecto a los resultados obtenidos, toda comunicación disfuncional dentro de un sistema familiar tendrá consecuencias en la salud mental del individuo, siendo más perjudiciales y pudiendo llevar al trastorno mental grave si este tiene una mayor predisposición previa. Por ello consideramos clave fomentar una comunicación que promueva el bienestar emocional a través del cuidado de la identidad y espacio del otro, el afecto y la diferenciación de los límites dentro del sistema.

Como limitaciones del análisis realizado destacaría la dificultad de acceso a casos recientes sobre los que obtener conclusiones e información, pues recordar y retomar este tipo de patrones puede ser muy dañino, sobre todo en la esquizofrenia. Comprender el contenido real y las implicaciones que tiene la comunicación en el ser humano es

necesario y fundamental para la prevención, detección y el tratamiento efectivo de los trastornos mentales graves. Es para ello clave fomentar un mayor bienestar emocional y fortalecer las relaciones familiares.

#### 4. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Madrid: Panamericana.
- Arias, W.L. (2012) Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. Universidad Católica San Pablo. *Revista psicológica Arequipa*, 2(1), 32-46.
- Asch, S. E. (1964). *Psicología social*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.
- ASIEM. (2012). *Preguntas frecuentes sobre el trastorno mental grave*. Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat (UPD), Universitat de València y Asociación por la Salud Integral del Enfermo Mental (ASIEM).
- Bateson, G. (1935) Culture Contact and Schismogenesis. *Man*, 35 (199), 178-83.
- Bengoechea, P. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema*, 4(2), 491-511.
- Berger, M.M (1993) *Mas allá del doble vínculo: Comunicación y sistemas familiares, teoría y técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Paidós Terapia Familiar (Original Publicado en 1978).
- Boszormenyi-Nagy, I., y Framo, J.L. (1965) *Intense Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*. Nueva York: Harper and Row.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (2003). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo*. Barcelona: Editorial Paidós
- Cruces, S. J.; Gómez, T.; Luque, P. J.; Márquez, M. C.; Martínez, J. M.; Muñoz, F. J.; León, J. M.; Fernández, I. & Ocaña, P. (1991). El fenómeno del conformismo ante situaciones no estructuradas: Confirmación de la hipótesis gestáltica de Asch. *Revista de Psicología Social*, 6(1), 61-71.
- Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero? *eduPsykhé*, 16-1, 4-14.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). *El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Fraguas, D., y Palacios, J. A. (2009). Semiología de la esquizofrenia. *Jano*, 1755, 31-36. [Archivo PDF]. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1705/43/00430047-LR.pdf>
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Hellinger, B. (2005). *Órdenes de amor*. Barcelona: Herder.
- Insel, T. (2013, 29 de abril). *Transforming diagnosis*. National Institute Mental Health. Consultado el 27 de febrero de 2024. <https://psychrights.org/2013/130429NIMHTransformingDiagnosis.htm>

- Janov, R. A. (2006). *Constelaciones familiares. Terapia de la reconciliación*.
- Janssen-Cilag. (2023). *Síntomas*. <https://www.janssencontigo.es/es-es/esquizofrenia/sintomas>
- Líceca, A. G., Robles, D., Díaz, C. X., y Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 6(11), 34–39. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>
- Lidz, T., Fleck, S. y Cornelison, A.R. (1996) *Schizophrenia and the Family*. Nueva York: International Universities Press.
- Minuchin, S. (2003). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Ochoa, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- OMS. (2021). *Trastornos mentales. Organización Mundial de la Salud*. Recuperado 4 de diciembre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Rabkin (1972) "Family Process", *Colección "On books", Archiv. Gen. Psychvoi*. 11-12.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ríos, J. A. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja. ¿Crisis u oportunidades?* Madrid: Editorial CCS.
- Rocamora, A (1995) La patología familiar como la patología del vínculo. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 73-82.
- Satir, V. (1978) *Relaciones humanas en el medio familiar*. Ed: Pax México, México.
- Schützenberger, A. A. (2006). *¡Ay, mis ancestros!* Buenos Aires: Editorial Omeba.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1989) *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós (Original publicado en 1975)
- Stierlin, H. (1997). *El individuo en el sistema. Psicoterapia en una sociedad cambiante*. Barcelona: Herder.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Taborda Simões, M. C. T., Martins, R. C., & Formosinho, M. D. (2006). *Regulação do exercício do poder paternal: aspectos jurídicos e avaliação psicológica*. In A. C. Fonseca. R., Simões, M. C. Taborda Simões, & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense*. Coimbra: Almedina.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. y Jackson, D. (1993). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder. (Original publicado en 1967)
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225–245. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030061006



## **ANEXO 1. Clasificación diagnóstica de Trastornos Mentales Graves.**

El primero es la esquizofrenia y grupo de los trastornos psicóticos, los cuales se caracterizan por los trastornos de pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos; y a su vez están relacionados con un deterioro del funcionamiento, sobre todo en las relaciones sociales. El segundo es el del trastorno bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores. En estos se ve afectado en gran medida el estado de ánimo, reflejado en episodios de manía y depresión. Seguidamente, encontramos los trastornos de personalidad. Existe un debate respecto a incluirlos o no como trastorno mental grave. Esto es debido a la escasa especificidad y la falta de consistencia clara en su diagnóstico (Zimmerman, 1994), así como por la variabilidad de su desarrollo y pronóstico, y su compleja comorbilidad con síntomas psicóticos. Por último, los trastornos de la conducta graves, los cuales en muchos casos reúnen los elementos suficientes como para ser incluidos dentro del grupo de trastornos mentales graves (APA, 2013).

**Tabla 1.** Clasificación diagnóstica de los Trastornos Mentales Graves (APA, 2013).

Categoría diagnóstica	Trastornos incluidos
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esquizofrenia.</li><li>• Otros trastornos psicóticos.</li><li>• El trastorno esquizotípico (de la personalidad).</li></ul>
Trastorno bipolar y trastornos relacionados.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno bipolar I.</li><li>• Trastorno bipolar II.</li><li>• Trastorno ciclotímico.</li><li>• Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias o medicamentos.</li><li>• Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica.</li><li>• Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.</li></ul>

**Trastornos de la personalidad.**

- Trastorno de la personalidad paranoide.
- Trastorno de la personalidad esquizoide.
- Trastornos de la personalidad esquizotípica.
- Trastorno de la personalidad antisocial.
- Trastorno de la personalidad límite.
- Trastorno de la personalidad histriónica.
- Trastorno de la personalidad narcisista.
- Trastorno de la personalidad evitativa.
- Trastorno de la personalidad dependiente.
- Trastorno de la personalidad dependiente.
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.
- Cambio de la personalidad debido a otra afección médica.
- Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado.

**Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.**

- Trastorno negativista desafiante.
- Trastorno explosivo intermitente.
- Trastorno de conducta.
- Piromanía.
- Cleptomanía.
- Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado.
- Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado.