

Análisis de un caso desde la perspectiva psicosocial

Carmen JURADO HUERTA *
Esther DE GRADO GONZÁLEZ **

Resumen

El artículo presenta un caso de un enfermo mental crónico derivado a un Centro de Rehabilitación.

Describe brevemente el tipo de recurso desde el que se aborda y el modelo teórico en el que se apoya.

Posteriormente, y tras la descripción del caso, explicamos el proceso de intervención que se siguió, de los objetivos alcanzados y de los no conseguidos. Finalmente analizamos el caso desde una perspectiva psicosocial con la intervención de distintos profesionales.

Abstract

The article presents the case of a man suffering from chronic mental illness derived to a Rehabilitation Centre.

It briefly describes the type of resource used in the to approach and the theoretical model supporting it.

The case description is followed by an explanation of the process of intervention that was followed, the objectives that were reached and the ones that were not.

Finally, the case is analysed from a psychosocial point of view by means of the intervention of different professionals.

Introducción

El caso que vamos a presentar a continuación lo hemos elegido porque los componentes psíquicos y sociales están muy unidos, ya que se trata de un usuario que padece un trastorno mental, en cuya historia personal y familiar están presentes los malos tratos, institucionalizaciones

diversas desde temprana edad, marginación social y familiar, y ciertas conductas de carácter antisocial.

Antes de comenzar el análisis vamos a describir el ámbito desde el que se está abordando: un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

Los CRPS son recursos específicos de rehabilitación para enfermos

* Trabajadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial "Los Cármes". INTRESS - Madrid. Experta en Terapia de Familia.

** Centro de Rehabilitación Psicosocial "Los Cármes". INTRESS - Madrid. Psicóloga Clínica (Vía PIR). Master en Modificación de Conducta. Facultad de Psicología. UCM. Experta en Terapia de Familia. Facultad de Medicina. UCM.

mentales crónicos y pertenecientes al Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se instituyeron en 1989 para cubrir las necesidades psicosociales de la población enferma mental crónica y de sus familiares. Este programa también cuenta con recursos residenciales y laborales para enfermos mentales.

La gestión de estos centros la lleva a cabo la Consejería de Servicios Sociales mediante contratos de servicios, correspondiendo la gestión técnica a empresas privadas. Atienden a un ámbito territorial amplio (un área que comprende varios distritos municipales) y cuya sectorización está basada en la territorialización sanitaria.

Existe una coordinación sistematizada con los Servicios de Salud Mental de cada distrito que son los derivantes de los casos y con los que a lo largo de la intervención se mantiene una estrecha relación entre los profesionales de ambos centros y que intervienen en los casos.

Cada CRPS está dotado de un equipo interdisciplinario formado por cuatro psicólogos (uno de ellos el Director), un Terapeuta Ocupacional, un Trabajador Social, dos Educadores y un Auxiliar Administrativo.

Las funciones principales de los Centros de Rehabilitación Psicosocial son:

— Por un lado, desarrollar Programas Individualizados de Rehabili-

tación (PIR) para las personas con trastornos psiquiátricos crónicos, encaminados a recuperar su autonomía personal y social. Se busca que puedan desenvolverse normalmente en su medio social, y favorecer su mantenimiento e integración en la comunidad en la que viven, evitando en todo caso los procesos de marginación y/o institucionalización de que han sido objeto a lo largo de la historia este tipo de personas.

— Y por otro, ofrecer información, apoyo y asesoramiento a las familias (Rodríguez, 1997).

1. Marco teórico

Antes de pasar a describir el marco teórico, que guía nuestro trabajo comenzaremos por definir la población a la que atendemos.

Por enfermos mentales crónicos entendemos aquellas "personas que sufren diversos trastornos psiquiátricos graves (Esquizofrenia, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos manícodepresivos y depresivos graves recurrentes, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.), que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a tres o más aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal y autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, actividades recreativas, etc., y que además dificultan el desarrollo de la autosuficiencia económica." (Goldman y cols., 1981).

Muchas de las enfermedades mentales son de etiología desconocida

y su evolución y curso varía de unas personas a otras e incluso en el propio individuo. La que mayores déficits produce es la esquizofrenia.

El modelo teórico en el que nos apoyamos, es el propuesto por Zubin y Spring en 1977 "El modelo de vulnerabilidad". Dicho modelo integra las teorías biologicistas (modelo genético) y las ambientalistas (modelo psicosocial). Es por ello un modelo multicausal, que postula que la conjunción de múltiples factores causales aumentarán la predisposición de una persona a desarrollar un episodio esquizofrénico, cuya probabilidad de aparición estaría determinado en último caso por la conjunción de las siguientes dimensiones:

- Vulnerabilidad a la esquizofrenia.
- Acontecimientos estresógenos.
- Variables moderadoras.

La vulnerabilidad se define como la predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) producen un grado de estrés que supera el umbral de tolerancia del individuo. Los episodios psicóticos surgirán como reacciones ante situaciones de sobreexigencia en aquellos individuos predispuestos.

El estrés es siempre necesario para que tenga lugar la manifestación de la vulnerabilidad, ya que en caso contrario una persona muy vulnerable puede pasar su vida sin desarrollar un episodio esquizofrénico. La magnitud del estresor requerido para que tenga

lugar dicho episodio será inversamente proporcional al grado de vulnerabilidad premórbida.

El estrés que padece el individuo, según Zubin, puede ser de tipo agudo (un acontecimiento concreto, como por ej. pérdida de un empleo, fallecimiento de algún familiar, enfermedad, etc.) o de tipo crónico (situación continuada de tensión, como por ej. ambientes de confusión, Singer y Wynne lo señalan como comunicación desviada, ambientes de alta exigencia, ambientes deteriorados respecto a la calidad de vida, ambientes críticos e intrusivos).

En este tipo de estresores crónicos, responsables, según muchos investigadores, de la precipitación de recaídas, sí podemos incidir, mejorando la comunicación familiar, adecuando las expectativas familiares y sus demandas a los recursos de las personas que padecen esquizofrenia, mejorando la calidad de vida familiar y disminuyendo el clima altamente emocional de la familia.

El impacto que produce la enfermedad en las familias les supone una carga tanto objetiva (problemas económicos, de vivienda, poco tiempo libre, vida social reducida), como subjetiva (el estrés producido por la conducta y el desempeño de los diversos roles sociales del sujeto).

Por todo ello, desde los CRPS se hace evidente la necesidad de ofrecer programas individualizados encaminados a favorecer la recuperación o adquisición de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el

funcionamiento del usuario en su comunidad de origen, y de ofrecer a las familias información, apoyo y estrategias que permitan manejar con éxito situaciones difíciles derivadas del hecho de convivir con este tipo de pacientes. Ello se consigue a través de una serie de actividades grupales en las que participan los usuarios de los CRPS, que siguen los principios básicos del modelo cognitivo-conductual (Habilidades Sociales, Técnicas de Afrontamiento al estrés, Educación para la salud), y de intervenciones familiares individuales encaminadas a modificar, si es necesario, la estructura familiar existente, a mejorar la comunicación familiar y a aumentar la capacidad de solución de problemas de todos los miembros de la familia, y a través de intervenciones familiares grupales de tipo psicoeducativo.

El fin último de las intervenciones que se llevan a cabo desde los CRPS no se limita a la reducción y prevención de recidivas, sino a favorecer el control de la enfermedad por parte de los sujetos que la sufren, de sus familiares, produciéndose en consecuencia una mejora de la calidad de vida de todos los implicados.

La última dimensión que contempla el modelo de vulnerabilidad es la intervención de las variables moderadoras, que podrían amortiguar o disparar tanto la vulnerabilidad premórbida del sujeto como el impacto de los factores estresantes que pueden incidir en el funcionamiento. Entre dichas variables, Zubin y Steinhauer (1981) señalan el papel de la red social con la que cuenta el paciente y las relaciones que

establece con los demás; la personalidad del individuo, y el nicho ecológico al que pertenece.

En resumen, en el curso de estos trastornos psiquiátricos crónicos intervienen múltiples factores individuales, ambientales, físicos, socio-económicos, actitudes y otros determinantes socio-culturales y las exigencias sociales para con el individuo. Por ello es importante, en nuestra opinión, tener una concepción multidimensional del problema y un modelo teórico holístico, integrador, que pueda llevarse a la práctica desde un abordaje múltiple (dado a la vez la singularidad de cada familia, su momento evolutivo, la fase de la enfermedad, etc) y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los factores de vulnerabilidad personal.
- Los patrones de interacción familiar.
- Los factores ecológicos o socio-ambientales. (Jurado y López, 1994).

2. Descripción del caso

En una reunión de coordinación con el Servicio de Salud Mental (SSM) correspondiente, la psiquiatra responsable del caso nos derivó a Javier, usuario de 26 años, diagnosticado de trastorno de personalidad esquizoide, que estaba en el taller ocupacional de los Servicios Sociales del distrito, donde informaron que era un chico muy conflictivo, desobediente, que se reía de todos los demás miembros del grupo, y

si no se le presionaba no hacía nada. Percibía el Ingreso Madrileño de Integración (IMI) y el complemento hasta el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) en concepto de ayuda de rehabilitación. Procedía de otro Servicio de Salud Mental donde estuvo incluido en diferentes actividades y recursos rehabilitadores y había vivido en pisos tutelados. Su demanda era un trabajo pero nunca lo había hecho y abandonaba todo intento de inserción laboral. Era muy desorganizado. Desde este SSM valoraron el caso como urgente y preferente a otros de la lista de espera.

En la misma reunión nos entregaron "el protocolo de derivación" (Documento diseñado por la Consejería de Servicios Sociales en la que figuran datos relativos al remitente, profesionales de referencia, SSM, datos del paciente, diagnóstico clínico, comienzo de la enfermedad, sintomatología, pronóstico, n.º de ingresos, fechas de los mismos y una breve descripción de su situación social y familiar así como los objetivos de la derivación del caso).

La primera cita con el usuario en el CRPS tuvo lugar en Diciembre de 1997 y se estableció a través del SSM, y no directamente a través de una llamada telefónica al domicilio, como se suele hacer en otros casos, ya que el piso donde vivía no tenía teléfono.

El primer contacto lo mantuvieron la psicóloga (tutora del caso) y la directora del Centro. En esta primera toma de contacto se exploraron cuales eran las expectativas del usuario con respecto a su futuro proceso de rehabilita-

ción y se explicó qué era el CRPS, cuales eran los objetivos generales, se recabó información acerca de la problemática y se le enseñó el Centro.

A partir de este momento la psicóloga comenzó la etapa de evaluación con el usuario.

Posteriormente la Trabajadora Social, que tiene la función dentro del equipo de ser el evaluador familiar, llamó a la hermana mayor de Javier, que era con quien estaba conviviendo en ese momento. En este primer contacto telefónico y tras hacer una pequeña presentación e indicación del objetivo: mantener una entrevista con su madre y con ella, la hermana se negó a dar el teléfono de su madre pero se ofreció ella a venir a la primera entrevista.

2.1. Evaluación social

Como hemos señalado anteriormente, cuando la Trabajadora Social citó a la hermana, el usuario había pasado de vivir con un hermano y otro chico a convivir con su hermana mayor y el compañero de ésta.

Previamente a la evaluación familiar, la Trabajadora Social analizó la fuente de información con la que contaba: el protocolo de derivación del SSM, en el que hay un apartado con la valoración social del caso, realizada por el Trabajador Social del SSM.

En la primera parte de la entrevista la hermana mostraba una actitud defensiva diciendo que no sabía para qué la habíamos citado.

Por ello la Trabajadora Social empleó, entre otras estrategias, el crear un clima distendido e intentar lograr una empatía para lo que comenzó por darle información muy general del Centro, de los objetivos, de quién y por qué nos habían derivado a su hermano. Posteriormente se exploró el motivo de la negativa a que viniera su madre. Las razones que dió la entrevistada, fueron que llevaba poco tiempo separada, que su madre lo había pasado muy mal a lo largo de su vida, que ahora estaba saliendo adelante y además que estaba trabajando (asistiendo a casas). Tras ver el horario de trabajo de la madre y una vez que se había percibido la existencia de una empatía, se le comentó la posibilidad de entrevistarnos con su madre y con Javier por las tardes cuando ella pudiera, a lo que accedió.

En esta primera entrevista y a través del genograma familiar, la Trabajadora Social fue recabando datos de la biografía familiar y personal de Javier, de la dinámica familiar (miembros que convivían, cómo eran las relaciones entre ellos, cómo eran las relaciones con los miembros del grupo que salieron, frecuencia en la interacción, tipo de contactos etc.), cómo fué la evolución familiar, el momento evolutivo en el que se encontraba la familia. Como veremos más adelante se trataba de una familia multiproblemática y donde la hermana mayor había asumido el rol de madre. Analizamos los acontecimientos vitales que habían sucedido en la familia y sus posibles relaciones en la biografía del sujeto, el grado de autonomía del usuario, su desarrollo evolutivo, analizamos

también las diferentes problemáticas sociales y los recursos por áreas:

Educativa: Escolaridad de sus miembros, formación ocupacional.

Laboral: Trabajos que habían desempeñado sus miembros y más en concreto del usuario.

Sanitaria: Cobertura, enfermedades y antecedentes (psiquiátricos, suicidios, alcoholismo, hospitalizaciones del usuario)

Económica: Ingresos económicos de los distintos miembros.

Vivienda: Tipo de vivienda, régimen de tenencia, condiciones, equipamiento.

Relaciones exteriores o red de apoyo (incluidos otros profesionales), de los distintos miembros que conviven y conexión con otros grupos, grado de integración en recursos comunitarios.

Se exploraron también las aficiones del usuario, sus hábitos de vida, los factores de riesgo (como consumo de tóxicos o alcohol), recursos del usuario (habilidades y competencia social), relación que mantenía con su familia de origen, el tipo de ayuda que recibía de la misma (en este caso era de tipo instrumental, recibía y ofrecía dinero de y a su familia cuando él lo necesitaba o cuando alguien lo necesitaba).

La entrevista familiar finalizó intentando que la hermana identificara los problemas que ella percibía, las expectativas y las demandas.

El objetivo de este último apartado supone que la familia se implique en

la tarea rehabilitadora, que empiece a participar en el proceso de cambio definiendo un punto de partida. Además nos sirve para conocer mejor a la familia, por ej. a través de las expectativas que los familiares tienen del usuario.

En esta primera entrevista articulamos, entre otras, diferentes estrategias cómo:

- Ser muy claros en la comunicación e intentar rastrear y aclarar aquello que nos queda confuso.

- Explicar de nuevo cuáles son los objetivos (lograr la máxima autonomía posible del usuario) y cómo trabajamos (a través de intervenciones familiares con implicación de los hermanos, a través de actividades grupales con el usuario y con los familiares).

- Hacer una primera devolución realista, pero optimista, a la familia exponiendo los puntos fuertes del usuario (oportunidades, recursos personales, familiares y del contexto en cada caso).

- En el caso de escasas expectativas familiares o de percibir el evaluador que puedan surgir resistencias o contradicciones, se puede insistir en nuestro objetivo (alcanzar el máximo grado de autonomía del usuario) y plantear el problema (la diferencia de criterios entre las expectativas familiares y las del evaluador), con el objetivo de que ellos asuman la decisión de si están o no dispuestos a participar e implicarse en el proceso.

- Es conveniente también anticipar posibles contingencias (basándonos en los antecedentes).

Los objetivos de la primera entrevista son:

- Recabar información.
- Motivar a la familia para la participación en el proceso rehabilitador.
- Informar y orientar, en su caso.
- Apoyar a los familiares.

Tras el estudio del caso, el trabajador social analiza los datos obtenidos y realiza la valoración o **EVALUACIÓN FAMILIAR PRELIMINAR**.

Hace un resumen por áreas, en las que el sujeto tenga dificultades, señala los recursos con los que cuenta tanto el usuario como su entorno y en base a esto propondrá unos objetivos urgentes, principales y de rehabilitación e identificará las necesidades y los recursos.

Posteriormente realizará una visita a domicilio con el tutor para la devolución de la información conjunta. En el caso que nos ocupa, la visita se realizó cuando el usuario pasó a vivir a una pensión

2.2. Evaluación psicológica

Cuando se realizó la primera toma de contacto con el usuario, éste vivía en un piso compartido con un hermano suyo. En dicha entrevista manifestó las principales dificultades para llevar una vida autónoma y normalizada: la falta de organización y el descuido de los cuidados personales (aseo personal, organización y aseo de la vivienda, cuidados de la salud en general, etc.), así como una inconstancia

que le llevaba a abandonar todo lo que empezaba. Se mostró también interesado en su inserción en el mundo laboral, aunque tal objetivo lo supeditaba a la consecución del objetivo señalado más arriba.

Tras esta primera toma de contacto se comenzó el proceso de evaluación. A través de entrevistas semiestructuradas y de algunos cuestionarios psicológicos (WAIS, Wechler, 1970; STAI, Spielberger, 1968; Cuestionario de depresión de Beck, Conde *et al.*, 1974-1975, Cuestionario de conciencia de enfermedad y autoadministración de la medicación y Cuestionario de autoestima), se llevó a cabo una evaluación funcional que recoge información concreta y operativa de cada una de las áreas de funcionamiento del usuario (autocuidados, afrontamiento personal y social, integración social, etc.), y que nos llevó a determinar qué aspectos debían ser objeto de rehabilitación, estableciéndose objetivos específicos para cada área de funcionamiento.

Dicha información recogida durante la fase de evaluación, nos permitirá posteriormente contrastar y valorar los avances y mejoras de los usuarios, así como evaluar la eficacia de los entrenamientos y acciones de rehabilitación desarrolladas.

Durante el proceso de evaluación Javier se mostró bastante colaborador y sincero, aunque confundido con respecto a la relación con los profesionales del CRPS, a quienes solía tratar como si fueran "colegas". Aunque solía acudir a las citas, no acudía puntualmente a las

mismas, y menos cuando era citado a primera hora de la mañana.

Durante las primeras sesiones de evaluación llamaba la atención el abandono que presentaba el usuario en su aseo y cuidado personal.

Pocos días después de acudir al CRPS nos enteramos que había sido expulsado del piso en el que vivía debido a su falta de higiene personal y de limpieza de su habitación, por lo que fue acogido transitoriamente por su hermana mayor, hasta que encontró una pensión en la que vivir. Dada su tendencia al abandono, destacada en la evaluación familiar, decidimos comenzar a intervenir antes de finalizar la evaluación para evitar que le echaran de la pensión, trabajando con él individualmente para que adquiriese unos mínimos hábitos de aseo personal y de limpieza y organización de su habitación, acudiendo quincenalmente a la pensión para supervisión.

2.3. Historia personal y familiar

Se trata de un usuario que cuando fue derivado desde el SSM correspondiente tenía 26 años y vivía en el piso de un cuñado con uno de sus hermanos. Es el 4º de 7 hermanos. El padre se encontraba en paro y la madre se había dedicado a sus labores, aunque desde hacía años trabajaba como limpiadora. El usuario nació cuando el padre vivía en Alemania tras haber emigrado a ese país poco tiempo antes, y aunque le reconoció legalmente, siempre cuestionó que fuera hijo suyo.

El padre de 56 años, había tenido numerosos trabajos, de conductor, de albañil, de guarda jurado pero al parecer en ese momento tenía dificultades para encontrar un empleo. Era alcohólico y vivía en una zona próxima a Madrid con la hija menor. Desde noviembre del 97 se encontraba separado de la mujer y estaba enfermo del estómago desde hacía unos cuatro años.

La madre de 57 años, se casó a los 25 y cinco años después empezaron los malos tratos físicos del marido. Decidió separarse en noviembre del 97 porque llevaba ocho años sin pegarla pero al volver a hacerlo se fue del domicilio. Estaba en trámites de separación y vivía con su tercera hija, separada y los 2 hijos de ésta y con el menor de los hijos varones, en un piso del mismo distrito que la entrevistada (muy próximo al Centro). Había encontrado trabajo en la limpieza de casas y trabajaba de 11 a 15 horas.

La hermana mayor de Javier, de 33 años, convivía con un señor separado desde hacía seis años. A los 16 años se puso a trabajar de interna en una casa y a los 18 años se independizó de su familia, a la que no soportaba por la violencia familiar.

El segundo hermano, de 32 años, trabajaba ocasionalmente de albañil. Se fue de casa a los 18 años. Vivía con una chica, extoxicómana, perceptora de IMI de otro Centro de Servicios Sociales. Habían vivido en pensiones, en pisos compartidos con inmigrantes, en albergues. Frecuentaba ambientes marginales.

La tercera hermana, de 30 años, separada del marido, tenía dos niñas de 5 y 3 años. Era perceptora de IMI del Centro de Servicios Sociales correspondiente. Vivía con su madre y su hermano menor. Tenían dificultades económicas.

La quinta hermana, de 25 años, vivía con un señor y llevaba cuatro años sin ver a su familia de origen.

El sexto hermano, de 24 años, trabajaba de montador de electrónica y tenía novia. Vivía con su madre. Tanto la entrevistada como su madre, le percibían como el más competente de la familia.

La séptima hermana, de 22 años, trabajaba y vivía con el padre fuera de Madrid y no mantenía contactos con el resto de la familia.

Los datos que pudimos recoger eran pocos y confusos por lo que, con el consentimiento del usuario, buscamos otras fuentes de información (la señora de la pensión donde vivía el usuario en ese momento, el Hospital Psiquiátrico donde estuvo internado en varias ocasiones, su madre).

Al parecer el usuario llevaba desde los siete años en colegios de protección, de los que con frecuencia se fugaba. El motivo de estas institucionalizaciones tan tempranas fue, según la madre, que su hijo tenía un mal comportamiento. Parece que fueron los abuelos maternos los que tomaron la decisión de internarle en este tipo de instituciones. Se sabe que el padre maltrataba a su mujer y a sus hijos, espe-

cialmente al usuario (porque cuestionaba que él fuera su padre), y que era alcohólico, lo cual provocó un temprano desmembramiento de la unidad familiar. Sin embargo, los padres siguieron conviviendo hasta hace poco tiempo, iniciando la madre los trámites de separación pertinentes en el 97.

El usuario estuvo metido en ambientes marginales y tuvo problemas con la justicia por varios delitos cometidos (tirones de bolso y robos con intimidación), llegando a cumplir condena en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

Durante la etapa escolar faltaba constantemente a clase y se relacionaba con los más "bronquistas" de la misma. De la información obtenida de uno de estos colegios, se extrajo que mantenía una conducta de difícil control, que se fugaba con frecuencia, que mostraba escasa tolerancia a la frustración respondiendo con agresividad ante pequeñas contrariedades, que agredía a sus compañeros o se autoagredía. Resaltaban su necesidad de aprecio y estima junto con la incapacidad de cumplir normas de convivencia.

El usuario abandonó los estudios a los 13 años, aunque hace algunos años se sacó el Graduado Escolar a través de un programa televisivo. No ha trabajado nunca, pero siempre ha sabido buscarse la vida para que no le faltara dinero, realizando trabajos marginales (repartidor de cajas, montador de decorados en un circo, etc.). Estaba cobrando el IMI desde hacía varios años, aunque cuando fue derivado al CRPS era su hermana mayor quien se lo administraba.

Con respecto a su historia psiquiátrica, el usuario había estado en tratamiento psicológico desde la infancia. Estuvo psicoanalizándose durante años en un Hospital de Día. Tuvo cuatro ingresos psiquiátricos, el primero de ellos cuando tenía 16 años y el último en 1995. Era consumidor habitual de cerveza y hachis. Tenía que seguir un tratamiento farmacológico que hasta hacía poco tiempo había seguido de forma muy irregular.

3. Evaluación del funcionamiento psicosocial

Los resultados de la evaluación área por área fueron los siguientes:

Área de autocuidados

Javier reconoció como principal dificultad la "dejadez" en su higiene personal y en la organización de su vida cotidiana, si no se estaba encima de él, se duchaba una vez/mes y se cambiaba de ropa de tarde en tarde. Tenía tendencia a acumular objetos inservibles. De hecho, durante el período de evaluación fue expulsado del piso donde vivía, debido al estado de abandono y deterioro de la habitación en la que vivía, yéndose a vivir temporalmente con su hermana mayor, hasta que encontró una pensión en la que vivió durante varios meses. Esta hermana confirmó que cuando existe supervisión externa, Javier es capaz de mantener unos adecuados hábitos de aseo, sue-

ño y organización de la vivienda. El consumo de tóxicos —cervezas y porros, utilizados como forma de evadirse de la realidad en la que vivía— parecía contribuir notablemente a este estado de abandono y apatía.

No sabía cocinar y al vivir solo *tendía a comer a deshoras, ya que solía pasar todo el día metido en la cama y sin nada que hacer.*

No sabía cuidarse cuando caía enfermo y debía recurrir a su hermana mayor. Conocía el nombre de la medicación que le estaban inyectando, pero no para lo que servía.

Área de afrontamiento personal y social

Solía sentirse nervioso muchas veces, sobre todo ante peleas familiares o cuando presenciaba “una injusticia relacionada con los malos tratos”. En el pasado cuando estaba furioso “reaccionaba a base de palos”, pero en el período en que se realizó la evaluación, según el propio usuario, se controlaba.

Solía sentirse triste a menudo, evadiéndose de tales sentimientos mediante el consumo de sustancias tóxicas. Aunque durante la evaluación el usuario presentaba un bajo estado de ansiedad, de los cuestionarios aplicados se *desprendía una tendencia a reaccionar de forma extremadamente ansiógena ante las situaciones de tensión.* Aunque poseía un adecuado concepto de sí mismo, su imagen corporal era negativa.

Aunque poseía unas buenas habilidades de comunicación, iniciando rápidamente conversaciones con extraños, se quejaba de tener dificultades para expresar lo que sentía y de temor a pasarse en su relación con los demás por la dificultad para distinguir hasta dónde podía llegar con los otros sin traspasar los límites permitidos. Pensaba que muchas veces metía la pata porque expresaba cosas contrarias a lo que pretendía decir o de lo que debería. Cuando entraba en crisis tendía a encerrarse en sí mismo y a aislarse. Según su hermana a veces hablaba mucho y otras veces nada siendo, según su opinión, muchas de las conversaciones del usuario inadecuadas.

A nivel cognitivo mostró un cociente intelectual medio y un índice de deterioro no significativo a nivel estadístico. Lo más llamativo fue su baja capacidad para comprender y adaptarse a situaciones sociales y para comportarse aceptable y eficazmente en tales situaciones.

Área de integración social

El uso de recursos comunitarios utilizados por el usuario incluía transportes públicos, estancos, cafeterías y bares, tiendas del barrio, el templo de los Testigos de Jehová, museos o exposiciones, peluquerías y el teléfono. Había comenzado un curso de mecanografía, al que acudía todas las tardes.

Su red de apoyo estaba compuesta por su madre, algunos de sus hermanos —fundamentalmente su her-

mana mayor y el compañero sentimental de ésta, sus antiguos compañeros del piso perteneciente a la Comunidad de Madrid en el que estuvo viviendo hasta la mayoría de edad, y las educadoras del mismo.

Área de relaciones familiares

Su hermana mayor había asumido el rol de madre con el usuario y era la que estaba más pendiente de él. La madre vivía con una de sus hijas y el padre con otra hija. Existía una total desunión dentro de la familia, de forma que las relaciones entre algunos de los miembros de la familia eran nulas. Así, el padre no estaba en contacto con nadie, excepto con la hija con la que vivía, quien a su vez estaba aislada del resto de los hermanos. El propio usuario no mantenía relación alguna con alguno de sus hermanos ni con el padre, ya que éste maltrató a su esposa y a sus hijos durante años. El usuario dice que su padre era muy violento.

Muchos de los hermanos del usuario tienen expedientes abiertos en Servicios Sociales, y debido a su situación económica, estaban cobrando el IMI.

Área de autonomía personal

Javier nunca había trabajado, pero sí había sabido buscarse la vida con trabajos marginales. Como llevaba cobrando el IMI desde hacía varios años, había realizado diversos talleres tales como marroquinería, fotografía,

zapatería y arcilla. Había hecho también un curso de viveros y de carpintería de la Comunidad de Madrid.

Tenía un reconocimiento de minusvalía del 56%. Cobraba el SMI (IMI+ayuda de rehabilitación) y era su hermana mayor quien se lo administraba antes de empezar el proceso de intervención en el CRPS.

Era autónomo a la hora de hacer gestiones, aunque algunos trámites burocráticos los realizaba su hermana. Acudía él solo al médico, aunque presentaba serios problemas para recordar las citas, a pesar de que todo se le daba apuntado.

No leía periódicos, pero sí revistas relacionadas con la literatura. Veía también la TV (documentales, informativos, tertulias y películas), aunque presentaba una gran desconexión con su realidad inmediata. Era aficionado a la lectura y escritura y decía que le gustaría ser escritor.

Área de tratamiento

Tenía conciencia de enfermedad ("algo menos que esquizofrenia") "porque hago cosas muy raras". Las consecuencias de la misma han sido "encontrarme mucho, no querer saber nada de nadie, tener propósitos y no cumplirlos". No sabía cuándo iba a tener una crisis. Repetía constantemente que quería cambiar y que necesitaba ese cambio de forma urgente, ya que quería ser "como una persona normal: en la ducha, la ropa, la droga, no sentirme mal cuando hablo con las personas". Se

sentía oprimido y sus deseos de cambio le hacían sentirse todavía más oprimido.

Consideraba la medicación necesaria "para cambiar de actitud, de vida, para relajarme". A veces se le olvidaba seguir el tratamiento.

4. Objetivos de la intervención

Los objetivos generales y específicos de la intervención vienen plasmados en el Plan Individual de Intervención (PIR), que será el instrumento que nos va a permitir hacer una evaluación continuada de la evolución del proceso de rehabilitación del caso que estamos tratando.

El PIR lo realiza la psicóloga en base a la información recogida del propio sujeto y de su familia (en este caso de la hermana y de otras fuentes de información).

El PIR se entrega en el SSM correspondiente y consta de un resumen de la historia biográfica (se unen los datos recogidos del usuario y de su familia), de las habilidades y déficits que presenta en cada una de las áreas de funcionamiento psicosocial que han sido evaluadas y se plantean los objetivos de intervención, donde se unifican igualmente los objetivos planteados por el Trabajador Social en su evaluación (previo consenso con su familia en base a las necesidades detectadas por los propios familiares y por el Trabajador Social), y los que plantea el psicólogo (y

que son producto del acuerdo entre el usuario y dicho profesional), así como el tipo de intervención necesaria y apropiada para lograrlos. Se especifican además los recursos comunitarios necesarios como apoyo al tratamiento (recursos económicos, centros culturales etc.).

En base a los resultados de la evaluación, los objetivos que se incluyeron dentro del plan individualizado de rehabilitación de Javier fueron los siguientes:

Objetivos de rehabilitación

— Evitar la marginación social en la que había vivido durante muchos años el usuario.

— Que fuera capaz de vivir en un piso él solo o con otros compañeros, para lo que requeriría una estrecha supervisión. (para evitar el abandono, acumulación de porquerías y suciedad)

— Mejorar su autonomía personal en cuanto a los cuidados personales y el manejo del dinero.

— Prevenir recaídas aumentando la adhesión al tratamiento farmacológico y disminuyendo el consumo de sustancias tóxicas.

Objetivos principales

— Mejorar los cuidados personales y la organización de la vivienda: que se duchara y se cambiara de ropa más a menudo, que no acumulara cosas

inservibles o ropa sucia, que mantuviera un mínimo orden y limpieza en la habitación de la pensión en la que vivía.

— Aumentar la organización de su vida personal: que fuera capaz de tener unos horarios estructurados para levantarse y acostarse y para las comidas.

— Mejorar estrategias de auto-control ante sentimientos depresivos o de frustración, distintos del consumo de sustancias tóxicas, o de conductas heteroagresivas o marginales.

— Mejorar la calidad de sus interacciones con los demás, tanto con sus compañeros como con los diferentes implicados en su caso: que aprendiera a respetar límites y jerarquías, y a comunicar adecuadamente sus deseos, sentimientos y pensamientos.

— Aumentar su red de apoyo social, integrándose en círculos sociales normalizados.

— Aumentar la adherencia al tratamiento: que acudiera regular y puntualmente a sus citas.

— Valorar posibilidades para una futura integración laboral.

5. Resultados de la intervención realizada hasta la fecha

En función de los objetivos plasmados en el PIR, Javier ha sido incluido hasta la actualidad en las siguientes actividades:

- Orientación Sociocultural.
- Autocuidados y actividades de la vida diaria.
- Cocina.
- Ocio y tiempo libre.

Asimismo, comenzó en mayo un curso de tapicería, que acabó abandonando un mes después de su inicio, al igual que el curso de mecanografía que había comenzado.

Dado que el abandono de su aseo personal era una de las principales dificultades reconocidas por el propio usuario, decidimos empezar a intervenir en esta área a la par que realizábamos el proceso de evaluación, trabajando con él individualmente y acudiendo a la pensión en la que vivía en ese momento para supervisar cada 15 días aproximadamente. En Junio del año pasado tuvo que abandonar la pensión porque la iban a cerrar definitivamente, por lo que priorizamos en ese momento la búsqueda de un alojamiento, tratando de evitar que fuera a un albergue. Para ello nos pusimos en contacto con la Asociación Provivienda y Javier se fue a vivir a un piso con otro usuario del CRPS, con el que ha mantenido una buena relación pero que actualmente podemos definirla como simbiótica, ya que el desequilibrio de uno de ellos conlleva automáticamente el desequilibrio del otro (por ejemplo, si uno abusa de la medicación, el otro abusa a la vez del hachis, si uno empeora sintomatológicamente, el otro también).

Su aspecto y cuidado personales han cambiado notablemente, y en la actualidad se ducha y se cambia de

ropa 2 ó 3 veces a la semana. Una vez a la semana acudíamos a la casa en la que vivía para supervisarla, estando relativamente limpia y ordenada. Había dejado de acumular objetos inservibles.

Su forma de relacionarse con los demás también ha mejorado notablemente, mostrándose más respetuoso y controlado. Se lleva bien con sus compañeros del CRPS, con los que sale algunos fines de semana. Javier es una persona con una gran necesidad afectiva y tiende a confundir el tipo de relación que debe esperar con cada uno, por lo que muchas veces los límites y las jerarquías no son respetados, pero no porque se muestre transgresor, sino por desconocimiento y confusión. A ello hay que añadir la gran impulsividad tanto en las palabras como en los actos que presenta el usuario. Actualmente el consumo de hachis y alcohol es esporádico y relacionado con situaciones de tensión que no sabe manejar.

Los mayores problemas que presenta en la actualidad son las relaciones conflictivas con su familia y la administración de su dinero. Desde que vive en el piso y cobra, además del IMI, la ayuda de rehabilitación, algunos de sus hermanos y su propia madre suelen visitarle, autoinvitándose a comer o a cenar, y le piden dinero constantemente. Uno de sus hermanos intentó meterse en el piso junto con su novia extoxicómana, por lo que fue necesaria nuestra intervención. Con la madre estamos comenzando a mantener entrevistas con una cierta periodicidad.

Desde que vive en el piso se está trabajando con Javier individualmente

para que aprenda a manejar y administrar correctamente su dinero, aunque hasta la actualidad los avances en esta área son mínimos, ya que se gasta más dinero del que puede en comprarse libros o revistas de literatura, o bien presta dinero a su familia, por lo que muchas veces es su antiguo compañero de piso quien se lo adelanta.

Últimamente los problemas económicos y de relación con el otro usuario aumentaron y Javier solicitó pasar a una pensión. A los pocos días cambió de opinión. Debido a conflictos con personas marginadas y a los numerosos problemas en los que se mete por falta de asertividad, es por lo que demandaba salir del piso. Sin embargo su opinión variaba constantemente. Por ello tratamos de anticipar las consecuencias de su futura decisión y evitar lo que se repite constantemente en su historia, como son, los frecuentes cambios de domicilio. Durante un plazo corto de tiempo abordamos con él este tema y como vimos que el usuario podía abandonar el piso en cualquier momento (dada su tendencia a actuar impulsivamente) y abandonar el proceso rehabilitador que seguía, analizamos el caso conjuntamente con los demás profesionales que intervenían, (no sólo del CRPS, sino también del SSM y del Centro de Servicios Sociales) y decidimos hacer un acompañamiento con el usuario en la búsqueda de otra alternativa residencial. El usuario decidió pasar a un piso compartido con personas desconocidas, a pesar de que los profesionales pensábamos que no era lo más adecuado.

Desde el CRPS continuamos con la supervisión, pero dado que el piso era compartido con otras personas, ésta tenía que ser esporádicamente. Javier llegó de nuevo al abandono (del aseo, del tratamiento farmacológico), a una gran desorganización (perdió en dos ocasiones su documentación personal, cartillas bancarias, dinero, dejó de acudir regularmente a las citas, dejó de comer de forma ordenada), y a acumular porquerías y gran suciedad en su habitación. El usuario se encontraba deprimido y muy angustiado, por lo que hubo que hacer una intervención en crisis. Javier demandaba ingresar en un Hospital Psiquiátrico, pero en lugar de repetir lo que venía sucediendo hasta la fecha (cuando se desorganizaba, acudía a urgencias psiquiátricas), decidimos derivarle a un recurso residencial por 15 días (la Miniresidencia, recurso de carácter temporal para enfermos mentales crónicos). Tras esta intervención el usuario volvió al piso y poco a poco fue de nuevo capaz de organizarse nuevamente. Para ello nos planteamos un nuevo objetivo: que Javier pasara a un piso supervisado (recurso del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica), esperando que éste sea el recurso adecuado para él de cara a su futura estabilidad.

6. Análisis del caso

Una de las principales dificultades a las que nos hemos tenido que enfrentar en el abordaje de este caso ha sido el manejo de las diferentes conductas y

actitudes que presentaba Javier, condicionadas en parte por los problemas de vinculación afectiva que ha tenido el usuario durante su infancia. Hoy en día se reconoce que los efectos desfavorables de las carencias afectivas producidas en esta etapa persisten durante el resto de la vida. El sentimiento de falta de afecto por parte de los padres, así como la impresión de ser rechazado por ellos, puede producir en el niño no sólo un estado de ansiedad, sino también un deseo de compensación y venganza que se manifestará, tal vez, a través de un comportamiento antisocial y delincuente, o bien, si predomina la reacción opuesta, en la necesidad de perpetuar la insatisfecha dependencia infantil (Codercha, 1975). Javier por un lado se muestra agresivo y transgresor con las normas y límites impuestos por las instituciones en las que ha estado involucrado, pero a la vez exhibe una fuerte necesidad de afecto y dependencia de las mismas, delegando sus propias responsabilidades y decisiones en ellas. Ha sacado el máximo partido de cada una de las instituciones, aunque sin comprometerse emocionalmente con ellas, exigiendo demasiado sin dar nada a cambio. Considera que son las propias instituciones quienes deben de resolver sus problemas, de forma que adopta un papel pasivo en la resolución de los mismos, exhibiendo para ello o bien una conducta seductora, o bien una conducta desafiante y agresiva, que en último término tiene como principal finalidad conseguir la satisfacción de sus necesidades de dependencia y atención. Asimismo su agresividad se desencadena ante la frustración de

esos deseos. Por el contrario, cuando los mismos son satisfechos se muestra tranquilo y sumiso.

Stierlin y sus colaboradores (1981) hablan de la expulsión como un modo de interacción que acelera la separación de los padres, lo cual trae como consecuencia una autonomía prematura. Debido a la necesidad de recuperar el calor y la protección de las personas expulsadas, muchas de ellas buscan una y otra vez a parejas y padres sustitutos que puedan satisfacer esta necesidad, aunque cuando la encuentran pueden retroceder asustados o provocar de nuevo su expulsión. Esto es de alguna forma lo que hace Javier, quien va buscando a los padres sustitutos en las diferentes instituciones, pero cuando lleva un cierto tiempo en ellas acaba abandonando, como hizo en el piso en el que vivió cuando era un adolescente, y como ha hecho recientemente en el piso de Provienda que compartía con un compañero.

A la hora de intervenir en este caso, el modelo teórico en el que apoyamos nuestras actuaciones, y sobre todo a la hora de encontrar explicaciones en la forma de actuar del sujeto, se basa en el modelo sistémico de intervención con familias multiproblemáticas.

Cancrini (1996) señala, entre otras, las siguientes características que definen a una familia multiproblemática:

a) Presencia de dos o más miembros de la misma familia con comportamientos desviados y estables en el

tiempo y bastante graves como para necesitar ayuda externa.

b) Insuficiencia grave de las actividades funcionales y expresivas necesarias sobre todo por parte de los padres, para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.

c) Debilidad del sistema caracterizado por la presencia de operadores y otras figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros que no cumplen sus funciones.

d) Estructuración de una relación crónica de dependencia de la familia del/los servicio/s que consigan el equilibrio (homeostasis) intersistémico.

Como podemos observar, en la familia de origen del usuario se dan estas características.

También tuvimos en cuenta en este caso, el contexto social de este tipo de familias, generalmente familias multiasistidas, como dice Minuchin (1967), y caracterizadas por problemas como el paro, el alcoholismo, la violencia, la droga, la promiscuidad, la prostitución, las separaciones, el abandono y los malos tratos infringidos a los niños.

Minuchin, describe a los niños de estas familias como portadores de una mezcla de agresividad infantil y de una bravura negativista. Ellos, dice, se arreglan solos en la calle, no en la escuela, donde muy a menudo son el fracaso total. Parecen manipuladores, pero ellos se perciben como manipulados y explotados por el mundo de los adultos. Tienen a la vez una fuerte sensación de impotencia y de omnipotencia.

Otro de los aspectos a los que Minuchin hace referencia, acerca de las familias multiasistidas, es la inconstancia de los padres. No hay rutina en relación con las comidas, a la hora de dormir, el aseo. Los niños pequeños son tomados a cargo por varias personas (madre, hermanos, hermanas, abuelos, tíos). No se puede contar con la presencia física y emocional de la madre, muchas veces desbordada por los otros niños y la casa.

La madre no tiene más que un deseo que los niños crezcan deprisa. De ahí que los niños aprendan tan pronto a arreglárselas solos y llegan a ser bastantes astutos con los adultos para obtener la protección, el dinero, la comida u otras cosas de las cuales ellos tienen necesidad.

Minuchin dice que la vida de estos niños se caracteriza por:

1.º *La privación*, falta de cuidados, de consistencia, y sobre todo de una figura maternal fiable que les tome a cargo.

2.º *La desvalorización*, presente en todo el entorno. Los niños conviven durante todo el día con borrachos, pobres, parados así como con otras imágenes de fracaso y de degradación. Los familiares sufren también de la desvalorización de la comunidad. Son objeto de desprecio y de hostilidad.

3.º *El peligro*, es presentado por los peligros reales en la familia y el barrio. Son niños a los que se les pega a menudo, incluso a veces ellos no son culpables. Son cotidianamente testigos

de violencia, de relaciones sexuales, de promiscuidad. Están siempre en guardia, son responsables de su propia supervivencia. Aprenden muy pronto a conocer el mundo de los adultos.

Dada la complejidad y los numerosos problemas que presentan las familias multiproblemáticas es por lo que suelen ser familias multiasistidas, lo que a su vez puede plantear otra serie de problemas entre los profesionales.

De ahí que a la hora de abordar casos como el aquí descrito, en el que están implicados diferentes recursos sociosanitarios, nos parece fundamental tener muy presente las ideas aportadas por Carl y Jurkovic (1983) en su artículo *Triangulación entre agencias*. Dichos autores recuerdan la importancia que concede Bowen a la formación de triángulos como forma de conseguir una estabilidad cuando los sistemas emocionales entre dos personas se hacen inestables frente al conflicto. Carl y Jurkovic utilizan el término *triángulo entre agencias* para referirse a situaciones triangulares que implican a una familia y a dos sistemas de servicios. En referencia a las diferentes agencias que pueden intervenir en un caso, Hoffman y Long (1969) —citados por los autores anteriores— observaron que “estos sistemas muy raramente actúan en colaboración y muy a menudo están en conflicto. En consecuencia, una persona puede ser acogida dentro de su familia, la cual a su vez está cogida en situaciones paradójicas dentro de los sistemas que se supone destinados a ayudar a la familia o a la persona”. El conflicto entre agencias aflora fre-

cuentemente después de que el conflicto se haya desarrollado previamente entre una agencia y su cliente. Puede que entonces otra tercera agencia sea impulsada a tratar de desviar el conflicto. Para Carl y Jurkovic esta situación se produce a menudo cuando una agencia envía a un cliente a otra agencia.

Los autores subrayan también que las orientaciones de los profesionales que trabajan en las diferentes agencias implicadas en el mismo caso son a menudo diferentes, por lo que a menos que las dos agencias colaboren de forma eficaz, puede producirse un triángulo entre agencias, que podría surgir o en el mismo momento de ser remitido, o en estadios posteriores del proceso terapéutico. Para Carl y Jurkovic, si las agencias de ayuda estuviesen mejor coordinadas estos triángulos se formarían con mucha menos frecuencia. Tal coordinación debería empezarse en el momento mismo de remitir al cliente a otra agencia.

En el caso que hemos presentado hemos tenido muy en cuenta las reflexiones aportadas por los autores anteriores, al estar implicados en el mismo tres agencias distintas: el Centro de Servicios Sociales, el Servicio de Salud Mental y el Centro de Rehabilitación Psicosocial, cada una con concepciones diferentes del problema a tratar y posiblemente con diferentes enfoques teóricos orientadores de la intervención a realizar. Por otro lado, la habilidad mostrada por el usuario para hacer uso de cada una de las agencias, especialmente del SSM y del CRPS según lo que le interesaba conseguir en

cada momento, podría haber provocado un triángulo entre agencias, de no ser por la constante y fluida coordinación existente entre ambos recursos, estableciéndose desde el momento en que fue derivado el caso al CRPS una excelente colaboración con el SSM de referencia del usuario y un mutuo apoyo a la hora de priorizar objetivos de intervención y de tomar decisiones importantes para la buena evolución del caso, tales como el facilitarle una ayuda de rehabilitación para que pudiera vivir de forma autónoma y alejado de su núcleo familiar, lo adecuado o no de compartir piso con otro usuario del CRPS, o la conveniencia de ingresarle en un recurso residencial en un momento determinado de crisis en lugar de hacerlo en una unidad de hospitalización breve.

Bibliografía

- CANCERINI, L. y LA ROSA, C. (1996). "Los trastornos psiquiátricos del niño", en CANCRINI, L. y LA ROSA, C. (1996). *La Caja de Pandora*. Paidós. Barcelona, págs. 175-182.
- CARL, D. y JURKOVIC, G. J. (1983). "Triángulo entre agencias en las relaciones agencia-familia". *Family Process*, n.º 22, págs. 441-451.
- CODERCH, J. (1975). *Psiquiatría Dinámica*. Herder. Barcelona.
- CONDE, V. y USEROS, E. (1974). "El inventario para la medida de la depresión de Beck". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*, 12, 3, págs. 153-167.
- CONDE, V. y USEROS, E. (1975). "Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*, 12, 4, págs. 217-236.
- GOLDMAN, H. H. y cols. (1981). "Defining and counting the chronically mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry*, n.º 32, págs. 21-27.

- HAMILTON, G. (1987). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México.
- JURADO, C. y LÓPEZ, C. (1994). "Abordaje familiar desde un Centro de Rehabilitación Psicosocial de enfermos mentales crónicos". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, n.º 33, págs. 41-50.
- MINUCHIN, S. et al. (1967). *Families of the slums: an exploration of their structure and treatment*. Basic Books. New York.
- RICHMOND, M. (1996). *El Caso social individual. El Diagnóstico Social. Textos seleccionados*. Talasa Ediciones, S.L. Madrid.
- ROSSELL, T. (1993). *La entrevista en el Trabajo Social*. Hogar del libro, S.A. (Escola Universitaria de Treball Social). Barcelona.
- SINGER, M. y WYNNE, L. (1963). "Differentiating characteristics of parents of childhood schizophrenics, childhood neurotics, and young adult schizophrenics". *Am. J. Psychi.*, n.º 120, págs. 234-243.
- SINGER, M. T. y WYNNE, L. C. (1965). "Thought disorder and family relations of schizophrenics. IV. Results and implications". *Archives of General Psychiatry*, 112, págs. 201-212.
- SPIELBERGER, Ch.; GORSUCH, R. y LUSHENE, R. (1982). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado/rasgo*. TEA, S.A. Madrid.
- STIERLIN, H. y col., (1981). "La concepción de interferencia entre individuación, interacción, delegación, legado y mérito", en STIERLIN, H. y col. (1981). *Terapia de Familia*. Gedisa. Barcelona, págs. 31-62.
- WECHLER, D. (1977). *WAIS. Escala de inteligencia de Wechler para adultos*. TEA, S.A. Madrid.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. (1977). "Vulnerability: A new view of schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, n.º 86, págs. 103-123.
- ZUBIN, J. y STEINHAEUER, S. (1981). "How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics". *Journal of Nervous and Mental Disease*, n.º 169, págs. 477-492.

Carmen JURADO HUERTA
Trabajadora Social y
Esther DE GRADO GONZÁLEZ
Psicóloga Clínica (Vía PIR)