

110
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**RASGOS PREDOMINANTES DE LA FAMILIA DE
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

IRMA ROSA RODRIGUEZ PALACIOS

Asesor: Lic. Rosa María I. Gamba Magaña



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | |
|---|-----|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | |
| Antecedentes Históricos | 4 |
| CAPITULO II | |
| Teorías Etiológicas de la Esquizofrenia | |
| - Teorías Genéticas | 26 |
| - Teorías Bioquímicas | 37 |
| - Teorías Orgánicas | 49 |
| - Teorías Psicológicas | 57 |
| CAPITULO III | |
| Síntomas Clínicos y Clasificaciones | |
| - Síntomas clínicos | 68 |
| - Formas Clínicas | 88 |
| CAPITULO IV | |
| La Familia | |
| - Familia Funcional | 103 |
| - Familia Disfuncional | 124 |
| - Familia Esquizofrénica | 132 |
| - Padres | 153 |

| | |
|--|-----|
| Rechazo | 162 |
| Planteamiento del Problema e Hipótesis | 164 |
| Análisis de Resultados | 165 |
| CONCLUSIONES | 170 |
| BIBLIOGRAFIA | 177 |

INTRODUCCION

El objeto de estudio de la psicología es fundamentalmente la conducta humana la cual tiene diversas expresiones y formas estudiando al individuo en interacción con el mundo que lo rodea desde el aspecto salud o enfermedad.

La enfermedad mental (anteriormente llamada locura) se remonta a tiempos primitivos y esta ha sido estudiada desde hace muchos años y de diferentes formas.

El objeto de esta tesis es el llevar a cabo una revisión bibliográfica de una de estas enfermedades mentales que pertenece al grupo de la psicosis "La Esquizofrenia"

La esquizofrenia fue estudiada científicamente a finales del siglo 19 por el Dr. Emil Kraepelin, posteriormente en el siglo 20 surge otro gran científico el Dr. Eugen Bleuer quien estudia a fondo esta patología y en 1911 introduce el término esquizofrenia que etiológicamente significa "Espiritu desgarrado o escindido".

Es así como hasta la actualidad se sigue estudiando esta psicosis tratando de explicar su etiología desde diversas teorías las cuales hasta la fecha no han encontrado una que explique en su totalidad esta enfermedad.

En esta revisión se aborda a la esquizofrenia desde sus aspectos históricos, sus clasificaciones, síntomas, teorías etiológicas como la genética, bioquímica, orgánica y psicológica y sobre la familia en la cual queremos definir los rasgos predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos título de esta tesis.

Por otro lado queremos ver de que forma la familia puede ayudar positiva o negativamente en la aceptación o rechazo del paciente esquizofrénico, ya que este es un paciente crónico el cual se le va a prestar atención psicológica, económica y social toda su vida debido a que es una enfermedad poco recuperable.

El hombre nace dentro de una estructura concreta la cual denominamos familia y recibe de ella su dotación biológica. En el transcurso de sus primeros años de vida es protegido, alimentado, recibe una determinada herencia cultural, adopta una ideología y crea las bases iniciales para su futura relación con otros grupos distintos al suyo propio.

La familia es una institución humana fundamentalmente con un tipo de estructura en donde se forman las personas, es la principal correa de transmisión para la difusión de las normas culturales a las nuevas generaciones. En ella el individuo se desarrolla, se realiza, tiene sus principales experiencias y fracasos y es también un medio de enfermedad y salud.

Principalmente la familia asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre.

En esta revisión abordaremos el estudio de la familia desde la teoría de los sistemas cuyo máximo exponente es el Dr. Salvador Minuchin, entendiendo a la familia como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse.

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta; se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas.

Al conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de la familia se llama estructura familiar, y existen 6 parámetros dentro de esta que nos permiten percatarnos de lo funcional o disfuncional del grupo familiar que son autonomía, autoridad, límites, alianzas, centralidad y geografía, las cuales se analizarán en esta revisión bibliográfica.

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de todos los otros. Una desviación en la interacción emocional de un par de personas en una familia dada, altera los procesos de interacción en otros pares familiares.

La enfermedad emocional puede integrar o desintegrar la relación familiar. La enfermedad de un miembro puede complementar la de otro o tener efectos antagónicos. Una crisis en la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud de la familia y de sus miembros individuales.

No debe olvidarse que en todo momento el individuo es el depositario de una experiencia de grupo. Su identidad es al mismo tiempo individual y social. Es una imagen de su grupo familiar. En un momento dado de la vida, compendia toda una escala de configuraciones familiares, cada una de las cuales corresponden a su personalidad individual en un estado particular del desarrollo. Solo puede lograrse una concepción significativa de la salud mental, cuando relacionamos el funcionamiento del individuo con las pautas de relación humana de su grupo primario.

Los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo.

La familia es propensa a rechazar a los miembros desviados, puesto que la desviación perturba el equilibrio familiar. Algunas familias están tan poco integradas que la menor desviación por parte de un miembro amenaza a la familia con la disolución o trastorno a tal punto la relación, que son imposibles relaciones familiares armoniosas en otras familias, en cambio el desviado cumple una función integradora (No. 1).

El temor y el rechazo que impera en el trato con el enfermo, es un signo de falta de información que trae consigo distorsiones en la percepción que tiene la familia del paciente y viceversa, generando problemas en la comunicación, los que son aumentados por la experiencia del paciente, que presta más atención captando y mal interpretando una cantidad mayor de información, la cual pasa desapercibida por las demás personas, provocando situaciones de conflicto que influyen en la patología del enfermo, ya sea predisponiendo o desencadenando los brotes agudos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Es muy probable que la esquizofrenia en su origen se remonte al hombre primitivo; sin embargo, debido al pensamiento dominante de la época, debe haber pasado desapercibida por muchas centurias.

Desconocedor de las leyes de la causalidad natural y ante las necesidades de explicarse fenómenos para él tan sorprendentes como la salida diaria del sol, la caída de la lluvia, el rayo, el trueno, etc., el hombre primitivo atribula esto a elementos sobrenaturales a los cuales concebía antropomórficamente y seguramente los hacía responsables de todo aquello que para él resultaba incomprensible.

En el periodo primitivo, todos los trastornos mentales eran considerados como intrigados por los dioses, una especie de posesión del hombre por una divinidad vengativa y muy malévola. Por algunos escritos se sabe y se deduce, que el pensamiento de los antiguos chinos, hebreos, caldeos, asirios y egipcios fue igualmente mágico, animista y que las perturbaciones mentales eran atribuidas entre ellas a demonios que se apoderaban de los individuos.

Demonios de todos tipos eran los supuestos responsables de la locura de los hombres, pero la revisión de la etimología de la palabra "demonio" nos hace revelaciones interesantes. Las palabras griegas "Daimon" y "Diablo" significan "el que sabe" y "calumniador", respectivamente. Se dice que Sócrates identificaba a la primera, con la voz interior de la conciencia y no fue sino hasta la llegada del cristianismo cuando el "demonio" y el "diablo" se volvieron entidades definitivamente maléficas, aunque, en su origen no eran otra cosa que un instrumento de Dios para probar la fe de su criatura, mito que correspondería a la estancia de Jesús en el desierto.

Pero no sólo los cristianos cuentan con demonios como los incubos o los súcubos, ciertos sectores islámicos persas poseen demonios terribles como los "Ghuils" o "Al", ambos antropófagos, el demonio "Iblis". Los budistas japoneses cuentan con demonios como "Gozanza-Myoo", "Kongo-Yosha-Myoo". cuya relación con la locura es incierta (No. 18).

Todas estas entidades demoniacas han tenido un papel importante en la historia de la locura con todo y que ahora se consideran explicaciones anecdóticas y fantásticas. Ciertos psiquiatras, sin embargo, consideran que las trepanaciones, los ritos y los

amuletos de los que nos han llegado evidencias palpables, tienen una relación directa con esas creencias "primitivas".

Tocó a los griegos, como cimiento de la cultura occidental, elaborar hipótesis más completas sobre el tema. Para ellos también ciertos espíritus diabólicos (las diosas Manía y Lyssa) eran responsables de la locura de las personas, aunque en ciertos casos, la locura era señal de un acontecimiento divino.

En la primer centuria A.C. el físico Aretaeus de Cappadocia notó la diferencia cualitativa esencial entre pacientes que surrían entonces la tradicional enfermedad llamada "mania" y aquellos que observándolos clínicamente se describían como "estúpidos, ausentes y confundidos", el posible equivalente en la terminología moderna de "esquizofrenia" quienes son descritos como estuporosos, preocupados y en pobre contacto con la realidad.

Aretaeus también observó la deterioración mental de las facultades y personalidad en algunos pacientes que podían ser esquizofrénicos.

Después de esta temprana era de interés clínico y de intentos de tratamiento, la esquizofrenia fue ocultada por muchos años en las sombras de la superstición y el ahinco religioso. Muchos esquizofrénicos fueron juzgados por ser poseídos por el demonio, quemados en hogueras o confinados a cárceles en muy malas condiciones tales como Bedlam en Inglaterra y Bicetre en Francia. En esa época la esquizofrenia era inaccesible a los clínicos y científicos para su estudio.

Las causas de la enfermedad en esa época eran atribuidas a la posesión del demonio o de espíritus malignos o indicaba castigo de los Dioses, así mismo también se consideraban los factores físicos en forma de vapores o presión en el cerebro.

En el "papiro de Ebers" (1550 A.C.) se mencionaban ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos. En el "Ayur Veda" (1400 A.C.) que es el sistema médico más antiguo de la India, se establece una clasificación de las enfermedades mentales, que se consideraban debidas a posesión demoníaca, conceptos semejantes se encuentran en el "Talmud" y en el "Antiguo Testamento". Durante la época de Oro griega, Hipócrates establece y expresa, que desde su punto de vista el cerebro es el órgano del pensamiento y su creencia de las enfermedades de la mente, tienen como cualquier otro padecimiento causas naturales,

manifestando: "por mi parte yo no creo que el cuerpo humano sea alguna vez sobrecogido por un Dios."

Este mismo sabio hizo hincapié en que las enfermedades mentales eran del cerebro y las dividió en 3 categorías: manía, melancolía y frenitis, basándose en la observación de los enfermos y su manera de actuar. Señala así mismo, la importancia de la herencia y afirma que las lesiones de la cabeza pueden ser causa de alteraciones motoras y sensoriales. Mas sin embargo, a pesar de las importantes observaciones hechas por Hipócrates, la medicina en este sentido no avanzó mucho. No es sino hasta el siglo XVII cuando se comienzan a tener avances respecto a las enfermedades mentales.

La historia ofrece 4 periodos con los que se pueden identificar los nombres de los psiquiatras que describieron los síntomas y los reunieron bajo nombres diversos.

- 1er. periodo: De Willis 1667 a Morel 1860
- 2do. periodo: De Morel 1860 a Kraepelin 1899
- 3er. periodo: De Kraepelin 1899 a Bleuler 1911
- 4to. periodo: De Bleuler 1911 hasta el momento actual

1ER. PERIODO

La llamada "estupidez adquirida" o "accidental" fue mencionada en diversas ocasiones por Hipócrates, Celso (A.C.) más tarde, por Aretia, Celio Aurelianus, Galeno, etc. Esta estupidez diferenciada de la estupidez congénita, fue especialmente destacada por Plater (1602), Seunest (1628), Dubois-Sylvius (1665).

La más antigua referencia que se haya tenido de la Demencia Precoz nos es dada por Regis, quien manifiesta en el capítulo respectivo de su Compendio de Psiquiatría: "He encontrado en Willis (1672), capítulo de la Estupidez o Morosidad, un pasaje relativo a los jóvenes de espíritu vivo, despierto y aún brillante en la infancia, que caen, al llegar a la adolescencia en la obtusión y torpeza" (No. 77).

Benon estudió con meticulosidad la obra de Willis cuyo texto cita: "La estupidez o entorpecimiento aflige todo, a la razón... si llega a ocurrir que las funciones corporales se debiliten o se inhiban, se produce un obscurecimiento de la inteligencia,

como si ante los ojos de ésta hubiera descendido un velo que se lo emborronara todo... la imbecilidad y el entorpecimiento de la mente, la lentitud de la inteligencia, la estupidez, y, al fin, la demencia, nacen de la inhibición de las potencias del alma" (No. 10).

"Hay muchas causas que explican por que unas mentes que nacieron sanas, caen en la estupidez" (No. 45).

Willis destaca la estupidez posttraumática. Distingue la tontería de la estupidez, y de las formas o grados de la estupidez precisa que la estupidez que persiste hasta la pubertad es incurable; que la estupidez postemocional, posttraumática por poco tiempo que dure es también incurable. En cambio, la estupidez que sucede al letargo o que queda como secuela después de enfermedades que producen torpor, tienen curación. Parece clara la distinción entre la estupidez adquirida que desemboca en la demencia, y el estupor confuso de origen infeccioso, el cual habitualmente viene seguido de curación.

William (1769), describe una demencia accidental que no es más que la estupidez adquirida después de un choque emocional o traumático.

Pinel en 1809, consideraba estos casos bajo el capítulo de idiotismo. distingue claramente la idiotez accidental de la congénita; la estupidez adquirida y la estupidez congénita.

Esquirol en 1814, separa también la idiotez adquirida de la congénita y señala, asimismo, la idiotez adquirida o accidental. La describe bajo el nombre de "demencia crónica y consecutiva a estados iniciales diversos: lepomania, mania, melancolía, onanismo, etc."

Aunque el capítulo comprendía un grupo heterogéneo de afecciones, entre las que se incluía, también la parálisis general progresiva, se mostraban ciertos enfermos en los cuales el negativismo, el estupor, la apatía, las estereotipias, la verbigeración y las actitudes especiales tenían ya llamada su atención. Aparte, bajo el nombre de Idiotismo Accidental o Adquirido, hacía también una descripción de casos que parecían ajustarse a la forma simple de esta enfermedad.

Masselon dice: "Algunas veces los niños nacen muy sanos, ellos crecen al mismo tiempo que su inteligencia se desenvuelve, son de gran susceptibilidad, vivos, irritables, coléricos, de una

imaginación brillante, de una inteligencia desenvuelta, espíritu activo.

No estando esta actividad en relación con las fuerzas físicas, estos seres se agotan, su inteligencia queda estacionaria, no adquieren más nada y las esperanzas que ellos daban se desvanecen. Es esto el idiotismo mental o adquirido" (No. 61).

Spurzheim hizo, en 1818, la descripción de estos cuadros, bajo la misma designación de Idiotismo adquirido.

2DO. PERIODO

En sus estudios clínicos (1851-1853) Morel aisló y describió las etapas sucesivas de este desencadenamiento mental de la segunda edad, después del acceso agudo que aparece con los equivocados síntomas de benignidad, hasta la fase final de la disolución psíquica, pasando por las etapas intermedias de topor y agitación.

Morel en 1860 en su tratado de las enfermedades mentales, dio a la enfermedad el nombre de Demencia Precoz, o Demencia Juvenil y precisa tres características esenciales:

- Precocidad del comienzo, a menudo por un acceso agudo.
- Rapidez de la evolución.
- Demencia final, progresiva y profunda.

Todos los síntomas de la demencia precoz se destacan en este importante trabajo: sugestibilidad y negativismo que Morel denomina Nihilismo (destrucción radical de todo sistema social y negación de toda creencia), y otros síntomas redescubiertos posteriormente: estereotipias, muecas, tics, genialidades, forma de caminar. Destacando de este modo el automatismo psicomotor propio de estos enfermos. Así mismo su desinterés por el medio ambiente, incluso los fenómenos de estancamiento, detenciones súbitas inmotivadas.

Deja dispersos los síntomas que ha descrito, no los agrupa en síndromes, pero crea una enfermedad: "Demencia Precoz" la cual reemplaza a la Estupidez Adquirida (No. 45).

Morel observó sujetos jóvenes (alrededor de 20 a 30 años) afectados de demencia, como si fueran víctimas precoces de esta enfermedad, habitualmente reservada a la niñez. "Están aquejados de estupidez desde su juventud" (No. 14).

Uno de los rasgos característicos de la Demencia Juvenil es la estupidez, lo que significa debilidad mental en analogía con el estupor y el embrutecimiento.

Al observarla mejor, Morel nota que se trata menos de una incapacidad en el razonamiento que una desconcertante disposición a ser insensible a los fenómenos del mundo exterior, acompañada de extravagancias en el gesto y la palabra, en los cuales descubre a veces una analogía con los sueños nocturnos.

La sorprendente disposición a la inmovilidad prolongada y al mantenimiento de las actitudes recibe el nombre de catalepsia. Se acompaña de indiferencia, más que de hostilidad a las sollicitaciones ajenas, en la que toda tentativa de comunicación está condenada al fracaso.

Morel se expresa así: "Esta designación de estupidez la aplicamos nosotros al estado intelectual de ciertos enfermos que, sin tener apariencia exterior de estupidez, ejecutan actos tan en oposición con todas las leyes de la razón y ponen en la realización de estos actos tal obstinación y persistencia impregnadas de una testarudez estúpida, que llegan a una neutralización de todas sus potencias intelectuales, y el resultado es un nihilismo completo" (No. 14).

Según Regis, la obra de Morel a este respecto, no se limitó a citas aisladas de lo que él llamaba estado de Demencia Precoz, sino que "habla aislado y bosquejado en rasgos asombrosos, las sucesivas etapas de esta curiosa decadencia cerebral de la segunda edad, desde que sobreviene el acceso agudo con sus engaladoras apariencias de benignidad, hasta la fase terminal de desolución psíquica, pasando por las etapas intermedias de embotamiento y agitación" (No. 77).

Morel, en su tratado de las enfermedades mentales (1860), considera el tema en capítulos diferentes. Bajo el título de "El estado designado, bajo el nombre de estupor o estupidez", se abarcan cuadros distintos. Algunas descripciones parecen comprender particularmente la forma catatónica de la Demencia Precoz. Al respecto Morel dice: "Cuando se recorren los asilos de alienados, se ve un cierto número de enfermos, que por su inmovilidad, por la ausencia de toda manifestación intelectual,

por el estado de atontamiento y consternación que refleja su fisonomía, nos representan esa situación descrita por Félix Plater, bajo el nombre de tonterías, estupidez, "mentis consternatio". (No. 69).

Como se ve, los enfermos habían sido claramente observados por Morel, pero según su sintomatología aparente, las descripciones integraban capítulos diferentes, de idiotismo, estupor o Demencia aguda, y entre los diferentes cuadros sindrómicos no se establecía un vínculo estable. Lo cierto es que hasta entonces la Demencia Precoz no había sido encarada como una entidad nosológica, sino que, más bien, se trataba a su respecto, de un conjunto de cuadros, o de estados semilógicamente fieles, pero confundidos con enfermedades de las más diversas índoles.

Kahlbaum en 1863, destaca por primera vez la existencia de una enfermedad, en relación con un desarrollo puberal, y a las que denomina hebefrenias. Su discípulo Hecker completa el cuadro, toma las observaciones de Morel y describe la hebefrenia (que significa enfermedad mental de los jóvenes), como un debilitamiento mental rápido que sobreviene frecuentemente entre los 20 y 30 años. A menudo se inicia con la presentación de síntomas afectivos, por una excitación maníaca o una depresión melancólica, apareciendo luego, progresivamente un estado delirante y alucinatorio que desemboca en la demencia (No. 45).

En 1871, la afección queda asentada sobre la base de un proceso especial, surgido al fin de la pubertad, que limita el desarrollo intelectual, desembocando, invariablemente en la demencia.

Más tarde, en Alemania, muchos de los casos implícitamente comprendidos en separadas descripciones francesas, eran examinados desde un punto de vista más unitario, y se tendía a la organización de entidades clínicas.

Una serie de características constantes le dan jerarquía de entidad clínica entre las que se cuentan: la edad de comienzo, la alternancia de accesos maniacos, depresivos, confusionales, las actitudes bizarras, las estereotipias; y, sobre todo, la rápida evolución hacia un cuadro terminal deficitario.

La concepción de Kahlbaum era la de una entidad nosológica, de la cual la hebefrenia constituía el aspecto juvenil y la neofrenia y la presbiofrenia las formas sobrevenidas al nacimiento y en la vejez; pero dependientes todas, de una misma causa constitucional y predisponente a la decadencia a distintas alturas de la vida, y conocida con la denominación general de parafrenia.

Posteriormente Kahlbaum hubo de agregar un nombre más, la heboidofrenia, con el cual quería significar los casos de locura hebética o hebefrenica, en que se comprobaban las subsecuencias de un estado demencial.

Kahlbaum en 1874, "describe bajo el nombre de catatonia a la que también llamó "locura de la tensión", una especial perturbación mental, a la que atribuye una evolución psíquica, que se halla esencialmente caracterizada por fenómenos motores y que evolucionan hacia la curación o la demencia. Reconoce en ella la existencia de episodios de manía, melancolía, o estupor, al par que delirio deshilvanado e incoherente, alternativamente acompañado de estados catalépticos, mutismo, negativismo, estereotipias o crisis de agitación insulsa, teatral, acompañada de verbigeración y patetismo. Este cuadro, atribuible, en la mayoría de los casos, a las gentes jóvenes, encontró la misma oposición que la hebefrenia" (No. 53).

Kahlbaum en 1884, describió también la heboidocia en la que tan sólo se aprecia una perturbación de la afectividad y de las relaciones sociales.

Chaslin y Seglas en 1888, consideraban que todo lo anterior era la mera descripción de un síntoma o un síndrome, más bien que una enfermedad, y que su ubicación precisa estaba en el capítulo de estupor, del cual era una variedad simple o sintomática. No obstante, la concepción de catatonia, como un aspecto singular de una enfermedad especial, tendía a atizarse e inclusive se comenzaba a ver el nexo existente entre los dos cuadros descritos por Kahlbaum-Hecker (No. 69).

Finck en 1880, señala la similitud de síntomas y otros factores concurrentes de edad y evolución, recalcando la existencia en ambos cuadros de la verbigeración y las estereotipias, pero en realidad no se llega a ninguna idea unitaria hasta el advenimiento de Kraepelin.

3ER. PERIODO

Fue Emil Kraepelin el hombre que más colaboró para que la psiquiatría llegará a contar con una clasificación "científica" (No. 69, NO. 72). En 1887, afirma el carácter decisivo de la evolución oponiendo las enfermedades mentales curables: melancolías, enfermedades episódicas y ciertos delirios fugaces;

a las enfermedades incurables: locuras periódicas que se convertirían, por ese mismo hecho, en locura maníaco depresiva, ciertos delirios crónicos y lo que él llamó Demencia Precoz.

Algunos años después, afirma que las enfermedades mentales incurables son consecuencias de procesos degenerativos de origen casi siempre hereditario. Evolucionan irremisiblemente hacia una disgregación total de la persona, cuerpo y espíritu.

En 1896, da otro paso que debe considerarse como definitivo, cuando propone un común denominador entre síndromes tan aparentemente distantes como la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum, y muchas otras psicosis. Al definir a la Demencia Precoz como un síndrome preciso, introduce al orden, lo que hasta entonces, había sido un caos respecto a su observación y correcta clasificación.

En 1898-1899 retoma el nombre de Demencia Precoz creado por Morel y bajo su designación comprende los casos de hebefrenia, catatonía y más tarde agrega la Demencia Paranoide, delirio alucinatorio de evolución demencial.

Delimita la Demencia Precoz en una vasta concepción sistemática, fundamentada en 3 principios:

- 1) Similitud y especificación de los estados finales: la demencia es un debilitamiento del intelecto progresivo, total e irreversible.
- 2) Carácter intercambiable de los síntomas.
- 3) Hereditarismo similar.

Kraepelin fue el primero en plantear el problema de la herencia. La unidad de este grupo, que él mismo, considera provisoria, está dada esencialmente por la marcha más o menos rápida hacia la demencia, con una sintomatología de comienzo también demencial.

El criterio de evolución prima sobre toda otra observación clínica, pero el cuadro se extiende tal vez desmesuradamente, merced a la incorporación de la demencia paranoide, que, tal como estaba concebida, rompe la armonía del conjunto. Hasta entonces la hebefrenia, la catatonía y la demencia precoz de Morel comprendían fundamentalmente una forma de alienación juvenil.

La demencia paranoide incorpora casos variables de delirios que por lo general, comprenden formas juveniles, pero bajo el aspecto de Demencia Precoz Paranoide, propiamente dicha, introducía también los delirios sistematizados, fantásticos, de comienzo de

la edad madura, sin que hubiera argumento más valioso que la supuesta evolución hacia la demencia. La sintomatología no tiene más punto de contacto que el carácter absurdo e incoherente del delirio. Hay una ausencia total de signos físicos, que, aunque irregulares, acompañan siempre a la demencia precoz propiamente dicha.

El contacto con el medio ambiente de estos enfermos substancialmente nunca está perdido. Toda su conducta es distinta y rígida por sentido pragmático y relativa capacidad de adaptación.

Más tarde rectifica estos puntos de vista, admitiendo que estos delirios de la madurez, no conducían nunca a ese especial embrutecimiento de los dementes precoces. En 1912, forma con ellos un grupo aparte con la designación de Paratrenias (esta denominación tuvo lugar cuando Bleuler introdujo el término "esquizofrenia"), dejando en la demencia precoz paranoide sólo aquellos casos, en la práctica verdaderamente juveniles, en los que aun siendo prevalente la catenidad delirante, presentan síntomas comunes o intercambiables con la catatonia y la hebefrenia.

Kraepelin había demostrado el fondo común, tras la apariencia sintomática distinta, de la hebefrenia y la catatonia, por el paso de una a otra, la coexistencia ya advertida de síntomas iguales, como la estereotipia y la verbigeración, la identidad de posibilidades pronósticas, a pesar de la distinta opinión de los autores, las características variadas y comunes de ambas, de la forma y el momento de la eclosión, y particularmente el residuo, tras los accesos o la similitud de la forma terminal.

La circunstancia de ser una afección sobrevenida frecuentemente en la época puberal, ir precedida o acompañada de trastornos menstruales o gravídicos, le llevó a concebir la etiología endógena y hormonal, echando por tierra las teorías emitidas hasta entonces, particularmente el concepto de degeneración.

Meyer en 1906, propone que la Demencia Precoz no es sólo una entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades, como el resultado de una dificultad progresiva para adaptarse.

Regis en 1909, según la zona y las condiciones de aparición, distingue dos tipos de demencia.

1) Un tipo constitucional

En aquellos pacientes que sufren alguna tara, algo desequilibrados, cuya herencia está cargada de trastornos psicopáticos.

Se produce en la adolescencia una detención del desarrollo intelectual seguido de una regresión.

Bleuler más tarde recuperará la noción de tipo constitucional, insistiendo en el desequilibrio del carácter que calificará de "Esquizoide".

2) Un tipo accidental o adquirido

La enfermedad se inicia bruscamente, mediante un acceso agudo, de confusión mental, prolongado por un estado de estupor crónico y desemboca en un debilitamiento intelectual.

En América Latina, Cabred y Borda aceptaron la entidad creada por Kraepelin como respondiendo en la práctica a la realidad clínica, con la sola y sensata reserva de la limitación de los casos que integraban la demencia paranoide, como más tarde lo iba a hacer el mismo Kraepelin, teniendo en cuenta, en este grupo, sólo los estados francamente polimorfos o de vaga sistematización.

El embotamiento afectivo y la indiferencia recalcada por Kraepelin influyeron en las concepciones francesas, que encararon la afección como una demencia afectiva.

La sensibilidad paradójica y las intensas crisis emocionales que interrumpen frecuentemente la monotonía de una aparente indiferencia, la angustia y la ansiedad del comienzo, etc., invadieron la engañosa significación de este síntoma. La afectividad más que inexistente, es referida a objetos extraordinarios y fuera de lo real.

Serrieux ofrece la siguiente definición de la Demencia Precoz "psicosis caracterizada, esencialmente, por un debilitamiento psíquico especial, en marcha progresiva, que aparece por lo general, en la adolescencia; y concluye, muy a menudo, sin poner nunca en peligro la vida del enfermo" (No. 45).

Binet y Simon en 1910 utilizaron el método de tests y sacaron la conclusión de que la Demencia Precoz es un descenso global del nivel mental.

A partir de 1910, Kraepelin en respuesta a Binet y Simon, habla de disociación de los fenómenos psíquicos.

Chaslin en 1912, caracteriza con claridad el debilitamiento de la Demencia Precoz al darle el nombre de "discordancia" ya no se trata de un debilitamiento global.

La inteligencia disminuye menos de lo que se cree, se halla sólo adormecida; esta impotencia intelectual, más aparente que real, es ante todo, consecuencia de un fracaso afectivo. Chaslin pone de relieve los trastornos de la afectividad. Insiste en la posibilidad de una recuperación, en la reversibilidad más o menos total del déficit. Urstein describió la "Disarmonía intrapsíquica", Strausky la "Ataxia intrapsíquica".

Toulouse y Mignard la "Subducción mental", la cual consiste en la imposibilidad de realizar una síntesis mental compleja. Todos estos autores, a su vez, han subrayado la reversibilidad de los síntomas que sustentan en una distinción entre lo lesional y lo funcional, así como que el elemento esencial de la enfermedad es un debilitamiento intelectual.

4TO. PERIODO

Eugen Bleuler psiquiatra suizo, fue el otra gran artífice de la psiquiatría moderna. Junto a Kraepelin fue el forjador de las bases nosológicas de la psiquiatría actual. Bleuler intentó ir más allá que Kraepelin en la nosología y procuró incursionar en la etiología a través del psicoanálisis, pero la psicología estructural e instintiva de Freud pronto se contrapuso a la formación médica de Bleuler que aparece como una confusión entre causas mentales que producían síntomas y procesos esquizotrópicos debidos a causas orgánicas, no es extraño la presencia de estas aparentes confusiones, pero tampoco se puede acusar a Bleuler de no haber intentado rastrear las causas de la esquizofrenia. a pesar de ello, fue en la práctica en la que Bleuler más influyó, pocas veces como con él se hace tanto énfasis en la hospitalización. La locura ha dejado de ser "Demencia Praecox" o "Psicosis maniaco-depresiva", ahora se convierte en "esquizofrenia" y tiene toda una sintomatología descrita acuciosamente; desde este momento es identificada a través de características, prefijadas.

Bleuler en 1911 introdujo el término esquizofrenia que etimológicamente significa "espíritu desgarrado o escindido" (No. 14). Para Bleuler estos enfermos no eran dementes, sino que están afectados de un proceso de dislocación que desintegra su capacidad "asociativa" (Signos primarios de disociación); proceso que, al alterar su pensamiento les sume en una vida "autística" cuyas ideas y sentimientos constituyen como en el sueño - la expresión simbólica de los complejos inconcientes (signos secundarios) (No. 26).

Bleuler señaló que el aspecto demencial no era más que aparente, que se trataba de una desarmonía afectiva que repercutía en el intelecto, tan intensa que daba la impresión de ser un verdadero deterioro de la eficiencia psíquica.

Los síntomas principales se caracterizaban por la disociación de ideas, de sentimientos y de movimientos y por la "tendencia a insertar en lo real una parte imaginativa y a separarse de la realidad" (No. 14), tendencia que será denominada "autismo".

La disociación y el autismo constituyen, por tanto, las dos perturbaciones básicas de la esquizofrenia.

La disociación se descubre en primer lugar, a nivel del discurso por un trastorno de las asociaciones verbales que parecen despojadas de toda finalidad lógica, son sorprendentes, barrocas y provocan en el objeto un sentimiento de extrañeza.

Las asociaciones pueden ser perturbadas por la brusca detención del discurso en una frase que queda colgando y que después continúa con un sentido diferente. A esta interrupción del pensamiento se le llama "bloqueo", y se registra igualmente en la expresión de la vida afectiva.

El autismo constituye el segundo substrato esencial de la esquizofrenia. Viven en un mundo privado, que reduce al mínimo los contactos con el mundo exterior. El autismo alcanza su punto máximo en el estado de estupor catatónico.

La realidad está casi en sobreimpresión, como estumada, en relación con la intensidad de una vida imaginaria, estrechamente emparentada toda con el sueño de un modo exhaltado o de pesadilla.

Bleuler definió la ambivalencia como: "tendencia del espíritu esquizofrénico a considerar al mismo tiempo, bajo sus aspectos

positivos y negativos, los diversos actos psicológicos" (No. 45), simultáneamente, el esquizofrénico afirma y niega, siente amor y odio hacia una misma persona.

Bleuler describe los trastornos accesorios como trastornos sensoriales: ilusiones y alucinaciones, situándose especialmente a nivel de la esfera auditiva y en la parte más afectada e íntima del cuerpo.

Bleuler completa el cuadro de la esquizofrenia mediante la descripción de "signos secundarios" siendo estos los factores de reacción. El enfermo reacciona ante los acontecimientos externos e internos, reacciona ante la dislocación de su personalidad mediante las barreras, el negativismo y el autismo. Su esfuerzo por integrar a la realidad, las impresiones nuevas que experimenta, se proyecta en un comportamiento sui generis, cuya principal característica es la excentricidad.

También se incluyen signos catatónicos (estupor, estereotipias, mutismo, catalepsia). Por último, pueden presentarse periodos depresivos melancólicos o periodos de excitación maniaca.

Primitivamente para Bleuler, la esquizofrenia era una enfermedad mental definida, orgánica, cuyo trastorno de base era la disociación psíquica.

"La esquizofrenia reposa básicamente en la alteración profunda del cerebro y de todo el organismo" (No. 14).

Más tarde Bleuler describió una esquizofrenia latente: la esquizofrenia es un "modo de pensar" que se manifiesta por síntomas apenas esbozados.

Será en la actitud afectiva del enfermo en la que Bleuler primero, y más tarde sus discípulos y partidarios, encontraron la explicación del cuadro clínico y su causa primera.

La contribución fundamental de Bleuler, fue la introducción de una ordenación jerárquica de síntomas, para reemplazar la mera descripción de fenómenos clínicos equivalentes.

En 1911 introduce el cuarto tipo de esquizofrenia, o sea, el tipo simple. Creía que el desarreglo, lejos de caracterizarse por un deterioro gradual, era en realidad una fragmentación de las funciones psíquicas. Notó que mientras que algunos esquizofrénicos empeoraban, otros permanecían sin cambiar y

algunos, incluso mejoraban y en consecuencia distinguo entre esquizofrénicos crónicos y agudos, y sostenía que había una tendencia orgánica fundamental hacia el empeoramiento esquizofrénico.

Sin embargo, superó a Kraepelin al tener en cuenta las explicaciones psicológicas de la conducta esquizofrénica. Para Bleuler el pensamiento trastornado podía explicarse en términos de defecto de atención, perturbaciones de la asociación y desintegración del Yo.

Con Bleuler, el trastorno básico de la esquizofrenia es atribuido al aflojamiento asociativo y a la disgregación del pensamiento, y de él se hacen deducir los otros síntomas.

La gravitación de las críticas al nombre de Demencia Precoz iban al mismo tiempo a dar sus frutos: Bleuler primero, Chaslin, después (1911-1912), dieron satisfacción a las quejas designándola esquizofrenia y locura discordante, respectivamente. Puede decirse que desde entonces se entra en una nueva era, esencialmente psicológica que, además de multiplicar hasta el infinito los trabajos sobre la materia, borra los límites de la enfermedad que, desde el núcleo básico de Morel, Kahlbaum-Hecker, se extiende sobre toda la psiquiatría.

Bleuler en 1911, ha expuesto su concepción de esquizofrenia. Ella engloba con la Demencia Precoz de Kraepelin, toda una periferia de afecciones tenidas hasta entonces por distintas de ella: un número de caos impuros de melancolía y de manía, la mayor parte de las confusiones alucinatorias, la hipocondría incurable, una buena parte de las psicosis de los degenerados de Magnan, más de un síndrome carcelario, y la mayor parte de las parafrenias, que Kraepelin describió al año siguiente (1912).

Bleuler en 1911, dice "Yo nombro a la Demencia Precoz, Esquizofrenia, porque la disociación, de las diferentes funciones psíquicas es una de las características más importantes. Por comodidad yo empleo la palabra para significar que el grupo comprende verdaderamente muchas enfermedades. La esquizofrenia comprende, en efecto, un grupo de psicosis que evolucionan tan pronto de una manera crónica como por poussées y puede detenerse en cada período a repetir, pero sin retorno completo ad integrum. Está caracterizada por una alteración de la inteligencia, una alteración de los sentimientos, de las relaciones con el mundo exterior, en alguna forma específica, y que no se encuentra en ninguna parte fuera de ella" (No. 11).

Como la enfermedad no progresa siempre hacia la demencia y no en toda ocasión se presenta precozmente en la pubertad y poco después de ella, Bleuler prefiere llamarla esquizofrenia.

Esta enfermedad puede permanecer estacionaria en todo periodo, y muchos de sus síntomas pueden remitir en parte o del todo, pero si progresa, ello conduce a la demencia de un determinado carácter.

La sintomatología que dio carácter a las antiguas descripciones de la Demencia Precoz: el estupor, la catatonia, la bizarrería, el debilitamiento de los móviles afectivos, la detención del desenvolvimiento intelectual, la suficiencia, los delirios incoherentes, etc., adquieren un sentido secundario. La Psicología descubre causas más profundas sobre las que asienta la enfermedad.

El trastorno básico es el desorden asociativo. Las relaciones entre los términos inmediatos no se verifican de acuerdo a las leyes que rigen la normalidad, y los nuevos vínculos establecidos de una manera causal llevan a la incoherencia y falta de lógica. La ambivalencia y el autismo completan los signos cardinales. Los síntomas cardinales reconocerían una causa orgánica de variable naturaleza, en tanto que los accesorios, en particular las formaciones delirantes, serían la secuela de las relaciones del enfermo ante el medio, por su natural propensión al autismo, la vida interior, y la pérdida del contacto con lo real. Todos los acontecimientos de la vida pasada, particularmente los de la infancia, juegan aquí su papel de móviles inconcientes, sentimientos, deseos, rechazos y complejos, en el sentido psicoanalítico. Es la huida compensatoria a la enfermedad.

Bleuler en 1911, se funda por el contrario que Kraepelin sobre todo en la psicopatología, encontrándose las siguientes diferencias:

1) Bleuler habló de las esquizofrenias en plural, por no compartir la certidumbre de que "el grupo" de las mismas tuviera una unidad etiológica.

2) En tanto Kraepelin en su definición de Demencia Precoz, se atenia al criterio evolutivo, criterio del orden científico natural, y destacaba especialmente la precocidad del comienzo y la cronicidad del curso.

Bleuler registra las peculiaridades psicopatológicas del cuadro clínico transversal, refiriendo que el trastorno primario común a todos los esquizofrénicos, es la disociación o escisión de las funciones psíquicas, (etimológicamente "mente disociada, escindida o disgregada).

3) El campo de esquizofrenia resulta más amplio que el de Demencia Precoz, puesto que engloba además de la Demencia Precoz, episodios psicóticos de "disociación autística" que remiten totalmente. para Bleuler la incurabilidad no es un rasgo esquizofrénico cardinal, sino que la curabilidad es siempre posible.

4) Bleuler sostiene que las esquizofrenias no pueden conducir a una verdadera demencia, análoga a la parálisis general, sino a trastornos de la personalidad mucho más finos y sutiles que conciernen a la afectividad, los intereses y la espontaneidad y no a la inteligencia (No. 3).

Bleuler, que era admirador de la psicología de la asociación de Wundt, pensaba que el trastorno esquizofrénico, fundamental, es la relajación de la tensión asociativa de las ideas, es decir, la disociación del pensamiento, que en los casos pronunciados pudiera conducir a la pérdida de la unidad de la personalidad.

El autismo queda subordinado también a la relajación de las asociaciones. El autismo como falta de contacto con la vida exterior es para Bleuler una consecuencia de la falta de conexión entre los elementos psicológicos. Influida por las ideas de Freud a través de Jung, sugiere que los deseos instintivos inconcientes y los complejos reprimidos, aprovechando la laxitud de los eslabones ideativos, pueden penetrar en la conciencia y regir la vida psíquica y la conducta.

La psicopatología de Bleuler, dada la prevalencia de las ciencias naturales en aquella época, se atiene a un modelo todavía demasiado científico-natural.

El mecanismo y asociacionismo que se advierten en su concepción de las esquizofrenias son notas extraídas de la psicología científico-natural, al estilo de Wundt.

El pensamiento esquizofrénico sería la versión patológica de las ideas asociacionistas de Wundt. La Psicopatología toma más tarde, sobre todo por las vías clínico-renomenológica y estructural, el carácter de estudio psicológico de lo patológico.

Kraepelin y Bleuler forman una especie de frontera entre la vieja y la nueva psiquiatría. Después de ellos, los médicos se han dedicado al estudio de la esquizofrenia desde los más variados puntos de vista y la terapéutica desarrollada a través de todo esto no ha tenido menos variantes. Sin embargo, una de ellas ha sido la que más nos ha permitido acercarnos al mundo de la locura, aunque paradójicamente, su creador no se haya mostrado muy convencido de su utilidad para estos casos. Nos referimos, evidentemente, al método psicoanalítico. Según Foucault la obra de Freud posibilitó la aparición de los primeros intentos de explicación e integración al ambiente de la etiología de la esquizofrenia. Con el psicoanálisis, la locura podía hablar de sí misma, ya no tendrá que "conductualizarse" para ser atendida y entendida, pues la conducta se vierte en el lenguaje en forma de palabras de asociaciones, de tropiezos lingüísticos y con todo esto abre la posibilidad de un diálogo y un entendimiento.

Pero también el psicoanálisis conlleva a una trampa y a un dominio debido a esa misma ubicuidad de la locura:

"Freud hace que se deslicen hacia el médico todas las estructuras que Pinel y Tuke habían dispuesto en el confinamiento. Ha liberado al enfermo de existir dentro del asilo, en el cual lo habían alienado sus "libertadores"; pero no lo ha liberado de lo que tenía de esencial esa existencia: él ha reagrupado los valores, los ha tendido al máximo y los ha dejado en las manos del médico; ha creado la situación psicoanalítica, donde, por un corto circuito general, la alienación llega a ser desalienación, porque, dentro del médico ella llega a ser sujeto". (No. 30).

Pero no sólo el psicoanálisis habrá de procurar recursos (y poder) al médico psiquiatra, también el surgimiento de terapias novedosas se encargarán de acentuar la especialización en el campo.

Por otro lado, por esa época Kretschmer aseguraba que su psicopatología esquizoide no es otra cosa que la envoltura, en cierto modo excéntrica, de una esquizofrenia que se atenúa de más en más, alcanzando el extremo periférico.

Kretschmer se refiere a ciertos trazos propios de la mentalidad de los esquizofrénicos que él encuentra atenuados, estumados hasta en los normales: "la mentalidad fría y la sensibilidad refinada, la introversión y el autismo, la autoridad seca y cortante que caracteriza alguna vez a los normales, adquiere una intensidad patológica en los individuos en que choca una insociabilidad ya arisca, una retracción sobre sí, inaccesible, singularidades ya groseras.

Identidad de la naturaleza de los procesos esquizofrénicos y esquizoides desiguales y no diferentes: degradación esquizotímica, esquizoide, esquizofrenia, de lo normal a lo patológico. Tales serían los aspectos o las etapas de un camino que puede detenerse definitivamente o puede proseguirse hasta el fin de un hombre, ya que somete al diagnóstico un problema de cantidad patológica. La esquizofrenia se defiende insensiblemente, así, en una periferia esquizoide en la que es muy difícil fijar los límites" (No. 54).

Chaslin, al crear lo que él mismo llamó el grupo provisorio de la locura discordante, ha querido comprender sólo una parte de los dementes precoces de Kraepelin excluyendo los delirios alucinatorios sistematizados y crea el término de discordancia, que, a su vez, señala el carácter más saliente de la afección, con el cual no quiere significar otra cosa que el síntoma destacado por Edwin Strausky, de Ataxia intrapsíquica o la desarmonía intrapsíquica de Urstein. Estos suponen la pérdida de unidad de comando y centralización de las vivencias afectivas, volitivas e intelectuales que se expresan disarmonicamente y faltos de unidad y concordancia.

Las ventajas de la concepción de Chaslin radican, no sólo en la substitución de un término, cuya impropiedad había levantado protestas clamorosas, sino que se ciñe a la realidad clínica, estrechando los límites de la enfermedad al núcleo básico de la Demencia Precoz. Sus exposiciones son meramente sintomáticas, todo lo que permite el conocimiento real del momento, y no prejuzgar sobre otros factores de unidad nosográfica todavía inaccesibles o artificialmente concebidos.

La demencia de estos enfermos, variables en su juicio a calificarlos de dementes, porque esto requiere pérdida de memoria y debilitamiento intelectual. La demencia es parcial, o no existe, aunque aparente serlo desde el principio. No esta demás repetir que, a pesar de hacer uso de la expresión demencia, a Kraepelin no se le había escapado esta característica particular de la relativa conservación de la memoria de los dementes precoces, la señala a cada paso, y en sus afanes por caracterizar la enfermedad, aludió principalmente al debilitamiento de los móviles afectivos, a la pérdida de la unidad interior, y a una perturbación de la capacidad de abstracción.

Minkowsky en 1920, introdujo directamente en su concepción de la esquizofrenia la influencia filosófica de Husserl y sobre todo, de Bergson.

Las opiniones de Bleuler y Kretschmer imperaban en el mundo psiquiátrico y, bajo su inspiración Minkowsky escribió su libro en 1927, apartándose de Bleuler en algunos puntos de vista. La influencia ejercida sobre el par, las ideas de Bergson le llevaron a ver la perturbación inicial de la esquizofrenia, no en el relajamiento de las asociaciones, sino en la pérdida del contacto con la realidad.

Propone una reflexión "psicopatológica" que, más allá de la apariencia y de la minucia de los síntomas, intenta abordar interiormente la estructura interna del psiquismo esquizofrénico. Esta actitud derivada de la filosofía de Husserl, que a través de la íntima comprensión de la existencia aspira a explicitar la esencia del ser, nos lleva a vivenciar una confusión, fundamental, semejante a la de los esquizofrénicos: la pérdida del contacto vital con la realidad.

La disociación, el autismo, el delirio, no son sino manifestaciones derivadas de esta ruptura fundamental. El esquizofrénico ha perdido la "sintonía" como una imantación que soldaría sin esfuerzo aparente el ser individual al mundo. Esta separación sensible entre él mismo y el mundo no puede experimentarse a partir de una actitud puramente intelectual y reflexiva.

Se trataría de sentir el mundo interior del esquizofrénico, comparando esta dificultad particular de asumir sensiblemente la realidad con la receptividad presuntamente intacta del psiquiatra.

El sujeto esquizofrénico vive en un mundo frío, desvitalizado, es impermeable a toda modulación afectiva que puede intercambiarse con los demás. Su pensamiento retractorivo, inactivo, parece abstracto, lo que desemboca en el geometrismo morbido.

"El esquizofrénico, escribe Minkowsky, privado de la facultad, de asimilar todo lo que sea movimiento y duración, tiende a construir su comportamiento con factores y criterios cuyo dominio propio en la vida normal pertenece únicamente a la lógica y a las matemáticas". (No. 14).

Esta incapacidad de comprometerse en la existencia temporal por alteración del impulso vital queda, por tanto, en un pensamiento espacializado, inmóvil, estereotipado.

Según Minkowsky "esta arección, carece de substratoanatómico, es sólo un estado funcional derivado de las tendencias

constitucionales, accesible a los métodos de reeducación y readaptación a la vida normal. La demencia, sin embargo, puede sobrevenir si el estado psicótico se prolonga" (No. 73).

La noción de esquizorrenia según Minkowsky, en cuanto es enfermedad mental, tiende ahora a descomponerse de orden diferente:

- Primeramente el esquizoidismo, factor constitucional, específico por excelencia, más o menos invariable por sí mismo en el curso de la vida individual.

- En segundo lugar, un factor nocivo, de naturaleza evolutiva, susceptible de determinar un proceso mórbido mental. Este factor no tiene, por sí mismo, un matiz bien definido, es de naturaleza más indiferente y el cuadro que dará dependerá, ante todo del terreno sobre el cual obrará. Añadido al esquizoidismo, lo transformará en proceso mórbido específico, en esquizorrenia, la cual evolucionará y ocasionará, al final de cuentas, un estado de deficiencia característico de esta afección.

Un análisis más profundo de los datos concernientes a la transmisión hereditaria de la esquizorrenia parece confirmar esta manera de ver. Este análisis muestra que la esquizorrenia se comporta como un carácter de híbrido, lo que quiere decir que la existencia simultánea de dos elementos germinativos diferentes es necesaria para que pueda hacer su aparición.

En lo concerniente a la etiología, Minkowsky se mantiene fiel a la hipótesis orgánica cerebral, se interesa también por la herencia de los esquizofrénicos.

Laing, quien con Cooper inició el llamado movimiento antipsiquiátrico, empezó a trabajar estudiando a las personas esquizofrénicas.

Su primer libro publicado en 1960, se titula "El ser dividido". Cuatro años más tarde con Esterson, Laing publicó "La Salud, La Locura y La Familia", subtitulada Familia de Esquizofrénicos. Subsecuentemente Laing, en algunas ocasiones ha rechazado la idea de la esquizofrenia como enfermedad, pero ha continuado "tratándola" (No. 89).

La esquizorrenia, bajo el punto de vista de Laing, es la consecuencia de una circunstancia externa, una influencia ejercida sobre el sentido de la individualidad en una persona que ésta más dispuesta que otros a caer en ésta; la esquizofrenia

tiene característicamente lo que Laing llama una "inseguridad ontológica", una debilitación de sus sentimientos de ser. Es la familia la responsable directa por la ruptura ontológica, el "ser dividido" de la esquizofrenia; Laing es categórico en decir que cada caso de esquizofrenia debe ser entendido como "una estrategia especial que el paciente inventa para poder vivir una situación que no se puede vivir de ninguna manera", que es siempre una situación familiar en especial la exigencia de los padres de que uno sea lo que no es. Podemos interpretarlo como que Laing construye la esquizofrenia como la respuesta del paciente a la imposición de la inautenticidad de los padres. (No. 89).

Para Von Meduna (1939-1950), la alteración confusional de la conciencia, en el marco de una psicosis esquizofrénica aguda, constituye el elemento definido de las onirofrenias (Psicosis esquizofrénicas que se acompañan de una alteración de la conciencia).

Arieti (1950-1962) define a la esquizofrenia como "una reacción específica a un estado de extrema angustia, que tiene su origen en la infancia, y más tarde, a lo largo de la vida es reactivada por factores psicológicos" (No. 3).

Fromm-Reichman considera al esquizofrénico como una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia, en una época en la que su Yo y su aptitud para examinar la realidad todavía no estaban desarrolladas. Estas tempranas experiencias traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones de años anteriores.

Bellak nos dice que "la esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico, no una enfermedad única. Los síntomas generalmente asociados a este diagnóstico (que presentan cierta variabilidad) deben interpretarse como una etapa final, común a cierto número de estados patológicos que pueden conducir a (o manifestarse por) una grave perturbación del Yo. Tales estados varían entre una debilidad psicógena relativamente pura del ego y las perturbaciones del funcionamiento del ego debidas a infecciones, arteriosclerosis, trastornos enzimáticos o tóxicos o a factores constitucionales o genéticos (No. 9).

Poco a poco se ha hablado no ya de enfermedad, no ya de síndrome, sino de reacción de tipo esquizofrénico, como si la esquizofrenia consistiera en una cierta ruptura con la realidad, que pudiera

ser episódica o definitiva, que pudiera ser una simple actitud de introversión o una profunda regresión autística de la personalidad.

Esta corriente, dominada al comienzo por el nombre de Sullivan, ha destacado la importancia del trastorno de las relaciones interpersonales y de la desadaptación social del sujeto. El estudio de la familia de esquizofrénicos (Wyne, Lidz) ha demostrado la importancia teórica y terapéutica del enfoque sociocultural de la gran psicosis.

Pero se corre el riesgo de abocar bien a devolver el proceso patológico en la patología sociocultural (tendencia que conduce a la antipsiquiatría de Laing, Cooper, esterson), bien a formalizar el trastorno en la patología de las comunicaciones únicamente (Escuela de Bateson en Palo Alto).

Para Ey la esquizofrenia es "Una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir, en un caos imaginario (No. 26).

Según Fernández (No. 3), la concepción de Bleuler conserva vigencia en dos puntos básicos:

- 1) El hecho de admitir que las esquizofrenias provienen de un proceso orgánico, cuya primera causa puede ser encefalógena o no.
- 2) La evolución de las esquizofrenias es diversa y no ofrece, por lo tanto, un término común a todas ellas.

La síntesis de Bleuler en cuanto devaluación del criterio evolutivo e introducción al criterio psicopatológico, constituye la plataforma que sirve de escenario a los ulteriores estudios y concepciones sobre las esquizofrenias.

La designación autística, en las ideas de Bleuler es a las esquizofrenias lo que la demencia, a la Demencia Precoz. Además prevalece hoy la convicción de que el grupo de las esquizofrenias asienta sobre una base psicopatológica; en su defensa no se puede ni se debe invocar la unidad anatómo-patológica ni la monovalencia etiológica ni siquiera la unidad genética.

Los problemas diagnósticos y de definición se han vuelto en realidad tan complejos, que la etiqueta de esquizofrenia se emplea a menudo para referirse a trastornos que, en ningún momento de su evolución coinciden con el criterio diagnóstico primitivo.

Así pues, no es en absoluto infrecuente que dos médicos coincidan en todo acerca de los síntomas o la evolución de un paciente dado, sin poderse poner de acuerdo acerca de si es o no esquizofrénico.

Las definiciones diagnósticas del pasado no mantienen por consiguiente, en la actualidad el mismo valor que cuando fueron propuestas. Los enfermos acuden ahora en busca de tratamiento mucho antes de lo que en otras épocas se acostumbraba y sus síntomas suelen ser distintos de los de las descripciones clásicas.

La esquizofrenia sigue siendo un objeto de estudio, definido o indefinido, misterioso o no. Si se han necesitado doscientos años de psiquiatría para identificarla y reunir elementos para manejarla, tal vez sean necesarios otros doscientos, para saber cómo aliviarla; la ciencia tiene la capacidad de desdecirse, de reunir elementos a su alrededor y de dejar a un lado los elementos que ya no le competen. Desde este punto de vista, el tiempo indicará cual es el camino dictado para la esquizofrenia, será importante apreciar qué seguirá en pie de lo que hoy se conoce como tal, cuales elementos retoma la ciencia y cuales de los que hoy se consideran probables, son finalmente hechos a un lado.

TEORIAS ETIOLOGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Son muchas las teorías que tratan de explicar la etiología de la esquizofrenia, pero en esta revisión bibliográfica nos abocaremos a las Teorías Genéticas, Bioquímicas, Orgánicas y Psicológicas.

TEORIAS GENETICAS

El interés por el carácter hereditario de las enfermedades mentales se remonta a la época premendeliana. En el siglo XIX se creía que esta herencia era un tipo de proceso degenerativo que se transmitía de una generación a otra en ciertas familias; en particular, en los casos de endogamia. Se desarrollaron entonces, métodos especiales para el estudio de las familias y de los hermanos gemelos, que permitieron agrupar las causas de las variaciones individuales en componentes genéticos y ambientales.

Las enfermedades genéticas se deben, principalmente, a genes "normales" modificados, o sea a las llamadas mutaciones de los genes. Estas mutaciones pueden manifestarse por razones aún desconocidas (mutaciones espontáneas) o producirse por agentes químicos o físicos (mutaciones inducidas).

Los componentes genéticos pueden ser poligénicos, es decir, deberse a muchos genes que se combinan libremente y producen distribuciones continuas.

La forma de transmisión de la esquizofrenia no es conocida; sin embargo, Hanson y sus colaboradores, proponen que los patrones de transmisión son consistentes con la Teoría Poligénica, la cual se postula a continuación:

- a) Los rasgos poligénicos son más comunes en la población general.
- b) Los desórdenes poligénicos se encuentran con severidades variadas.
- c) Los rasgos son mayores en familias con muchos parientes afectados.
- d) Los riesgos para parientes de segundo y tercer grado de individuos afectados decaen más pronto que las expectativas de la teoría del gene dominante, y

e) El riesgo para una persona se incrementa como una función de la severidad de la enfermedad del pariente.

Se ha visto que hijos con dos padres afectados tienen mayor riesgo que los que tienen un solo padre afectado.

También parece ser que por lo menos la mitad, y tal vez hasta un 75% de hijos con padres esquizofrénicos nacieran normales y no perturbados. Cada muestra de alto riesgo, es decir, aquellos individuos quienes debido a sus antecedentes patológicos familiares, tienen la probabilidad de desarrollar el síndrome esquizofrénico, será genéticamente heterogénea; aquellos hijos que reciben los genes necesarios para la esquizofrenia serán los individuos de verdadero alto riesgo, y aquellos que no reciben ninguno de los genes necesarios para la esquizofrenia no tendrán riesgo genético para ésta, aunque sean hijos de padres esquizofrénicos.

Tradicionalmente se ha pensado que el periodo de riesgo para la esquizofrenia va de los 15 a los 45 o 50 años, aunque se ha sugerido que se podría extender a los 55 años y que una extensión hacia abajo también podría ser garantizada (No. 44).

La teoría genética sugiere además, que habrá diferencias individuales en la magnitud de la diatesis necesaria correspondiente al número y potencia de genes predisponentes heredados. Aquellos individuos con una diatesis relativamente mediana serán resistentes a todo, aún a las más severas situaciones Stressantes ambientales, mientras que los individuos con predisposiciones muy fuertes, podrían ser vulnerables a un brote ante cualquiera de los eventos Stressantes de la vida diaria.

Las metas de investigación de alto riesgo incluyen detectar los genotipos de alto riesgo y especificar los eventos de la vida que afectan y que realizan las predisposiciones para la esquizofrenia.

El resultado neto de una combinación dinámica de fuentes genéticas y ambientales de riesgos y ventajas determina cuando y si acaso un individuo predispuesto llegará a ser un esquizofrénico diagnosticable.

Los autores sugieren que ante la ausencia de individuos válidos de los genotipos de alto riesgo, los investigadores deben evaluar los contribuyentes ambientales para la esquizofrenia.

Aun si un indicador perfecto del genotipo de alto riesgo es descubierto, la predicción de todos los casos de esquizofrenia será imposible, así como los contribuyentes ambientales para la esquizofrenia son impredecibles. Hasta ahora, ninguna fuente ambiental específica de riesgo es conocida, el contribuyente ambiental más probable el Stress, puede provenir de muchas fuentes y aparentemente puede ocurrir en cualquier periodo del desarrollo.

Las complicaciones prenatales o del nacimiento, privaciones tempranas, hogares destruidos, entre otras, pueden tener efecto en un individuo predispuesto, las cuales son obvias en retrospectión, pero sería imposible profetizar los eventos mismos.

Otro de los estudios que apoya la teoría poligénica en la etiología de la esquizofrenia, sin descartar los factores medioambientales, es el llevado a cabo por Kay W.K. Col. (1980) en el cual utilizó una muestra de 57 familias de esquizofrénicos, de los cuales se disponía del estado psiquiátrico de los padres; en 30 de estas familias, al menos uno de los hermanos había alcanzado la edad de 18 años.

Si la esquizofrenia es heredada a través de un gene mayor, parcialmente dominante, entonces, al menos uno de los padres debe poseer el gene. Asumiendo que todos o casi todos los portadores heterocigóticos puedan ser clínicamente identificados, habría, excepto en el caso de ilegitimidad, pocas familias o ninguna en que ningún padre estuviera afectado.

En su muestra tomaron como posibles heterocigóticos sólo aquellos padres con esquizofrenia y desórdenes de la personalidad diagnosticados como paranoides o esquizoides, se esperaba que cerca de todos los padres afectados serían mujeres.

Para obtener a los padres hombres tomaron en cuenta además, personalidades psicopáticas y también, a aquellos alcohólicos en donde fue diagnosticada fuertemente sospechosa una anomalía de tipo no neurótico.

Encontraron 19 madres y 12 padres disturbados, pertenecientes a 26 familias. Ambos padres estaban afectados en 5 (9%) y ningún padre en 31 (53%), de las 57 familias.

En proporción de familias que se esperaba tuvieran a ambos padres afectados, fue entonces mucho menor de lo esperado y los datos no van de acuerdo al modelo de herencia dominante. Con la herencia dominante, el riesgo de anomalía en los hermanos en

familias donde un padre está afectado, es usualmente no mucho mayor que el riesgo cuando ninguno de los padres lo está.

Un incremento en el riesgo cuando un padre está afectado estará muy a favor del modelo poligénico.

Hubo una diferencia entre hermanos y hermanas, ya que las mujeres no fueron afectadas del todo por la condición de sus padres. En el caso de los hombres el riesgo se incrementó significativamente en un 15% a 43%, que va de acuerdo al modelo poligénico.

Hubo una mayor proporción de hermanos con desórdenes psicopáticos, condiciones que se consideran con fuertes determinaciones sociales.

Dado que no se encontró evidencia que de ayopo a la teoría de la transmisión de la esquizofrenia a través de un gene dominante, los autores están por tanto, de acuerdo con una hipótesis poligénica, en la que el tipo de anomalía manifiesta en personas predispuestas, está fuertemente influenciada por el ambiente, por el sexo y probablemente también por otros factores constitucionales.

Los padres más severamente afectados catatónicos o hebreáticos tienen hijos más afectados que padres con esquizofrenia menos grave, paranoide o simple.

De acuerdo con los estudios que se han hecho al respecto a los factores genéticos, en un análisis estadístico practicado por Kallmann (New York Department of Mental Hygiene), se ha encontrado que la esquizofrenia se presenta con mayor frecuencia en familias en las cuales ya ha figurado un caso similar de psicosis.

Este autor opina que se hereda una predisposición a dicho padecimiento, debido a un factor genético recesivo. En sus estudios se llega a la siguiente conclusión: el hecho de que un individuo desarrolle una psicosis depende de una compleja interacción de factores constitucionales y ambientales.

Don de Avila, nos dice que si la constitución es un importante factor en la etiología de la esquizofrenia, que entraña alteraciones en el metabolismo vital, es dable concebir que, en algunos casos, las modificaciones de las características constitucionales de la naturaleza bioquímica y fisiológica de las células nerviosas pueden sufrir la influencia adversa del medio

fetal, siendo luego responsables de graves desviaciones de conducta.

Debemos reconocer, que la constitución fisiológica del paciente es importante en cuanto determina la forma en que reaccionará ante un Stress ambiental negativo.

Podemos reflexionar, acerca de si el medio fetal puede modificar la función de las células nerviosas hasta el punto de que el organismo adulto reaccione en forma diferente.

Esta afirmación implica que la constitución puede ser un producto de los genes que el individuo hereda al mismo tiempo que una modificación fenotípica de estos genes, producida en parte, por diferencias en el ambiente fetal.

Muchos investigadores han llevado a cabo sus estudios con la esperanza de que el método prospectivo guiara a la dirección temprana del proceso esquizofrénico y no cubriera los factores potenciadores o protectores (genéticos y ambientales). Todos esperan que la dirección temprana de individuos vulnerables, y en entendimiento de los contribuyentes fisiológicos y ambientales en la esquizofrenia lleve a métodos racionales de tratamiento y finalmente a métodos trabajables para la prevención, metas que hasta ahora no han sido alcanzables.

Ey (1975) nos dice que la predisposición genética a la esquizofrenia es segura, pero es muy compleja e interviene en forma variable según los casos.

Kallmann indica que de acuerdo a sus estadísticas puede esperarse que en la población general se presente el .85% de casos de esquizofrenia mientras que en las personas cuyo padre o madre fueron esquizofrénicos la frecuencia calculada es de 16.4%.

Este autor también estudió la esquizofrenia en gemelos monocigóticos, encontrando que si el trastorno existe en uno de los gemelos, también se presenta en el otro con una frecuencia de 85.8%, en los gemelos heterocigóticos, la frecuencia fue de sólo un 14%; porcentaje similar al encontrado en hermanos esquizofrénicos cuyas edades eran relativamente próximas.

Estos resultados, junto con el análisis de la posible relación causa-efecto ambiental específica, no dejan lugar a dudas de que el genotipo es de fundamental importancia para el desarrollo de la psicosis esquizofrénica.

Luxenberger en una investigación en la que examinó a 25,000 pacientes, encontró 350 gemelos de los cuales 81 pares de gemelos tenían por lo menos, un miembro con diagnóstico de esquizofrenia y encontró una concordancia del 65%.

La escuela de Rudin (1916) mencionó que los tipos mendelianos simples de herencia no son adecuados para las investigaciones genéticas en las psicosis esquizofrénicas y ciclotímicas.

En ese mismo año Rudin comienza a utilizar el método llamado "pronóstico hereditario empírico", que trata de determinar el riesgo de morbilidad psicótica en las diferentes categorías de parientes de los probandos esquizofrénicos y ciclotímicos. Posteriormente, son desarrolladas estas investigaciones en otros países, no apareciendo grandes discrepancias en los resultados.

Según las citadas investigaciones, el riesgo de morbilidad para la esquizofrenia en los distintos grados de parentesco con un enfermo esquizofrénico son: para los hijos, el 16%; para los hermanos, el 10%; para los padres, el 6%; para los nietos, sobrinos y tíos, el 3%; y, para los primos de primer grado, el 2%. De esta enumeración se extraen lo siguiente: el riesgo de contraer una esquizofrenia es mucho mayor en los parientes de un esquizofrénico que en la población general, cuyo índice de morbilidad esquizofrénica es alrededor del 1%, oscilando en los distintos sectores geográficos, según los trabajos de Rudin (1916), Schulz (1932), Stromgreen (1938), Luxenberger (1939), Odegaard (1946), Mayer-Gross (1948).

Meehl (1962), utilizó el término "esquizofrenia" para referirse a un hipotetizado "déficit neural integral", heredado tanto por esquizofrénicos como por algunos de los parientes que no desarrollan síntomas clínicos. Él pensó que el "resbalamiento cognitivo" era uno de los cuatro rasgos centrales de la conducta, producida en los esquizofrénicos y en los esquizotípicos, por la acción directa y recíproca del defecto heredado y el aprendizaje social. Los descubrimientos de algunos autores e investigadores y los datos del estudio de Wood y Cook, sugieren que la incapacidad para centrar la atención es uno de los rasgos esenciales del esquizotipo de Meehl.

No todos los hermanos de los esquizofrénicos heredan el "déficit neural integrado" de Meehl, así como no todos o aún, ni la mayoría, diferirán de lo normal.

Sin embargo, mientras la incidencia de esquizofrenia diagnosticada en hermanos de esquizofrénicos es conocida - cerca

de 7.5% de acuerdo con Rosenthal - la incidencia de la hipotetizada disposición a la esquizofrenia no lo es, así, uno no tiene idea de cuantos hermanos de esquizofrénicos se pudiera esperar que mostraran déficit medible.

En la actualidad varios autores han introducido un tercer factor en la discusión herencia-ambiente, este es el tiempo, es decir, el momento en que los factores ambientales comenzarían a actuar sobre los factores heredogenéticos.

Actualmente existe un consenso general derivado de diferentes estudios genéticos de que la esquizofrenia es una enfermedad familiar.

Aunque Lindelius, Karlson, Modrzwska y Corwe: reportan diferentes cifras en cuanto a la morbilidad del riesgo, todos encuentran que este aumentó de acuerdo con el grado de parentesco a diferencia del .8% a 1% que se ha reportado en la población en general.

Dos clases de pacientes tienen alto riesgo de desarrollar esquizofrenia: los hijos de los padres esquizofrénicos y el gemelo homocigótico de un esquizofrénico. Book habla de un riesgo del 28% y Gottesman y Shields del 35 al 58%.

Aún a pesar de estos datos se pensó que posiblemente esta concordancia familiar pudiera estar relacionada a influencias familiares y ambientales y por mucho tiempo hubo controversias sobre que era determinante para la aparición de la esquizofrenia, si la crianza o la genética.

Con el objeto de aclarar lo anterior se hicieron estudios en pacientes esquizofrénicos que habían sido adoptados, siendo el primero de estos estudios el de Heston y Col. (1981) con 47 descendientes de madres esquizofrénicas a las cuales siguió por 36 años, encontrando que 5 de ellas desarrollaron la enfermedad, esto es un riesgo de 16.6% que significativamente es mayor ($p < .25$), que en grupos control y adoptados.

Otra variación en cuanto a diseños de adopción, es el de adopción cruzada en el que se analizan a los hijos nacidos de padres normales y criados con padres esquizofrénicos, comparándolos con aquellos nacidos de padres enfermos y criados por padres normales y con un grupo control. Comparando al paciente que cae en la más severa patología, el 10% de adoptados de padres biológicos con espectro esquizofrénico se diagnosticaron en este espectro aunque fueron educados por padres normales.

En conclusión, estos hallazgos aportan evidencia de que la esquizofrenia es una enfermedad genética, pero la concordancia en gemelos de menos de 100% indican que los factores genéticos no están completamente explicados, lo que si se encontró cuando sucede este tipo de patología fue una alteración en los genes. Estos están involucrados definitivamente para determinar quién se vuelve esquizofrénico y quién no, además de que los datos de agrupamiento familiar apoyan la hipótesis de la transmisión genética.

Para entender la transmisión genética, es decir, cómo se hereda la esquizofrenia, hay varios puntos que tenemos que tomar en consideración:

1) Un modelo de transmisión es fundamentalmente una hipótesis matemática, esto es, un conjunto de predicciones basadas en una suposición acerca de transmisión de un trastorno que puede ser comparada con los datos observados y acomodar el modelo a los datos estadísticos para que el modelo dado por ejemplo, el de un solo gene, encaje en los datos, esto modifica que la transmisión de un solo gene haya sido probada.

2) Hay que recordar que la transmisión genética es un concepto molecular.

3) Que aunque se pueden proponer modelos con casi cualquier número de Loci y Alelos, el principio de parsimonia dicta que se debe empezar por los dos extremos de un continuo, el modelo de un solo gene y el modelo poligénico, y que ninguno de los estudios, ha podido rechazar ninguna de estas hipótesis.

Una de las cosas que es muy difícil de determinar es, que diagnósticos están relacionados con un genotipo, de esquizofrenia, en gran parte debido a la imprecisión de los mismos.

Con objeto de aclarar qué diagnósticos comparten un mismo genotipo se ha aducido lo que se llama espectro de enfermedad esquizofrénica y se refiere a las diversas condiciones que se han encontrado en los miembros de familias esquizofrénicas, que son de 3 tipos:

1) Desórdenes que algunos han considerado como variantes de la enfermedad, casos borderline, la esquizofrenia latente, la esquizofrenia aguda y la esquizo-afectiva.

2) Rasgos leves de desviación de la personalidad, como falta de sentimiento, asociabilidad, rasgos paranoides.

3) Aquellos desórdenes que se han relacionado con la esquizofrenia como son el alcoholismo, trastornos afectivos y personalidad antisocial.

En vista de que no se puede hablar de un modelo de transmisión genética, varios autores se han ocupado de estudiar el grado de vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad, tienen los niños con alto riesgo de esquizofrenia. Han intentado buscar desviaciones de la conducta o de las funciones biológicas que se encuentran antes de que aparezca la enfermedad plenamente desarrollada que pudieran ser marcadores de la vulnerabilidad.

A pesar de las investigaciones anteriormente referidas no se puede sustentar que la etiología de la esquizofrenia se deba a una causa genética, ya que los % de acuerdo varían de una a otra investigación y no hay datos sólidos apoyando firmemente el aspecto genético de esta psicosis. Así mismo las investigaciones no explican en que forma es afectada la estructura genética del individuo para que tenga predisposición a la enfermedad, dejando una interrogación al respecto.

Creo que se deberá seguir investigando este aspecto para poder determinar si hay o no etiología genética, o en que forma ésta influye para que se de la enfermedad.

TEORIAS BIOQUIMICAS

Los cambios histológicos definidos en la corteza cerebral descritos por Alzheimer y confirmados por otros investigadores, despertaron en los primeros tiempos un gran entusiasmo, que influyó sin duda, en el pensamiento de Kraepelin y Bleuler.

A esta etapa le siguió un período de controversias, de planeamiento y ejecución de estudios controlados de manera más rigurosa, que condujeron al actual consenso de que aún falta demostrar la existencia de una lesión patológica característica de la esquizofrenia.

Todo el auge de la investigación moderna se basa en la posibilidad de encontrar alteraciones de tipo bioquímico como probables causantes de los trastornos esquizofrénicos.

Uno de los pioneros de la investigación bioquímica de la esquizofrenia fue Irwing H. Page, quien trabajando en la química de la circulación sintetizó la serotonina, hormona importantísima en la fisiología del sistema nervioso.

Wolley y Shaw en 1954, formulan su hipótesis en la cual un trastorno en el metabolismo de la serotonina, podría ser la causa de distintos trastornos mentales, especialmente el de la esquizofrenia.

Se sabe que esta neurohormona cumple funciones muy importantes en el cerebro, siendo su distribución mayor en aquellas áreas cerebrales que regulan la vida emocional e instintiva de la coordinación psíquica.

Hay varios hechos que señalan con insistencia la participación de la serotonina en la cadena de procesos metabólicos que tienen que ver con el proceso mental.

Se sabe por ejemplo, que la reserpina, alcaloide de erectos atorácicos importantes, produce una caída de los depósitos celulares cerebrales de serotonina.

Por otra parte los inhibidores de la monoaminooxidasa, enzima que inactiva la serotonina, aumenta los niveles de neurohormona de 2 a 3 veces por encima de lo normal. El empleo prolongado y a ciertas dosis de estos inhibidores llega a provocar trastornos psicóticos.

Sedvall y Col. (1981) reporta en sus investigaciones que hay mayores concentraciones plasmáticas en esquizofrénicos que en controles sanos.

Guley 1958, expuso la teoría de la serotonina y se basó en la idea de la transmisión aberrante, es decir que varias moléculas parecidas a la serotonina eran psicotomiméticas por lo que se postuló una disminución de ésta. Dos años más tarde se desdijo y postuló que existe un aumento.

Actualmente es una hipótesis débil. La última evidencia de esta hipótesis es farmacológica. Los psicotomiméticos producen aumento en el recambio de serotonina y los antipsicóticos producen una disminución en el recambio, por lo tanto, si existe un aumento en el recambio hay una disminución de la neurotransmisión.

El interés por estudiar el metabolismo de la serotonina en la esquizofrenia se basaba inicialmente, en parte, en las anomalías registradas por algunos autores en la eliminación urinaria de aminas biógenas o derivados indólicos a los que pertenece la serotonina.

Las relaciones generales entre la serotonina y la patogenia de las psicosis figura en trabajos de Buscaino (1957), Kety (1959) y Tissot (1961). Los resultados de las investigaciones sobre la serotonina en la esquizofrenia pueden resumirse así:

1) La tasa sanguínea de serotonina suele mantenerse normal en los esquizofrénicos (Udenfriend y Col. 1958).

2) La eliminación del ácido 5-hidroxi-indol-acético, que es el principal catabolito de la serotonina, se mantiene normal en los esquizofrénicos (Forrest, 1959, Feldstein y Col. 1965).

3) Los ensayos de tratar la esquizofrenia por la administración de serotonina peroral, intravenosa, o intrarraquídea, constituyen un rotundo fracaso. La acción psíquica de la serotonina tiene en cualquier caso un cariz euforizante y dinamogenizante, desprovisto de efectos antipsicóticos (Collier y Martín, 1959).

4) La sobrecarga de triptófano, sustancia precursora de la serotonina en el organismo humano, no permite comprobar ninguna anomalía en el metabolismo de la serotonina en los esquizofrénicos (Kopin 1959; Shaw y Col. 1959; Klee y Col. 1960).

Cuando la sobrecarga de triptófano se asocia con la administración de una sustancia inhibidora de la

monoaminooxidasa, con objeto de obtener un mayor enriquecimiento del organismo en serotonina, el metabolismo de ésta en los esquizofrénicos tampoco se desvía de la línea de normalidad propia de estas situaciones (No. 3).

Se ha considerado la posibilidad de una asociación entre la esquizofrenia y las diferencias cualitativas en el metabolismo de ciertas sustancias que normalmente están presentes en el organismo. Sin embargo, hasta el momento se carece de confirmación de esta posibilidad. Con este objeto se ha llevado a cabo una gran diversidad de investigaciones, entre ellas hay algunas que destacan la asociación de las vías centrales noradrenérgicas con el placer y la gratificación, y por lo tanto, con la organización y el control del pensamiento y la conducta.

Wise y Col. (1979), postulan el deterioro del sistema noradrenérgico en la esquizofrenia, para explicar los disturbios crónicos del pensamiento.

En su modelo de enfermedad acordaron que las vías noradrenérgicas gratificantes y su abundante sistema de terminales en el diencéfalo y sistema límbico del cerebro anterior, están críticamente dañados.

Encontraron que la actividad de la enzima dopamina-B-hidroxilasa (DBH) está significativamente reducida en los pacientes esquizofrénicos, lo cual fue consistente con el propósito de demostrar que el sistema noradrenérgico de gratificación-placer en la esquizofrenia está seriamente dañado.

En el cerebro así como en la periferia, la DBH es intraneuronal y restringida primariamente a estas células nerviosas que sintetizan norepinefrina.

La medición post-mortem de DBH en muestras de cerebros humanos, sirvió como indicador de la integridad de los sistemas dopaminérgicos.

Se encontró una notable reducción de la actividad de la DBH en los grupos esquizofrénicos en todas las regiones del diencéfalo (p.001) y el hipocampo (p.05), donde se localizan las terminaciones nerviosas, y fue menor en las regiones caudales

(puente de la médula) (p.02), donde están localizados los cuerpos celulares. Se encontraron deficiencias significativas en la DBH diecenfálica en las pruebas de concentración de la tiramida (p.001).

El sexo no fue un factor determinante aunque se observó que las mujeres tenían una mayor actividad enzimática en ambos grupos.

Los descubrimientos no apoyan la idea de que el déficit de la DBH sea debido a la hospitalización.

Los resultados obtenidos en el déficit de DBH sugieren que dicho déficit debe ser asociado a la enfermedad misma y no a factores externos.

Los autores concluyen que el déficit encontrado puede ser el resultado de un defecto en la síntesis o en la utilización de la DBH, o en otro caso, puede reflejar una condición patológica más general de las neuronas noradrenérgicas.

Otro estudio que considera el papel de la dopamina en la etiología de la esquizofrenia, es el llevado a cabo por Tyrer y Col. (1979), estos autores estudiaron el papel de las dos enzimas dependientes del cobre, involucradas en la regulación dopaminérgica, la Dopamina-B-Hidroxilasa (DBH), la cual ya se mencionó convierte a la dopamina en norepinefrina, y la tiroxina hidroxilasa, que cataliza la hidroxilación de la tiroxina para producir dopa. La deficiencia de cobre, podría estar asociada con la actividad reducida de estas enzimas.

En su investigación los autores trataron de encontrar las diferencias entre los niveles de cobre en el fluido cerebro espinal de sujetos esquizofrénicos y en el de sujetos controles no esquizofrénicos.

Por otra parte, la hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia sugiere que hay un exceso funcional de actividad dopaminérgica en el cerebro de esquizofrénicos. El alfa metildopa interfiere con la transmisión dopaminérgica en el cerebro de esquizofrénicos. El alfa metildopa interfiere con la transmisión dopaminérgica en el sistema nervioso central. Una dosis estándar de alfa metildopa inhibe la descarboxilación de dopa y de 5-hidroxitriptorano y decrece las concentraciones de dopamina y serotonina en el cerebro por cerca de 18 horas. Parece posible que una dosis alta de alfa metildopa, podría muy bien prolongar considerablemente estos efectos.

La teoría dopaminérgica se basa en evidencias farmacológicas las cuales se pueden dividir en dos:

a) Existe la evidencia de que los agonistas de la dopamina, suelen producir cuadros esquizofreniformes. Ejemplo de esto es el LSD, dopaminomimético, aparte de sus efectos sobre la sinapsis de serotonina. La anfetamina en dosis altas o crónicamente administradas es un fuerte agonista de la sinapsis dopaminérgica, la psicosis por anfetaminas es difícil distinguirla de la esquizofrenia, ya que produce un cuadro alucinatorio, trastornos del pensamiento, etc., la anfetamina aumenta la transmisión de dopamina por vía indirecta, no es un dopaminomimético al nivel del receptor, sino que aumenta la liberación e inhibe la recaptación de dopamina o sea que aumenta la transmisión de dopamina por vía indirecta.

b) Evidencia de que los antagonistas dopamina son antipsicóticos. Si algo se afirma del poder de acción antipsicótico es su poder de bloquear la dopamina a nivel del receptor.

Se puede concluir que si los agonistas de la dopamina son psicotomiméticos y los antagonistas son antipsicóticos se puede postular que existe un aumento de transmisión de dopamina. En la esquizofrenia hay una hiperfunción de las terminales dopaminérgicas.

La teoría de norepinefrina postula que es una consecuencia de la teoría dopaminérgica ya que se encontró que la dopamina-B-hidroxilasa que cataliza a la dopamina en norepinefrina se encuentra disminuida en varias áreas cerebrales apoyando la teoría de que la norepinefrina se encuentra en forma deficiente.

Gjessing en 1932, señaló el hecho corroborado por otros autores de que los trastornos mentales de la catatonía periódica se acompañaban frecuentemente de alteraciones del sistema nervioso autónomo. En sus estudios encontró modificaciones básicas en el ritmo del pulso, presión arterial, temperatura corporal, azúcar sanguíneo, reserva de alcalina, función hepática, metabolismo basal y excreción de nitrógeno, fósforo y azufre. La retención de nitrógeno fue un fenómeno constante instalándose precozmente y precediendo a la presentación de síntomas psicóticos.

Se han realizado investigaciones encaminadas a descubrir alguna alteración en el metabolismo del triptófano, mediante la dosificación del ácido 5-hidroxí-indolacético en la orina, como un producto final del metabolismo, habiéndose demostrado que este

cuerpo se elimina en la misma proporción en esquizofrénicos y en normales.

Es de gran interés recordar que las porfirinas, que constituyen un trastorno metabólico genéticamente condicionado, entre la diversidad de síndromes que producen se encuentran cuadros mentales de tipo genuinamente esquizofrénico.

Se sabe que esta neurohormona cumple funciones muy importantes en el cerebro, siendo su distribución mayor en aquellas áreas cerebrales que regulan la vida emocional e instintiva y la condición psíquica.

Gran parte de las sustancias que desarrollan experimentalmente trastornos psíquicos son de naturaleza indólica; en las últimas investigaciones se ha prestado mucha atención al problema de la eliminación de compuestos aromáticos por la orina de los esquizofrénicos. Ciertos autores señalan la presencia de manchas, que no aparecían en cromatogramas normales; sin embargo, se pensó que estarían en relación directa con la ingestión de bebidas aromáticas como el café.

Georgi y Col. han publicado recientemente resultados positivos con este procedimiento, con enfermos sometidos a dietas rigurosamente controladas.

Veech, Altshula y Col., en un trabajo publicado en 1961, reportaron que los cromatogramas urinarios de 14 a 19 esquizofrénicos presentaban aminocromos de propiedades semejantes a la adrenolutina y adenocromo, mientras que en 20 sujetos, sólo 2 dieron estos cromatogramas. Dichas investigaciones se hicieron con un control riguroso de la dieta.

Si se llegase a confirmar lo arriba expuesto se robustecería la hipótesis de Hoffer, Osmond y Smythies, según la cual el trastorno bioquímico de la esquizofrenia estaría en relación con metabolitos anormales de la adrenalina.

Hoffer y Osmond en 1959, encontraron que el suero de los esquizofrénicos poseería propiedades análogas a las del adenocromo y de la adrenolutina, metabolitos anormales de la adrenalina.

Si estas hipótesis no han sido admitidas por todos los autores, parece que una anomalía de oxidación o carboxidación de las sustancias adrenérgicas puede suponerse que exista en los esquizofrénicos. (Horm y Snyder 1970; Tanowsky 1973).

Haavaldsen y Col. (1958) y Frohman y Col. (1960-1961) creen haber descubierto en el suero sanguíneo de los esquizofrénicos la existencia de un factor inhibidor del catabolismo de la glucosa.

Para Frohman y Col. tal factor inhibe in vitro la desintegración de la glucosa en el estado de los ácidos pirúvico y láctico. Por ello los esquizofrénicos suelen tener tasas más altas de los ácidos láctico y pirúvico, que los sujetos sanos. La relación lactato-piruvato registra en los eritrocitos de pollo incubados en el plasma o tracciones del plasma sanguíneo de un esquizofrénico, según distintos trabajos del la "Lafayette Clinic", en Detroit. Frohmann y Col. (1962), Tournay y Col. (1962), Lathan y Col. (1963), toma un valor considerablemente más elevado que en los estudios de control, lo cual permitiría establecer con bastante probabilidad el diagnóstico bioquímico de esquizofrenia. A estos resultados de la clínica de Detroit se contraponen las investigaciones de Buhler e Ihler (1963), Mantoni y Col. (1963), Brown (1964), quienes coinciden en señalar la inexistencia de una influencia típica del suero de los esquizofrénicos sobre la relación lactato-piruvato.

Posteriormente, Frohman y Col. (1963), comprueban que el índice lactato-piruvato sólo se altera anormalmente cuando el plasma se ha estralado a un sujeto poco después de haber hecho un ejercicio moderado. Si la extracción tiene lugar en condiciones de reposo completo, actividad normal o poco después de un ejercicio muy intenso, el resultado no se desvía de la normalidad. Esto sugiere que la modificación de aquel índice en los hematies del pollo por el plasma de un sujeto, depende más del ejercicio que de la presencia o ausencia de esquizofrenia.

La implicación de las catecolaminas en la patogénesis de la esquizofrenia, sugiere que una función neurotransmisora de la catecolamina en pacientes esquizofrénicos podría ser de interés. Con este objeto Kafka y Col. (1981), hicieron un estudio en el que realizaron plaquetas aisladas de una muestra de sangre fresca para medir el alicance específico del (3H) dihidroergocriptina (3H-DHE) a las membranas de las plaquetas y la producción de AMP cíclico bajo condiciones basales y de estimulación en las plaquetas completas. Un cambio en el enlace indicaría una alteración ya sea en el número de receptores, o en la actividad de los receptores para el 3H-DHE, debido a que la afinidad del receptor adrenérgico con el 3H-DHE, es similar en normales y esquizofrénicos, los enlaces del 3H-DHE miden el número de receptores adrenérgicos.

Dentro del espectro de la enfermedad, los autores proponen que la producción decrecentada de AMP cíclico podría caracterizar una forma de esquizofrenia manifestada sólo en hombres.

Msinkvad encontró valores bajos de ácido glutámico en el plasma de los esquizofrénicos, resultados que fueron confirmados por Gjessing en la catatonia periódica.

Aunque probablemente estas alteraciones metabólicas no sean el núcleo esencial de la catatonia periódica, sino fenómenos secundarios del disturbio esencial, Gjessing pensó en un modo de evitar la retención del nitrógeno, y ensayó la terapéutica tiroidea, manifestando haber obtenido una remisión de los brotes con este tratamiento.

Cornal y Col. afirmaron y ampliaron las investigaciones de Gjessing. En sus observaciones encontraron que había una relación entre las fases psicóticas y la excreción de 17 cetosteroides por la orina, indicando que había una alteración en el sistema hipófisis-adrenal, y reportando que en algunos de estos casos el tratamiento a base de corticoesteroides ha actuado favorablemente.

Mall ha estudiado principalmente la psicosis periódica de la mujer, relacionada con su ciclo menstrual, determinado por la eliminación urinaria de estrógeno, corticoides totales y 17 cetosteroides.

Según las orientaciones reportadas por estos estudios, en algunos casos se obtenían remisiones favorables con un tratamiento a base de oxiprogesterona. A pesar de los resultados tan alentadores, estas investigaciones teóricas y prácticas aún no pueden extenderse a otros grupos de esquizofrenias.

Una serie de recientes artículos, vinculan empíricamente los niveles reducidos de la actividad de la plaqueta de la monoaminoxidas (MAO), tanto a la esquizofrenia crónica como al desorden bipolar (maniáco-depresivo).

Sobre la base de estos descubrimientos se han sugerido que la baja actividad de la plaqueta de la MAO pudiera representar un factor predisponente genético para ambos desórdenes.

Murphy y Col. (1979), realizan un artículo al respecto, analizando un estudio llevado a cabo con pacientes esquizofrénicos.

Un segundo estudio efectuado con gemelos fue también analizado por los autores para evaluar, si la actividad reducida en la enzima de la MAO, podría representar un factor biológico relacionado a la predisposición para la psicosis, más que la psicosis clínica en sí misma. Este estudio confirmó nuevamente que la MAO reducida en esquizofrénicos, no representa efectos del desorden esquizofrénico en sí mismo o de su tratamiento, sino más bien pareciera estar relacionada a una predisposición genética o vulnerabilidad para ese desorden.

Los autores concluyen que la evidencia encontrada en los estudios que analizaron, así como la obtenida por otros autores, indican que ningún factor genético determina totalmente la ocurrencia de la esquizofrenia, sino que puede contribuir a una predisposición de este desorden que es modificable por efectos ambientales, psicológicos y tal vez otros eventos biológicos.

Puesto que la baja actividad MAO por sí misma no puede resultar directamente en psicosis, se puede obtener conocimiento útil al estudiar individuos no psicóticos con baja actividad MAO, con el objeto de ver si muestran rasgos psicológicos que podrían, en diferentes circunstancias contribuir al desarrollo de la psicosis.

También se han encontrado correlaciones significativas entre variables psicológicas y actividades del plasma de la MAO, una enzima que aunque exhibe algunas similitudes a la plaqueta de la MAO, es claramente diferente a la enzima plaqueta en muchas otras características.

Scooler y Col. (1980), realizaron un estudio para explorar la relación entre los niveles de la actividad de la MAO y el funcionamiento psicológico en personas normales, en un intento de clarificar la relación entre la actividad MAO y la enfermedad mental.

Los autores concluyen que una relación esquizofrénica-MAO, puede existir y ser aun congruente con sus descubrimientos, una posibilidad es que la baja actividad MAO no tenga un efecto a menos que ocurra en conjunción con otras alteraciones bioquímicas, por ejemplo la presencia de otro defecto enzimático o de cambios inductores de stress en catecolaminas y otras aminas neuromoduladoras centrales.

Otra investigación reciente sobre la MAO nos dice que ésta se ha visto implicada en la etiología de varias enfermedades psiquiátricas incluyendo a la esquizofrenia; tiene funciones importantes de degradación en las monoaminas y tiene amplia

distribución en los tejidos humanos.

En 1946 se enuncia la "Hipotesis de Fiamberti", la cual nos dice que "la esquizofrenia se debe a una deficiencia de acetilcolina, aunque el factor etiológico primario del defecto de la actividad sináptica sería de naturaleza toxicoinfecciosa" (No. 9).

Protopopov en 1946, habla de un defecto congénito en el metabolismo proteínico que origina la formación de productos tóxicos predominantemente de la serie acromática. Estos productos tóxicos actúan sobre la oxidación, determinando anoxemia cerebral.

Por otra parte, existirían perturbaciones de la actividad en las células nerviosas, constitucionalmente débiles del esquizofrénico.

Faling en 1955, sugiere que la esquizofrenia puede ser consecuencia de anomalía del metabolismo e indica 4 posibilidades:

- 1) Formación de triptamina en el organismo.
- 2) Transformación de la serotonina en bufotina.
- 3) Oxidación de la adrenalina, que se convierte en adrenocromo.
- 4) Anormalidad del metabolismo de la porfirina.

Además, considera la posibilidad de que un indol o un grupo de indoles sea responsable de la esquizofrenia, postulando que los síntomas esquizofrénicos pueden ser debidos a una alteración en el equilibrio, colinérgico-adrenalínico en el sentido del predominio de esta última substancia con retraso o supresión parcial de la neuroactividad total más bien que bloqueo completo o abolición.

De Avila (1960), considera que la esquizofrenia, es, en esencia, un error congénito de metabolismo, genéticamente determinado.

Existen síntomas clínicos característicos, en forma de síntomas básicos fundamentales, asociados con la enfermedad. Como resultado de sus normas de conducta el esquizofrénico puede desarrollar un Stress excesivo.

Las hormonas que libera con el Stress no se metabolizan en forma adecuada a causa del defecto metabólico.

Hasta ahora la correlación bioquímica más específica que Avila (1960) encontró con la conducta del esquizofrénico es una proteína cualitativamente distinta en el suero de pacientes esquizorrénicos. A la administración de esta substancia a sujetos voluntarios no psicóticos, le sigue la aparición de síntomas esquizofrénicos. Esta fracción está muy próxima a la oxidasa del plasma - cerulo plasmina - y con frecuencia se halla mezclada con la ceruloplasmina.

Aun no resulta claro si es responsable o no de las presuntas alteraciones en el metabolismo de las aminas.

Es evidente, sin embargo, que la administración de taraxelina es seguida por la actividad fisiológica de zonas específicas del sistema marginal del cerebro, o sea, por un tipo de alteraciones que se pueden correlacionar con la conducta psicótica. Se cree que la taraxelina puede ser una manifestación bioquímica de un defecto genético presente en la enfermedad esquizofrénica.

En investigaciones hechas sobre la función adrenal de la esquizofrenia, se han obtenido resultados coincidentes con las siguientes investigaciones:

Cuando las concentraciones urinarias de creatinina, ácido úrico, fosfato inorgánico, 17 cetosteroides y 17 hidroxicorticosteroides se desplazan de un valor bajo a un valor alto, independientemente del nivel de partida, el enfermo tiende a mejorar. Por lo que se ve un aumento en la actividad adrenocortical, y parece estar asociada con una mejoría clínica.

Varios hechos han ido fortaleciendo la idea de que la esquizofrenia, así como la mayor parte de las enfermedades mentales, está vinculada a un trastorno o grupo de trastornos metabólicos, cuyas bases se encontrarían en la estructura química de los genes.

Otros de los factores que tienen importancia son los tratamientos físicos (como insulínicos y electroshock) cuyo mecanismo de acción sólo podemos interpretarlo en términos de modificaciones bioquímicas.

Por lo anteriormente expuesto considero que las teorías bioquímicas explican con mayor validez la etiología de la esquizofrenia. Para sustentar lo anterior me baso en la revisión de investigaciones al respecto en las que encuentro datos más precisos que en otras investigaciones etiológicas, así mismo en

la utilización de fármacos para el control de la enfermedad, incidiendo estos en la estructura bioquímica del paciente.

Dato que me ayuda a cuestionarme, que si estos fármacos de alguna forma controlan la enfermedad, será porque están incidiendo en alguna falta de substancia a nivel químico por lo que se me hace más razonable encontrar una etiología bioquímica para explicar este fenómeno. No obstante, no dejo de reconocer la posibilidad de otras causas que junto con la bioquímica, incidan en este padecimiento.

TEORIAS ORGANICAS

Kraepelin describía analizando las causas de la esquizofrenia lo siguiente: "En el estado actual de nuestros conocimientos parece muy justificable la conclusión de que con la mayor probabilidad se trata de una autointoxicación, que unas veces se desarrolla insidiosamente y otras se instala en forma tempestuosa" (No. 41).

La escuela Organicista trató de encontrar hace muchos años lesiones anatomopatológicas específicas de la esquizofrenia en los cerebros de enfermos muertos, en el transcurso de este padecimiento, este intento fracasó, ya que nunca se encontraron alteraciones definitivas.

Numerosos estudios han sido conducidos para determinar cuales déficits neurológicos están asociados con desórdenes psiquiátricos, y si los tests neuropsicológicos pueden ser usados para distinguir condiciones funcionales de condiciones orgánicas.

Heaton ha dicho que los esquizofrénicos, particularmente crónicos, son los pacientes psiquiátricos con mayor probabilidad para ejecutar pruebas neuropsicológicas al igual que los pacientes con daño cerebral.

Con el objeto de desarrollar evaluaciones neuropsicológicas detalladas Heaton y Col. (1981), elaboraron un estudio con un grupo de esquizofrénicos que tenían un extenso desarrollo psiquiátrico y neurológico. Los esquizofrénicos fueron seleccionados por la ausencia de enfermedad neurológica demostrable, y se hicieron esfuerzos para minimizar la influencia de efectos de medicación en las ejecuciones de las pruebas.

Tres grupos de comparación fueron utilizados, un grupo de controles normales y grupos separados de pacientes con desórdenes cerebrales crónicos y agudos. El objetivo del estudio era ver si los esquizofrénicos tendrían peores ejecuciones que los normales en la prueba neuropsicológica, y si era así, como podrían compararse sus déficits a aquellos mostrados por los pacientes con lesiones cerebrales graves y agudas.

Se seleccionaron, cuatro grupos de 25 sujetos cada uno, los cuales no difirieron significativamente con respecto a edades o años de educación; los controles fueron 14 mujeres y 11 hombres sin historia o tratamiento de problemas emocionales o de enfermedad que involucrara el cerebro. Estos sujetos tenían una edad media de 29 años y una media de 12.5 años de educación.

El grupo esquizofrénico estaba compuesto de 14 mujeres y 11 hombres quienes eran pacientes voluntarios y habían sido diagnosticados como esquizofrénicos por sus psiquiatras.

Su edad media era de 28.6 años y una media de 12.8 años de educación. Catorce de los pacientes fueron diagnosticados como esquizofrénicos en proceso, 5 como reactivos y 6 estuvieron en el rango intermedio. Todos los pacientes recibieron un examen clínico neurológico, además de un EEG y un electroencefalograma. Todos, excepto 3 pacientes habían estado libres de drogas por varias semanas en el tiempo de las evaluaciones electroencefalográficas. El neurólogo determinó que ninguno de los pacientes esquizofrénicos tenían evidencia significativa de enfermedad neurológica.

Los pacientes de los dos grupos de desorden cerebral habían sido referidos para evaluaciones clínicas neuropsicológicas y fueron considerados por el neurólogo examinador de tener evidencia inequívoca de daño cerebral o distorción.

Los resultados reportados por el autor de esta investigación mostraron que los esquizofrénicos sí presentan deterioro en la prueba neuropsicológica. Pero a pesar de que demostraron déficit neuropsicológico en comparación con el grupo normal, dichos déficits fueron menos notables que los de los pacientes con lesiones cerebrales conocidas.

Los autores proponen que existen bases orgánicas para los déficits moderados neuropsicológicos mostrados por los esquizofrénicos. En base a los resultados encontrados no se puede establecer, que exista una relación etiológica claramente orgánica en la esquizofrenia, sin embargo, se concluyó que algunos pacientes con esquizofrenia seleccionados rigurosamente por no incluir enfermedad neurológica obvia, mostraron evidencia de anormalidad neurológica en una variedad de ejecuciones de las pruebas.

La prueba neuropsicológica de Halstead-Reitan, fue también utilizada por Lewis y Col., con el objeto de determinar entre un grupo de pacientes esquizofrénicos y un grupo de pacientes con daño cerebral. Al igual que Halston, los autores consideran que los esquizofrénicos paranoides se encuentran cognitivamente más intactos que los no paranoides para su investigación.

Se ha sugerido que mediciones relativamente simples de procesos de atención y funciones senso-motor tienen mayor probabilidad de distinguir entre grupos con daño cerebral.

En la batería de Halstead-Reitan, la medición de golpes digitales, una simple prueba de rapidez motora, ha sido la más exitosa para discriminar grupos con daño cerebral de grupos con esquizofrenia. El estudio de Lewis logró discriminar esquizofrénicos paranoides, de pacientes con daño cerebral. La discriminación fue efectuada a pesar del hecho de que los paranoides fueron un grupo que estaba recibiendo más medicamentos; sin embargo, no se logró mostrar una diferencia de los patrones de la prueba entre los esquizofrénicos paranoides y los pacientes psiquiátricos.

Los resultados no soportan la hipótesis original de que los paranoides tienen un patrón único de atención intacta y rapidez motora, pero de pobre solución de problemas, que los diferenciaría de un grupo de pacientes ligeramente intactos.

Los autores concluyeron que dada la falta de evidencia de déficits neurológicos obvios en pacientes paranoides, sería necesario estudiar a pacientes crónicos de edad avanzada, que los incluidos en su muestra, con el objeto de poder obtener alguna implicación etiológica con base orgánica.

El uso de los EEG, los exámenes tomográficos computarizados TC son seguros y no dolorosos, por lo cual se utilizan como una herramienta muy importante en el diagnóstico de la esquizofrenia u otras enfermedades. Se ha demostrado que estos exámenes muestran anomalías más frecuentemente entre esquizofrénicos que entre grupos control.

Campbell y Col. (1979), en un intento de probar una hipótesis orgánica en la etiología de la esquizofrenia, utilizaron los exámenes TC por considerarlos un medio adecuado para obtener apoyo a la hipótesis de los desórdenes orgánicos que predominan en aquellos pacientes esquizofrénicos sin historia familiar de psicosis.

Tomando una muestra de 35 pacientes esquizofrénicos, en donde ninguno de los pacientes tenía epilepsia, síndromes neurológicos, historia de alcoholismo o psicosis por drogas, llevaron a cabo su estudio. Todos los sujetos habían sido tratados con fenotiazinas o drogas psicotrópicas similares.

Uno de los investigadores obtuvo de cada paciente una historia familiar que abarcara a los parientes de primer y segundo grado. Los sujetos fueron entonces divididos en dos grupos: Aquellos con historia familiar de psicosis funcional y los que no la tenían.

Dieciocho sujetos tuvieron una historia familiar de psicosis, en un pariente de primer grado. Las edades medias fueron 37.3 años para la muestra total, 30.0 años para aquellos con historia familiar positiva, y 35.4 para los de historia familiar negativa.

Los exámenes TC fueron realizados utilizando una unidad "Scanning EMI-Head" con bolsa de agua.

Se obtuvieron siete imágenes de cada paciente, a los cuales no se les administraron sedantes. Los exámenes fueron interpretados independientemente, sin conocimiento de la identidad del paciente por dos neuroradiólogos, las edades de los pacientes fueron reveladas en la segunda revisión de los casos para ayudar a evaluar la significancia de la atrofia cortical. En la interpretación inicial, cualquier variación aparente o sospechosa de lo absolutamente normal fue registrada.

Lo que es normal aún esta siendo determinado por los exámenes TC, y algunos descubrimientos considerados ahora anormales, pueden eventualmente probar ser normales.

Después de la segunda revisión, los pacientes fueron divididos en grupos iguales: uno, conteniendo aquellos con la mayoría de anomalías; y, otro, a aquellos con la minoría. Se hizo entonces una comparación con la división genética que había sido hecha independientemente.

Los dos análisis de los exámenes TC, no revelaron ningún descubrimiento reproducible, común a todos o a la mayoría de los pacientes. Las interpretaciones finales indicaron grados variantes de atrofia cortical en 6 de los 7 exámenes anormales un descubrimiento no específico y con muchas causas posibles. Los pacientes con exámenes anormales eran en promedio seis años más grandes que el grupo normal, pero no habían recibido significativamente más fenotiazinas, aunque sus enfermedades eran de mayor duración. Ninguna otra anomalía consistente se encontró en los exámenes TC.

Los autores concluyeron que la atrofia cortical notada, pudo haber sido causada por algún rasgo del proceso de la enfermedad o su manejo, pero sobre la base de sus descubrimientos no parecieron estar implicadas las fenotiazinas.

La Tomografía Computarizada se mantiene como un punto de interés en la búsqueda continua de rasgos orgánicos en la esquizofrenia.

Por otro lado se ha observado que la simetría bilateral de la actividad electrodérmica en la esquizofrenia, ha recibido hasta ahora, poca atención. La asociación reportada entre un foco epiléptico en el lóbulo temporal dominante y los síndromes como la esquizofrenia, ha dado pie para la investigación en esta área.

Tal vez es el caso de Toone y Col. (1980) quienes partiendo de la aseveración que propone que una asimetría observada de la actividad electrodérmica, puede ser atribuida correctamente a una lesión destructiva del lóbulo temporal epsilateral, llevaron a cabo una investigación para probar que entonces, la resección quirúrgica de un lóbulo temporal debería producir asimetría de la actividad electrodérmica.

Por lo tanto midieron la actividad electrodérmica en 10 sujetos, después de una lobotomía temporal anterior, tales pacientes continuaban siendo atendidos en el Hospital Maudsley; la mayoría estaba tomando anticonvulsivos y algunos tranquilizantes menores.

Los pacientes que tenían historia de enfermedad psicótica, no fueron considerados, al igual que aquellos que padecían daño cerebral extendido sobre el lóbulo temporal. El promedio de edad de 5 pacientes mujeres fue de 36.2 años y de 5 pacientes hombres de 29.9 años.

Seis pacientes habían sido operados en el lado izquierdo y 4 en el derecho. El grupo control consistió en 10 voluntarios tomados del personal del Instituto de Psiquiatría y del Hospital. El promedio de edad de 5 sujetos mujeres fue de 30.4 años y el de 5 hombres de 32.0 años.

Era de esperarse que el daño en el lóbulo temporal guiara a una disminución en la actividad electrodérmica en el mismo lado del cuerpo, y que una asimetría en la dirección esperada fuera aparente, después de una lobotomía temporal, sin embargo la diferencia entre los lados del cuerpo fracasó en alcanzar significancia estadística.

Lushins (1982), observó un agrandamiento ventricular en más de 50% en su muestra en pacientes de mediana edad con hospitalización a largo plazo.

Tres años después, Winberger y Col. (1983), estudiaron una población mayor y más joven de pacientes en el Instituto Nacional de Salud Mental, notando agrandamiento ventricular en este grupo,

estos investigadores también observaron agrandamiento de las fisuras corticales, así como asimetría cerebral.

Estudios subsecuentes han demostrado sorprendentes diferencias que prevalecen en el agrandamiento ventricular en esquizofrénicos. Por ejemplo: Golden y Col. (1983), observaron agrandamiento ventricular en 60% de su muestra, mientras que otros investigadores como Andreasen y Col. (1984), lo observaron sólo en el 6%, incluso otros autores reportan que no existe ninguna diferencia entre esquizofrénicos y voluntarios normales en cuanto al tamaño del surco sagital o asimetría cerebral. Estos estudios no son los únicos que reportan hallazgos negativos sobre el tema. Jernigan y Col. (1984), no solamente usaron una nueva técnica semiautomática para demostrar el volumen ventricular, sino que también determinaron el radio de los ventrículos cerebrales y siendo además rectificadas por otros investigadores como Windberger y Golden llegando a la conclusión de que no había diferencias entre esquizofrénicos y voluntarios normales en la población descrita por Jernigan. Sin embargo, las mediciones de los radios ventriculares por Golden, (probablemente debido a que él no sólo midió los laterales sino también el tercer ventrículo), resultaron ser estos de mayor tamaño en comparación con los hallazgos de los otros investigadores.

Debido a que Golden usó los criterios evaluatorios para la medición del radio ventricular cerebral, su cifra del 60% de pacientes con agrandamiento ventricular resultaron excesivas.

Por otra parte, las mediciones del radio ventricular hechas por Jernigan y Windberger, probablemente sean bastante similares; eso sugeriría que las técnicas de medición no explican los diferentes resultados, reportados por estos grupos en sus respectivos artículos, siendo probable que éstas diferencias se deban al tipo de población estudiada.

Estas diferencias entre los diagnósticos de los pacientes no fueron aclaradas; sin embargo, se podría esperar que estos pacientes en estudio mostraran anormalidades en la TC ya sea como pobre desarrollo neurofisiológico o una pobre respuesta a neurolépticos.

Por otro lado, en relación al crecimiento ventricular que se encuentra en algunos esquizofrénicos se discute si se presenta antes o después del tratamiento neuroléptico.

Faber en 1980 trata un grupo de esquizofrénicos con crecimiento ventricular y otro grupo de esquizofrénicos con ventrículos normales, encontrando una mala respuesta al tratamiento en el primer grupo con crecimiento ventricular, y sugiere que los esquizofrénicos con esta anomalía pueden sufrir una enfermedad biológicamente diferente al segundo grupo con ventrículos normales.

Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que el alargamiento ventricular es clínicamente relevante en pacientes con esquizofrenia crónica, quienes pueden tener una enfermedad biológicamente diferente a la de aquellos pacientes similares sin esta anomalía.

Estos autores llegan a las mismas conclusiones, pero ninguna hace la aclaración a qué tipo de enfermedad se refiere, y por otro lado, tampoco confirma su hipótesis, sobre el alargamiento ventricular en esquizofrénicos crónicos.

En estudios neuropatológicos se ha encontrado que el tipo de tensión es determinante para encontrar alteraciones, la técnica de Nissl fracasa en este sentido, pero el uso de carbonato de plata que tienen preferentemente las células gliales, permite demostrar una gliosis difusa en el diencéfalo septum, hipotálamo, tegumento, mesencéfalo de los cerebros esquizofrénicos, según los reportes del Dr. Nieto y Escobar.

Otros autores han encontrado alteraciones en el vermis del cerebelo.

En esquizofrénicos catatónicos se encuentran pérdidas neuronales, desmielinización, gliosis con proliferación de astrocitos y fibrillas gliales, infiltración de cuerpos amiloides directamente proporcional a la cronicidad del padecimiento, ependimitis granular preferentemente en la superficie de los ventrículos laterales y acueducto de Silvio; además encontró desmielinización axónica y pérdida de las neuronas en el globo pálido.

De los pacientes estudiados por Stevens y Col. (1978), 75% presentaban gliosis en la amígdala y en el hipocampo y 50% gliosis en el mesencéfalo y en el hipotálamo.

La extensión de estas alteraciones parece ser peculiar a los cerebros de los pacientes diagnosticados como esquizofrenia catatónica, con respecto a los diagnósticos como paranoides o hebretrénicos en los que las alteraciones encontradas aparecieron en menor cuantía.

Otra técnica para estudiar alteraciones en los cerebros de esquizofrénicos es la tomografía con emisión de positrones ideada por Sokilof y Col. (1977), quienes encontraron que el flujo sanguíneo en la corteza cerebral y el consumo local de glucosa en el cerebro parece estar relacionada y que hay correlaciones entre síntomas específicos y modelos de captación de glucosa; por ejemplo, un paciente con alucinaciones auditivas mostró elevación de la glucosa en las áreas auditivas temporales superiores izquierdas, pero no en la corteza temporal derecha.

Health y Col. (1977), han encontrado un particular patrón de actividad eléctrica con ondas lentas y paroximos en el área septal de pacientes esquizofrénicos durante el período de alucinaciones, a este patrón los autores, lo denominan disritmia septal.

Ante tales evidencias y especulaciones no se puede negar la participación orgánica en la esquizofrenia, aunque no se puede establecer que exista una relación etiológica claramente orgánica en esta psicosis.

Por lo tanto creo que todavía se tiene que seguir investigando al respecto.

TEORIAS PSICOLOGICAS

Fue a partir de Bleuler, quien insistió en la importancia de los trastornos afectivos de la esquizofrenia y que sufrió la influencia de Freud, que los psiquiatras han ido abandonando las explicaciones psicológicas en la acción del medio responsable del trastorno afectivo inicial.

Se piensa que las relaciones dentro del ambiente familiar que son contradictorias a las necesidades emocionales del niño y que lo traumatizan mentalmente constituyen un stress progresivo, cuyo resultado será el de una personalidad inmadura o mal estructurada, incapaz de poder afrontar experiencias futuras, junto con nuevas causas de stress y todas las responsabilidades de una personalidad madura.

Se considera que la esquizofrenia representa una reacción defectuosa ante las situaciones de la vida, una forma desadaptada de enfrentarse a los problemas que surgen cuando el individuo lucha sin éxito contra las causas ambientales, hostiles y además las dificultades interiores.

Se deben buscar las causas de este padecimiento en las experiencias interpersonales de la niñez, en sus relaciones con su medio ambiente de los años posteriores, en sus facultades para adaptarse y los mecanismos mentales mediante los cuales ha tratado de manejar la realidad.

Los modelos de interacción psicodinámica están primeramente orientados a través de enfatizar el entendimiento y explicaciones teóricas de observación psicopatológica. Las explicaciones están basadas en la no experimentación, pero sí en conceptos y constructos referentes principalmente a relaciones dinámicas, funcionales y relaciones interpersonales.

El principal objetivo de la investigación analítico-dinámica es estudiar la derivación de los síntomas secundarios de los primarios, estableciendo de esta manera puntos de contacto con las interpretaciones psicoanalíticas de la esquizofrenia; dicha investigación pretende encontrar una causa psicopatológica general, que sólo puede comprenderse llegando al fondo psicológico de su producción.

Dentro de esta orientación, los psicoanalistas que conceden un papel patogenético al medio familiar, tienen cada uno de ellos su concepto muy personal de la esquizofrenia. Los cuales se expondrán a continuación.

El tema de la psicosis fue para Freud un motivo de preocupación constante. Los problemas que la clínica planteaba exigieron de él varias elaboraciones. Desde sus inicios en los artículos "Las Neuropsicosis de Defensa" hasta el esquema del psicoanálisis 1938, encontramos pruebas de su interés por el problema. Aunque Freud no teorizó con la esquizofrenia, se mantenía al tanto de contemporáneos (E. Bleuler, Minkowsky, Kretschmer), de la situación que representaba para la clínica esta naciente entidad psicopatológica.

Se incluye esta teoría en la medida en que la esquizofrenia es una psicosis y como tal, tiene un mecanismo de origen, así pues, aunque hable Freud y otros psicoanalistas de psicosis paranoide, en su etiología tendrá el mismo fundamento, aunque diferente evolución.

La neurosis, decía Freud, es el resultado de un conflicto entre el "ello" y el "yo", en tanto que la psicosis nace de un conflicto entre el "yo" y el mundo exterior. En este conflicto entre el "yo" y la realidad, el "yo" se halla al servicio del "ello". A instancia de las exigencias del "ello", la realidad es reemplazada por la construcción de un mundo privado. Cuando la concienciación de la realidad exterior se desmorona, podemos comenzar a hablar de la irrupción de una psicosis.

El psicoanálisis se funda en hechos comprobados objetivamente por Freud y que se han hecho clásicos:

- Por una parte la importancia de la afectividad en la vida cotidiana.
- Por otra, el papel del medio familiar y de los conflictos psicológicos que existen a menudo entre el niño y su familia, padres, hermanos, y que se hallan en el origen de las reacciones del niño en su afectividad y su comportamiento. Se trata de hechos que puedan tener consecuencias patológicas en la vida mental del niño, a veces inmediatamente, en ocasiones tardíamente, después de una larga preparación y una maduración más o menos tardía.

- Por último, la afirmación de la sexualidad en el niño; lo que él llama la "libido" que no es todavía genital, sino el acercamiento o repulsión manifestada por el niño hacia el padre o la madre en especial ésta última, con un carácter sexual claramente determinado.

Esta teoría considera que la génesis de las enfermedades mentales se encuentra en una ecuación etiológica compuesta por varios elementos que se van intrincando sucesiva y evolutivamente y que Freud denomina series complementarias.

La primera de ellas está constituida por los factores hereditarios, constitucionales y por las vivencias infantiles traumáticas, factores que en una intrincación recíproca dan lugar a una fijación de la libido en determinado estadio evolutivo, condicionando lo que se llama disposición por fijación de la libido.

La segunda serie complementaria está constituida por la nueva intrincación de este factor disposicional con situaciones actuales, denominadas, en términos generales, "conflicto actual". Este factor puede reducirse a situaciones de fracaso o frustración en lo que se refiere a la satisfacción de la pulsión.

Desde esta situación de frustración se inicia el proceso de regresión a los puntos disposicionales, previamente determinados y específicos para cada neurosis y psicosis. El conflicto actual, agente provocador o desencadenador de la neurosis o psicosis, es inespecífico y sólo actúa desencadenando el proceso de la enfermedad.

De esta manera, podemos apreciar en toda enfermedad, la combinación de ambas series determinando sus características.

En sus artículos sobre la "Neuropsicosis de defensa", Freud da ya la pauta para una primer diferenciación fundamental entre los procesos neuróticos y psicóticos.

Diferenciación que se realiza en base a los mecanismos utilizados en cada uno. Allí afirma que habría tres posibles destinos para la representación insoportable: dos en relación con la represión, y un tercero que tiene que ver con el rechazo. En el primero de ellos el Yo sustituye la representación inconciliable por otra representación - caso de la neurosis obsesiva -; en el segundo, el Yo convierte la representación en un síntoma corporal - neurosis histérica -; y en el tercer la representación sufre una

acción enérgica, de tal forma que la única posibilidad de retorno se da en la realidad, bajo la forma de una alucinación - caso de la psicosis - "El Yo desestima la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido" (No. 32).

Los mecanismos que se ponen en juego serían: para el primer caso la represión de la representación; para el segundo, la conversión, en donde "el cuerpo mismo ha servido de letra", en ese mecanismo en el que por la represión se compromete al cuerpo en una fragmentación dictada desde lo simbólico en la imagen especular. La fragmentación histérica se distingue de la psicótica e incluso se puede decir que es el inverso, en la medida en que la matriz corporal fragmentada del psicótico rebota desde los objetos, y son ellos los que quedaron afectados por dicha fragmentación.

En 1911, en su estudio sobre "Un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)" Freud descarta la posibilidad de que el mecanismo de la proyección, como se creía anteriormente fuera la explicación de la paranoia. Los argumentos son que:

1) La proyección no tiene un mismo desempeño en todas las formas de paranoia.

2) La proyección ocurre en otras afecciones psíquicas, lo que imposibilita postularla como patognomónico del delirio de persecución. En cambio afirma que "lo cancelado adentro retorna desde afuera", que nos lleva a pensar en la realidad psíquica, y que lo que ha sido cancelado ahí se hace presente en lo real.

En este texto nos marca que el punto más débil en el caso de las psicosis debía de buscarse en el tramo entre el autoerotismo, el narcisismo y la homosexualidad.

Afirma que ocurriría una regresión de la libido al Yo a "este sí mismo tomado como objeto de amor donde los genitales sean ya lo principal" (No. 33).

Aquí estaría en juego no sólo la identificación y la problemática del narcisismo, sino también la elección de objeto narcisista que define la homosexualidad.

Vuelve a recalcar tres cuestiones:

1) Los interjuegos de la identidad.

2) La relación entre los interjuegos, y toda la problemática del narcisismo dado que ella toca a la imago, al self y al Yo, así como a la economía libidinal.

3) La elección de objeto narcisista (No. 34).

En introducción al Narcisismo (1914) se halla una diferencia entre neurosis y psicosis con referencia a la resignación de los vínculos con la realidad. "Aún y cuando los neuróticos, también resignan sus vínculos con la realidad, la diferencia es que aún los conservan en la fantasía y ha sustituido los objetos reales por objetos imaginarios. En cambio los parafrénicos al retirar sus descargas libidinales del mundo exterior no las sustituyen por otras en sus fantasías y en caso que se dé es un intento de curación que reconduce la libido al objeto" (No. 35).

Aquí Freud nos da dos pautas para entender la psicosis:

- La primera es el fracaso de sustituir una cosa por otra que podría entenderse como imposibilidad de hacer funcionar la metáfora y en ese sentido falla para simbolizar lo que falta.

- La otra pauta es la concepción del delirio como intento de curación, de reconstruir el mundo perdido.

En 1918, en la Historia de una Neurosis Infantil (El hombre de los lobos), hace una alusión más clara al mecanismo de la forclusión, y deja sentado que una represión es algo muy diverso de una desestimación.

En el sueño se le revela al hombre de los lobos la angustia de castración, que sin embargo él rechaza "no queriendo saber nada de eso, y mantiene su teoría infantil del comercio por el ano.

Es a ese "no querer saber nada de eso" a lo que Freud se refiere como un mecanismo diferente al de la represión, en donde quedaría cancelado el juicio de existencia de esa representación, en este caso la castración.

En este texto como en el anterior (Schreber) la angustia a la castración y su identificación a la posición femenina con el deseo de sostener comercio con el padre es lo que está en juego en la enfermedad (No. 35).

En el tema de la psicosis, Freud insiste en: la falla en la constitución del narcisismo, la imposibilidad de asumir la castración y la identificación con la posición femenina.

Jung considera a la esquizofrenia como un trastorno mental, producto de la reacción de una psique predispuesta hacia una situación para la que no encuentra medios prácticos de solución a respuestas, sobreviviendo una regresión del Yo a un época infantil e incluso embrionaria.

Las ideas de Jung sobre la esquizofrenia tienen bastante analogía con las de Freud. Del mismo modo que Freud admite dos modalidades en el establecimiento de la pérdida de la realidad en la psicosis, Jung piensa que hay dos modos de volverse esquizofrénico:

- Debido a la debilidad de la conciencia.
- A una energía excesiva del inconsciente "colectivo".

El resultado es el mismo en ambos casos: el destronamiento del "Yo" con la pérdida de su posición de supremacía habitual y la desintegración de la personalidad, datos que señalarían el comienzo real de la esquizofrenia.

Hernard y Larogue (1924) explican que la esquizofrenia sería una enfermedad del instinto que evoluciona en 3 periodos afectivos: de retraso, de interiorización y de demencia.

Minkowsky (1927) discípulo de Bleuler, expone que el trastorno fundamental de la esquizofrenia consiste en la pérdida del contacto vital que es el resultado de una función en el que intervienen sobre todo factores dinámicos que permiten la subjetividad del espacio (movimiento) y del tiempo (duración).

Schilder (1928) supone que el núcleo psicótico del esquizofrénico es el narcisismo. En tal caso se hallan borrados los límites entre el cuerpo y el mundo externo, estado comparable al del feto y del recién nacido.

El individuo al tratar de ganar el contacto perdido con el mundo exterior, hace que surjan la sexualidad infantil perversa (sadismo, complejo de edipo, etapas bucal y anal).

Kueppers (1930) dice que la causa directa de la esquizofrenia es no tener una realidad actual del Yo. Con ello se llegaría a la disgregación en el campo de la ideación, a las estereotipias y a una esfera confusa del mundo, en el contenido de la conciencia.

Gerard y Siegel (1950), nos dicen que la esquizofrenia es consecuencia del tipo de relaciones y actitudes familiares que han precedido el desarrollo del individuo, los padres de los pacientes no pudieron establecer relaciones conyugales de tipo adulto y proyectaron su propia inseguridad en los hijos.

Lidz (1958) evita dar una explicación de la etiología de la esquizofrenia en forma directa, pero postula "la hipótesis de que esas personas tienden a retraerse mediante la alteración de sus representaciones internas de la realidad, debido a que se criaron en medio de la irracionalidad y de sistemas intrafamiliares de comunicación que distorsionan o niegan interpretaciones instrumentalmente válidas del medio" (No.49)

Fromm-Reichman (1959), considera al esquizofrénico como una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia, en una época en la que su "Yo" y su aptitud, para examinar la realidad todavía no estaban desarrolladas. Estas tempranas experiencias traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones de años ulteriores. en esta temprana época el niño vive grandiosamente en un mundo narcisista que le es propio.

Aparentemente algo vago e indefinido, que él no diferencia aún, atendiendo a sus deseos y necesidades.

Estos son expresados como lo observará Ferenczi mediante gestos y movimientos, dado que todavía no se ha adquirido el lenguaje. con frecuencia, los deseos del niño son satisfechos sin haber sido expresados, resultado que él le parece un producto de su pensamiento mágico.

La psique del niño pequeño es más vulnerable cuanto menor sea su edad y menos se le haya usado; además el trauma es un golpe contra el egocentrismo de aquel. Por otra parte la temprana experiencia traumática abrevia el único período de la vida en el cual el individuo goza, generalmente, de una completa seguridad poniendo de tal modo en peligro la posibilidad de almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en sí mismo, que él usará posteriormente en su lucha por la vida.

Una vez que llega a su limitada tolerancia, escapa a la insoportable realidad de su vida presente tratando de restablecer el mundo autista, delirante, del niño, pero esto es imposible porque el contenido de sus ideas delirantes y alucinatorias está teñido, naturalmente, por las experiencias de su vida entera.

Arieti (1959-1962), define a la esquizofrenia como "una reacción específica a un estado de extrema angustia, que tiene su origen en la infancia, y más tarde, a lo largo de la vida es reactivada por factores psicológicos. Esta reacción específica consiste en la prevalencia de mecanismos anímicos pertenecientes a los niveles más bajos de integración. Pero el resultado de la reacción no representa una integración en un nivel, sino una regresión". (No. 3).

Para Federn (1956), la esquizofrenia representa, contrariamente a los postulados de Freud, no una defensa sino un verdadero descalabro de la personalidad. La debilitación del Yo que constituiría el hito de comienzo en la esquizofrenia, conduciría a una verdadera catástrofe de la vida anímica, por ser el Yo el núcleo del individuo viviente. Con este descalabro anímico se producirían dos fenómenos de gran importancia: la regresión del Yo a estadios muy precoces de la historia del individuo y la invasión de la subjetividad por el inconsciente y falsas realidades.

Meyer, Sullivan y Lewin (1950-1955), han renovado la perspectiva de la comprensión y el tratamiento de los trastornos, dirigiendo la atención hacia las relaciones del esquizofrénico con su grupo familiar, como "Formador" de la personalidad esquizofrénica por alteración de las comunicaciones entre familiares.

La investigación funcional intenta la demostración de 3 síntomas esquizofrénicos primarios (trastornos del pensamiento, ideas delirantes y alucinaciones) derivándolos todos ellos del trastorno funcional de la realización psíquica.

El primer trabajo sobre esta teoría se debe a Schneider (1931), quien habla sobre las alteraciones vivenciales condicionadas por el estado de conciencia durante el sueño, alteraciones de la realización psíquica, muy semejantes a las del esquizofrénico.

Zecker en 1939, expone lo siguiente: Si suponemos a los esquizofrénicos en determinadas condiciones psicológicas

experimentales mediante varios estímulos externos, estos nos llevan a hacer una interpretación del acuerdo con los principios de la psicología de la estructura, desempeñando un factor importante en la análisis funcional de los conceptos de figura y fondo.

La investigación fenoménica se basa en varias teorías. Inicialmente de éstas es Meyer Gross cuya hipótesis acerca de la esquizofrenia se correlaciona con un estado de sueño, en donde las ideas fluyen una tras otra en forma incoherente. El mismo autor nos dice "El término esquizofrenia se emplea para designar, un grupo de afecciones mentales caracterizadas por síntomas psicológicos, específicos y que provocan en la mayoría de los casos una desorganización de la personalidad al paciente enfermo". (No. 69).

Gruehle (1928) señala como causa de los trastornos primarios de la esquizofrenia "una restauración del metabolismo de la actividad psíquica" (No. 41).

Krish (1932) atribuye a la esquizofrenia una hipotonía de la conciencia, conjuntamente con una desintegración del aparato psíquico.

De acuerdo con lo anterior, es claramente aparente la diversidad de conceptos con las posibles causas que desde el punto de vista psicogénico pudieran explicar la etiología de la esquizofrenia.

Tal parece que todas las escuelas de diferentes tendencias psicoanalíticas o no han tratado de encontrar un motivo determinado en este padecimiento.

Bellak expuso en 1947-1955 su hipótesis del factor múltiple, afirmando que el "Síndrome esquizofrénico puede considerarse, no como entidad nosológica independiente, sino, como síndrome de grave perturbación del Yo" (No. 9). Esta perturbación puede ser resultado de diversos factores etiológicos, somáticos o psicógenos en variadas combinaciones.

Examina 4 áreas de significación en la etiología de la esquizofrenia:

- Predisposición somática.
- Predisposición psicológico-social.
- Causas Psicológicas precipitantes.
- Causas somáticas precipitantes.

Cualquiera de estos factores y particularmente su combinación, pueden producir una grave perturbación del ego, común denominador de la esquizofrenia.

Después de que Bellak en 1962 anota "es curioso observar que en esta era en que el psicoanálisis y los principios de la psicología dinámica ejercen una creciente influencia sobre el modo de concebir los problemas clínicos, las investigaciones relativas a la etiología de la esquizofrenia se han centrado en el aspecto orgánico, metabólico" (No. 41).

Efectivamente, la mayor parte de los psiquiatras que insistentemente habían defendido el origen psicodinámico de la esquizofrenia han permanecido últimamente silenciosos.

En esta forma la escuela psicogénica en la actualidad, tiende a alejarse de las interpretaciones psicoanalíticas para investigar aspectos psicodinámicos más reales.

Así por ejemplo, Spitz ha estudiado los efectos de la carencia de la figura materna en la primera infancia y Bowlby la repercusión que en los niños originó en Europa durante la guerra la privación del afecto y de los cuidados maternos.

Gerard y Siegel (1950) encontraron entre los antecedentes familiares de los enfermos esquizofrénicos con mucha frecuencia una marcada sobreprotección maternal y la ausencia del padre o la insuficiencia del mismo en la función que le corresponde en las relaciones interpersonales.

Reichard y Tillman (1956), encontraron una madre dominante en 76% de las familias de los esquizofrénicos estudiados, repudiando abiertamente el papel maternal en un 13% de los casos, y en una forma encubierta en un 63%, así mismo llamaron la atención sobre el ocasional padre "dominante sádico" (No.49).

Lidz y Lidz (1950), descubren una patología general entre las madres de esquizofrénicos. Describe a algunas que muestran un pensamiento gravemente disperso, y a la mayoría como frías, rígidas o muy indulgentes en relación con el niño. También subraya su impermeabilidad respecto a los sentimientos de los demás.

Lidz y Lidz en 1949, en un estudio de las familias de 50 pacientes esquizofrénicos encontraron que 20 de ellos habían perdido a uno de sus progenitores por muerte o separación antes de la edad de 19 años, 20 tenían padres entre los que existía incompatibilidad de caracteres, 18 fueron educados en circunstancias extrañas y solamente 5 habían disfrutado de medios familiares razonablemente estables.

Al igual que las demás teorías etiológicas, la psicológica no ha podido probar firmemente que en ésta se encuentra la etiología de la esquizofrenia. Ha tratado de conocer las causas de esta enfermedad estudiando al individuo en su núcleo familiar así como en sus primeros años de vida con el objeto de entender que pasa en la psique de estos individuos.

En resumen, podría decir que a pesar de las investigaciones y estudios que han tratado de encontrar la etiología de esta psicosis no se ha podido determinar a ciencia cierta que dispara o cual es la causa de que en algunos individuos aparezca la esquizofrenia, algunas teorías como la bioquímica tienen fundamentos más sólidos, pero no se puede dejar a un lado que podría existir no una causa, sino ser un aspecto multicausal.

Por lo tanto, considero que todavía hay mucho que investigar y que esta revisión de teorías nos da un panorama de lo que se está haciendo para conocer mejor esta enfermedad y poder encontrar formas de prevención o ayuda para la esquizofrenia.

SINTOMAS CLINICOS

Williams define en términos precisos, el valor y sentido que, en su día alcanzó la psicosis: "creemos que el núcleo de lo que hoy llamamos esquizofrenia puede ser comprendido como enfermedad esencialmente unitaria, a pesar de la multiplicidad de sus síntomas, de su curso y de su desenlace, y como una enfermedad psíquica endógena, orgánica o bien tóxicamente condicionada, de causa desconocida" (No. 20).

Bleuler (1911-1930) desde el punto de vista genético divide los síntomas en primarios o fisiógenos y secundarios o psicógenos, productos, los unos, de la propia enfermedad, y, los otros, de la reacción de la personalidad ante ella.

Los síntomas primarios se caracterizan por derivarse directamente del supuesto proceso morboso somático o somatosis esquizofrenógena. Los síntomas secundarios representarían la traducción clínica de la reacción de la personalidad al acontecer morboso. Los síntomas primarios serían psicológicamente incomprensibles y los secundarios, psicológicamente comprensibles.

Subdividía los síntomas primarios en psíquicos y somáticos. En los primeros incluía la relajación de la tensión asociativa, ciertas alucinaciones, estereotipias y los síntomas catatónicos de hiperquinesia y aquinesia, estos ya muy próximos a los somáticos. Entre los somáticos o físicos figuraban el temblor, los trastornos vasomotores, la lengua saburral, los edemas, etc.

El mismo autor desde una perspectiva clinico-descriptiva, distribuyó los síntomas esquizofrénicos en fundamentales y accesorios. Los accesorios se presentarían a menudo en otras enfermedades, los fundamentales serían los rasgos más característicos de las esquizofrenias. Los cuales serían por hallarse siempre presentes en los casos avanzados:

- 1) Disturbio o debilitación de las conexiones asociativas.
- 2) Disturbio de actividad, autismo y ambivalencia.
- 3) Ciertas alteraciones de la afectividad; sobre todo la inadecuación de los sentimientos y la disociación afectiva.

como síntomas accesorios:

- 1) Los trastornos del pensamiento no fundamentales.
- 2) Síntomas catatónicos.
- 3) Las Seudopercepciones.
- 4) Las ideas delirantes (No. 3).

Así el sistema de Bleuler a menudo recibe el nombre de las cuatro AES, Asociación, Afecto, Ambivalencia y Autismo.

Gruble propuso otros síntomas primarios: las alucinaciones e inclusiones, desorden básico del sentimiento de identidad, impulsos extraños, delirios, disturbios del pensamiento.

Schneider distinguió tres grandes grupos de síntomas que, aunque puedan combinarse, mantienen su individualidad, estos son:

- 1) Grupo sintomático del pensamiento intervenido:
Sustracción del pensamiento, influencia del pensamiento, interceptaciones, vivencias de lo "fabricado", deslices lingüísticos, perplejidad, vivencias religiosas y acerca de la concepción del mundo. La forma de vivenciar corresponde al pensamiento intervenido, al sentimiento de extrañamiento de las propias representaciones y a la sonaridad del pensamiento.
- 2) Grupo sintomático de lo saltigrado:
Pensamiento saltigrado, parálisis de los afectos y pobreza de impulsos, disminución de los sentimientos de tristeza y alegría, estados de angustia, cblera, llanto y desesperación, trastorno de los sentimientos corporales y de la autoscopia, alucinaciones físicas. La forma de vivenciar es la de las perturbaciones de la sensibilidad general y las alucinaciones corporales.
- 3) Grupo sintomático de la embolismático:
Vivencias delusivas primarias, disgregación, afectividad inadecuada, falta de interés por las cosas y valores objetivos, impulsos parabólicos. La forma de vivenciar peculiar es la delusión primaria de referencia.

Schneider nos dice que la esquizofrenia no se identifica por la aposición de tales o cuales síntomas y signos "La psicosis es siempre una alteración total" (No. 20).

En 1942, establece la ordenación psicopatológica de la sintomatología esquizofrénica, en síntomas de primer rango y de segundo rango.

1ER. RANGO

Las vivencias de la influencia sobre la corporalidad, los fenómenos de intervención ajena, sea en el sentido de producción o en el de substracción, sobre el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria; la sonoridad del pensamiento y fenómenos afines como la divulgación de las ideas y el robo del pensamiento; las percepciones delirantes y la audición de voces dialogadas y de voces comentadas de la actividad del sujeto.

2DO. RANGO

Las inspiraciones u ocurrencias delirantes, las seudopercepciones restantes, la perplejidad, las distimias depresivas y eufóricas, el empobrecimiento de la vida afectiva y otros.

Señaló que únicamente pueden valorarse como datos a favor de los que llamamos esquizofrénicos aquellos síntomas de primera categoría que aparecen en un estado de claridad de la conciencia.

"La presencia de un síntoma de primer orden, dice López Ibor - justifica el diagnóstico de esquizofrenia" (No. 3).

Los síntomas de 1er. rango de Schneider son psicológicamente incomprensibles.

1) En el plano afectivo, a la luz de la historia vivencial interna del sujeto, por llevar el desgarramiento - de la continuidad histórica, significativa del mismo.

2) En el plano racional, a la luz de la ordenación estructural, dado que están montados sobre la fusión o contaminación de varias funciones psicológicas.

3) En el plano racional por constituir formas de vivencias nuevas en las que prevalece la cualidad de vivencia impuesta por poderes ajenos.

López Ibor (1958-1959), define el rango común de todos los síntomas de 1er. orden como un trastorno de la actividad del Yo.

Mientras que el hombre normal vive sus actos psíquicos como actos propios, originados en él mismo, de acuerdo con su sentimiento de actividad inmanente, las vivencias esquizofrénicas de primer rango son vividas pasivamente, como una imposición ajena, como la revelación de un poder extraño al Yo.

Berze delimitó unos grados del proceso llenos de agudeza clínica:

- 1) Un tipo de enfermos nunca se libera de sus primeros síntomas agudos. El proceso continúa indefinidamente.
- 2) En otros, transcurrido el primer brote, los restos de la personalidad prepsicótica se amalgaman con los del proceso esquizofrénico y forman una nueva estructura personal capaz de un desarrollo creador.
- 3) En otros, finalmente, la enfermedad adquiere tal virulencia y destruye hasta tal punto la personalidad, que cualquier desarrollo es imposible.

Esta variabilidad de la índole y cronología de los síntomas, en interrelación con la estructura de la personalidad, genera la inabarcable riqueza con que la esquizofrenia se manifiesta y crea un mundo propio en cada enfermo.

TRASTORNOS DE LA SENSO PERCEPCION

Relacionados íntimamente con los trastornos del pensamiento, las alteraciones de la sensopercepción se producen característicamente sobre un fondo de conciencia clara. No siempre se delinean, con nitidez frente a los trastornos intelectuales. A menudo hay dificultad en decidir si lo que el paciente relata fue percibido o pensado. Bumke nos dice "Oyen una voz, más no la oyen con el oído, sino que la comprenden en su mente; ven imágenes que son únicamente pensamientos o ilusiones visuales y sienten hachazos en la cabeza, con los cuales designan simplemente una violenta variación de su pesar" (No. 20).

Las alucinaciones son experiencias sensoriales o percepciones sin corresponder a estímulos externos. Son más comunes en las reacciones esquizofrénicas que en cualquier otro campo de la patología conductual. El rasgo que las distingue es que el paciente se encuentra libre de la desorganización y de las perturbaciones de la memoria característica de las psicosis tóxicas y orgánicas.

Por lo común son de carácter auditivo, y a veces visuales y sólo ocasionalmente participan en ellas el gusto, el olfato y la sensibilidad cutánea.

Son también muy frecuentes las pseudopercepciones auditivas menos organizadas, fonemas o simples acoasmas, frente a las que suele existir una acentuada hiperestesia. Crujidos, aullidos, gritos y susurros, tambores y cornetas, todos los ruidos imaginables, adquieren especial tonalidad, y, a veces, intensidad insoportable, por lo que son pésimamente sobrellevados.

Así también se dan las pseudopercepciones visuales, en las que los enfermos "ven" sus pensamientos. Presentándose toda clase de escenas.

Las pseudopercepciones gustativas y olfatorias, muy simples, no tienen caracteres peculiares y, sólo con dificultad, se delimitan frente a las interpretaciones delirantes. Estas son más frecuentes en las parafrenias y sobre todo en las mujeres.

Las pseudopercepciones táctiles, inhabituales, tienen un carácter pasivo: el paciente cree que algo o alguien lo toca. Las pseudopercepciones cenestésicas se dan en formas paranoides y parafrénicas. Los pacientes sienten que los queman, los pinchan, etc.

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

Se considera como lo más genuino de la enfermedad. Schneider comparó el pensar esquizofrénico con el propio de los estados que preceden al sueño. Todo es impreciso, indeterminado, vago. A menudo, tras conversar prolongadamente con un enfermo, se experimenta una sensación de desánimo inconcreto como de no haber llegado a ningún sitio, y ello a pesar de que el paciente se haya expresado incluso en forma chispeante, porque tras esa forma de expresión, hay algo vacío, juicios llenos de imprecisiones, de palabras y sentidos fuera de contexto, de extravagancias y rarezas.

Goldstein ha descrito una concretización del pensamiento y una pérdida de las aptitudes de abstracción como típico del pensamiento esquizofrénico.

El paciente no es capaz de distinguir lo realmente importante de lo irrelevante. Pierden la habilidad para generalizar correctamente y exhiben en el orden de sus conceptos un defecto similar a la pérdida de la relación figura-fondo en un pensamiento perceptual.

Ey nos dice que la discordancia más sorprendente en la esquizofrenia es que exista una inteligencia "potencial" que parece conservada, y el uso profundamente alterado de esta inteligencia: pérdida de cohesión, de armonía, de eficacia.

Parece el pensamiento como enmarañado, desordenado, tan pronto lentificado hasta llegar a la perseveración, tan pronto precipitado y prolijo, o aún discontinuo, como a saltos.

El paciente esquizoide piensa y razona con sus propios términos autísticos, de acuerdo a sus propias reglas privadas de lógica. Es inteligente pero sus procesos del pensar son extraños y no llegan a conclusiones basadas en la realidad o lógica universal.

La producción ideica es caótica y mal dirigida. Las asociaciones se encadenan por contaminación, derivaciones, sustituciones; terminando en propósitos absurdos, en evocaciones bruscas, en interferencias y en extravagancias, detrás de las cuales pueden percibirse de vez en cuando extrañas "iluminaciones", reviviscencias o invenciones insólitas.

Un fenómeno notable casi patognomónico es la interceptación: el relato se detiene bruscamente; durante algunos segundos, y sin que el enfermo experimente molestia por ello, el pensamiento se eclipsa queda como en suspenso; después la conversación se reanuda sobre el tema precedente o sobre otro surgido bruscamente.

Otras veces las ideas se acumulan con tal rapidez y desorden que no alcanzan a expresarse y, paradójicamente, el mutismo que de ello resulta simula un estupor.

Kraepelin introdujo la palabra bloqueo para designar el comportamiento durante el estupor catatónico.

Bleuler lo utilizó para nombrar la interrupción súbita el curso del pensamiento, fenómeno al que, más tarde, se denominó "sustracción del pensamiento" (No. 20).

La sustracción del pensamiento se asocia a cambios de actitud que traducen desde una cierta sensación de desagrado hasta un aniquilamiento y puede acompañarse de sensaciones de extrañeza, pensamientos extraños o representaciones vividas e incluso alucinaciones.

Storch siente que el esquizofrénico utiliza modos arcaicos de pensamiento, mágico-místico. Adopta el animismo del primitivo, su impermeabilidad a la experiencia, su adhesión a los valores metafóricos y a los arquetipos simbólicos.

Tales modos primitivos de pensamiento están estrechamente relacionados a los conceptos psicoanalíticos de procesos de pensamiento primario que trabajan en los sueños normalmente y permiten la condensación, la regresión, la sustitución, el desplazamiento y otras distorsiones de relaciones conceptuales imposibles en un pensamiento racionalmente controlado.

Todos estos trastornos manifiestan una mala "gestaltización" o mala diferenciación de los elementos que, en el pensamiento normal, se distinguen guiados por una intención y reunidos en una forma que se adapta a su contenido significativo.

El esquizofrénico nos indica, por la forma de su razonamiento, la mala coherencia de su contenido psíquico: la estructura diferenciada e intencional del acto psíquico está dislocada.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Las anomalías del lenguaje, muy numerosas son alteraciones de las instancias del proceso de pensar que las rigen.

Gruhle señaló tres caminos al modo como el esquizofrénico crea el lenguaje:

- 1) El esquizofrénico vivencia sentimientos y sensaciones corporales de singular especie para cuya denominación, por carecer de voces adecuadas, se ve obligado a inventar neologismos.
- 2) Las alucinaciones verbales ofrecen un material sin relación alguna con el discurso actual que impele a dialogar con las voces o a defenderse de ellas con exclamaciones que se tornan audibles.

3) A causa, sobre todo, de la autoreferencia de las delusiones, el lenguaje del esquizofrénico se plaga de palabras misteriosas, de significaciones ocultas y propias.

A los trastornos del lenguaje vinculados, por estas 3 vías se anaden, naturalmente, los que traducen la propia alteración del pensar, los resultantes de la irrupción de valencias afectivas, los que son expresión de particulares disposiciones de ánimo, los resultantes de la manía de hacer rimas, juegos de palabras, verbigeraciones que son la repetición incesante de las mismas palabras o frases, como una estereotipia del lenguaje. Todo ello da al lenguaje esquizofrénico un peculiar estilo donde lo misterioso, lo extravagante, lo artificial, lo grotesco, se une a la falta de espontaneidad, la afectación y el fingimiento, en una configuración verbomotora inexpresiva.

En la desorganización del lenguaje severa, los esquizofrénicos pueden llegar a un nivel de discontinuidad verbal tal, que su habla resulta inútil, como instrumento de comunicación. Las secuencias convencionales de palabras y las conjunciones adecuadas desaparecen y la fluidez de la conversación se interrumpe.

La incoherencia en el lenguaje se debe a que el lenguaje del esquizofrénico es primeramente un significado de propia expresión antes que un significado de comunicación.

La conversación puede resultar imposible debido a mutismo, semimutismo o mutismo interrumpido (inhibición funcional del habla y vocalización) por impulsos verbales (injurias, blasfemias, obscenidades) o incluso respuestas laterales, absurdas, desconcertantes, sin relación con la pregunta. La conversación es un monólogo, a veces lento, a veces rápido, entretenido pero a menudo abstracto, inadecuado a la situación.

La fonética presenta la misma falta de intencionalidad unificadora del razonamiento. La entonación, el ritmo y la articulación están desintegradas; lo mismo ocurre a veces en la estructura de las palabras, (condensación de sílabas, deformación del vocabulario) cuya unidad está rota.

Hay alteración semántica en el lenguaje. El sentido (lo significado del material verbal (lo significante) está desviado de su acuerdo con el lenguaje común.

Tiende a cambiar el sentido de las palabras, bien sea fabricando verdaderos neologismos, bien sea empleando en un sentido nuevo

palabras ya existentes, que son creaciones y deformaciones de palabras, deformaciones sintácticas, asonancias, salidas de tono, todo ello para dar, como máximo, un habla sin sentido, falso estilo individual o una jerga en la que el tipo extremo es la "ensalada de palabras".

En la mayoría de los casos, no obstante, las verbalizaciones del enfermo son básicamente normales, pero incluso detrás de esta normalidad hay algo extraño en la mímica, en la entonación de la frase, en la emotividad que comunica.

La escritura está deformada en su grafismo y en sus significaciones, raras ornamentaciones, imágenes fantásticas, cuadros y poemas extraños, simbólicos y abstractos.

LOS DELIRIOS

Sean los que fueren los periodos y la forma de la esquizofrenia, sobre un fondo de deterioración intelectual y afectiva aparecen en la mayoría de los casos unos delirios de importancia variable. A veces son simplemente esbozados y pueden constituir la parte más espectacular de la enfermedad.

Es clásico decir que el delirio de la esquizofrenia es incoherente, móvil, polimorfo; traiciona de buenas a primeras, el fondo de disociación psíquica sobre el que evoluciona. Comporta ideas delirantes muy diversas, variables, a menudo absurdas.

Heuyer nos dice que los delirios esquizofrénicos se clasifican en 3 categorías:

- 1) Delirios alucinatorios.
- 2) Delirios de ensañación.
- 3) Delirios de racionalismo mórbido o dogmático.

1) DELIRIOS ALUCINATORIOS

El síndrome de base de todos estos delirios es el automatismo mental (De clerbault), con predominio de fenómenos sutiles, trastornos del curso del pensamiento.

El síntoma inicial es un sentimiento de extrañeza que se halla en el límite del delirio: es un estado de perplejidad.

El enfermo experimenta la sensación de hallarse dislocado, transformado por una fuerza exterior, ya no se reconoce.

Este sentimiento o sensación se precisa y se objetiva en la idea delirante de una agresión misteriosa contra su persona.

a) Delirio de influencia

Descrito por Seglas en 1894, se construye sobre una base de alucinaciones psíquicas (Baillarger) y psicomotrices (Seglas) "emancipación de lo abstracto", es decir, de un pensamiento puro, indiferenciado, sin fórmula verbal, sin recuerdo, actividad impuesta, e inhibiciones.

Estas alucinaciones están dominadas por la lucha mental, el eco del pensamiento y de sus actos. Se añade la transmisión, la desaparición, los altos en el pensamiento, los olvidos provocados, los falsos reconocimientos, los juegos verbales parcelarios, y en algunos casos el automatismo afectivo.

Entre los fenómenos sutiles de automatismo mental deberá individualizarse un mecanismo: el de la intuición, el cual conduce a la convicción delirante de la adivinación del pensamiento de otro. en estos delirios, el debilitamiento intelectual global es mínimo; es una disociación.

Estos delirios pueden presentar ciertos aspectos particulares:

- Delirio de posesión:

Especialmente lo diabólico. Así mismo la introducción, generalmente erótica, de otra persona en el organismo propio, desemboca en una posesión física, intelectual, sexual.

A veces, el delirio de posesión es un delirio de zoopatía interna (Duprè); el enfermo es habitado por un fastidioso animal, o bien, al contrario, gentil y familiar, que se aloja en el vientre y el enfermo oye el pensamiento que habla en el estómago, en el corazón, en el cerebro.

- Delirio místico:

El enfermo experimenta en sí mismo el antagonismo del bien y del mal, se comunica con Dios, con los santos.

- Delirio Espiritista:

El sujeto esta poseido por los espíritus de los muertos. También puede verse "influenciado" por ellos o comunicarse con ellos mediante el pensamiento.

- Delirio de sustitución del cuerpo y de las formas más triviales.

- Delirio hipocondríaco, de transformación corporal.

- Delirio erótico.

Muy frecuente en las mujeres con alucinaciones genitales, sensación nocturna de una presencia masculina que impone relaciones sexuales.

- Delirio eroticomaniaco.

Se comprueba la presencia de una delirante convicción de ser amado y, en el periodo de esperanza, la búsqueda constante del objeto de sus amores mediante cartas, súplicas, visitas, llamadas telefónicas y toda acción inoportuna.

- Delirio de persecución.

Interpretación errónea, morbosa, de sentimientos y experiencias, atribuyéndolas a maquinaciones e influencias malignas de fuerzas hostiles.

2. Delirios de ensañación

a) Delirios imaginativos de ensañación.

Dupré y Logre han descrito un delirio imaginativo en el cual la mitomanía delirante tiende a exteriorizarse a través de fabulaciones más o menos ricas, narraciones y escritas.

b) Delirios de ensañación

Comporta un tema delirante imaginativo, megalomaniaco sobre un tema de riqueza, de poder, a veces erótico, de contenido incoherente y absurdo, pero sin debilitamiento intelectual global y masivo.

c) Delirio de compensación

El puerilismo designa un delirio imaginativo de ensañación, en el cual el sujeto revive un periodo de su infancia.

3. Delirios de racionalismo mórbido.

La búsqueda de las causas e impulsada por el esquizofrénico más allá de todo límite, hasta el infinito; experimenta la necesidad

de una explicación lógica de la enfermedad que sufre, la explicación de su misma personalidad, de la elección de una carrera, del origen del hombre, del universo.

Su búsqueda plantea problemas filosóficos y religiosos, se interna en los espacios interestelares. Tiene tendencia por interesarse por las ciencias abstractas y ocultas: espiritismo, metafísica, radiestésia.

Conduce también, a la realización de invenciones, de teorías físicas y religiosas.

Ey (1955) nos dice que la esquizofrenia es una forma de existencia delirante que comporta experiencias delirantes primarias y una elaboración autística o secundaria del delirio en la constitución del mundo.

1. Elaboración delirante primaria.

- Vivencia de extrañeza

El enfermo está sumido en un desquiciamiento psíquico, sea continuo o intermitente: progresivo o regresivo. En el fondo de esta producción a menudo denominada "experiencia delirante primaria: consistiendo en un profundo cambio de la experiencia sensible, que ya no le permite enlazar con los anteriores sistemas de referencia. Puede verse como esta "extrañeza" de existencia está ligada a la discordancia.

Esta experiencia generalmente es angustiante como el presentimiento de una catástrofe eminente, más raramente es exaltante como un don mágico, una capacidad maravillosa de clarividencia y de potencia.

Es cáctica, compuesta de ilusiones (alteraciones perceptivas) de interpretaciones ("me miran"), de intenciones ("me adivinan", "roban mi pensamiento") de alucinaciones ("me insultan").

El mundo interior está perturbado; las sensaciones cenestésicas alteradas son vividas como dolores, transformaciones corporales, anomalías de la percepción y toda una serie de modificaciones de la experiencia del cuerpo.

- Vivencia de despersonalización

Muy a menudo la "extrañeza" mas o menos insólita o terrorífica se vive en la esfera del cuerpo o del pensamiento, y los enfermos se lamentan de ser transformados, metamorfoseados.

- Vivencia de influencia

La experiencia delirante es la de un desdoblamiento alucinatorio que expresa en forma de acontecimiento la debilidad y la disociación del Yo.

El paciente está sometido a una serie de comunicaciones, de fractura o de gula a distancia del pensamiento. se le sustrae, se le adivina o se le impone su pensamiento.

2. Elaboración delirante secundaria.

El deliro en su forma autísticamente esquizofrénica, sobrepasa el de las experiencias delirantes, los prolonga y los organiza en un mundo autístico; en un mundo cerrado a toda comunicación, en un mundo interior, herméticamente oculto.

Este delirio tiene las siguientes características:

No se expresa más que por un lenguaje abstracto y simbólico, es imposible penetrar y de reconstruir por el observador quien debe contentarse por lo general en reparar en la incoherencia; utiliza modos de pensamiento o de conocimientos mágicos, está constituido por creencias e ideas que forman una concepción hermética del mundo.

Gruhle distingue 4 actitudes del enfermo delirante:

- 1) No observa cambio alguno en las vivencias externas; siente solamente con claridad, sin poder precisar, que "algo" le concierne.
- 2) Transforma lo llamativo de su conciencia en objeto externo "todo es raro".
- 3) Se siente peculiarmente cambiado, y para describir ese cambio encuentra las formas más extrañas.
- 4) vivencia de modo primario que "algo" significa "algo", pero él permanece indiferente.

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

Kraepelin hizo del embotamiento afectivo el eje del trastorno de la personalidad esquizofrénica; un deterioro emocional que mantiene, con Bleuler, su lugar de privilegio.

"Aún en las formas menos graves, la indiferencia - escribió el maestro de Burghoolzli - parece ser el signo exterior de su condición" (No. 20).

No obstante Bleuler advirtió que, al comienzo, se observa a menudo hipersensibilidad, "de modo que los pacientes se aíslan consciente y deliberadamente para evitar todo lo que pueda suscitarles emociones, pese a que pueden tener todavía algún interés por la vida". (No. 20).

Hay muchos esquizofrénicos que, al menos en ciertos aspectos, exhiben vivas emociones.

Berze, Gruhle, Mayer-Gross, Schneider, Wilmauss, Minkowsky, nos mencionan que sólo en los estados de defecto muy pronunciados puede hablarse de embotamiento emocional. Fuera de ellos, la afectividad de los esquizofrénicos es, como la esquizofrenia misma, ininteligible. Hay un cambio profundo en la calidad de las valencias afectivas, una traslocación en la jerarquía de valores simultánea con el trastorno conjunto de toda la personalidad, y con el cambio del mundo de significaciones. Sólo el pasar del tiempo deteriora la vehemencia de los afectos en sentido de un enfriamiento. La indiferencia es la máscara tras la que el esquizofrénico oculta sus tormentas afectivas que reducen el círculo de intereses hasta límites casi incompatibles con el instinto de conservación.

El esquizofrénico, está preso en una angustia inexhausta y se convierte en foco autorreferencial donde convergen incontables significaciones anómalas, se torna susceptible frente a todo y rigidifica su querer en un intento por controlar su mundo vivencial. Destruye al mismo tiempo la realidad interior y exterior, negando los móviles de su ser y alterando los hechos para volverlos desconocidos. El se quiere y se siente insensible, indiferente y frío.

Ejerciendo en relación a su capacidad de sentir y de emocionarse una formidable represión; pero ésta fracasa debido a que el éxito de tal empresa significa la muerte, siendo imposible vivir sin perder los hechos básicos de la vida que son instintivos, de ahí las paradojas de la vida afectiva del esquizofrénico; sus manifestaciones discordantes, o sus bruscos cambios de comportamiento.

Sólo "su saber" le inquieta. Cuanto le rodea, le deja completamente frío y de ahí su actitud artificiosa y distante cuando los demás pretenden interesarle en contingencias normales.

De ahí que esta afectividad incomprensible resulte incongruente a quien observa, como si la reacción emocional no correspondiera a los contenidos de la conciencia.

A la susceptibilidad se superpone la evidencia de que las relaciones afectivas con los otros y consigo mismo cambian. Las relaciones afectivas están completamente invertidas, cuando no está cortada, está radicalmente falsificada la comunicación con los demás.

En esta falsificación participan los afectos y las creencias. Encerrándose en un círculo de deseos, creencias, sentimientos intensos e irreales, en un infierno de relaciones ambiguas, frágiles e inestables.

Así se adoptan pautas afectivas rígidas, afectadas, fingidas y, en no pocas ocasiones, alevosas e incluso groseras y brutales con quienes le rodean.

Los esfuerzos por adaptar la afectividad al nuevo significado que adquieren los objetos y personas junto a la persistencia de las pautas afectivas previas conducen a una orientación emocional doble donde "el mismo concepto puede estar acompañado simultáneamente por sentimientos agradables y desagradables" (No. 20).

Esta conducta ambivalente (experiencia de un antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, de dos expresiones o de dos actos contradictorios) genera en el enfermo angustia e inseguridad.

Gruhle explicó cómo el estado de ánimo se manifiesta, en ocasiones, hacia la propia miseria; en otros, hacia lo que les rodea. Se sienten espectadores de su entorno, como si no les concerniera, y precisamente ese sentimiento de pérdida de lo real, extrañeza y menoscabo de la libertad personal donde agita un sentimiento del yo perdido, bajo las formas del desdoblamiento de la personalidad y la autoscopia, puede derivar en actos violentos, sobre todo en el período prodromico de la enfermedad, en el que un episodio de brutalidad o un atentado a la moral,

manifestándose en algunas ocasiones en conductas extravagantes resultado de la distorsión de la vida psíquica, y de la pérdida de la unidad, constituye en ocasiones el primer signo del proceso.

No hay frialdad en el esquizofrénico, hay una respuesta emocional incomprensible. El trastorno del sentimiento no se sitúa en el modo de sentir, sino en las peculiaridades de los contenidos.

Bleuler considera el autismo como el fenómeno cardinal en la psicopatología de la esquizofrenia.

En 1911 aportaba dos concepciones de autismo:

1. Incapacidad de entender la realidad y adaptarse a sus exigencias.
2. Se caracteriza por la irrupción de un mundo interior sobrecargado de fantasías desiderativas, y, a veces, ideas delirantes de persecución que implica el apartamiento del mundo real.

Para Minkowsky el autismo supone la ruptura del "sentimiento de estar de acuerdo con la vida y consigo mismo", el pensar autista "no busca ni ser comunicado a los demás de una manera comprensible ni dirigir la conducta conforme a las exigencias de la realidad" (No. 20).

El autista se separa del mundo real y se sume en un mundo de representaciones y significaciones propias.

Minkowsky en 1953, define el autismo como "una pérdida del contacto vital con la realidad" (No. 3).

Schneider señaló que la distinción entre el autismo esquizofrénico y otros estados de retracción e interiorización afectiva estriba en la predilección emocional del enfermo por sus inauditas vivencias afectivas.

TRASTORNOS CONATIVOMOTORES

Según Heuyer en los trastornos de la actividad motriz en los esquizofrénicos hay un trastorno bilateral similar, psíquico y

motor, discordancias psíquicas motrices y disociación psicomotriz.

Bernadou esquematiza esta disociación diciendo que "el cerebro psíquico está aislado, retrasado, excluido en beneficio del cerebro motor que se halla en estado de automatismo" (No. 45).

Sin embargo, a la disociación se sobrepone una interacción no menos importante. Y se pueden distinguir dos componentes:

1) Psicomotricidad centrifuga:

El psiquismo perturbado interviene en la motricidad; el delirio se manifiesta en el gesto que dicta.

2) Psicomotricidad centripeta:

En especial, el trastorno motor se rija sobre el psiquismo. Esta repercusión explica el polimorfismo, la variabilidad, el manierismo, la actitud paradjica de la esquizorrenia hebetreno-catatónica.

Por su peculiaridad, las alteraciones conativomotoras, cuando se presentan, definen la forma clínica catatónica. La acinesia, el estupor, el negativismo, la obediencia automática, estereotipias, verbigeraciones, etc; ofrecen un amplio ramillete de manifestaciones clínicas, siempre llamativas, que pueden presentarse en muy diferentes grados de intensidad y duración.

Los trastornos motrices consisten especialmente en espasticidad muscular. Este es el trastorno fundamental que pone de relieve el nombre de catatonía para designar el estado de tensión de los músculos.

Aparte de la catatonía, los signos propiamente neurológicos son variables y transitorios. Los reflejos tendinosos son los más frecuentemente vivos, sin ser exagerados; es decir, sin acompañarse de signos de la serie piramidal.

El reflejo cutáneo plantar, se señala, lo más frecuentemente en flexión. Guiraud, destaca los siguientes síntomas psicomotrices: catalepsia, distonias de los agonistas y antagonistas en el curso

de los movimientos, las repeticiones, estereotipias motrices, movimientos anómalos parásitos (muecas, tics, risas, miclonias), los ictus con rigidez.

El estupor que se caracteriza por una inercia absoluta, con rechazo total de alimentos y en donde puede conservarse la conciencia, constituye el sintoma más asiduo. Raras veces es total y alcanza, en cuanto a variaciones de la intensidad, desde una pérdida apenas perceptible de la espontaneidad hasta la inmovilización completa con negativismo. No se acompaña de inhibición psíquica; el paciente registra lo que ocurre a su alrededor, pero no reacciona a ello.

Corresponden al empobrecimiento motor del catatónico las estereotipias, que se producen como consecuencia de la "duración anormal de los impulsos motores", ya se trate de la contracción permanente de un grupo de músculos, adopción de posturas extrañas en las que puede permanecer horas o días, y a la repetición de un mismo movimiento.

Ricci, Seglas y Cohen proponen la clasificación de:

- estereotipias de actitud o aquinéticas.
- estereotipias de movimientos o paraquinéticas.

El negativismo comporta un conjunto de acciones con la nota común de producirse en sentido contrario al que cabría esperar de la situación. El sujeto no sólo se resiste a efectuar los movimientos que procura imprimir a sus miembros, sino también a a todo lo que se le pide u ordena.

Esta actitud fue considerada por Kleist como signo de afectación cerebral.

Morel ya había dado a este negativismo el nombre de nihilismo.

Próximos al negativismo se hallan los fenómenos de obediencia automática. El paciente ejecuta mecánicamente órdenes sencillas que incluso van en contra de su voluntad.

Al mismo grupo pertenecen los llamados síntomas imitativos o de eco: ecopraxia (repetición de actos) ecolalia (repetición de palabras que oyen), ecomimia (los sujetos copian de forma simiesca las actitudes).

Directamente vinculada al negativismo, se presenta la llamada flexibilidad cèrea, en la que el observador puede colocar los miembros del enfermo en las posturas más extrañas como si fuera de cera. Al mantenimiento de esas posturas impuestas se llama catalepsia.

También se da la sugestibilidad que es la tendencia permanente e instintiva a adoptar toda sugerencia venida del exterior, cualquiera que sea su naturaleza.

El manierismo puede tratarse de un teatralismo que exprese un exceso de estados afectivos. A veces se trata de la manifestación motriz de tendencias instintivas, de las cuales el "juego de apareamiento" es el prototipo.

En forma más generalizada el manierismo caracteriza una expresión mímica automática, sin estado mental correspondiente: actitudes extravagantes, saltitos, piruetas, movimientos reptantes, sonrisas extrañas, risas que con frecuencia acaban en llanto.

Despersonalización

Son afirmaciones de que algo extraño le ha sucedido al paciente o a su interacción con el medio circundante. A menudo se expresan esos cambios como perceptuales o emocionales; es decir, las cosas parecen o se sienten un tanto distintas de como las sentía o veía.

Los enfermos experimentan sensaciones de irrealidad y ensoñación, extrañeza frente a los suyos; nada les agrada ni satisface; se tornan olvidadizos, poco capaces de pensar; parecen buscar trabajosamente las ideas, se quejan de apatía y vaciedad; de sentirse, internamente, como muertos; de extrañeza frente a todo lo que forma parte de su habitualidad, de desdoblamiento. El sujeto siente que su pensamiento ya no es suyo, que hablan en él, que le hacen actuar. Algunos pacientes sienten que todo lo que está sucediendo a su alrededor ocurre en realidad dentro de ellos, o que todo lo hecho por los demás lo hicieron ellos.

Es obvia la incapacidad de estas personas para distinguir entre sí y los otros, distinción que se encuentra entre las primeras señales y más importantes del desarrollo de la personalidad.

Para Kolb "los síntomas de las reacciones esquizofrénicas se reconocen por la calidad poco común y extravagante de la conducta, que incluye una actitud distante respecto al ambiente, suspicacia, períodos de destructividad impulsiva y despliegues emocionales exagerados e inmaduros, que a menudo manifiestan direcciones ambivalentes y parecen inapropiadas a quien las observa. Las percepciones interpersonales se distorsionan en los estados más graves, debido al material de las ideas delirantes y de las alucinaciones. En las formas más desorganizadas de la vida esquizofrénica, el individuo se aísla en un mundo de fantasía, su pensamiento se altera en forma grave y sus hábitos se deterioran en forma importante, ya que deja de tomar en cuenta las costumbres sociales habituales y el cuidado personal.

En general, se considera que el esquizofrénico es incapaz de establecer, por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía afectiva entre sus impulsos coercitivos y sus inhibiciones, y que no ha podido desarrollar un concepto satisfactorio de su propio cuerpo ni un concepto estable de sí mismo. A menudo el enfermo no sabe cuales son sus objetivos, o bien sus aspiraciones, son tan elevadas e inflexibles, que exceden a los talentos, la persistencia y el empuje que el esquizofrénico tienen para lograr lo que se propone.

Por lo tanto, su capacidad de evaluar con claridad la realidad del mundo es deficiente. Su interacción con otras personas se caracteriza por procesos inmaduros, de comunicación, de pensamiento y de adaptación" (No. 52).

FORMAS CLINICAS

Kraepelin se esforzó en ordenar los modos de presentar la esquizofrenia en tres grandes formas clínicas:

a) Hebefrenia b) Catatonia c) Paranoide

pero consideró siempre provisional, por insuficiente, esta clasificación.

Bleuler añadió, la forma simple y la latente, formas que mantiene en 1937, en la sexta edición de su Lehrbuch, escrito en colaboración con Berze, Luxemburger y Meggendorfer.

Weygandt describe sus formas: heboidofrenia, hebefrenia, forma catatónica, forma paranoide alucinatoria, parafrenia y paranoia.

I FORMA SIMPLE

Se asemeja mucho al viejo concepto de Demencia Precoz. Hace 316 años en 1674, Willis reconoció y describió esta forma, "jóvenes vivaces y llenos de espíritu y a veces incluso brillantes durante la niñez, que en la adolescencia caen en el embotamiento y la estupidez" (No. 16).

No todos los autores comparten el criterio de Bleuler de separar esta forma clínica de la hebefrenia, donde la incluye Kraepelin. Esta forma fue descrita por Weygandt y Serieux en 1908. En este caso, la enfermedad se redujo a un síndrome de base de debilitación mental bajo la forma de disociación.

Scholz insiste en los casos simples de demencia precoz que se presentan en los reclutas.

Trommer en el vagabundaje final, con la pérdida de la afectividad, apatía e inestabilidad.

G. Monod la describe bajo la denominación de "forma frustrada", esta forma está caracterizada por un debilitamiento aislado de

las funciones mentales, sin que el comienzo de la enfermedad esté marcado por una explosión delirante. El sujeto sufre dolores de cabeza, insomnio; el carácter se vuelve sombrío, taciturno, frío, indiferente, se desinteresa de sus padres, de sus amigos.

Más tarde cuando la enfermedad evoluciona, los signos inequívocos aparecen: deformaciones, estereotipias, extravagancias, representaciones de aspecto onírico, desorden y división, el talento se aniquila.

Zemanowitz (1953) nos dice que la afección tiende a iniciarse en edad bastante juvenil y el cuadro clínico es el de una persona sin viveza, sin interés por las cosas, apática, gris, con perturbaciones de la conducta; que se encuentra en situaciones de dependencia con respecto a otros individuos, no presenta manierismos, delirios o alucinaciones y destacan los trastornos del pensamiento.

Colodrón la describe, la forma simple se traduce por una debilitación de las funciones psíquicas con pérdida de la iniciativa, falta de voluntad, empobrecimiento afectivo y abandono de las obligaciones sociales.

El comienzo de esta forma pocas veces se acierta a precisar: la evolución insidiosa a menudo se remonta a muchos años atrás. Son personas abúlicas, gruñonas, malhumoradas, amaneradas, carentes de sintonización afectiva, excéntricos, descarados, propicios al chiste grosero o al insulto, irritables, crueles en las relaciones con familiares y amigos. No suelen presentar trastornos del pensamiento, y si existen, resultan difíciles de descubrir.

Evolucionan lentamente hacia formas demenciales, pero pueden detenerse en uno u otro estado de defecto.

Ey (1955) las describe como formas menores y ésta corresponde a una evolución que progresa muy lentamente. El paso del carácter esquizoide a una serie de esclerosis de la vida afectiva y social, la cual se realiza insensiblemente.

En los antecedentes del sujeto se encuentran rasgos de carácter esquizoide (aislamiento, introversión, rareza y rigidez) los que lo rodean a menudo están alertas, bien porque el paciente se

queja de trastornos somáticos vagos y múltiples (fatiga, flojera), bien porque cae en una apatía o en una inercia invencibles.

Hay apragmatismo sexual, conducta afectiva paradójica (frialdad, brutalidad con sus allegados).

Todo parece resumirse en una agravación progresiva de la inafectividad y del desinterés.

2. FORMA HEBEFRENICA

La heberrenia ha sido descrita por Kahlbaum en 1863 y sobre todo por Hecker en 1871.

De acuerdo a Hecker, se ordena bajo la rúbrica de hebefrenias las formas clínicas en que faltan síntomas productivos.

Masseion la describe "estados de depresión y de agitación caracterizados por trastornos delirantes polimorfos, extremadamente deshilvanados, sin tendencias, a la sistematización sobre una base de alucinaciones o de interpretaciones delirantes y acompañadas de confusión y de imprecisión de ideas: (No. 45).

Cristian (1890) la divide en 2 variedades:

1) Hebefrenia grave, subdividiéndola en simple y catatónica según exista o no espasticidad muscular.

2) Heberrenia ligera mitigada.

a) Periodo de invasión:

Marcada por cefálea, insomnio, estado de depresión, tristeza, ansiedad y perplejidad, obsesiones, fobias. Después vienen el ataque delirante y muy a menudo alucinatorio.

b) Evolución:

Donde se ven los delirios, los cuales son múltiples y consisten en automatismo mental con predominio de los fenómenos sutiles: toma y eco de pensamiento, alucinaciones ríscas y psicométricas, alucinaciones auditivas. Sobre esta base se construyen los delirios de influencia y sus formas particulares.

Puede haber sugestibilidad, negativismo, estereotipias, muecas, tics. Son raros los neologismos. El humor presenta variaciones bruscas, los impulsos son frecuentes y característicos: risas, fugas, violencias, onanismo.

La hebefrenia tiene una evolución paroxística con crisis de delirio y de agitación separadas por intervalos de inercia.

Bellak nos dice que el hebefrénico es un paciente de conducta infantil, con respuestas afectivas estúpidas, vividas alucinaciones y un lenguaje incomprensible.

Otto Fenichel nos dice que en esta forma se observa la pérdida del mundo de los objetos, o la pérdida de todo interés en éste, libre de toda complicación.

La ausencia de intentos visibles de restitución hace de la hebefrenia el tipo regresivo puro de la esquizofrenia. La pérdida de las relaciones de objeto se produce a menudo, de manera sumamente gradual, pero puede ser progresiva.

Para Kaplan en la hebefrenia hay una marcada regresión a una conducta primitiva, inhabitable e inorganizada. El paciente hebefrénico esta usualmente activo pero en una forma no constructiva, sin objeto, el desorden de su pensamiento es muy pronunciado y el contacto con la realidad es extremadamente pobre. Su apariencia personal y su conducta social son dilapidadas. Sus respuestas emocionales son inapropiadas, siempre riéndose sin ninguna razón aparente.

La hebefrenia puede tener un comienzo lento, insidioso, o rápido. El término significa mente de joven.

Cameron dice que en la hebefrenia es común una conducta tonta y desorganizada. Se presentan sonrisas, risillas y risas que al observador le parecen vacías y carentes de sentido. Si hay tristeza será superficial; si hay llanto, carecerá de explicación; y tal vez habrá explosiones de enojo.

Las expresiones emocionales vienen acompañadas de gestos, posturas y manierismos, aparentemente simbólicas, pero por lo común extrañas, más o menos fragmentarias y a menudo grotescas.

El habla se vuelve amanerada, incluso al punto de la incoherencia y la invención de palabras (neologismos).

Los delirios que se presentan pueden ser grotescos o incoherentes e incluyen a menudo nociones extrañas sobre cambios en el cuerpo.

Sobresalen alucinaciones. Con el tiempo el hebefrénico se va refugiando cada vez más en su mundo interior de fantasías privadas, hasta que se disocia y se hace inaccesible casi por completo.

Ey, distingue a la hebefrenia por la predominancia del síndrome negativo, de discordancia y la rapidez de su evolución. Es más frecuente cuanto más jóvenes son los sujetos. Presenta 3 aspectos el cuadro clínico:

- a) apatía progresiva con indiferencia.
- b) comportamiento pueril y caprichoso, sobre un fondo de indolencia e inconsistencia en relación a todos los valores sociales.
- c) a veces, se trata de una regresión masiva hacia un estado de decadencia demencial rápida.

En su gran mayoría, estos pacientes arrastran su enfermedad sin ser sospechada ni por ellos ni por quienes los rodean, ni siquiera por los médicos generales a quienes con tanta frecuencia visitan.

Son frecuentes los cambios de ánimo violentos, el mal humor, la alegría pueril, la perplejidad, la irritabilidad rezongante y mal contenida y la terquedad. Llama la atención la tendencia a hacer chistes malos y juegos de palabras.

3. FORMA CATATONICA

Kahlbaum en 1874, la describe "una enfermedad de curso cíclico variable en el cual los síntomas psíquicos adquieren carácter de melancolía, de manía, de estupor, de confusión y, finalmente, el de la demencia; puede faltar una u otra de tales fases; esta afección comporta como manifestaciones esenciales, juntamente con los síntomas psíquicos, fenómenos del sistema nervioso motriz que tienen el carácter general del catabre: de ahí la denominación de Vesania Katatónica (No. 45).

Actualmente se designa bajo el nombre de catatonía a "un conjunto de trastornos psicomotrices caracterizados, en su forma más típica, por la pérdida de la iniciación motriz, cierto grado de tensión muscular, fenómenos paraquinéticos y trastornos mentales en los que predominan, generalmente el estupor y el negativismo". (No. 26).

En este tipo de esquizofrenia se subrayan las perturbaciones motoras. En un extremo el paciente puede experimentar una excitación desorganizada; en el otro, mostrarse mudo e inmóvil, como en un estupor. Pueden darse en la misma persona todo tipo de combinaciones de tales síntomas.

En la excitación catatónica puede haber el mismo grado de actividad incesante que en las manías, junto con la misma incapacidad de dormir, el mismo desánimo para comer o beber. Sin embargo, la diferencia con los maníacos, es que el catatónico es grotesco, poco realista e incoherente.

Tanto en el paciente catatónico excitado como en el inmóvil hay delirios, de carácter persecutorio, o místico y milagroso. También se presentan alucinaciones que suelen consistir en versiones aterradoras apariciones ininteligibles, voces y otros sonidos misteriosos o espantosos.

La catatonia es un estado de estupor, que puede ir del simple entorpecimiento hasta un grado de "bloqueo" que sólo permite ciertos movimientos o ciertas explosiones verbales.

Ey (1955) y Kaplan la catatonia tiene 2 formas:

a) Estupor catatónico:

Estado de inercia, inmovilidad, en el que predominan los signos negativistas. Puede haber mutismo, estereotipias, ecopraxia y obediencia automática, catalepsia. Sobre este fondo de inercia sobrevienen bruscos brotes de agitación y de impulsividad.

b) Agitación catatónica:

Es el extremo de la agitación psicomotriz. Hay extrema violencia. Aquí las expresiones teatrales, las violencias verbales y de gesticulación y la ensalada de palabras se dan en grado máximo.

Sus producciones verbales son incoherentes y su conducta parece ser influenciada más por estímulos internos que por respuesta a su medio ambiente.

Bellak nos dice que en la catatonia el paciente tiene un rostro sin expresión, hay apatía, falta de interés por todo, depresión, pensamiento de suicidio, sentimientos de que el mundo es hostil y que todos son culpables, hay sensación de vacío mental, desorganización del pensamiento, mutismo, inactividad, estupor, negativismo, estereotipia, catalepsia, alucinaciones auditivas y delirios de ser seguido.

La catatonía no es una enfermedad autónoma; es un síndrome, caracterizada a su vez por otros 3 síntomas:

- La catalepsia o conservación de actitudes.
- Las estereotipias, la repetición automática, casi mecánica de los mismos gestos, de los mismos propósitos.
- La sugestibilidad y la oposición, dos síntomas concomitantes y contradictorios, a los que Bleuler concede un significado de ambivalencia.

Este síndrome catatónico expresa la disociación del psiquismo en el pensamiento y la motricidad.

Scheidegger (1929) y Stauder (1934) describieron una forma peculiar de catatonía febril agitada, propia de los jóvenes (18 a 27 años) con angustia, desnutrición, sitiofobia, agresividad, autolesiones o intentos de suicidio y oscilaciones súbitas del ritmo vigilia-sueño, que en pocos días conduciría a la muerte.

4. FORMA PARANOIDE

Es la forma más completa de la esquizofrenia en donde además de la disociación y el autismo, que pueden ser poco marcados, predominan los errores de los sentidos (alucinaciones) y una rica producción delirante. Son las más frecuentes en el adulto y las que mantienen rasgos más definidos a lo largo de su curso.

El término "paranoide" fue utilizado por vez primera por Kraepelin en 1893, en la cuarta edición de su tratado.

Seglas (1900) ofrece la siguiente definición:

"La demencia paranoica está caracterizada por un debilitamiento intelectual, de naturaleza demencial, desarrollándose rápidamente y acompañándose durante un período de tiempo bastante largo de errores sensoriales y de ideas delirantes variables, desprovistos de todo carácter sistemático" (No. 45).

El comienzo de la forma paranoica se anuncia por algunos prodromos:

cefalea, lasitud, inquietud, irritabilidad, se produce en el curso de un acceso de agitación catatónica.

Rápidamente se instala un delirio mal sistematizado, casi siempre se presentan alucinaciones múltiples e interpretaciones pobres,

que por lo general dan apoyo y enriquecen las creencias tenidas durante los delirios. Se ve en el cuadro:

- Fenómenos sutiles de automatismo mental (alucinaciones psíquicas y psicomotrices. Eco, toma o sugestión del pensamiento).

- Alucinaciones auditivas: injurias, amenazas, órdenes, consejos.

- En ocasiones alucinaciones olfativas y rara vez alucinaciones visuales.

En este grupo los delirios dominan el escenario. Hay variados temas delirantes: está caracterizado por los delirios de grandeza acompañados por ideas de referencia, o de persecución, megalománicas, de filiación, influencia.

Se presentan mezclas de lo mágico, lo místico, lo religioso y lo sexual a menudo en muy extrañas combinaciones. En ocasiones se tienen delirios muy vívidos de catástrofes, destrucción del mundo, salvación y reconstrucción del mundo.

El humor de éstos es variable. El comportamiento, en relación con las ideas delirantes, es irregular, extravagante, se entrelazan a explosiones de violencia, ataques contra sus "perseguidores".

Se pueden ocultar en el autismo, en el negativismo, presentando movimientos estereotipados.

En el lenguaje hay verbigeración, neologismos y trastornos de asociación de ideas.

Son suspicaces, reservados, hostiles, agresivos, pedantes, con incapacidad de comprender el punto de vista de los demás, locuacidad en la argumentación, pretensiones de grandiosidad.

Socialmente se conducen bien. Sus áreas de inteligencia no afectadas por los delirios son altas.

Muestran una menor regresión de sus facultades mentales, emocionales y de conducta que los otros tipos de esquizofrenia.

Kolle encontró que la gran mayoría de las esquizofrenias paranoides, comenzaban a partir de los 30 años mientras que las otras formas clínicas lo hacen entre los 15 y los 30 años.

Kraepelin describió las parafrenias, con mínima o nula alteración intelectual y afectiva y un curso y terminación distinto que no abocaría a embrutecimiento terminal.

Construyó este grupo con casos en los cuales; "tras el Ser. decenio se presenta de modo insidioso un delirio alucinatorio, insuficientemente sistematizado, de fondo persecutorio y evolución crónica, fusionado más tarde con ideas de grandeza, de posesión, de contenido erótico, con presencia siempre de alteraciones del lenguaje de mayor o menor grado y que no abocan al embrutecimiento propio de los procesos esquizofrénicos" (No. 20).

Bunke en 1924, las separa y en 1941 las une de nuevo. Mayer Gross mantuvo dentro de las esquizofrenias a la parafrenia y se apoyó en los trabajos de Kollé (1930) quien demostró cómo la sintomatología de la esquizofrenia variaba con la edad de comienzo, así mismo dijo que en las esquizofrenias tardías no se observa disgregación.

Autores como Polatin (1948), Kaplan (1967), Cameron (1982), nombran una quinta forma de esquizofrenia, la de tipo esquizo-afectiva; la cual se caracteriza por una mezcla de síntomas esquizofrénicos con maníaco-depresivos.

Se presenta elación o depresión, los delirios resultan grotescos, vagos, peor organizados que lo usual.

Son comunes las alucinaciones, cosa que no ocurre en las manías y en las depresiones.

Pueden estar eufóricos, juguetones, distraídos e hiperactivos.

Hay indiferencia por otras personas, falta de atención y de interés con tendencia al aislamiento.

Abundan los extrañamientos, sentimientos de modificaciones en la persona, especialmente en las partes del cuerpo; la despersonalización, sentimientos de irrealidad, hay delirios somáticos grotescos, perturbaciones en las sensaciones corporales, aumento de interés por las partes del propio cuerpo. Se presentan disturbios del pensamiento.

Colodrón (1983) y Ey (1955) describen la esquizofrenia pseudoneurótica.

Sobre un fondo de esquizoidia puede ya no producirse una evolución lenta, progresiva y seguida, sino que explota en sucesivos brotes entre los cuales el paciente curado de su "brote psicótico" reemprende una existencia "neurótica".

Al comienzo de la esquizofrenia puede observarse un estado hipocondríaco-neurasténico, sobre todo en las hebefrenias, es en ocasiones muy prolongado.

A menudo, en su primer etapa, la esquizofrenia simula una neurosis obsesiva o bien se origina en una personalidad con rasgos obsesivos.

FORMAS CLINICAS PROPUESTAS POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EN LA REVISION DE 1978 (CIE-9).

295.0 Tipo Simple

Psicosis con despliegue gradual de aberraciones de la conducta, incapacidad para afrontar las demandas de la sociedad y declinación en el desempeño total. Las delusiones y las alucinaciones no se ponen en evidencia y el estado psicótico es menos obvio que en los tipos hebefrénicos, catatónico y paranoide de la esquizofrenia.

Con el progresivo empobrecimiento social, el paciente puede dedicarse a la vagancia y tornarse en autoconcentrado, perezoso y carente de objetivos. Debido a que los síntomas esquizofrénicos no son muy claros, el diagnóstico de ésta forma debería hacerse con mucha cautela o no hacerse.

Esquizofrenia simple.

excluye: esquizofrenia latente (295.5).

291.1 TIPO HEBEFRENICO

En esta forma de esquizofrenia los cambios afectivos son predominantes, las delusiones y alucinaciones son efímeras o fugaces y fragmentarias, el comportamiento es irresponsable e imposible de predecir y los amaneramientos son frecuentes, el ánimo es superficial e inadecuado; se acompaña de risa espasmódica, tonta, afectada, o de sonrisa egocéntrica y autocomplaciente, o de modales altivos, muecas, amaneramientos, burlas, lamentaciones hipocondríacas y frases reiteradas. El pensamiento está desorganizado. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento parece vacío de propósitos y de sentimiento. esta forma de esquizofrenia comienza usualmente entre los quince y veinticinco años de edad.

Esquizofrenia hebefrénica.

Hebefrenia.

295.2 TIPO CATATONICO

Presenta como característica prominente y esencial los trastornos psicomotores que a menudo alternan entre extremos como la hiperquinesia y el estupor o la obediencia automática y el negativismo. Se pueden mantener actitudes forzadas durante períodos largos; si los miembros del paciente son colocados en una posición inusual, se les puede tener así por algún tiempo, aun después que la fuerza externa ha sido retirada. La excitación severa o marcada puede ser un signo notable de esta afección. Pueden presentarse síntomas concomitantes depresivos o hipomaniacos.

| | | | |
|---------------|-----------|--------------|---------------|
| Agitación | | catalepsia | |
| | | catatonía | esquizofrenia |
| esquizofrenia | | flexibilidad | |
| estupor | Catatonía | cérea | |
| excitación | | | |

295.3 TIPO PARANOIDE

Forma de esquizofrenia en la que el cuadro clínico es dominado por delusiones relativamente estables que pueden estar acompañadas por alucinaciones. Con frecuencia, las alucinaciones son de persecución, pero pueden tomar otro aspecto (por ejemplo: de celos, nacimiento ilustre, misión mesiánica, o cambio corporal). Las alucinaciones pueden acompañarse de comportamiento errático; en algunos casos, la conducta se trastorna seriamente desde el inicio de la enfermedad; el desorden del pensamiento es notorio y puede presentarse superficialidad afectiva con delusiones y alucinaciones fragmentarias.

Esquizofrenia: pararrênica, paranoide

Excluye: parafrenia involutiva (297.1).

295.4 EPISODIO ESQUIZOFRENICO AGUDO

Trastorno esquizofrénico, diferente de los mencionados en las formas precedentes, en el cual se encuentra un estado semejante al de la ensonación, con ligera obnubilación de la conciencia y plejidad.

Las cosas externas, la gente y los acontecimientos pueden parecer cargados de significado personal para el paciente. Puede haber tormenta emocional e ideas de referencia. En muchos casos se

presenta la remisión, dentro de unas pocas semanas o meses, aun sin tratamiento.

Ataque:

Esquizorrénico agudo
esquizofreniforme

Esquizofrenia aguda (indiferenciada)
Oneirofrenia
Psicosis esquizofreniforme (de tipo
confusional).

Excluye: Las formas agudas de esquizofrenia de tipo:

Catatónico (295.2)
Paranoide (295.3)

Hebefrénico (295.1)
Simple (295.0)

295.5 ESQUIZOFRENIA LATENTE.

No ha sido posible producir una descripción universalmente aceptable de este trastorno. Aunque no se le recomienda para uso general, se da una descripción para quienes la crean útil: un estado con comportamiento excéntrico o inconsecuente y anomalías del afecto que dan la impresión de esquizofrenia; aunque no se han manifestado los característicos desórdenes esquizorrénicos en el presente ni en el pasado.

Los términos de inclusión muestran que éste es el mejor lugar para clasificar otras variedades mal definidas, de esquizofrenia.

Esquizofrenia:

cenestopático
indiferenciada (crónica)
prepsicótica

Esquizofrenia:

prodrómica
pseudoneurótica
pseudopsicopática

Excluye: personalidad esquizoide (301.2).

295.6 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

Una forma crónica de esquizofrenia cuyos síntomas, que persisten desde la fase aguda, han perdido grandemente su precisión. La respuesta emotiva está embotada y el desorden del pensamiento, aun cuando fuera notorio, no impide que se desarrolle trabajo de rutinas.

Estado esquizorrénico residual.

295.7 TIPO ESQUIZOAFECTIVO

Psicosis en la cual tienden a mezclarse pronunciadas características maníacas o depresivas con manifestaciones esquizofrénicas y que tiende hacia la remisión sin dejar defecto permanente, pero que es propensa a la recidiva. Este diagnóstico debe establecerse sólo cuando son marcados tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos.

Psicosis : esquizoafectiva
 esquizofreniforme tipo afectivo
 mixta esquizofrénica y afectiva.

295.8 OTRAS

Esquizofrenia, de tipo especificado, no clasificable bajo 295.0, o 295.7; verbigracia: esquizofrenia de tipo infantil SAI.

Son especialmente importantes para esta subcategoría las psicosis que algunas veces se manifiestan antes de la pubertad, en las cuales son notorias las características esquizofrénicas y pudiera estar retardado o distorsionado el desarrollo mental. Presentan manifestaciones muy similares o idénticas a las de la esquizofrenia, pero el modo de aparición y el curso de la enfermedad hacen que el diagnóstico de esquizofrenia sea incierto.

Esquizofrenia atípica.
 Excluye: autismo infantil.

295.9 NO ESPECIFICADA

Sólo para ser usada como último recurso.

Esquizofrenia: SAI Reacción esquizofrénica SAI

Psicosis Esquizofreniforme SAI

II. FORMAS CLINICAS PROPUESTAS POR LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. APA, 1980 (DSM III).

295.1x TIPO DESORGANIZADO

A. Incoherencia frecuente

B. Ausencia de ideas delirantes sistematizadas

C. Afectividad inapropiada, embotada o estúpida

295.2x TIPO CATATONICO

Tipo de esquizofrenia en el que dominan algunos de los siguientes síntomas:

- 1) Estupor catatónico (notable descenso de la reactividad al ambiente y/o reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad o mutismo).
- 2) Negativismo catatónico (resistencia, sin motivo aparente, a las instrucciones o intentos de ser movilizado).
- 3) Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos para modificarla).
- 4) Excitación catatónica (excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por los estímulos externos).
- 5) Actitud catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes inapropiadas o extrañas).

295.3x TIPO PARANOIDE

tipo de esquizofrenia dominada por uno o más de los siguientes síntomas:

- 1) Ideas delirantes de persecución.
- 2) Ideas delirantes de grandeza
- 3) Ideas delirantes de celos
- 4) Alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza.

295.9x TIPO INDIFERENCIADO

Tipo de esquizofrenia en el que hay:

- a) Ideas delirantes, alucinaciones, e incoherencia llamativa, o conducta claramente desorganizada.
- b) No se cumplen los criterios para ninguno de los tipos previamente señalados o se cumplen los criterios para más de un tipo.

295.6x TIPO RESIDUAL

Un tipo de esquizofrenia en el que hay:

- A) Una historia de un episodio previo de esquizofrenia como mínimo, con síntomas psicóticos llamativos.
- B) Un cuadro clínico sin ningún síntoma psicótico llamativo, que ha obligado a la asistencia clínica.
- C) Pruebas continuas de enfermedad, tales como afectividad embotada o inapropiada, tratamiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico, o pérdida de la capacidad asociativa.

LA FAMILIA

LA FAMILIA FUNCIONAL

El hombre occidental contemporáneo nace dentro de una estructura concreta a la que se denomina familia, recibe de ella su dotación biológica. En el transcurso de sus primeros años de vida absoluta, es protegido, alimentado, recibe una determinada herencia cultural, adopta una ideología y finalmente crea allí las bases iniciales para su futura relación con otros grupos distintos al suyo propio (17).

La familia no es una simple colección de individuos, constituye el grupo primario, entidad dinámica con la vida, es la principal correa de transmisión para la difusión de las normas culturales a las nuevas generaciones. Transmite en general, la porción de la cultura accesible al estrato y al grupo social en que los padres se encuentran, siendo estos los que socializan a los hijos durante las diferentes etapas del crecimiento. Creándose un vínculo común entre sus integrantes donde se comparten sentimientos, circunstancias y deseos, formando con todo esto la dinámica familiar.

Chagoya (1975) entiende a la dinámica familiar normal como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos, desarrollarse como individuo y que les da el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.

Todas estas relaciones que se dan en la familia son las que ayudan o inhiben un adecuado desarrollo social y humano.

Fundamentalmente la familia hace dos cosas:

- 1) Asegura la supervivencia física.
- 2) Construye lo esencialmente humano del hombre (1).

Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación.

Provee las bases constitucionales para la personalidad a través de la herencia, y constantemente contribuye a ésta por el ejemplo, la enseñanza, y por la interacción de sus miembros como una unidad social; con esta unidad el niño está preparado para estar en relación con otras personas y grupos sociales (55).

Psicológicamente los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas.

La familia imprime a sus miembros sentimientos de identidad independiente, poseyendo estos dos elementos:

- 1) Un sentimiento de identidad.
- 2) Un sentido de separación.

Estos sentimientos se unen y se proveen en la familia, siendo está la matriz de la identidad.

Las relaciones familiares regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo emocional e inhiben otros.

La interacción familiar moldea los alcances del impacto entre fantasía y realidad y afecta así el desarrollo de la percepción de la realidad.

Económicamente están ligados en interdependencia mutua para la provisión de necesidades materiales.

Ackerman (1977) nos dice que la familia socialmente cumple con 6 funciones:

- 1) Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
- 2) Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- 3) Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
- 4) El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.

5) La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6) El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Para Minuchin (1977) la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse.

Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas.

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas.

Los individuos son subsistemas en el interior de una familia.

Las funciones de la familia sirven a 2 objetivos:

1) Interno: La protección psicosocial de sus miembros.

2) Externo: La acomodación a una cultura y la transmisión de esta cultura.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares.

La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad.

En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables (64).

Considerada desde los puntos de vista psicológico, social y evolutivo la familia es un campo de personalidades en interacción, cada uno de los cuales se esfuerza por satisfacer sus deseos. Es un sistema de pequeño grupo, organizado internamente con las posiciones apareadas de esposo-padre, esposa-madre, hijo-hermano e hija-hermana.

Las normas que prescriben la conducta apropiada para cada una de estas posiciones especifican de que modo hay que mantener las relaciones recíprocas, así como el modo en que la conducta de rol puede cambiar según la edad de quienes ocupan esas posiciones.

Este pequeño grupo íntimo tiene una historia natural previsible, dividida en etapas que comienzan con el simple par de esposos y esposa y se vuelven más complejos a medida que se añaden otros miembros, alcanzando el número de relaciones interpersonales su cúspide al nacer el último hijo, estabilizándose por un breve período para volverse luego cada vez menos complejas cuando los hijos adultos emprenden carreras y contraen matrimonio, contrayéndose el grupo nuevamente hasta reducirse a las interacciones entre la pareja de consortes.

A medida que cambia la composición de la familia según las edades, cambian también las expectativas vinculadas con los roles de edad de quienes ocupan las distintas posiciones dentro de la familia y la calidad de interacción entre los miembros.

Mediante el uso de estos conceptos es posible identificar etapas dentro del ciclo de la vida familiar cada una con sus peculiares fuentes de conflicto y solidaridad. Cada una de estas etapas puede ser considerada en 3 dimensiones de creciente complejidad:

- 1) Las cambiantes tareas de desarrollo y expectativas de rol de los hijos a medida que crecen.
- 2) Las cambiantes tareas de desarrollo y expectativas de rol de los padres (en gran medida complementarias) en su calidad de proveedores, de constructores del hogar de esposos y de padres.
- 3) Las tareas de desarrollo de la familia en cuanto familia que surgen de los imperativos culturales referidos a cada etapa del crecimiento, y las implicaciones que tienen para la familia las necesidades del desarrollo personal de cada niño-adulto (1).

Para el funcionamiento de la familia deben de prevalecer los siguientes requisitos:

Inclusión de adultos capacitados, de ambos sexos, la asociación

que se establezca entre estas personas debe ser duradera y estrecha, para permitir que su entrenamiento y organización la conviertan en una unidad cooperativa afectiva.

Estas asociaciones pueden establecerse en dos formas:

a) atracción sexual entre adultos.

b) Asociación asexual formada durante la niñez, reforzadas y continuadas en la edad adulta.

Se puede señalar que la asociación puede estar basada en una relación conyugal o en una relación consanguínea.

Para Henry Ey (1978) una familia debe tener las siguientes características:

1) Lugar donde un hombre y una mujer llegan a ver concretada la satisfacción sustitutiva del deseo infantil de poseer y de identificarse con sus progenitores.

2) El ámbito en que tiene lugar una satisfacción exteriormente regulada y codificada de la sexualidad.

3) El terreno donde se realizan la reproducción biológica de los individuos determinándose el momento, la cantidad y las modalidades de los nacimientos humanos.

4) El lugar donde el niño en crecimiento se identifica con la ley reprimiendo el deseo, y donde se determina la modalidad de relación de los futuros integrantes de la sociedad con la autoridad, con el poder, el trabajo, placer, el saber, la violencia, el lugar donde se forma al niño y donde él aprende cual es su lugar, de este modo podemos decir que la familia configura un aparato ideológico de la sociedad que tiene entre otros, la función de producir y reproducir los seres humanos necesitados por esa sociedad, es decir sujetos con ciertas características.

Una familia que funciona efectivamente es un sistema social abierto en transformación, que mantiene lazos con lo extrafamiliar, posee capacidad para el desarrollo y tiene una estructura organizativa compuesta de subsistemas.

Para Minuchin (1977) el esquema conceptual de una familia normal presenta 3 facetas:

1) Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda a stress del desarrollo apeándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

2) La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Se refiere a algunas pautas suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración.

Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambien.

3) Una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

M. Demangeat y Berguez (1978) nos dicen que una familia normal posee 4 características:

1) Los roles familiares deben ser precisos y fijos, comprendidos y aceptados por todos.

2) Deben permitir la confianza, la comunicación y la estima.

3) Deben definirse con claridad las fronteras entre las generaciones y entre los sexos. Las obligaciones ligadas al matrimonio deben ser asumidas y la emancipación de la tutela paterna debe ser efectiva, los miembros de la pareja no deberán comportarse ni como el hijo del conjunto, ni como rival a los ojos del niño. El papel de los padres debe ser asumido para permitir una identificación correcta de los hijos.

4) Los distintos papeles deben ser una fuente de amor y de buen entendimiento.

La salud mental no es una cualidad estática que alguien posea en privado. No se sostiene a sí misma. Sólo puede mantenerse gracias a un esfuerzo continuo y a la cercanía y apoyo emocional de los otros.

Idealmente, es el resultado de un funcionamiento personal equilibrado y creativo que realiza lo mejor del hombre en las

relaciones sociales. Es una cualidad de la vida, un proceso, se logra gracias a una continua lucha en pro de una mejor adaptación personal.

Al conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de una familia se llama estructura familiar.

Existen 6 parámetros dentro de ésta que nos permiten percatarnos de los funcional o disfuncional del grupo familiar, estos son:

Autonomía, autoridad, límites, alianzas, centralidad y geografía (82).

Cada uno de estos parámetros se analizaran para encontrar su interrelación.

AUTONOMIA

El niño tiene al nacer, cierto potencial hereditario, pero en un sentido más amplio no tiene Yo, ni mente, ni personalidad propia.

Su individualidad se va moldeando etapa por etapa a partir de la unidad primaria de madre e hijo. De esta unidad primaria emerge la diferencia.

Así para lograr un desarrollo adecuado es necesario tener un Yo que determine un crecimiento sano. El Yo permite tener conciencia de sí mismo como unidad autónoma en diferentes Áreas de la vida, así como la integración de la experiencia de autonomía. Cuando el individuo puede verse a sí mismo como organismo que puede ser lo que quiere, y cuando comienza a percibir los límites entre él y su progenitor, amplía su sentido de confianza dentro de él. Los esfuerzos por lograr independencia conducen en algunas ocasiones al individuo a sentirse atrapado en situaciones que exceden su capacidad de resolución. Este temor crea cierta duda acerca de sí mismo y de las posibilidades de fracaso. Un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la autoestimación da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo; un sentimiento de pérdida del autocontrol y de un sobre control foráneo da origen a una propensión perdurable a la duda y a la vergüenza (No. 25).

La educación de esfínteres conduce a una mayor autonomía del niño, así como a la subordinación a la dirección de los adultos en un Área de conducta que hasta ese momento se ha desarrollado sin ninguna inhibición. Buscar realizar actividades sólo, como: alimentarse, caminar, abrir y cerrar, vestirse etc., es una etapa de expansión.

Para mantener una unión emocional saludable entre madre e hijo es contingente una saludable separación del Yo individual del niño. Si la unión está perjudicada, el proceso de separación se perturba. Si la experiencia de separación está perjudicada, se menoscaba el sentimiento de unión.

El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, en diferentes contextos familiares al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación. Creándose para el niño un territorio psicológico y transaccional (No. 64).

Los padres otorgan libertad en ciertas áreas, al mismo tiempo que mantienen una actitud firme en otras, se expresa el sentido de tolerancia y seguridad en sí mismo del niño. Al progenitor le corresponde el establecimiento de límites sensatos de acuerdo a lo que se espera del niño. Todo esto lleva al niño a desarrollar una actividad y alcanzar una finalidad, a dominar tareas específicas (No. 25, y No. 60).

En las familias en donde se promueve la autonomía propician el tomar conciencia de sí mismo, establecen contacto con el propio Yo para después encontrar un sitio en la vida y adquirir confianza. Además cada persona tiene que ser independiente por ella misma. Esto significa tomar su responsabilidad en el momento que se presenta (No. 81).

AUTORIDAD

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas (No.64).

Todo sistema está jerarquizado y en la familia la autoridad esta distribuida en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada contexto. La estructura de poder requiere de cierta flexibilidad para lograr modificaciones en situaciones excepcionales o críticas.

Para lograr tener un uso adecuado de la autoridad es indispensable dominar el carácter, saber que se desea cambiar y de que forma. Esto se obtiene con paciencia y atención.

Así se logra manejar la autoridad en forma racional, madura y clara (No. 81).

Es muy importante que la jerarquía o autoridad estén bien definidas en el contexto de la vida familiar. Debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. (No. 64).

Para que exista equilibrio en la jerarquía, debe existir confianza en el otro y en sí mismo, tomar la decisión de cuándo dar y cuando recibir.

Lo funcional es que la autoridad sea compartida por ambos cónyuges en forma flexible. Si alguno de ellos monopoliza la autoridad en forma rígida es posible que el otro miembro de la pareja se sienta subyugado, protesta, guarde resentimiento o quizá desarrolle síntomas (No. 81).

Al hablar de autoridad, nos tenemos que referir al poder, que es esencial para todo ser humano. Satir (1982) nos refiere 6 tipos de poder:

- Poder corporal:
Se da al momento de nacer y es el primero que se desarrolla.
- Poder intelectual:
Se da cuando las personas aprenden, resuelven problemas, son creativos.
- Poder emocional:
Se da cuando se muestra libertad para sentir y expresar en forma clara y abierta sus emociones.

- Poder material:

Se demuestra aprovechando el medio ambiente para satisfacer necesidades propias y de los demás.

- Poder social:

Se demuestra relacionándose con otras personas con el propósito de alcanzar metas comunes.

- Poder espiritual:

Se demuestra por el respeto que se le tiene a la vida.

El concepto de "rol" es importante en un sistema familiar, y se refiere a la forma de actuación que asume el individuo al reaccionar ante una situación determinada en la que están relacionadas otras personas. El concepto de rol, incluye elementos personales y colectivos. La configuración de la familia determina las formas de conducta que se requieran para los roles de esposo, esposa, padre, madre e hijo.

Los roles dentro de la familia se aprenden, a través de las relaciones recíprocas, sobre todo aquellas que incluyen a los padres. La paternidad y la maternidad, y el rol de hijo, adquieren significado específico sólo dentro de una estructura familiar determinada (No. 1).

Cada miembro de la familia está obligado a integrarse a múltiples roles y también a roles extrafamiliares.

Kluckhohn, F. y Spiegel, J. (1954) afirman "... La conducta de rol satisface las necesidades individuales y a la vez regula la pauta de interacción dentro del sistema familiar"...

Para que el rol funcione necesita estar complementado en la relación. Así se obtiene satisfacción, solución de conflicto, defensas contra la ansiedad. Además se promueve el crecimiento afectivo de la relación, esto es, hay una mutua gratificación.

El contexto familiar ayuda a la identidad psicológica de cada miembro, que se refiere a los impulsos, valores, expectativas, temores. Todo esto ayuda a permitir la igualdad.

El "afecto" es otro factor importante que se da en la familia y tiene relación con la conducta manifiesta y los sentimientos íntimos. En una familia normal, los sentimientos positivos se expresan de manera libre, porque el ambiente favorece a las diferencias individuales, se toleran los errores, la comunicación abierta, y las reglas son flexibles.

Esto favorece a tener confianza, a amarse a si mismo, tiene la capacidad hasta cierto punto de satisfacer las necesidades afectivas de los otros y siente que también puede ser amado. Así se expresan los sentimientos de ternura, de amor y los deseos de recibir los mismos. (No. 81).

LIMITES

Los límites son las reglas que designan quienes participan y de que manera lo hacen en un subsistema determinado (No. 65).

Jackson (1965) dice que "la familia es un sistema gobernado por reglas; que sus miembros se conducen entre sí de una manera organizada y repetitiva y que ésta estructuración de las conductas puede ser considerada como un principio que preside la vida familiar".

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema y de cada uno de los individuos entre ellos y entre los subsistemas (padre, madre, hermanos, abuelos, etc.), estos deben ser claros para que el funcionamiento familiar sea adecuado.

Watzlawick (1967) dice, si no estuvieran limitadas la infinidad de conductas posibles ante los miembros de la familia, la supervivencia de la unidad familiar estaría amenazada. Desde el punto de vista social, el padre es ese ser que pone límites, que desde afuera da reglas, y exige su cumplimiento.

Además de los límites que se imponen al pequeño en su desenvolvimiento individual, dentro de la familia también hay que establecer de modo que se sepa claramente que papel juega cada miembro y cuales son las actitudes que se esperan de él y las que no se permiten dentro del sistema familiar, en el cual interactúan constantemente 3 subsistemas: el conyugal o de los esposos, el parental o de los padres y el filiar/fraterno constituido por hijos/hermanos.

Jackson (1957) eligió el término "homeostasis familiar", tomándolo de los conceptos de Claude Bernard y Cannon, esto implica la constancia relativa del medio interno, constancia que, sin embargo, es mantenida por un continuo juego recíproco de fuerzas dinámicas.

Otra forma de homeostasis familiar sería la teoría de comunicación, es decir, describir la interacción de la familia como un sistema de información cerrado, en que las variaciones de salida o conducta son realimentadas a fin de corregir la respuesta del sistema.

La manera en que se comunican los miembros de una familia, permitirá dilucidar las pautas interaccionales de conducta subyacentes.

El análisis de la comunicación familiar también nos permite obtener "insights" concernientes a las "leyes" y "reglas" de la familia.

Las leyes son valores sostenidos de manera más o menos concientes, relacionadas con los valores del medio cultural de la familia. Las reglas son formulaciones hipotéticas elaboradas por un observador para poder explicar la conducta observable de la familia.

Las reglas son el toque final al control de impulsos y al establecimiento de la capacidad de demoras.

La comunicación humana tiene lugar, en diferentes niveles, los seres humanos no sólo se comunican, sino que también comunican algo sobre dicho proceso de comunicación.

Spitz (1954) define la comunicación como cualquier cambio de conducta perceptible, ya sea intencional o no, con la ayuda de la cual una o varias personas pueden influir en la percepción, los sentimientos, los pensamientos o los actos de una o varias personas, ya sea esta influencia premeditada o no.

El primer canal de comunicación que entable el niño es con su madre. Durante los seis primeros meses de vida y hasta fines del primer año, la comunicación se da en el nivel "no verbal".

Es por medio de la percepción del estímulo como tal, la que provoca la respuesta.

Las señales afectivas están generadas por la disposición con el infante. Estos intercambios se dan constantemente sin que la madre se percate de ellos, (caricias, gestos, miradas, tono de voz). Este proceso Spitz (1979) le llama "clima emocional" lo que crea ese clima son los sentimientos de la madre hacia el hijo. Así cada uno percibe el afecto del otro y a su vez responde con afecto, en un intercambio continuo.

Este primer aprendizaje se lleva a cabo dentro del núcleo familiar, principalmente junto a la madre, de donde posteriormente se extiende a los diferentes elementos que conforman la familia. Este proceso es llevado a cabo en los primeros meses de vida durante los cuales, el niño percibe su mundo a través de las sensaciones y emociones más que a través de las palabras mismas y su significado.

Se puede decir que la primera comunicación que el niño tiene en su vida es decisiva para poder entablar relaciones futuras.

Así mismo, la madre es la primera persona que establece los límites dentro del núcleo familiar. Ella es la que tiene que

brindar al hijo seguridad, confianza, la posibilidad de una comunicación adecuada, que le permita libertad para desarrollarse. Esta primera influencia es decisiva. A medida que la familia se comunica, la relación que se entabla queda definida tanto por la cualidad de los mensajes como por la presencia o ausencia de estos.

En una familia donde las normas fortalecen la libertad, se hacen comentarios sobre las cosas desagradables y se aprende de ello, es una familia sana.

Una familia que está bien informada de todo lo que sucede, promueve la confianza de los miembros. Los asuntos importantes se tratan y se discuten en familia. Esto evita que surjan problemas, la comunicación franca, abierta y directa ayuda a la cohesión familiar.

ALIANZA

En la familia existe una estructura individual y grupal, está cuando se forma está en constante actividad y en grados diferentes. Dentro del sistema familiar se forman vínculos que en psicodinámica, quieren decir partes de uno, que se depositan en el otro y partes de otro depositadas en uno, hecho que da origen a una tercera entidad diferente (No. 4).

Todo esto se caracteriza por ser una experiencia emocional (positiva o negativa), donde dos personas o partes de ellas se relacionan entre sí. Todos los miembros de la familia, padre, hijos, hermanos, etc., establecen vínculos. Así podemos considerar que un vínculo es más que la suma de sus partes. Bion (1973) señala los vínculos que se dan en una familia:

- a: El amor a los sentimientos de ayuda y beneficio para los otros.
- b: El odio a la agresión, se busca la destrucción del otro o una parte de él.
- c: El conocimiento del otro, deseo de conocer su forma de pensar, compartir sus ideales ante la vida, trabajo, familia, etc.

El desarrollo de toda persona se lleva a cabo en una triangulación (madre, padre, hijo). Aquí es donde se aprende a satisfacer las necesidades, se aprende a reconocer al Yo, el no Yo, el Tú y el Otro. Se conoce la protección, el amor, el no amor, perder algo o a alguien, se siente la envidia. Se vive la experiencia de "excluir y de ser excluido". Es nuestra primera experiencia en grupo que nos capacita para luchar y para ser generosos con los demás (No. 4).

En el triángulo familiar funcional, los cónyuges están satisfechos de su relación matrimonial y por lo tanto son capaces de manejar sin amenazas, los temores del niño de ser excluido.

Para que se considere funcional una alianza debe incluir a los miembros de una generación (esposos, hijos, hermanos). Se consideran también aquellas alianzas que se establecen entre miembros del mismo sexo.

La madre permite al hijo una relación abierta con el padre, y viceversa. Ambos cónyuges señalan al hijo con claridad que nunca podrá ser incluido en la relación de los padres.

Así los padres permanecen unidos, se fortalece la relación, lo cual beneficia la relación conyugal.

Los niños nacen con la capacidad de expresar, sin culpa, sentimientos acerca de su sexualidad ante cualquier persona. Los hijos aprenden que existe el tabú del incesto, cuando expresan sus sentimientos hacia el progenitor del sexo opuesto reciben desaprobación, esto les provoca culpa y miedo, y amenaza la autoestima. Los padres no reprueban los sentimientos sexuales "per se", sino que la esclarezcan que esos sentimientos deben expresarse en otra parte (No. 60).

CENTRALIDAD

Para poder encontrar el equilibrio dentro del grupo familiar, tienen que existir elementos de igualdad y diferencia entre las personalidades de los miembros de la familia, esto se logra a través de la identidad psicológica, así se da el interjuego de los roles familiares, se trata de encontrar la igualdad por encima de las tendencias hacia la diferenciación.

Las relaciones entre la identidad individual y la familiar se caracterizan por el sutil interjuego de procesos de combinaciones y diferenciación. Cuando el individuo madura, se casa y crea una nueva familia, su identidad se fusiona en estas nuevas relaciones, se modifica y luego se diferencia.

Así la identidad individual requiere el apoyo de la identidad familiar y esta de la comunidad (No. 1).

Lo que moldea la identidad de la nueva familia es la interacción, fusión y rediferenciación de las individualidades de las partes de la pareja matrimonial. La identidad psicológica de la pareja matrimonial forma al niño, pero el niño también conforma según sus necesidades a la pareja paterna.

El desarrollo del niño es un proceso evolutivo y continuo que se funda en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales. En el que cada fase tiene la misma jerarquía, pues encuentra sus antecedentes en las fases anteriores y su solución final en las ulteriores.

El mantenimiento de las funciones biológicas representadas por la respiración, la ingestión y los movimientos motores son las únicas preocupaciones del niño, además de relacionarlo con su medio. Estas experiencias corporales proporcionan la base de un estado psicológico de confianza, así las sensaciones corporales se convierten en la primera experiencia "social" y la mente del niño las generaliza para utilizarlas como referencia futura (No. 60).

La madre es quien le acerca a este el mundo social a través del pecho. El amor y el placer de la dependencia tan importantes en esta fase, son transmitidos al niño por el abrazo, su calidez, su sonrisa y el modo de hablar.

La experiencia emocional depende de la reciprocidad del recibir y el dar, y entraña el grado de relajación y confianza vinculados con estos actos. El recibir incluye alcanzar, apropiarse de y comprobar oralmente todo lo que puede aserrar. Si esto se desarrolla insatisfactoriamente, el niño trata de obtener lo que

le falta para la satisfacción de sus necesidades. Su insatisfacción se origina en una falta de integración adecuada y la consecuencia de su reducida experiencia de recepción le dan un sentido de desconfianza frente a la vida.

A medida que el niño aprende a distinguir entre él mismo y la madre, empieza a comprender lo que se le comunica. Paulatinamente comprende las expresiones faciales de la madre. Es en esta primera fase oral, donde el niño adquiere las primeras experiencias de satisfacción apropiada y consecuente de sus necesidades básicas y establece para sí pautas y límites de conducta particulares.

Es esta primera relación niño-madre la que constituye la base de una futura identificación. La madre y los sentimientos que hacia ella suscita en el niño, representan una realidad interna y una posibilidad externa de predicción. Una sana identificación, acentúa en la madre un sentimiento de ser una persona significativa en la vida de su hijo.

Para Erickson la experiencia conjunta y la regulación mutua de la frustración son esenciales para poder obtener confianza.

La frustración origina sentimientos de incertidumbre y un sentido básico de desconfianza, sólo cuando no se resuelve oportunamente en confianza.

La calidad de la atención materna depende hasta cierto punto del apoyo que recibe del esposo, de la familia en la que nace el niño, del reconocimiento de la sociedad. Por su parte el niño obtiene su primer logro social, permitiendo que su madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o rabia, porque aquella se ha convertido en una certeza interior, así como en algo exterior previsible (25).

Es la calidad de la relación materna en el cuidado sensible de las necesidades individuales del niño y la seguridad de ella misma, lo que favorece al niño para obtener un sentimiento de identidad que más tarde combinará con un sentimiento de ser aceptable, de ser uno mismo y de convertirse en lo que la otra gente confía en que llegará a ser.

El padre es el que representa a la familia en el mundo social, es el líder, quien brinda el rol adaptativo e instrumental.

Establece la autoridad racional y las formas de seguridad, así como el prestigio, orgullo y autoestima. Para el niño el padre es quien lo separa de la madre, brindándole la identificación con la figura paterna. Los padres que se encuentran incapacitados

para entender su papel se vuelven rivales de los hijos de la madre.

Dentro de nuestra cultura, el padre es el que determina con más intensidad los patrones morales y las reglas que han de servir como base fundamental de la conducta de sus hijos. Cuando las relaciones con el padre no son satisfactorias, el niño puede imitar a su madre y terminar por identificarse con ella, con graves consecuencias para su carácter y conducta sexual. La niña también necesita de la figura del padre, es él, quien le ayudará a formarse la idea de lo que es un hombre. Si para ella sus relaciones, sus vivencias que tuvo con esta figura fueron agradables, se podría pensar que en el futuro establecerá este tipo de relación con otro hombre.

El padre tiene una actitud más favorable hacia la hija, pues encuentra en ella, ternura, en cambio con el varón, el padre tiene una ternura ambigua que se mezcla con las exigencias según sea su carácter.

La personalidad del individuo depende de muchos factores pero uno de los más importantes es la estructura de la familia a la cual pertenece, así cada uno de los integrantes de la familia es miembro de un sistema social al que debe adaptarse; así su conducta se encuentra influida por la organización social y familiar.

GEOGRAFIA

. Este punto se refiere a la organización de una familia, la forma en cómo distribuyen su tiempo, espacio y diversiones.

En una familia funcional se distribuye el tiempo en forma racional, hay libertad para poder cumplir con sus actividades sin obstruir a los otros miembros de la familia. El cumplimiento de sus obligaciones se da sin presión, se toman el tiempo necesario. Todo esto se logra porque existe una comunicación abierta, flexibilidad y responsabilidad en cada uno de los miembros. Se ofrecen alternativas para que todos puedan funcionar adecuadamente y estar contentos.

El saber compartir con los demás miembros de la familia es importante ya que nos indica el grado de confianza que existe.

Por lo antes expuesto se puede concluir que la casa es un lugar donde se necesita privacidad, comunicación, interacción con los demás miembros de la familia; saber respetar la libertad de cada uno de ellos cuando necesitan soledad, así como acercarnos en forma afectuosa en el momento en que se necesite apoyo.

Es muy importante que cada miembro de la familia cuente con un espacio y lugar propio, que lo sienta suyo, que no invadan su territorio. Esto facilita el que no se invada el lugar ajeno.

Cada miembro de la familia debe tener su lugar, simplemente porque es un ser humano y se encuentra presente. Para toda la familia y para cada miembro de ella, es crucial que el lugar del individuo sea totalmente reconocido, aceptado y comprendido (81).

FAMILIA DISFUNCIONAL

Griesinger (1865) nos dice: "Yo creo que hay casos de la llamada locura hereditaria que no son debidos a la trasmisión de una disposición orgánica, sino a que el niño tiene constantemente en los ojos el ejemplo de una conducta extravagante, de ciertas excentricidades, de una cierta perversión en las ideas, ejemplo que impide el regualr de su inteligencia en armonía con el mundo exterior" (No. 3).

Los trastornos psiquiátricos no son entidades aisladas ni estáticas. Mientras que las estructuras de vulnerabilidad a la enfermedad se forman en la niñez, el futuro de esta vulnerabilidad está determinado por las experiencias interpersonales de la vida posterior. La adolescencia es principalmente una fase de transición de desarrollo, en la que se intensifica la vulnerabilidad al fracaso. Se pone agudamente en relieve la predisposición a la enfermedad. La lucha por defender la identidad personal y por integrar los impulsos personales con las condiciones de vida en sociedad. La tensión de armonizar los requerimientos de los roles familiares con los de los demás roles extrafamiliares, juegan una parte muy importante en determinar el destino de estas predisposiciones por la enfermedad. (No. 1)

Las tempranas y perniciosas experiencias en el hogar tienen hondos y duraderos efectos sobre la adaptación psíquica del individuo, postula que hay pautas familiares de roles y conductas que presentadas por los padres y asimiladas por el niño, predisponen a este a una u otra perturbación psíquica. Son las actitudes y modos de conducta de los padres lo que "hereda el niño" (No. 1).

La enfermedad mental puede examinarse en tres niveles:

- 1) Lo que esta pasando psíquicamente dentro de una persona.
- 2) Lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano.
- 3) Lo que esta perturbado en el proceso social, del ambiente mismo.

En otras palabras, la enfermedad mental se entiende aquí como un proceso de enfermedad que tiene lugar en parte dentro de la persona y en parte afuera de esta.

Pichón Riviere (1983) considera a la enfermedad mental no como la enfermedad de un sujeto, sino como la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar.

El compromiso emocional de una persona en uno u otro tipo de relaciones humanas moviliza predominantemente las tendencias enfermas o las sanas.

Las formas en que estas tendencias actúan en las relaciones personales determinan considerablemente como reaccionan las otras. Es el contenido emocional de estas experiencias sociales lo que califica la capacidad del individuo para poder manejar sus conflictos personales y defenderse de cantidades excesivas de ansiedad (No. 1).

Los pacientes psiquiátricos provienen de familias perturbadas y el primer miembro de la familia que acude al psiquiatra puede resultar el más o el menos enfermo del grupo (No. 1).

Por lo común en las familias perturbadas hay múltiples casos de trastornos psiquiátricos. Rara vez sucede que un solo miembro de la familia sufra un deterioro afectivo. Se suscita así el problema de las vicisitudes de la interacción entre los diversos miembros perturbados y su ulterior influencia sobre la familia en conjunto, así como su efecto sobre los individuos más vulnerables.

Cada familia tiende a caracterizarse por focos especiales de ansiedad y conflicto. Estos focos aparecen cuando las relaciones familiares no llegan a satisfacer las expectativas afectivas de sus miembros.

Algunas veces las pautas de ansiedad y conflicto están bien establecidas y estables, otras veces son erráticas y varían en su expresión (No. 1).

Las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en las experiencias de la vida familiar cotidiana. El punto muerto de todas las fuerzas que "forman o destruyen" la salud mental es el "dar y tomar" emocional de estas relaciones (No. 1).

La interacción familiar puede intensificar o disminuir la ansiedad; esta interacción estructura el marco humano en el que se expresan los conflictos y contribuye al triunfo o al fracaso en la solución de estos problemas.

La enfermedad emocional puede integrar o desintegrar la relación familiar. La enfermedad emocional de un miembro puede complementar la de otro o tener efectos antagónicos. Algunas formas de enfermedad pueden ser compartidas por dos o más miembros de la familia.

La conducta anormal de los adultos tiene raíces significativas en la experiencia de la integración de la infancia en una familia

especial, pero continúa moldeándose en la experiencia familiar corriente.

Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a requerimientos internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento (No. 64).

En las familias disfuncionales se da una escasez de experiencias afectivas compartidas, de una participación menos intensa (no comprometida) y de un menor intercambio de información respecto de sí mismos.

La familia actúa de modo principal en la identificación de la desviación psiquiátrica, determina el curso de acción una vez que se ha percibido esa desviación, contribuye a estabilizar la desviación e influye sobre el desenlace del caso tanto en lo que toca a las recaídas como a la adaptación interpersonal.

La familia proporciona también la socialización para el rol de enfermo, contribuye a las sensaciones de alienación y de estigma, interviene para alterar el curso de la hospitalización y puede además menoscabar la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos. No es el único público que está involucrado en la enfermedad mental, pero debido a su posición de control e influencia, habitualmente es el más importante de los grupos que ejercen una actividad mediadora entre el acto desviado y el curso de la carrera del paciente.

Las características de la estructura familiar misma dependen en gran medida de las personalidades del esposo y la esposa.

En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales, lo que presenciará se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior.

En situaciones patógenas uno de los hijos se puede convertir en el chivo emisario o bien ser cooptado como aliado de un conyuge contra el otro. (no. 64).

En la familia hay periodos críticos en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse. Bajo condiciones de tensión y conflicto excesivos pueden surgir antagonismos y odios mutuos, amenazando la integridad de la familia.

El niño infeliz, frustrado, experimenta odio excesivo y puede identificarse con sus padres sobre una base de odio y miedo, más

que de amor, renunciar desafiante a identificarse con ellos, a desarrollar una conciencia patológica severa por miedo a la retaliación paterna.

El control eficaz de este equilibrio entre amor y odio esta profundamente determinado por las actitudes de los padres, aunque estos, influenciados a su vez por las actitudes y conductas de los niños.

Cuando los padres se odian, el niño esta compelido a ponerse del lado de uno en contra del otro. Esto provoca miedo porque debe prepararse entonces para perder el amor del progenitor que rechaza en favor del otro (No. 1).

Los niños no pueden aliarse con uno de los padres sin ambivalencia.

en las familias disfuncionales, los cuerpos y rostros son una muestra viviente del conflicto existente. Los cuerpos estan tensos y rígidos, existe una actitud poca amistosa entre cada uno de sus miembros de la familia, no hay alegría, la familia parece estar unida por el deber y sus integrantes apenas se toleran mutuamente. Con frecuencia el sentido del humor es amargo, sarcástico, aún cruel. Las personas simplemente se evitan unas a otras, se dedican tanto al trabajo y demás actividades fuera del hogar, que rara vez tienen algún contacto real con la familia. Su comunicación se da por medio de mensajes de doble nivel.

En el triangulo familiar disfuncional los cónyuges no confían en su propia relación marital.

- Cada uno ya se siente excluido ante el otro. Ambos cónyuges buscan que el niño satisfaga las necesidades adultas que la relación conyugal ha frustrado.

- Los terrores ante el incesto se muestran en realidad como respuestas aprendidas ante un ambiente verdadero y palpable.

Los padres le dan la carga de creer que, en realidad, es él quien los mantiene juntos.

Enseñan que, de alguna manera, puede unirlos, por lo menos si logra que ambos enfoquen su atención en él. Le permiten creer que está en sus manos aliviar el dolor conyugal y que él es esencial para la relación de los esposos.

Por lo anterior el hijo :

- Oscila entre la omnipotencia y la impotencia, entre la

grandiosidad y la renuncia a satisfacer cualquier necesidad individual.

- Desarrolla poca capacidad para predecir lo que sucederá en las relaciones.

- Además, puesto que su relaciones permanecen sin validarse, desconfía de otros, y sin embargo, depende de un grado invalidante de lo que otros piensan de él. (No. 80).

Una relación conyugal penosa tiende a producir afecciones parentales disfuncionales, ya que ambos conyuges se sienten inseguros acerca de su propia valía ante los ojos del otro; por lo tanto ya tienen un miedo excesivo a ser excluidos.

- En las familias disfuncionales el progenitor del sexo opuesto al del niño promueve los sentimientos incestuosos a través de expectativas y exigencias que expresa abiertamente.

- El progenitor del sexo igual al del hijo promueve un sentido de culpa respecto a dichos sentimientos, cuando no interviene para separar a su conyuge y a su hijo; pero al mismo tiempo menosprecia al niño y se retira de él, provocando con esto que el hijo se incline más hacia el progenitor seductor.

- El tabú del incesto, por sí mismo, causa sólo conflictos menores en el niño. Es la inconsistencia de los padres respecto al tabú la que al mismo tiempo estimula los sentimientos sexuales y aumenta la culpa. (No. 55).

En ciertas familias uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados, la unión excesiva entre el niño y uno de los miembros de la familia ata al niño y lo hace permanecer en la casa como compañero.

Satir (1967) nos dice que en las familias disfuncionales hay separación entre los miembros, la comunicación es encubierta, es decir, esconden sus peticiones, los niños tienen la impresión de que no deben hacer preguntas, las preguntas podrían conducir a discusiones sobre la relación conyugal, y a los esposos les duele demasiado dicha relación para poder discutirla abiertamente, son evasivos, los mensajes se envían "como si" no tuvieran destinatario.

La ambigüedad esta presente, tratando de resolver sus sentimientos conflictivos acerca de si se aman o no. Se necesitan uno al otro para poder sobrevivir, pero cada uno está sumergido en la incapacidad de sus desilusiones, martirios y se sienten derraudados.

Utilizan sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento (No. 24).

En virtud de la patología y el conflicto de los padres, estas familias no proporcionan a los hijos modelos de roles apropiados. son deficientes con respecto a la coherencia y legitimidad de los controles que se imponen a la conducta, traumatizando al niño en su intento de alcanzar expectativas estables no punitarias de los demás (No. 49).

En las familias se da lugar la confusión y distorsión de roles, y estas distorsiones son las que se consideran signos de enfermedad mental. En las familias disfuncionales los roles no están bien diferenciados ya que en algunos casos se asignan roles a miembros del grupo que no están preparados, ni tienen la autoridad para llevarlos a cabo y surgen problemas y frustraciones.

Las deficiencias e influencias distorsionadas de los padres y de las familias que ellos crearon fueron muchas y difieren de familia a familia, por lo tanto cuando el desarrollo de necesidades del niño son tomadas como el foco de atención, estas se podrían agrupar en 3 categorías:

a) Deficiencias de crianza de los padres.

Las cuales hemos mencionado como dificultad de los padres en alcanzar una autonomía adecuada, que es, alcanzar una independencia suficiente límites y responsabilidad por sí mismos.

b) La falla de la familia como institución social que dirige el desarrollo integrado del niño por la canalización de impulsos y por proveer áreas libres de conflicto y roles apropiados para su edad y sexo en los cuales pueden crecer, motivándolos a hacerlo. La deficiencia en la estructura familiar será relegada a la falta de estructuración de personalidad del paciente a alcanzar o mantener una estructura del ego integrada.

c) Los defectos en la transmisión de comunicación y otras técnicas de instrumentos básicos de la cultura del niño (No. 55).

A menudo se dice que en las familias disfuncionales "no hay comunicación o se produce una ruptura de la comunicación, debido a lo cual sus miembros tienden a no hablar entre sí, a ocultar sus verdaderos sentimientos, a preferir los intercambios equívocos sobre los explícitos, a no comprometer opiniones y a informarse mutuamente poco acerca de sus verdaderos gustos y desagrados (No. 1).

Así mismo precisan más tiempo para llegar a decisiones comunes.

El individuo es disfuncional cuando no ha aprendido a comunicarse en forma apropiada, puesto que no se percibe ni se interpreta a sí mismo en forma correcta y tampoco interpreta en forma correcta los mensajes que le llegan del exterior, las suposiciones en las que basa sus actos son defectuosas y sus esfuerzos por adaptarse a la realidad serán confusos e inapropiados.

Una persona disfuncional mandará mensajes conflictivos a través de diferentes niveles de comunicación y usando diferentes señales, será incapaz de adaptar sus interpretaciones al contexto presente. No podrá llevar a cabo la función más importante de la buena comunicación, es decir, no podrá "verificar" sus percepciones para ver si concuerdan con la situación como en realidad es, o con el significado que otra persona intenta comunicarles (No. 81).

Las personas que se comunican en forma disfuncional se comportan como si no se dieran cuenta del hecho de que generalizan o de que actúan basándose en suposiciones.

- Rara vez verifica o especifica la manera en que él o los otros utilizan las palabras.

- Generaliza con exceso.

- Sus técnicas de comunicación solo sirven para oscurecer el significado y parece no ser capaz de reanudar el hilo de la comunicación una vez que lo ha perdido.

Las personas disfuncionales también envían mensajes incompletos.

- No completan sus oraciones, esperan que el receptor lo haga.

- Utilizan pronombres en forma vaga.

- Suprimen en sus mensajes fragmentos enteros que sirven de conexión.

- A menudo, no envían mensaje alguno, pero se comportan, en relación con otros, como si lo hubieran hecho.

Por lo anterior, vemos que las familias disfuncionales tienen un tipo de comunicación caótica en la que las intervenciones son continuas, todos hablan a la vez, y los mensajes nunca llegan por los canales adecuados ni son recibidos adecuadamente.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Hay familias que se vuelcan hacia sí mismos para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación

y de preocupación entre los miembros de la familia, como producto de ello, la diferenciación del sistema familiar se hace difusa (aglutinamiento) pueden verse perjudicadas en el sentido de que el exhaltado sentido de pertenencia requiere de un importante abandono de la autonomía, así como de carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de stress.

Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos, la comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas (desligamiento) poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan (No. 64).

En las familias disfuncionales los límites son capóticos ya que en algunos casos se desarrollan límites muy rígidos y en otras son muy difusos, así mismo con frecuencia los padres tienen dificultades específicas para el establecimiento de límites. Una consecuencia de esta falla genera un niño inmaduro, infantilizado, con poca tolerancia a la frustración, con baja capacidad de demora, egocentricidad continua y autoestima deteriorada.

Hay familias que parecen haber "elegido" inconscientemente a un niño para que sea el chivo expiatorio psicótico y lleve la carga de la psicosis, liberando con ello al resto de la familia de tal amenaza (No. 16). La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo, hay sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema. No hay fronteras suficientemente diferenciadas (No. 64).

FAMILIA ESQUIZOFRENICA

Al parecer existen muchas pruebas de que bastantes esquizofrénicos han vivido, cuando niños, en una organización patológica. En algunas familias un niño parece haber sido "elegido" inconscientemente por los otros para que sufra la carga de una enfermedad esquizofrénica, como si se tratara de un chivo expiatorio, de modo que los otros niños y los padres se vean protegidos de volverse psicóticos (No. 16).

Watzlawick et al (1967) menciona que en los estudios realizados sobre familias que incluyen un miembro esquizofrénico quedan muy pocas dudas acerca de que la existencia del paciente es esencial para la estabilidad del sistema familiar.

El esquizofrénico experimenta dificultad en desarrollarse con otros. Tiene pocos amigos y no confía en la gente.

La confianza, la simpatía y la capacidad de relacionarse con los demás se desarrollan en los años primeros del niño. En las familias de esquizofrénicos se encuentra una alta frecuencia de psicopatología parental y desórdenes sutiles de comunicación. El niño que se crea en este medio ambiente no desarrolla las habilidades que son necesarias para la adaptación social eficaz.

No siente que que puede fiarse en su comprensión de como piensan o como sienten los demás, y desconfía inclusive de la percepción de sus procesos mentales. En cambio aprende a protegerse, manteniendo una distancia emocional y prefiriendo su propio mundo autístico a las experiencias compartidas en el mundo de los demás.

El paciente esquizofrénico tiene reacciones emocionales para con los demás, que son simultáneas y contradictorias. Sin duda, se encuentra ambivalencia en todas las relaciones humanas importantes.

Las experiencias familiares tempranas del esquizofrénico en cambio estimulan una ira tan intensa y proporcionan unos controles tan inapropiados, que la represión resulta imposible.

La ambivalencia consciente del esquizofrénico, se extiende a todas sus relaciones y contribuye a su conducta errática e inconsistente en sus contactos con los demás.

La desconfianza, el miedo de intimidad, la ambivalencia y la dependencia adherente del esquizofrénico influyen todos ellos en sus contactos humanos (No. 57).

La familia del esquizo-rénico constituye en algunos casos una comunidad enferma. El morbo familiar se transparenta especialmente en el proceso de aprendizaje, específicamente familiar y en el estilo de comunicación, el cual se halla íntimamente en conexión con las formas de relación interhumana, también se extiende en la forma de pensamiento, afectividad, percepción y orientación de la realidad.

Las familias esquizo-rénicas son cabticas y rigidas y los padres se esfuerzan a menudo en establecer y desarrollar una relación simbiótica de dependencia con los descendientes es una entidad casi siempre patológica.

Jackson (1961) nos dice que estas familias estan integradas en un sistema homeostático muy fuerte, aunque de interacción familiar patológica, estas formas son insatisfactorias y penosas para todos, causando sintomatologia cuando menos en algunos de sus miembros.

La impresión general de estas familias es que los padres parecen desenvolverse en un plano algo mas emotivo e inmaduro que los padres de los hijos no perturbados, pero en todas las familias "distuncionales" operan las mismas pautas de interacción y los mismos mecanismos para afrontar la ansiedad.

Estas familias se caracterizan por tener una relación padre-hijo excesivamente punitiva y hostil, por una inadaptación entre los padres con discordias importantes, por una mayor dependencia de la madre y una mayor capacidad de los padres para deformar la realidad de conformidad a sus necesidades personales.

Las familias esquizo-rénicas experimentan la necesidad de infantilizar al hijo y de percibirlo como incompetente, pero no solo pasan por alto claras anomalías y contradicciones, sino que tergiversan el sentido de la conducta, aceptan tendencias desviadas y niegan la significación de obvias anomalías.

La escuela de Lidz menciona que la familia del esquizo-rénico no permite que el niño se identifique, presentándole modelos contradictorios que determinan pensamientos paralógicos.

Es en el círculo familiar donde los trastornos son más aparentes. Los padres son a la vez o sucesivamente indispensables u odiados.

El enfermo no puede separarse de su madre, por ejemplo, pero no le dirige más que palabras de odio, ella es a la vez perseguida como objeto amoroso y prohibida como objeto incestuoso.

El padre entra en las mismas ambivalencias, detestado y respetado; es temido y adorado. Los hermanos y su existencia puede ser negada o supervalorada.

Así sucesivamente el esquizofrénico se encierra en un círculo de creencias, deseos y de sentimientos intensos e irreales. en un infierno de relaciones ambiguas, frágiles e inestables, que se esfuerza en destruir y en recrear sin tregua, ya que, a partir de la situación parental, el enfermo proyecta en todos los que le rodean los afectos y fragmentos de imágenes que "fantasmaticizan" las primeras relaciones fundamentales (No. 26).

En la familia del esquizofrénico se ha observado:

a) Los pacientes esquizofrénicos han pasado su niñez en el seno de familias gravemente anormales, en las cuales ambos progenitores dieron signo de trastorno de su personalidad.

b) En muchas familias se ha encontrado que uno de los progenitores resultó esquizofrénico.

c) Los grupos familiares carecen de integración y se relacionan entre sí a través del conflicto, en el cual, uno de los progenitores se opone al otro, desprecia y desaría los deseos de su conyuge, y se esfuerza por ganar a los niños de su lado para obtener de ellos el apoyo emocional que no encuentra en el otro conyuge.

d) En otras familias, el trastorno de la personalidad consiste en que uno de los padres tiene un grave déficit de personalidad, y muestra una conducta dominante, brutal, agresiva o alcohólica, mientras que el otro acepta, pasivamente tal comportamiento o está ausente cuando el niño se encuentra expuesto al ambiente malsano. Tales progenitores a menudo dudan de su propio papel sexual.

Se ha notado que durante el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, estos han estado frecuentemente privados de una de las figuras parentales en su vida temprana y el hogar parental fué usualmente marcado inestable por escisión de la familia y constantes disturbios emocionales (NG. 55).

A continuación analizaremos por medio de los 6 parámetros de Minuchin la estructura familiar de la familia esquizofrénica, estos son: Autonomía, Autoridad, Límites, Alianzas, Centralidad y Geografía.

AUTONOMIA

Se ha observado que cuando existe una familia con un miembro esquizofrenico, donde los límites interpersonales son difusos y las relaciones son intrusivas, se da una interferencia en el desarrollo y funcionamiento de los miembros de la familia.

La dificultad que presenta el esquizofrénico para diferenciarse de sí mismo con respecto a la estructura de roles familiares, significa que experimenta la estructura familiar de roles como abarcándolo todo.

Los miembros de la familia tratan de actuar como si dentro de la familia existiera un sistema social verdaderamente autosuficiente con un límite que lo circunda por completo, esto favorece a que no existe un límite adecuado entre los roles familiares y un miembro de la familia. Así mismo el tránsito entre el medio familiar y la sociedad permanece obstruido. La sociedad es objeto de desvalorización y subestimación.

Wynne L. (1956) nos dice que en estas familias se exhiben ciertas características fáciles de observar:

1. No hay variación de roles, a pesar de alteraciones físicas y situacionales en la vida de sus miembros, a pesar de los cambios que se experimentan en la vida familiar.
2. Se mantiene lo conveniente y adecuado de la estructura de los roles.
3. Signos de intensa preocupación con respecto a cualquier divergencia o independencia con respecto a su estructura de roles.
4. Ausencia de espontaneidad, novedad, humor y entusiasmo en la participación conjunta.

La familia del esquizofrénico se muestra como un sistema cerrado frente a la sociedad circundante. Su organización gira en torno a enérgicos lazos ambivalentes entre los miembros de ella.

Esta relación ambivalente y de simbiosis es sobre todo frecuente entre la madre y el niño y en tal relación el padre es excluido (3).

La madre transmite en forma inconsciente una especie de "marco de referencia en espejo" al cual se ajusta inmediatamente el niño.

Spiegel en 1969, nos dice que si la preocupación primaria de la madre con su infante es impredecible, inestable, cargada de ansiedad; si su confianza en sí misma como madre es vacilante, entonces el niño en proceso de individuación tiene que manejarse en un cuadro de referencia que le permita examinar perceptual y emocionalmente a la compañera simbiótica.

Por lo anterior el estado simbiótico permanece y el Yo fragmentado no puede enfrentarse al cambio y a las complejidades, no puede integrar y sintetizar. La realidad psicótica interna es dominada por las sensaciones corporales enteroceptivas, propioceptivas saturadas de agresión, parecen ser experimentadas como si el cuerpo obtuviera fuerzas extrañas al Yo.

Mahler (1972) le llama simbólicamente a las primeras semanas de vida "autismo normal"; porque en él, el infante parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva en el cual la satisfacción de la necesidad pertenece a su propio órbita omnipotente.

Y del segundo mes en adelante, el conocimiento confuso del objeto satisfactor marca el principio de la fase de la simbiosis normal en la cual el infante se comporta y funciona como si él y su madre fueran un sistema omnipotente: una unidad dual dentro de un límite común.

El término simbiosis fue elegido para describir ese estado de indiferenciación de fusión con la madre en que el "YO" aún no es diferenciado del "no-Yo" y en que lo interno y lo externo sólo empezaban a sentirse gradualmente como diferentes (No. 58).

Minuchin nos dice (64) que la simbiosis es una unidad de 2 personas en circunstancias en extremo patológicas uno de cuyo miembros "se sienten íntegramente una parte y posee una vivencia inadecuada de sí mismo en su condición de todo".

Para Igor Caruso (19) cuando el destino del narcisismo conduce exclusivamente al amor a sí mismo, es señal de que la vida de la persona sufrió una perturbación y presenta rasgos autísticos. Por lo que para él, el autismo es un narcisismo mal logrado, un amor desdichado que presenta rasgos patológicos.

Asimismo el autismo es un miedo insuperable a los contactos y conduce a una ausencia casi total de ellos.

El autismo es la consecuencia de un rechazo por parte de la madre, que en algunos casos es manifiesto y toma el aspecto de

malos tratos y negligencia y en otros se da ocultamente y causa profunda inseguridad en la persona que se esta desarrollando.

Una perturbación radical del estadio narcisista causada por este rechazo directo o indirecto pondrá en tela de juicio la formación del Yo, esto es la identidad verdadera del hijo como clara separación entre si y el mundo. Al síndrome autístico por así decirlo pertenecen el anuncio de terminación de las relaciones con el mundo, porque estas relaciones las siente el sujeto en crecimiento o aparentemente ya adulto como imposibles (19).

El primer paso en el desarrollo de la fase autística a la simbiótica es la catexia del "principio maternal", este principio es la percepción de, y la aparente aceptación de los menesteres del alivio que vienen del compañero humano las cuales, aunque vagas e inespecíficas, son satisfacciones placenteras de la necesidad por parte de la madre. Con este desarrollo aún no ocurre la diferenciación del objeto maternal como una representación mental separada del ser; esto ocurre mucho después cuando el proceso de la separación-individuación ha avanzado.

Por lo tanto se puede describir la vida en vigilia del recién nacido desde el punto de vista de los impulsos instintivos y de la formación de la estructura psíquica como centrada alrededor de sus instintos para reducir la tensión.

Para atenuar su displacer, el infante tiene dos caminos: su propio cuerpo y los menesteres de su madre.

Cuando la madre es una fuente de satisfacción, el infante responde positivamente, manifestándose en reposo y sueño, cuando la tensión del cuerpo o las manipulaciones de la madre son una fuente de dolor, y displacer, el infante las maneja como lo hace con los estímulos nocivos en general, se aleja de ellos, trata de expelerlos, eliminarlos (No. 58).

Hartmann (1939) dice que por medio de la facultad perceptiva autónoma y congénita del Yo primitivo, ocurren trazos de depósito de memoria de las 2 cualidades primordiales de estímulos.

Estas islas de memoria que contienen "huellas" de estímulos "placenteros-buenos" o "dolorosos-malos" aún no les han sido asignados ni al ser ni al no ser.

Las cualidades de "dar placer" o "infligir dolor", se anclan a la madre, pero también a estas islas de memoria primitivas que se formaron a través de sensaciones "placenteras" y "displacenteras" del propio cuerpo. Esto pareció ser el principio de la formación de las imágenes parciales dispersas de objeto y también de las

imágenes parciales del ser corporal.

La integración sólida en donde hay una mezcla y una síntesis de las imágenes maternas "buenas" y "malas" aún en el desarrollo normal, no se logra durante la fase simbiótica de la relación madre-hijo, ni es completada durante los siguientes dieciocho meses de la vida, la fase separación-individuación. Sin embargo, si las fases simbióticas y de separación-individuación son normales, de los 3 a 3 años y medio en adelante, el niño puede cada vez más responder a la "madre completa", para darse cuenta que la misma persona puede tanto gratificarlo como molestarlo.

Con la llegada del periodo de latencia el niño debe percibir y reconocer claramente no sólo que la madre está separada y es compleja, sino que los demás objetos de amor, así como él mismo también están separados y son complejos.

La realidad del infante, su familiarización con el mundo, viene a través de su descubrimiento, durante la etapa dual simbiótica, de que sus necesidades derivan satisfacción de su compañero simbiótico fuera de su "ser". Por tanto, el niño psicótico, a la luz de su deficiencia central, esto es, su inhabilidad para usar a la madre aunque fuera para alcanzar el más primitivo sentido de la realidad, por ejemplo el sentido de que ella es un objeto satisfactor de sus necesidades, no puede pensarse como que se ha alienado de la realidad. El hecho es que él no obtuvo un sentido sólido de la realidad externa.

El paciente esquizofrénico experimenta tanto el deseo como el temor a fundirse en una unión simbiótica con otra gente, inicialmente esto proviene de su intento de mantener una relación con su madre.

De niño estaba confundido y atemorizado por la experiencia alternada de rechazo y sobreprotección asfixiante en su relación con la madre. Reacciona como si toda resolución constituyera una unión mágica con ella. A propio tiempo estaba aterrado de las consecuencias de esta unión y trastornado por la dificultad de percibir con precisión los límites que la separan del resto del mundo y en particular de los demás.

El esquizofrénico quiere ser distinto y separado, tener una existencia y una entidad propia, pero al mismo tiempo teme al aislamiento, al abandono y a la pérdida de seguridad.

Experimenta dificultad en establecer cualquier contacto interpersonal y teme inclusive a los aspectos normales de la dependencia de las relaciones íntimas o amorosas (No. 64).

AUTORIDAD

En este tipo de familias el poder se manifiesta en una forma rígida, fija o inmutable. La autoridad no se encuentra definida en el contexto familiar, esto se debe a la baja de autoestima, que tiene como consecuencia el despertar la sensación de ansiedad e inseguridad; en la relación familiar piensan sólo en lo que los demás pueden dar. Existen temores, sufren desilusiones y desconfían de la gente (No. 80).

Bajo este contexto la toma de decisiones que es un aspecto muy importante en la forma de expresar la autoridad se vuelve una batalla a "gritos o silencios" acerca de quién es el que tiene el derecho de decirle al otro lo que tiene que hacer. Las manifestaciones de molestia se experimentan consigo mismo y con su pareja. Esta experiencia desarrolla una sensación de tiranía y sujeción en la que los sentimientos de amar y ser amado, desaparecen o se encubren. Cada uno de ellos se aísla, se siente solo, traicionado, desengañado y deprimido, es la víctima. Además, se tratan de imponer sobre el otro a través de pleitos, el amor, la comprensión y el respeto se acaban (No. 81).

El marido tiene escaso prestigio en el hogar y frente a los hijos debido a su propia conducta o debido a las actitudes de la esposa para con él. El padre se convierte en un extraño o en una figura secundaria que no puede afirmar su liderazgo instrumental, y cuando intenta dominar de manera tiránica, termina por obligar a la familia a conspirar contra él. Su papel queda limitado a la aportación económica, la cual era originalmente su función básica.

La esposa también da origen a discordias maritales debido a sus actitudes excéntricas, frías, rígidas o excesivamente indulgentes para con los hijos lo que despierta en el marido coraje y resentimiento. Este tipo de mujeres desconfían de sus maridos y lo transmiten a los demás miembros de la familia por medio de sus actitudes (No. 55).

Esto causa que los miembros de estas familias se encuentren incapacitadas para funcionar dentro de sus roles. También se encuentran imposibilitadas para pedir o dar afecto, lo que muestran es rabia o decepción porque no reciben la ternura que quieren, ya que no saben comunicarlo, debido a su rigidez e inflexibilidad. Todo esto provoca miedo e inseguridad, que conduce a una distancia emotiva entre sus integrantes; esto se refleja en las actitudes, se pueden mantener a distancia, serenos y controlados o mostrando hostilidad y conflicto abierto.

Al referirse a esta atmósfera familiar encontramos un enlace en lo que Lidz (No. 55) nos dice, la debilidad yoica del esquizofrénico puede estar relacionada con la introyección de la debilidad parental que se observa en la dependencia de la madre con respecto al niño para su propia realización, con la introyección al rechazo parental del niño en el proceso de la temprana identificación con un progenitor y con las imágenes desvalorizadas para la identificación derivadas del menosprecio que un progenitor siente hacia el otro (No. 55).

LIMITES

Las normas que rigen las relaciones entabladas por las personas nunca son establecidas en forma permanente, sino que están en un proceso de refuerzo constante, a medida que las dos personas van interactuando y regulan mutuamente su conducta.

Todo ser humano necesita de otras personas, no sólo para asegurar su supervivencia, sino en relación con el placer o el dolor que experimenta. En las familias del esquizofrénico se restablece un sistema de normas y también se prohíbe reconocer que cualquier miembro de la familia está estableciendo determinadas normas. No aceptan su responsabilidad de estar influyendo en la conducta de los demás y admitir que cualquier otro miembro de la familia esté regulando su conducta.

Debido a esta falta de responsabilidad cada uno de los miembros de la familia constantemente debe descalificar lo que cada uno de ellos comunica al otro.

Haley 1959, dice de confirmar alguien lo que él o algún otro hacen, esta corriendo el riesgo de aceptar que está siendo gobernado por el otro, con todas las consecuencias que derivan del hecho de verse desilusionado una vez más por la conducta de una persona poco merecedora de confianza.

Pero esto no libera al individuo de ser gobernado o de gobernar a otros. En este sentido el enfermo se vuelve más impotente y, de este modo, gobierna a los demás obligándolos a cuidar de él.

En estas familias existe inflexibilidad dentro del sistema familiar.

Aparentemente los miembros de la familia sólo logran causar discordias, tensión y una lucha constante entre sí, o caer en periodos de retraimiento en forma de tregua, aunque siguen comportándose en la misma forma.

Es importante destacar que la conducta de estas familias está regida por los mismos miembros.

La homeostasis familiar señalada por Jackson (1957), es un proceso a través del cual la familia busca equilibrar sus fuerzas existentes dentro de ella misma para lograr unidad y orden funcional. Los padres tratan de perpetuar las conductas disfuncionales, para protegerse y perpetuar dicha conducta.

Los padres mantienen un equilibrio muy precario; cuando el hijo llega a presentar síntomas incontrolables, la familia en este caso no puede esconderlo ni incorporarlo al sistema familiar.

Haley (1959) dice que aunque la conducta psicótica sirva a una función en un sistema familiar, también existe un riesgo. Quizá sea necesario separar al paciente de la familia por medio de la hospitalización y así romper el sistema, o tal vez el enfermo reciba psicoterapia y cambie, lo cual le permitirá abandonar el sistema.

Lo típico es que los padres parezcan aceptar la hospitalización, sólo si pueden continuar viendo al enfermo, y que acepten la psicoterapia para el paciente hasta el momento que ésta empieza a cambiar y a violar las reglas de la familia (No. 80).

Para Jackson (1961) las "reglas" prescriben y limitan la conducta de los individuos en lo que atañe a una amplia variedad de zonas de contenido, organizando su interacción para formar un sistema razonablemente estable.

Si se infieren con certeza las reglas generales en base a las cuales actúa la familia, se descubrirá que toda su compleja conducta no sólo está estructurada sino que es también comprensible, y en consecuencia puede ser predecible (No. 49).

Dentro de la familia existe la comunicación humana que por lo general es persistente y perdurable, porque ambas partes la consideran importante (No. 8).

La comunicación y la relación humana son incompletas, borrosas y confusas, la percepción y la forma de pensamiento adolecen de escasa claridad e inseguridad. La afectividad es pobre y superficial (No. 3).

Wynne y Singer proponen que el flujo de la comunicación interfamiliar es disruptiva por la idiosincracia de cada miembro que participa en ella. Arguyen que la estructura del diálogo es análoga a los trastornos del pensamiento tradicionalmente descritas en la esquizofrenia.

El grupo de Palo Alto sugiere que los esquizofrénicos no han aprendido a discriminar de forma apropiada entre varios modelos de comunicación. Esta dificultad estaría ligada al uso del mensaje de "doble vínculo" por parte de sus progenitores, en particular la madre (Bateson). Las características del doble vínculo serían:

- 1) El individuo participa en una relación bastante intensa (que le impide huir, es decir, que le hace sentir que es absolutamente importante que distingue con precisión el tipo de mensaje que le está comunicando a fin de responder en forma adecuada.

2) El individuo está atrapado en una situación en que la otra persona que participa en la relación expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en que uno niega al otro.

3) El individuo es incapaz de hacer comentarios acerca de los mensajes que, se están expresando, con el fin de saber a cual de ellos debe responder, no puede realizar una formulación metacomunicativa.

Bajo este sistema familiar y de desconfianza, devaluación, inconformidad, sobreprotección y rigidez, la comunicación se da por "rumor", "secreto" o "mitos". Nuevamente es el caso si no se habla de algo es como si no existiera. esto no funciona, es como si las personas estuvieran sordas, mudas y ciegas.

Cualquier regla que prohíba comentarios de los miembros de la familia, ayuda a desarrollar personas cohibidas, ignorantes y poco creativas. Los resentimientos se acrecientan imposibilitando la interacción.

Los mitos ayudan a la homeostasis, y a la estabilidad de la relación y pueden funcionar como una fuerza ordenadora. En este sentido el mito es para la familia lo que las defensas son para el individuo.

El mito familiar es el número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Estos mitos familiares contienen muchas de las reglas secretas de la relación; reglas que se mantienen ocultas. Los mitos están integrados con la vida diaria, son parte esencial de la vida familiar, ayudan a mantener y justifican las pautas interaccionales, todos los miembros lo apoyan, no se discuten, por medio del mito se llega a un acuerdo, el mito no es individual sino que, determina la conducta de todos los miembros de la familia (No. 25).

El mito puede alcanzar proporciones psicóticas, en estas circunstancias, el mito "la folie" lo que ayuda a que la relación mantenga una constancia a pesar de los enfrentamientos externos. Esto da como resultado la formación de la "imagen interna" de la familia y como es percibida por sus integrantes, desde su propio nivel. El mito ayuda para mantener el "status quo" de la relación (No. 28).

Así bajo este contexto el esquizofrénico escapa de un mundo intolerable en que el se siente impotente para enfrentar conflictos, insolubles, utiliza el recurso de distorsionar la realidad.

Esto se debe a que su prueba de la realidad es precaria, ya que se ha creado en el medio de la irracionalidad; la comunicación que se ha dado dentro de su familia está distorsionada y negada.

Además no existe el reconocimiento y la comprensión de los impulsos, ni de la conducta afectiva de los miembros de la familia.

En este sentido Lidz (1957) señala otro aspecto importante que limita y confunde la comunicación. Dentro de la dinámica familiar se da el "enmascaramiento", que suele incluir el autoengaño, el esfuerzo de ocultar algo a los demás, pero esto implica una negación tanto consciente como inconsciente.

Los padres son los primeros que ocultan alguna situación muy perturbadora de la familia y actúan como si no existiera. En estas circunstancias es imposible resolver aquellos problemas que los miembros de la familia no pueden o no quieren reconocer.

Los hijos por su parte perciben que algo no funciona, de esta manera surgen los resentimientos contra los padres, pues se sienten desválidos, sin apoyo. Así ellos lo único que pueden aprender es a enmascarar o desconocer lo evidente. Solamente justificando la situación, la llegan a aceptar, o aprenden a fingir afecto, pero sin una resonancia o significado, todo esto distorsiona su sistema de valores, y la irracionalidad de la comunicación. (No. 55).

En consecuencia esta interacción se manifiesta como una pérdida de apoyo y esto hace dudar de todas las experiencias pasadas. En estas circunstancias surge el temor, la impotencia, exasperación y cólera que una situación de doble vínculo provocan en el paciente, ante la cual la madre aparece con serenidad y sin entenderlo. El padre por su parte es pasivo y se siente ofendido, pero se muestra impotente.

En la familia esquizofrénica los límites están alterados debido a que existe una constante descalificación de las declaraciones de cada uno, su norma es negar siempre lo que el otro dice.

Esta es la causa de la incapacidad del esquizofrénico para poder relacionarse con su medio ambiente y su retraimiento general, esto es comprensible si tomamos en cuenta que fue educado bajo una situación de aprendizaje en la cual todo cuanto hacía era descalificado, y no se le permitía relacionarse con otra gente de la cual pudiera aprender a comportarse en forma distinta.

El esquizofrénico evita definir su relación con alguien calificándolo en forma incongruente sus declaraciones e investigar que no se advierte que se aprecie o afirme la conducta afectuosa o dádívosa. Si alguien manifiesta la conducta afectuosa y deseos de intimidad, el otro indica que lo está haciendo en forma incorrecta o en el momento indebido.

Una característica de la madre es su amenaza de separación, pero que nunca concreta, y el padre, que no hace frecuentes amenazas de separación, pasa gran parte de su tiempo lejos del hogar o se "ausenta" dándose a la bebida mientras permanece en él, a este tipo de conducta se le ha llamado relación compulsiva. El hijo esquizofrénico lleva la misma relación, porque se le considera incapaz de dejar el hogar y relacionarse con otras personas, su permanencia en ese hogar se estima involuntaria. Por consiguiente, si manifiesta sus deseos de estar con sus padres, estos tienden a descalificar sus sentimientos y lo interpretan como una súplica de que no lo echen, de ese modo el hijo va descalificando sus gestos afectuosos.

Es importante señalar que una madre puede mostrarse sobreprotectora y, de ese modo, descalificar lo que el hijo hace, mostrándole sus conducta inadecuada o insuficiente. Puede también rechazar y análogamente descalificar lo que hace, por considerarlo insuficiente. El padre por su parte puede condenar a la madre en forma maliciosa o simplemente mostrarse pasivo cuando buscan en él respuestas positivas.

Se dice que la familia del esquizofrénico tiene las siguientes características generales (No. 8).

1) Un niño cuya madre es ansiosa, se retira del hijo cuando este se muestra cariñoso. La madre se torna ansiosa y hostil cuando se encuentra en contacto íntimo con el niño.

2) La madre disfruta sus sentimientos de ansiedad y hostilidad hacia el hijo y expresa una conducta afectuosa. el niño "deberá" en estas circunstancias de reaccionar en la forma como ella quiere, de no hacerlo la madre podrá justificar el retirarse de él.

3) La ausencia de un padre fuerte y perspicaz, que interviene en la relación entre la madre y el hijo, y ayudando a esclarecer las contradicciones involucradas.

La conducta cariñosa de la madre es una compensación ante su conducta hostil. Con estas actitudes el niño no sabe diferenciar entre la expresión de los sentimientos simulados y los

sentimientos reales. En estas circunstancias el niño deforma sistemáticamente las señales metacomunicativas. Engañándose a sí mismo acerca de su estado interno. Porque si llega a discriminar en forma adecuada, se dará cuenta de que las señales metacomunicativas están alteradas, mostrándole al hijo la falta de cariño de la madre, lo cual le causaría gran dolor. Además de que el niño sería "castigado" por encontrar la verdad de lo que ella realmente expresa.

Con estas características la madre, ubica al niño en una posición en que, si responde al afecto simulado por la madre, provocará ansiedad en ésta, quien lo castigará negando los mensajes emitidos, porque cualquier afirmación sobre su conducta la pone en peligro, por lo tanto deberá prohibirla.

De este modo, el niño resulta separado de las relaciones íntimas y seguras de su madre.

En este sentido el afecto no es sincero, sino que está encubierto por la angustia y la hostilidad (No. 8).

ALIANZA

La alianza es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. La "familia" como lo establece Jackson se refiere a los "otros significantes" en la vida del paciente, sean ellos, la madre, el padre, la hermana, el hermano, etc.

Es preciso establecer que necesidades psicológicas satisface cada conyuge en el otro, o que impulsos inaceptables suyos ha proyectado en su hijo un progenitor.

Los hijos dentro de este sistema cumplen una función de importancia en el mantenimiento del equilibrio.

Los hijos parecen ajustarse dentro del sistema. Las pautas aprendidas influirán para determinar sus conductas futuras de interacción con otras personas, por ejemplo para formar su estructura de carácter (No. 49).

El niño desde el momento de nacer, sexualmente ya está identificado con uno de los progenitores. En esta relación triangular alguno de los padres tiene miedo de ser el "miembro excluido" del triángulo. Cuando el niño parece tomar partido por uno de los padres, corre el riesgo de perder al otro. Puesto que necesita de ambos, inevitablemente le hiera tener que elegir. En estas condiciones surge la pregunta de "quién se va aliar con quién" si en este momento un conyuge se enfrenta a los deseos del otro; entonces el niño se encuentra atrapado en el conflicto.

Así los padres ven al hijo como:

- Un posible aliado contra el otro conyuge.
- El mensajero posible a través del cual los padres se podrán comunicar.
- La persona que puede calmar al otro conyuge (No. 80).

En las relaciones disfuncionales, ambos conyuges buscan que el hijo satisfaga sus necesidades adultas que la relación conyugal ha frustrado. Es por eso que ambos piden al niño que tome partido y dé apoyo, que tome una posición contra el otro progenitor.

La madre, en un esfuerzo por convertir al hijo varón en un aliado y en un compañero substituto, también lo corteja de manera seductora y le ofrece un incentivo adicional (el padre hará lo mismo con la hija) pero este tipo de alianza es ilusoria, él no se está aliando con uno de ellos. Además los niños no pueden aliarse con uno de los padres sin ambivalencia.

Al existir una perseverancia en este tipo de conductas de los padres, el hijo acaba teniendo una relación distinta con el padre o la madre (No. 80).

El hijo no desea perder a ninguno de los padres, los ama y los necesita a ambos. Sabe que los padres dejan de pelear cuando él llama su atención. Al no quedar satisfechas sus necesidades, sino sólo a través de las necesidades de los padres, él no puede integrar una imagen apropiada de su propio sexo, con una imagen compatible del otro sexo. Esto se presenta cuando los padres no manifiestan de manera clara, directa y específica sus diferencias y su personalidad individual.

De acuerdo a lo anterior la familia convierte al hijo en el "paciente identificado". El hijo en estas circunstancias se encuentra imposibilitado de dar gusto a ambos padres, distanciándose de alguno de ellos; así mismo manifiesta una conducta cada vez más contradictoria y extravagante. Esta conducta "loca o enferma" hace que los padres se unan más al hijo, para enfocar su atención. El paciente identificado no alivia el dolor de los padres. Simplemente desvía la expresión de dichos sentimientos hacia él mismo. Le falta experiencia y juicio respecto a que hace sufrir a sus padres, de modo que cualquier cosa que él haga para aliviarles probablemente será inadecuado y fracasará "ambos padres le piden que tome partido de uno contra otro" (No. 80).

Dentro de la dinámica familiar se puede observar que cuando los conyuges presentan dificultades, vuelcan su enojo mutuo contra el hijo por considerarlo culpable de sus problemas y, de ese modo aparentan formar una coalición contra él. Pero si esta coalición se descubre, se derrumbará fácilmente.

Dentro de las familias esquizofrénicas no se permite la existencia de alianzas de dos contra uno, porque esto significa traicionar al tercero. A menudo las alianzas se dan a través del otro. La madre puede pedir algo al hijo, indicando que el marido se ha negado, así se muestra aliada del hijo, pero si él hijo hace algún reclamo inmediatamente la madre lo defenderá.

Por otra parte, Haley (1959) nos dice que debido a la forma tan rígida de manejar los problemas, existe una prohibición a formar alianzas íntimas con cualquier persona ajena a la familia. Así existe una posibilidad de conocer conductas diferentes, sólo aprenden su sistema de interacción.

CENTRALIDAD

Todo ser humano depende de otras personas, no sólo para su supervivencia, sino también como guía de su identidad.

Al referirnos a la conducta tenemos que tener en cuenta el aspecto complementario a la interacción, ejemplo, pautas de dominio y sumisión, exhibicionismo y contemplación, socorro y dependencia así lo que hace un miembro de la familia encaja, en cierto sentido, con lo que hace otro, pero en la esencia difiere de éllo.

Así las relaciones deben ser consideradas en el contexto, quienes son las personas que más intervienen, cuáles son las relaciones más importantes, así se puede encontrar el interés de cada persona dentro de la dinámica familiar.

En las familias esquizofrénicas las dificultades se establecen debido a la falta de flexibilidad del sistema.

En el contexto de la relación familiar para cada rol individual definido existe un contra rol oculto en la persona de otro o de otros miembros de la familia.

Así cuando alguien es señalado como el "paciente" automáticamente aparece su opuesto de "no paciente" de esta manera existen los roles complementarios.

Según Jackson (1957), la madre del paciente esquizofrénico, es un individuo frío, que encubre el rechazo del niño con un papel de víctima, afirma que el padre "no sirve". Si el padre está ausente e inclusive ha muerto, ella acepta y estimula al niño contra él.

La madre puede abiertamente manifestar rechazo, y el padre en algunas ocasiones puede mostrar una relación afectuosa con su hijo. Esto cause que dentro de la estructura familiar se genere dependencia y hostilidad.

Es posible que el padre sea un individuo en apariencia exitoso y agresivo, aunque más a menudo sea una persona débil y pasiva, pero en cualquiera de los dos casos no podrá o querrá intervenir para proporcionar al niño el tan necesario "otro".

Lidz (1957) por su parte analiza el rol del padre en el desarrollo del niño, el niño que crece con un padre desadaptado o

con un problema, tendrá dificultades para obtener una buena maduración emocional.

Otro aspecto importante es el de la infidelidad, la madre trata de mantener el prestigio del padre delante de los hijos, pero estos esfuerzos resultan inconsistentes y contradictorios, porque los defectos y debilidad del padre aparecerían creando un conflicto aún mayor en los hijos. Además tenemos a los padres que no participan en la responsabilidad de la educación de sus hijos.

Existen parejas con severos conflictos, algunos padres bajo estas circunstancias quitan la autoridad de la madre ante los ojos de los hijos, la devalúan como persona, su objetivo es ganarse a los hijos en contra de la madre.

Así podemos decir que el padre del paciente esquizofrénico tiene una interacción deficiente, pues más bien se le puede considerar un padre periférico.

Debido a lo anterior, el paciente esquizofrénico ha tenido pautas de identificación muy pobres con ambos progenitores.

Es interactuando en un sistema familiar caótico en donde no hay una clara definición de los roles de cada miembro dentro de la familia.

Quando los roles de cada miembro son negados o existen un proceso de adjudicación y asunción de ellos en forma no adecuada, aunque este se de por parte de alguno de los miembros del grupo familiar surgen malentendidos entre dichos miembros y los procesos de comunicación se alteran frecuentemente distorsionándose constantemente la lectura de la realidad (No. 49).

GEOGRAFIA

Nos referimos a Geografía al espacio que cada miembro de la familia ocupa en determinado contexto. El territorio del ser humano se refiere a una extensión de su cuerpo.

Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Se sabe que toda conducta de cualquier persona influye en la propia, y dentro de la familia la persona experimenta el mapa que ésta traza del mundo. En la familia hay límites que ayudan a regular la conducta, cuando se da la transgresión de estos trae como consecuencia: culpa, angustia y destierro (No. 65). Así los miembros de la familia conocen con certeza y detalle la geografía de su territorio.

Las familias con problemas pueden vivir bajo el mismo techo pero apenas si se conocen realmente. La separación emocional se da a cada día sin darse cuenta, cuando tratan de intercambiar opiniones o de realizar alguna actividad recreativa juntos, se dan cuenta de que no existen entre ellos lazos de unión.

En este tipo de dinámica familiar se sabe que es la rigidez en las reglas, la falta de confianza y la comunicación la que se encuentra alterada, las personas se invaden unas a otras no diferenciándose como individuos separados con sus propias necesidades y demandas. En su contacto con el medio ambiente se encuentran aislados, sienten que nadie los puede ayudar o si llegan a pedir ayuda pueden sufrir rechazo.

En las familias esquizofrénicas, la emergencia de la psicosis en el ambiente familiar significa que un miembro de este grupo asume un rol diferente, nuevo y se transforma en el "portavoz" o "depositorio" de la ansiedad del grupo. La estructura grupal se altera, suceden perturbaciones en el sistema de adjudicación y aceptación de roles, aparecen mecanismos de segregación del enfermo, dependiendo en gran medida del pronóstico del caso, de la intensidad de estos mecanismos de segregación. Así el enfermo es "alienado por su grupo inmediato" (No. 74).

En la familia el mal manejo del conflicto, la ansiedad y los síntomas son los que desembocan en la enfermedad mental. Así encontramos que estas familias carecen de pautas específicas de relación entre sus roles que les proporcionan satisfacción, vías

de solución para los conflictos, el apoyo necesario para sí mismo y el manejo adecuado de la ansiedad; esto imposibilita el desarrollo emocional positivo. Así mismo los padres están imposibilitados para proporcionar a sus hijos un espacio en su ambiente familiar ya que actúan como si fueran uno solo, no permitiendo la intimidad de cada uno de sus integrantes.

PADRES**PAPA**

Para el niño el padre es el primer intruso en los sentimientos de unidad con la madre, y el niño debe desarrollar un sentido de identificación con el padre.

Para la hija el padre debe ser un objeto piacentero de amor temprano, así que ella puede ganar el amor del hombre cuando crezca a ser mujer, como la madre (No. 55)

El padre juega un esencial rol en el desarrollo del niño, y el niño que crece con una imagen inadaptada del padre tiene serias dificultades en madurar apropiadamente (No. 55).

Parsons y Bales (1955) dicen que el padre es el líder de la familia, en los instrumentos adaptativos (roles), en contra de la expresión integrativa de la madre, por lo tanto un padre (débil-inútil) es más significativo que una madre "débil-inútil" así como una madre "fría-inflexible" es más problema que un padre "frío-inflexible"

Antes de los últimos estudios se había caracterizado a los padres de los esquizofrénicos fundamentalmente como los miembros del matrimonio pasivos e incapaces con respecto a la dominadora "madre".

Richard y Tillman (1950) llamaron la atención sobre el ocasional padre "dominante-sádico", y Lidz y Lidz repararon en la inestabilidad de muchos padres de esquizofrénicos.

Lidz (1957) caracterizó en 3 grupos las pautas de personalidad y rol paternal en la familia:

- a) Pasivo, inmaduro, retraído
- b) dominante, sádico
- c) distante, pomposo, narcisista.

Lidz (1975) clasificó a los padres de pacientes esquizofrénicos en 5 grupos:

- 1) padres de pacientes mujeres que siempre están en constante conflicto con sus esposas, coartando la autoridad con los niños y derogando su valor como persona, buscando ganarse a la hija para estar de su lado. esperan que sus esposas se conformen docilmente de su forma peculiar con respecto al mundo y del levantamiento de los niños, probablemente deseando que las

esposas esten de acuerdo constantemente con ellos y construyan su propia estima.

Tratan de moldear a sus hijas para llenar sus propias necesidades. Son paranoicos, tienden a desconfiar de todos. Son de temperamento tiránico y habitualmente son crueles en sus actitudes. El padre puede ser sexualmente seductivo. El padre es muy inconsistente y el niño, quien trata de satisfacer, esta confundido con sus demandas.

2) Son rivales de sus hijos por la atención y el afecto de la esposa, mostrándose celosos como hermanos mayores que tratan de opacar.

Son extremadamente egocéntricos y demandantes de prestigio.

Ellos les hacen ver sus éxitos a sus hijos, y al mismo tiempo sabotean sus esfuerzos y su confianza.

No participan en la cría de los hijos pero interfieren en los esfuerzos de ellos en la crianza.

Su ineficacia como padres esta disminuida por su ausencia y rechazo del hogar. Su conducta inconsistente, su mal temperamento y sus disturbios de personalidad crean gran tensión en el hogar.

3) Son padres quienes exhaltan el concepto de ellos mismos, contienen rasgos paranoicos de grandiosidad, así como ellos tienen reales habilidades y logros. Estos padres son retirados de los hijos y físicamente distantes dando la impresión de que sus descendientes no pueden alcanzar su estatura y dando poco o nada de soporte a sus hijos en particular. Las madres son necesitadas como admiradoras, aduladoras y su atención a sus esposos puede resultar en falta de atención a sus hijos, o inversamente ellas también sienten la distancia de sus esposos y llevan sus vidas completamente juntando o uniendo sus vidas de sus hijos a la de ellos.

4) Padres quienes han fallado en sus vidas y llegan a ser nulidades en el hogar, escasamente participan en la responsabilidad de los hijos. Los hijos tienen falta de padre.

Estos padres llegan a ser figuras patéticas, sin prestigio en la familia y al mismo tiempo tratados con desden por sus esposas.

5) Son pasivos y demandan poco para ellos mismos, actuan la parte de pequeños hermanos en la familia y aceptan la autoridad

creciente de la esposa. No son figuras masculinas para la esposa, que parece que se casaron con ellos porque no querían ser dominadas por un hombre. Son incapaces de hacer valer sus propias necesidades o de expresar cualquier idea concerniente a la crianza de los hijos. Para los hijos estos padres son placenteros, casi como figuras maternas, pero les ofrecen modelos débiles a sus hijos.

Estos padres aceptan sin resentimiento aparente el hecho de que sus hijos son primero para sus esposas y no le impiden al hijo crecer en un rol pasivo el cual llena las necesidades de la madre. Kaplan describe al padre como inadecuado, pasivo e indiferente, también ha sido descrito como violador, amenazador, brutal o aplastante.

MADRES

Tietze, Lidz y Lidz (1949) describen a la madre de un paciente esquizofrenico como: ansiosa, insegura, con sentimientos de culpa, presentandose un perril de personalidad con características tales como: distanciamiento afectivo, incapacidad para relacionarse interpersonalmente, falta de espontaneidad, tendencia al aniquilamiento simbólico del cónyuge, sobreprotección, autoritaria especialmente frente al hijo, dependiente respecto al amor del hijo.

La mujer de esta configuración cultiva la excesiva dependencia de sus hijos y reduce el contacto de los mismos con el mundo extrafamiliar, los niños consiguientemente, viven el mundo exterior como algo hostil, nocivo y peligroso (No. 3).

Según Bateson las madres de los esquizofrenicos atrapan al niño en un "doble vínculo" en el que ellas expresan verbalmente amor y cordialidad, pero rechazan las tendencias del niño a responderles. Los sentimientos básicos de la madre hacia el niño estan teñidos de hostilidad o ansiedad pero su incapacidad para enfrentar tales sentimientos lleva a negarlos y a expresar una conducta amante (No. 49).

Que condiciones deben estar presentes para que un niño sufra las presiones de un doble vínculo?

1) En primer lugar, es necesario que el niño este expuesto a mensajes de doble nivel, en forma repetida y durante un largo periodo.

2) Dichos mensajes deben provenir de personas que para él signifiquen supervivencia.

- Los padres automáticamente son figuras de supervivencia, porque el niño, en forma literal, dependen de ellos para su vida física, más tarde, la necesidad de que los progenitores lo amen y lo aprueben también adquiere un significado semejante al de supervivencia.

- Además la forma en que los padres estructuran sus mensajes hacia el niño, determinará la técnica de este para controlar su ambiente. En manos de los progenitores esta no solo el presente del chico sino también su manera futura de sobrevivir.

- Como resultado, el niño puede permitirse ignorar los mensajes de sus padres por muy confusos que sean.

c) En tercer lugar y esta es tal vez la condición más importante de las 3, desde una edad temprana el niño tiene que ser condicionado a no preguntar: quisiste decir esto o aquello, y a aceptar los mensajes conflictivos de los padres aunque sean imposibles de comprender. El niño tiene que enfrentarse a la imposible tarea de traducir dichos mensajes y convertirlos en una sola manera de comportarse.

Si el hijo no ha adquirido una forma de rechazar y aclarar los dobles mensajes, existe una amenaza vital para él.

a) En su independencia presente, porque si obedece a un nivel desobedece a otro, y por lo tanto, de manera continua, provoca el rechazo de su madre.

b) En su futuro adulto, porque se enfrentará al mundo siguiendo la pauta contradictoria y autoengañadora a la que sus padres lo han acostumbrado.

c) Debido a que el conflicto de los mensajes está escondido, ya que el niño no ha aprendido a "verlo" como el origen de su perturbación, el chico vuelve la culpa contra sí mismo (en lo que los padres están de acuerdo, ya que ellos tampoco pueden "ver" más objetivamente esta situación). El niño dice: "Nunca puedo hacer lo correcto; probablemente porque soy malo"

d) Por otra parte, a un nivel encubierto correspondiente, el niño se da cuenta bastante bien de la situación imposible en que lo han colocado.

Como último recurso, llega a responder el mismo en forma encubierta y utilizan el lenguaje de la protesta disfrazada que la sociedad denomina conducta "loca" o "enferma". (No. 80).

La conducta desviada de un niño puede ser conducta funcional dentro de un sistema familiar disfuncional.

Si el niño problema tiene el poder de consolidar o destruir el ciclo mágico del equilibrio familiar, los padres tienen que tratar con gran cuidado a dicho niño.

a) En cualquier camino que el niño tome, encuentra frustración. Nunca puede hacer lo correcto porque le piden conductas contradictorias y nunca lo que hace tiene éxito porque le dan reglas contradictorias para obtener sus objetivos.

b) Si el niño se perturba demasiado, a veces produce un síntoma tan espectacular que la familia ya no puede esconderlo ni incorporarlo dentro del funcionamiento familiar.

c) En estas circunstancias, la familia tiene que premiar en forma encubierta la conducta perturbadora, lo suficiente para compensar la desaprobación oficial que el niño cosecha comportándose así, y su frustración general en todos los casos, al mismo tiempo que los padres de manera explícita criticaban al niño y a veces incluso lo castigaban, de manera, habitualmente implícita, apoyaban la persistencia de la misma conducta que criticaban, (no cumplían las amenazas, retardaban el castigo, indiferencia ante el síntoma infantil y lo aceptaban).

d) Aquí vemos lo elástico y maniobrable que es dar-reglas-doble nivel. No sólo se coloca al niño en la posición de ser "el malo" o el "fracaso", sino que este manejo de las reglas permite suspender y aligerar las presiones del sistema mismo cuando se vuelven demasiado intensas y el niño ya no las tolera. Ribie describe 2 tipos de madre: positiva y negativa:

POSITIVA

Es capaz de darse a sí misma emocionalmente al niño cuando cuida de él, sin que tome una actitud negativa ante su papel de madre y sin sentimientos profundos de resentimiento o antagonismo.

No hay en la madre de este tipo la necesidad de utilizar al niño para su propia satisfacción psicológica, no presentan la actitud esencialmente autista y mecánica que obstaculiza en el niño el desarrollo del sentido de su identidad humana. Tiene la facultad de transmitir al niño el sentimiento básico de que se proveen sus necesidades, y de que se le desea intensamente por sí mismo y de que se le quiere, según Federn, todo esquizofrénico busca este tipo de madre completa en la fantasía y en la realidad.

NEGATIVA

No quiere a su hijo y tiene escasa capacidad para consagrarse a él. Su actitud se denota claramente en el modo de tratar al niño. La maternidad solo es para ella un deber que exige sacrificios y genera resentimiento, produciendo respuestas negativas en ella y en el niño que se siente incómodo ante la actitud de ambivalencia de la madre.

En los primeros meses de vida, el niño experimenta esta hostilidad inconciente como una amenaza para su bienestar y su integración.

Debido a que continúa habiendo en ella un fuerte apego a sus propias madres, las madres negativas reaccionan frente al hijo con sentimiento análogo a los celos entre hermanos, que se acompaña de accesos de agresividad y una constante rivalidad (No. 9).

Kaplan describe a la madre del esquizofrenico como agresiva, dominante, rechazante e insegura. También madres sobreprotectoras perpetuando la unión simbiótica y han asumido el rol de mártires de forma para restringir la libertad del niño y prevenirlo de una expresión directa de hostilidad. Alanen ha sugerido que este tipo de madres trata a sus hijos como ellas fueron tratadas por sus madres.

PADRES

McCord y Col (1962) Fleck y Col. (1963) han encontrado estructuras distintas en los padres del esquizofrénico femenino y del masculino.

En la esquizofrenia femenina prevalece en la madre el distanciamiento emocional y en la padre el narcisismo acompañado de una actitud seductora, frente al mundo femenino, incluso frente a sus hijas, y una conducta por lo demás jaloneada de valores positivos.

En la esquizofrenia masculina la madre suele ser sobreprotectora y absorbente y el padre pasivo, pulsiónnimo e inepto. La combinación de una madre dominante y frustradora, quizá frígida sexualmente, y un padre pasivo que no ofrece ningún apoyo a sus hijos, según Bross (1959) es la pareja más apta para inducir o mantener un proceso esquizofrénico en el niño, o al menos producir una personalidad prepsicótica (No. 3)

Alan y Colb (1966) observan algunas diferencias entre los padres de pacientes esquizofrénicos masculinos y femeninos.

En las mujeres prevalecen la madre inefectiva y el padre posesivo de modo ambivalente. La madre inefectiva y el padre ausente y la madre posesiva.

En los hombres predomina el padre pasivo y la madre dominante, el padre hostil y la madre dominante y el padre patológicamente dominante.

Según Bellak hay 3 clases de padres de esquizofrénicos:

- 1) La situación parental se caracteriza porque uno de ellos es dominante y el otro sumiso e incapaz de modo que no existe entre padre y madre una verdadera relación mutua y madura.
- 2) La madre característicamente esquizofrénica es repudiadora, manifiesta o repudiadora encubierta.

MANIFIESTA

Son dominantes, agresivas, con una actitud de frialdad y crítica frente a sus hijos, muy exigentes en cuanto al sexo, y la

observancia de las normas sociales de buena educación, así como deseosas de realizar sus propias aspiraciones a través del hijo.

Se ha afirmado también que es posible que no se trate realmente de una actitud de repudiación, sino de exigir del hijo que satisfaga los requerimientos específicos de la madre para que no pueda ser repudiado, sino que se convierta en parte de ella misma.

ENCUBIERTA

Protege al hijo excesivamente se ocupa demasiado de él, de modo que, más que amor de madre, existe cohibición de madre. Estas madres que se aferran parasitadamente al hijo, han sido descritas como infantiles y egocéntricas.

Esta forma de dominación encubierta se considera más destructiva que el tipo manifiesto porque esta cargada de una ambivalencia más maligna respecto al niño y le impide expresar normalmente su hostilidad y su genuina emocionalidad.

3) Esta constituido por los padres esquizofrénicos. A menudo de naturaleza dominante y tiránica, con actitudes sádicas extremas frente a sus hijos, con las que pretenden disimular su debilidad básica y su ineficaz e insuficiente adaptación a la vida.

Excesivamente dependientes de sus mujeres, tienden a pesar de ello a tiranizarlas y a comportarse abusivamente por celos, porque se consideran respecto a ellos como rivales de sus propios hijos.

RECHAZO

En la revisión que se hizo se encontro que la familia rechaza francamente al paciente por miedo, situación económica, por lo que otras gentes dicen de ellos, porque no tienen un espacio adecuado para ellos ya que tienden a separarlo de los otros miembros de la familia.

Asimismo, la familia acepta con benplácito la hospitalización del paciente ya que esta le proporciona grandes beneficios a ambas partes, pero siempre y cuando se le permita ver al paciente y aceptan la psicoterapia para el paciente hasta que esta no empiece a cambiar y violar las reglas de la familia (No. 80).

La barrera de rechazo social a los pacientes psiquiátricos

a) Ignorancia

En nuestro medio existen una serie de prejuicios en contra del enfermo mental, dichas actitudes se deben a temores e ignorancias ancestrales, y que no han podido ser erradicadas en la mente popular a pesar de campañas e informes proporcionados por personal dedicado a la atención de estos enfermos. En muchos casos, las manifestaciones clínicas son en forma violenta y francos errores de conducta, lo que aunado a la ignorancia, vergüenza o sentimientos de culpa, leyendas tejidas alrededor de estos pacientes motiva que el núcleo familiar y la sociedad manifiesten su rechazo y repulsión hacia el psicótico.

b) Patología del núcleo familiar

La familia acusa al enfermo alegando que sus trastornos se deben a sus vicios o faltas. Tratando de descargar así sus sentimientos reprimidos de culpabilidad o incapacidad.

Muchas familias llegan inclusive a considerar que el enfermo internado esta definitivamente separado de la sociedad, y que es un hombre muerto, y se olvidan por completo de su existencia.

El trabajador social debe de intervenir con la familia y hacerles ver sus deberes, sensibilizar al medio haciendo que ellos palpén los sufrimientos del paciente hospitalizado, privado de comunicación con el exterior y que a menudo esperan que sus seres queridos los visiten y regresen con ellos, a veces las familias ayudan a la recuperación del paciente, así como lo perjudicial que es su actitud para la eficacia del tratamiento.

c) Carga económica

Otra causa es la pobreza. Dentro del medio familiar se cuenta con escasos recursos, suficientes apenas para subsistir en muy precarias condiciones. Esta situación da lugar a que el enfermo sea abandonado a su suerte en instituciones gubernamentales, alegando los familiares que el estado debe ocuparse de la manutención y cuidados de estos enfermos, rehuendo y tratando de descargar sus responsabilidades en otras personas.

Otra causa que impide con frecuencia la pronta reintegración del paciente a la sociedad es la propia inseguridad de este para enfrentarse a los prejuicios sociales, y la frustración del mismo al verse rechazado, y con frecuencia limitado en sus actividades laborales, culturales y sociales.

De las causas de "rechazo social" las más importantes son: la ignorancia, la carencia de recursos económicos, así como la patología mental latente en el grupo familiar, que genera temor a la agresión, al contagio, al rechazo del núcleo familiar en su conjunto por tener dentro de él a un enfermo mental, "a las taras hereditarias", etc., que genera ansiedad, inseguridad, prejuicios, mitos, leyendas y que por lo tanto puede alterar la salud mental del grupo al que pertenece.

En algunas ocasiones se encuentra sobreprotección de los familiares hacia el paciente, llegando incluso a negar que el paciente este enfermo, lo que dificulta o impide su rehabilitación, impidiendo que el paciente se baste por sí mismo, pudiendo ocasionarle una verdadera invalidez y dependencia total de la familia. Esto se observa también cuando existen sentimientos de culpa, sobre todo por parte de los progenitores cuando ellos sienten ser los causantes directos o indirectos de la enfermedad del paciente.

El rechazo social del enfermo psiquiátrico que se encuentra dentro o fuera del hospital es uno de los factores sociales antiterapéuticos más calamitosos.

El rechazo social del enfermo cobra un desarrollo más potente en presencia de estas circunstancias: situación del paro profesional, insuficiencia económica, enfermedad crónica y hospitalización prolongada, y ejerce influencias muy desfavorables sobre la rehabilitación del mismo (No. 3).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El origen del problema surge en el momento en que se da la enfermedad, siendo esto un aspecto social en el que se ubica a la familia como una "Familia Disfuncional" y al elemento enfermo como "Loco", por lo que es importante conocer "Los rasgos predominantes de familias de pacientes esquizofrenicos" para poder entender al enfermo y a la familia misma y con ello buscar un equilibrio entre la enfermedad del paciente y la que esta genera en la familia.

HIPOTESIS

- 1) La familia como generadora de cronicidad por rechazo en el paciente esquizofrenico.
- 2) La familia como generadora de cronicidad por sobreprotección en el paciente esquizofrenico.
- 3) La familia como equilibrio en el curso de la enfermedad del paciente.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se llevó a cabo un Estudio Evaluativo Ex post facto.

La población se seleccionó del Hospital Psiquiátrico San Fernando, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la Delegación Tlalpan en la Ciudad de México. Esta población está compuesta por asegurados y beneficiarios de ambos sexos, que presentan cualquier tipo de padecimiento mental en fase aguda y cuyas edades van de los 16 años en adelante.

El instrumento que se utilizó fue el de los expedientes clínicos del hospital arriba mencionado, los cuales están forjados por:

- a) Orden de internamiento
- b) Historia Clínica
- c) Nota de Admisión
- d) Nota de Evolución
- e) Notas de revisión
- f) Nota de consulta externa (pacientes atendidos en el hospital)

La muestra fue autoseleccionada ya que se utilizaron 100 Expedientes de pacientes del hospital San Fernando con diagnóstico de esquizofrenia de Agosto de 1983 a Agosto de 1986.

En la muestra utilizada no hubo distinción de sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión.

Los datos que se sacaron de estos expedientes fueron:

- Clasificación de Esquizofrenia
- Tipo de Familia (Funcional, Disfuncional)
- Antecedentes Hereditarios
- Tipo de Comunicación (Buena o Mala)
- Rasgos del Padre
- Rasgos de la Madre
- Si había rechazo o aceptación

A continuación se muestran las tablas en % de los datos arrojados en esta revisión de casos clínicos tomando en cuenta que de 100 expedientes revisados, solo 42 tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia.

Se encontró que el diagnóstico de esquizofrenia que predominó fue el de Paranoide con 71.4%, Simple con 14.3%, Catatónica con 9.5% y Hebefrénica con 4.7%.

DIAGNOSTICO

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Esquizofrenia Simple | 6 de 42 expedientes 14.3% |
| Esquizofrenia Hebefrénica | 2 de 42 expedientes 4.7% |
| Esquizofrenia Catatónica | 4 de 42 expedientes 9.5% |
| Esquizofrenia Paranoica | 30 de 42 expedientes 71.4% |

Se encontró que el 33% de los pacientes tenían antecedentes hereditarios. Predominaban diagnósticos de organicidad o paranoia. El 67% de los pacientes no tenían antecedentes hereditarios, pero en algunos casos venían de familias con problemas de alcoholismo, agresión física y abuso sexual.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

14 de 42 expedientes 33%

Se encontró que el 40.4% de los pacientes eran rechazados por sus familias, debido a que eran pacientes agresivos, o porque las familias temían por los otros miembros de la familia o porque no tenían forma de tenerlos en sus casas por espacio y solvencia económica. El 59.6% de los pacientes no eran rechazados por sus familias, pero si existía temor de posible agresividad.

RECHAZO DE LA FAMILIA

17 de 42 expedientes 40.4%

Se encontró que el 70% de los pacientes tenía una mala comunicación con sus parientes, en ocasiones con ambas figuras paternas. El 30% de los pacientes tenían buena comunicación pero casi siempre con alguno de los dos progenitores.

COMUNICACION

Mala 70%
Buena 30%

Se encontró que los rasgos del padre que más predominaron con el 47.6% fueron:

Padre ausente, agresivo, irresponsable, dominante, autoritario. Con el 42.8% fue de padres alcohólicos, el 38.4% padres pasivos, distantes, aislados, indiferentes, y el 14.0% padres cariñosos, tolerantes y con quien se tienen buenas relaciones.

PADRES

| | |
|--|-------|
| Padre ausente 20 de 42 expedientes | 47.6% |
| Padre alcohólico 18 de 42 expedientes | 42.8% |
| Padre agresivo, irresponsable, dominante, y autoritario 20 de 42 expedientes | 47.6% |
| Padre pasivo, distante, aislado, indiferente 16 de 42 expedientes | 38.4% |
| Padre cariñoso, tolerante y con quien se tiene buenas relaciones 6 de 42 expedientes | 14.0% |

Se encontró que los rasgos de la madre que más predominaron con el 50.0% fueron de madres dominantes, agresivas, hostiles, distantes, ausentes y nerviosas, el 35.0% fue de madres pasivas, tranquilas y tiernas y el 15.0% fue de madres con las que se tenían buenas relaciones.

RASGOS DE LA MADRE

| | |
|--|-------|
| Madres dominantes, agresivas, hostiles, distantes, ausentes y nerviosas 21 de 42 expedientes | 50.0% |
| Madres pasivas, tranquilas, tiernas 14.7 de 42 expedientes | 35.0% |
| Madres con las que se tienen buenas relaciones 6 de 42 expedientes | 15.0% |

Se encontró que el 62% de los pacientes provenían de familias integradas no por ello quiere decir que eran familias funcionales y el 38% venían de familias disfuncionales.

TIPO DE FAMILIA

| | |
|----------------------|-----|
| Familia Funcional | 62% |
| Familia Disfuncional | 38% |

Por todo lo anteriormente expuesto en esta revisión bibliográfica, así como en la revisión de expedientes clínicos del Hospital del Instituto Mexicano de Seguro Social San Fernando.

Acceptamos nuestra primer hipótesis

- La Familia como generadora de cronicidad por rechazo en el paciente esquizofrénico.

Rechazamos la 2a. y 3a. hipótesis

- La Familia como generadora de cronicidad por sobreprotección en el paciente esquizofrénico.
- La Familia como equilibrio en el curso de la enfermedad del paciente.

CONCLUSIONES

El presente trabajo se realizó con el objeto de conocer el padecimiento psicótico llamado esquizofrenia. Esta enfermedad fue analizada desde su historia, etiología, síntomas y clasificaciones, así como el elemento fundamental de la sociedad "La Familia".

El término "familia" abarca muchos aspectos, por lo que en esta revisión nos abocaremos a identificar "Los rasgos predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos", título de la presente tesis.

En la revisión bibliográfica se encontró que la esquizofrenia es una enfermedad que existió hace muchos años. Todos los trastornos mentales eran considerados como una especie de posesión del hombre por una divinidad vengativa y muy malévola.

Se atribuían a demonios que se apoderaban de los individuos y eran responsables de la locura de los hombres.

Fue así como muchos esquizofrénicos fueron juzgados por ser poseídos por el demonio, quemados en hogueras o confinados en cárceles en muy malas condiciones. En esa época la esquizofrenia era inaccesible a los clínicos y científicos para su estudio.

La historia nos ofrece 4 periodos en los que se puede identificar a psiquiatras y describir síntomas de esta enfermedad. De estos periodos considero que el más importante fue el tercero que se inicia en el año de 1899 con la aportación del psiquiatra Kraepelin.

En este periodo se ubica a la enfermedad en forma científica y plantea el problema de la herencia en este padecimiento.

En 1911 Bleuler trata de dar una etiología a este padecimiento logrando grandes avances e introduce el término "esquizofrenia" que etimológicamente significa "espíritu desgarrado o escindido".

Es así como muchos otros científicos, psiquiatras etc., incursionan en el campo de la enfermedad mental y de esta patología.

Se revisaron las diferentes teorías etiológicas de la esquizofrenia como son la: La genética, orgánica, bioquímica y psicológica.

Se describieron los síntomas clínicos encontrándose divididos en primarios y secundarios, así como, se describieron las formas clínicas clasificándose en Simple, Heberrónica, Parancica y Catatónica.

Se hizo una revisión de lo que es la familia, dividiéndola en "Familia Funcional y Familia disfuncional", tomando esta clasificación del Dr. Salvador Minuchin, con el objeto de comprender el porque existen familias de esquizorrenicos. Así mismo, se revisó la estructura familiar, y se le definió como el conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de la familia, tomando del mismo autor 6 parámetros los cuales son: autonomía, autoridad, límites, alianzas, centralidad, y geografía.

Podemos decir, que la familia constituye el grupo primario, dentro de la sociedad, que es una entidad dinámica con la vida, que es la principal correa de transmisión para la difusión de normas culturales a las nuevas generaciones. Crea un vínculo común entre sus integrantes donde se comparten sentimientos, circunstancias y deseos, formándose con todo esto la dinámica familiar.

Asimismo, dependiendo de las relaciones que se den en la familia con los integrantes de esta nos ayudaran o inhibirán para el adecuado desarrollo social y humano.

La familia es la unidad básica de desarrollo, experiencia, realización, fracaso, enfermedad y salud.

En la revisión bibliográfica se encontró que muchos autores coincidían en que era la familia la que ayudaba o perjudicaba al individuo ya sea en la adquisición de la enfermedad o en el desarrollo de la misma, también se encontraron autores que opinaban que la familia no era la única causa en la enfermedad mental (Kallmann; New York Department of Mental Hygiene, Rosenthal, Kety, Bellak, etc.), ya que se tenía que tomar en cuenta el aspecto genético de los individuos, debido a que algunos pacientes venían de familias funcionales.

Así mismo, los autores coinciden en que la figura materna es parte importante en la enfermedad y que presenta los siguientes rasgos predominantes: ansiosa, insegura, rechazante, sobreprotectora, autoritaria, dependiente respecto al amor del hijo, autoritaria con el hijo, presenta distanciamiento afectivo

y tiende aniquilar simbólicamente al esposo. En pocas ocasiones se le reporta como pasiva, indiferente.

Al padre lo presentan como débil-ínútil, pasivo, inmaduro, retraído, distante, a veces sádico y dominante.

Se revisaron 100 expedientes del Hospital Psiquiátrico San Fernando del Seguro Social, de Agosto de 1983 a Agosto de 1986 en los cuales se buscó el diagnóstico de esquizofrenia y en solo 42 expedientes se encontró este padecimiento. En la revisión de los expedientes se buscaron los siguientes datos: ausencia de padre, alcoholismo en el padre, madres dominantes, antecedentes hereditarios (esquizofrenia o alguna otra enfermedad mental), rechazo de la familia, comunicación, como percibían a la madre y al padre, si había afecto en la relación y que tipo de familia era, con el objeto de comparar lo encontrado en la revisión bibliográfica y la realidad que se vive en un hospital psiquiátrico. (No se tuvo contacto con los pacientes o sus familiares).

Los datos encontrados arrojaron los siguientes porcentajes: el 47.6% reporto que el padre estaba ausente, el 42.8% que el padre era alcohólico, 38% que la madre era dominante, el 33% tenía antecedentes hereditarios (principalmente de organicidad y de paranoia), el 40.4% eran rechazados por sus familiares, el 70% tenía mala comunicación con su grupo familiar, el 38% procedían de familias disfuncionales, el 50% describen a la madre como dominante, agresiva, hostil, distante, ausente, nerviosa y el 35% como pasiva, tranquila, tierna y un 15% con la que se tiene buenas relaciones.

Al padre lo describen el 47.6% como agresivo, irresponsable, dominante y autoritario, el 38.4% pasivo, distante, aislado, indiferente, y un 14% como padre cariñoso, tolerante y con quien se tiene buenas relaciones.

Así mismo se encontró que el 71.4% de los pacientes eran Esquizofrénicos paranoides, 14.3% simples, 9.5% catatónicos y 4.7% hebefrénicos.

Por todo lo anterior se puede concluir lo siguiente:

- Dentro de la revisión bibliográfica que se hizo y en donde se analizaron las diferentes escuelas etiológicas se encontró que la teoría que explica con mayor validez la etiología de la esquizofrenia y que presenta datos más precisos es la teoría bioquímica, ya que la utilización de fármacos que controlan la

enfermedad nos cuestiona acerca de en que forma inciden estos en nuestra química cerebral.

Asimismo, hoy en día las teorías acerca de la sustancia llamada Dopamina tienen más presencia científica, y postulan la siguiente hipótesis dopaminérgica como posible etiología de esta enfermedad: (Serronga J., 1985).

- a) Cantidad excesiva de la dopamina en la sinapsis
- b) Un aumento de sensibilidad de los receptores dopaminérgicos
- c) Una disminución de los antagonistas dopaminérgicos

Debido a lo anterior, actualmente la escuela bioquímica y orgánica tienen mayor sustentación científica en la explicación de la etiología de la enfermedad mental llamada "Esquizofrenia".

Por otro lado, no podemos descartar totalmente otras posibles etiologías ya que no contamos con investigaciones científicas 100% seguras de la etiología de la Esquizofrenia

- Al revisar el tema de la familia, se encontró que la mayoría de los autores consultados le dan gran peso a la familia como la generadora de la enfermedad mental, ya que depositan en esta todo el desarrollo del individuo. Es muy importante el contar con un núcleo familiar que permita un desarrollo integral del sujeto, en donde se logra autonomía, individualidad, espacio, límites, roles establecidos, etc..

Por otro lado, se encontraron también algunos autores que piensan que la familia no es la causa principal en la adquisición de esta enfermedad, no así en la conducta que se da en el medio familiar en el cual se desenvuelve el paciente, ya que no se puede olvidar el factor genético, y bioquímico de los individuos, ya que hay pacientes esquizofrénicos que proceden de familias funcionales en donde hay un ambiente familiar aceptable, lo cual se pudo observar en nuestra revisión de expedientes clínicos en donde se encontró que el 38% de pacientes venía de familias disfuncionales y con problemas de comunicación o con personalidades de padres y madres específicas, así como también había pacientes el 62% que venía de familias funcionales en donde la comunicación era buena y había armonía familiar. (Esta información se obtuvo de los expedientes clínicos, datos recopilados por el Depto. de Trabajo Social del Hospital San Fernando) sin haber tenido contacto alguno con los pacientes o familiares de estos.

Encontrándose también un porcentaje significativo del 33% en lo que respecta a antecedentes hereditarios (que algunos de los parientes tenían antecedentes de enfermedades mentales tales como esquizofrenia, organicidad, etc.).

Por lo que podemos decir que a pesar de que si es importante el núcleo familiar en el que un individuo se desarrolló también lo es la carga bioquímica o genética que este individuo traiga al nacer.

Es muy importante mencionar que la familia hace que esta patología se acreciente o se controle, ya que si un esquizofrénico vive en una familia disfuncional en donde la comunicación es caótica, no hay límites, no permiten la individualidad, la madre es sobreprotectora, indiferente o rechazante, o no tiene una figura masculina o femenina con quien identificarse, etc., el enfermo encuentre mayores obstáculos (a parte de su problema de cronicidad), para salir adelante de su enfermedad, a diferencia de un paciente que cuenta con una familia funcional en donde se trata de ayudarlo a sobrellevar su propia enfermedad con un buen ambiente familiar, en donde no sienta que es un estorbo para la familia, ni para la sociedad en la que vive, sino que pueda encontrar formas de reincorporarse en cierta medida a una vida estable y en cierta forma productiva para sí mismo, sin olvidar que es un enfermo crónico y que requiere de atención médica constante.

El objeto de describir los 6 parámetros del Dr. Minuchin en esta revisión bibliográfica, fue el de hacer una comparación de lo que es una familia funcional y una disfuncional y ver como se comportaban las familias de pacientes esquizofrénicos, encontrando gran similitud en la forma en que actúan estas comparadas con una familia disfuncional.

Se tomaron estos parámetros porque explican bien el desarrollo de la personalidad del individuo desde su comienzo hasta sus fases adultas y se puede ver claramente en que parte de este desarrollo psicodinámico el paciente esquizofrénico por su enfermedad tiene dificultades para ir logrando su desarrollo, así como de que forma la familia va acentuando más esas dificultades que el esquizofrénico presenta.

Se encontró que en general las familias rechazan al paciente esquizofrénico por miedo a la agresión del paciente, ya que no hay que olvidar que por su misma enfermedad, el paciente en la mayoría de las ocasiones reacciona agresivamente. Ignorancia,

porque esta enfermedad es muy costosa y hay escasos recursos económicos, porque no tienen un espacio adecuado para tener al paciente ya que tienden a separarlo de los demás miembros de la familia (por riesgo a la agresión), o en ocasiones porque la misma familia tiene grandes problemas psicológicos y existen varios miembros de esta en las mismas condiciones.

Así mismo, consideran que este enfermo será una carga en todos sentidos por el resto de su vida, ya que por su misma patología abandonan los medicamentos que los hacen permanecer estables y los llevan a constantes recaídas, lo que les impide integrarse a una vida en donde puedan ser productivos para sí mismos, ya sea trabajando, encargándose de su propia persona etc.

Por lo que se puede afirmar que la familia en cierta forma es generadora de la cronicidad de estos pacientes por rechazo a los mismos (por lo arriba antes mencionado), no permitiéndoles integrarse a la propia familia y de alguna forma propiciando más su enfermedad, ya que la esquizofrenia es una psicosis que presenta síntomas con los cuales es difícil vivir y genera miedo y rechazo por parte de quien no vive esto, teniendo gran dificultad en manejar y entender a estos pacientes, en donde en la mayoría de los casos en estas familias existen otros miembros y tienen que escoger entre estos y el enfermo.

Es por esto que es importante el conocimiento de esta enfermedad y como poder ayudar a estos pacientes para que se puedan reintegrar a una vida estable con sus limitaciones y que no sean vistos como una carga y peligro para la sociedad y para sus propias familias (siempre y cuando estén controlados con sus fármacos).

Por lo anterior, podemos decir que la Esquizofrenia es una enfermedad que tiene una gran relevancia desde el punto de vista psicológico, social, económico, científico, debido a que es una enfermedad en donde todavía hay mucho que investigar, desde su etiología, familia y su medio ambiente, formas para hacer que esta enfermedad no sea una carga económica para los familiares, ya que es una enfermedad poco recuperable por su cronicidad.

Asimismo, es necesario realizar investigaciones de campo para ahondar más sobre la problemática familiar que existe con estos pacientes, ya que al hacer esta revisión se encuentre con que hay bastante bibliografía al respecto, no así estudios de campo o investigaciones científicas encontrándose limitaciones en la

comprobación y actualización de estas teorías. Así como dificultad en realizar estas investigaciones en los hospitales psiquiátricos.

Por lo anterior expuesto podemos concluir que la familia es muy importante para el buen desarrollo del individuo ya que ahí es donde el individuo crece, se desarrolla, tiene sus primeras experiencias de realización o de fracaso y de salud o enfermedad, pero también el individuo tiene una carga genética y bioquímica la cual es predominante en el desarrollo de una enfermedad mental.

Es por ello que no podemos decir que los pacientes esquizofrénicos se enferman debido a que pertenecen a un grupo familiar enfermo. Sin embargo, no debemos pasar por alto de que si existe una familia funcional con un paciente esquizofrénico, el manejo del mismo podrá ser mejor y la familia estará más preparada para atenderlo y para salir adelante de las crisis que se presenten, no así una familia disfuncional ya que tendrá mayores problemas en el manejo de esta enfermedad y corre el riesgo de enfermar más al paciente y enfermarse ella misma.

Otro de los aspectos importantes es no permitir que un paciente esquizofrénico este sin la atención psiquiátrica necesaria, ya que parte del rechazo de estos pacientes es la agresividad que presentan, pudiendo ser controlada si el paciente esta bajo supervisión médica y poder detectar a tiempo las posibles recaídas, ya que como lo vimos anteriormente son pacientes crónicos.

Por lo tanto podemos decir que la familia es generadora de cronicidad por rechazo del paciente esquizofrénico aceptando nuestra primer hipótesis planteada en esta tesis.

A continuación mencionamos los rasgos predominantes de las familias de pacientes esquizofrénicos encontrados en esta revisión bibliográfica, los cuales fueron similares a los encontrados en la revisión de expedientes clínicos, en donde a la madre se le vive como agresiva, distante, autoritaria, dominante y nerviosa y al padre como ausente, alcohólico, agresivo, irresponsable, autoritario, y en ocasiones pasivo, aislado, indiferente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman Nathan W. "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones Familiares", Ediciones Horme S.A.E., Editorial Paidós, Buenos Aires 1977. Pag. 25, 34, 35, 38, 40-45, 122, 128, 125, 139-145, 177.
2. Ackerman Nathan W. "Familia y Conflicto Mental", Ediciones Horme S.A.E., Editorial Paidós, Buenos Aires, 1958. Pag. 18-22
3. Alonso Fernández F. "Fundamentos de la Psiquiatría actual, Tomo II, Psiquiatría Clínica", Editorial Paz Montalvo, 2a. Edición, 1972. Pag. 327, 329, 332, 333, 349, 390, 400, 402, 405, 429.
4. Angulo J. "Psicoterapia Familiar, El enfoque Psicodinámico" Primer simposium sobre dinámica y psicoterapia familiar, IFAC México, 1980. Pag. 54, 56 y 62.
5. Arambula Ríos César J. "Algunos elementos psicodinámicos en la esquizofrenia" Tesina de Universidad Iberoamericana., 1985.
6. Baron M., Guen R., Rainer J., Kane J., Lord S., Asvis L., "A family study of schizophrenia and normal control probands: implications for the spectrum concept of schizophrenia". The American Journal of Psychiatry, Vol. 142, No. 4, April 1985, Pag. 447-455.
7. Barnes Mary, Berke Joseph. "Viaje a través de la locura", Editorial Roca, México D.F., 1975.
8. Batenson, G. (1962) "Nota sobre el doble vínculo" en Jackson D. (compilador), Comunicación, Familia y Matrimonio. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 1977. Pag. 83.
9. Bellak Leopold. "Esquizofrenia", Barcelona España, 1962, Editorial Herder, Pag. 20, 114, 130, 647.
10. Benon E. Willis Thomas. "La demencia precoz, los ecos de la medicina, 1954.
11. Bleuler E. "Tratado de Psiquiatría", traducida 1924, 4ta. reimpresión 1967. Editoria Esparza-Calpe, Madrid, Pag. 98-100.

12. Beutner K., Hays Nathan. "Guía para la familia del enfermo mental", Ediciones Horae S.A.E., Argentina, 1964.
13. Bratt David, Saccuzzo Dennise. "The time course of information processing deficits in schizophrenia", The American Journal of Psychiatry, Vol. 142, No. 2, Feb. 1985, Pag. 170-174.
14. Broustra Jean. "La esquizofrenia", Editoria Herder, Barcelona, 1979. Pag. 22, 24, 35, 43, 46.
15. Cabred B, Borda J. "Demencia Precoz", Revista Médica del Uruguay 1974, Tomo X, Pag. 46.
16. Cameron Norman, "Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico", Editorial Trillas, México, D.F., 1982, Pag. 570, 607, 608.
17. Caparros Nicolas. "Crisis de la familia: Revolución del vivir", Editorial Fundamentos, Madrid 1981, Pag. 17.
18. Caratini Roger. "Enciclopedia Temática Argos", Tomo 21, Trad. Esteban Busquets, Argos, Barcelona, 1970.
19. Caruso Igor A. "Narcisismo y socialización", Siglo veintiuno, México D.F., 1979. Pag. 70.
20. Colodrón Antonio. "Las esquizofrenias", Siglo veintiuno de España Editores S.A., Mayo 1983. Pag. 63, 64, 66, 70, 80, 81, 82, 99.
21. Cooper David. "La muerte de la familia", Editorial Ariel, Barcelona-Caracas-México, 1976.
22. Cooper David. "Psiquiatría y Antipsiquiatría", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1974.
23. Crowcroft Andrew. "La locura", Alianza Editores S.A., Madrid, 1971.
24. Chagoya L. (1975). "Dinámica Familiar y Patología" Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1980. Pag. 53-65.
25. Erickson E. "Infancia y Sociedad" Editorial Paidós, Buenos Aires, 1985, Pag. 222, 228.

26. Ey Henry, Bernard P., Brisset Ch., "Tratado de Psiquiatría", 8a. Edición, Masson, Feb. 1978, Pag. 472, 473, 494, 495, 519.
27. Fenichel Otto. "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis", Editorial Paidós, Barcelona-Buenos Aires-México, 1984. 466-474.
28. Ferreira A. (1963) "Mitos Familiares", En Betenson, G. y Col. Interacción Familiar. Edit. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires. 1974. Pag. 154-163.
29. Flores Gutiérrez José L. "La familia del esquizofrénico, sus delirios, afecto inadecuado y dificultad en diferenciar los estímulos internos de los externos desde el punto de vista de la teoría de la comunicación", tesis UNAM, México D.F., 1980.
30. Foucault Michel. "Historia de la locura en la época clásica, Tomo dos, segunda edición, trad. Juan José Utrilla, Fondo de Cultura Económica, México 1981a (Brevarios No. 191) Pag. 262.
31. Freedman Alfred., Kaplan Harold. "Comprehensive Textbook of Psychiatry", The Williams and Wilkins Company 1967, Baltimore.
32. Freud S. "Las neuropsicosis de defensa (1844)", Amorrortu Editores, Tomo III, Pag. 59.
33. Freud S. "Un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) Amorrortu Editores, Tomo XII, 1972, Pag. 56.
34. Freud S. "Neurosis y Psicosis" Obras completas. Biblioteca Nueva 1972, tomo III, Pag 2743.
35. Freud S. "Introducción al Narcisismo" Obras completas. Biblioteca Nueva 1972, Tomo III, Pag 2019, 2021.
36. Fromm Erich, Horkheimer Marx, Parsons Talcott. "La familia", Ediciones Peninsula, Poutuca 1978.
37. Fromm-Reichman Frieda. "Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos depresivos", Ediciones Horae S.A.E., Editorial Paidós, Buenos Aires, 1981.
38. Goffman Erwing. "Internados", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1972.

39. Gómez Zepeda Ma. Teresa. "La interacción de la familia con el paciente esquizofrénico en un hospital de día", Tesis Universidad Intercontinental, 1985.
40. Graham P.S. "Schizophrenia in old age", (Late Paraphrenia), British Journal of Psychiatry, Vol. 145, 1964, Pag. 493-495.
41. Ham Fernández Roberto. "Conceptos actuales sobre la esquizofrenia", Tesis Unam, México, D.F. 1964, Pag. 16, 26.
42. Hanson D.R., Gottesman I., Neehl P.E. "Genetic Theories and the validation of Psychiatry Diagnosis: Indications for the study of children of schizophrenics" Journal of abnormal Psychology, 1979, 86 (6) Pag. 575-588
43. Hemsley D.R. "Problems in the interpretation of cognitive abnormalities in schizophrenia", British Journal of Psychiatry, Vol. 129, Jul. 1976, Pag. 32.
44. Heston R.K., Vogt H.T., Hohn M.N., Lewis, J.A., Crowley, T.J. and Stallin M.A. "Neuropsychological impairment with schizophrenia vs. acute and chronic cerebral lesions, Journal of clinical psychology 1981, 35 (1) Pag. 46-60.
45. Heuyer George. "La esquizofrenia", Editorial Planeta S.A., Barcelona, Dic. 1978, Pag. 16, 17, 21, 26, 73, 118, 122, 131.
46. Hyde Alexander "Como vivir con la esquizofrenia", Argos Vergara S.A., Barcelona 1981.
47. Ibarrola Diaz, Barriga Angela, Conto Gonzalez, Gilda Margarita, De los Santos Vázquez Ma. Elena. "La familia como agente transmisor de la ideología y generadora de patología", tesis UNAM, México D.F., 1978.
48. Jackson, D. Weakland J. "Terapia Familiar conjunta: Algunas consideraciones sobre teoría, técnica y resultados", Haley, J. tratamiento de la familia, Editorial Toray, S.A., Barcelona, 1980, Pag. 146.
49. Jackson, D. "Etiología de la esquizofrenia", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1960, Pag. 29-34, 64-86, 126, 159, 190, 311, 313.

50. Kaffka M.S., Van Kaumen, D.P., and Guinney W.E. "Reduced cyclic AMP production in the blood platelets from schizophrenic patients. American Journal of Psychiatry 1981, 136 (5), Pag. 685-687.
51. Key, W.R., Roth M. Atkinson M.W., Stephen D.A. and Gorside R.F. "Genetic hypothesis and environmental factors in the light of Psychiatry morbidity in the families of schizophrenics 1980, (127) Pag. 109-118.
52. Kolb L. "Psiquiatría clínica moderna". Editorial Prensa Médica Mexicana, México D.F., 1982, Pag. 374-379.
53. Kraepelin E. "Introducción a la clínica psiquiátrica" primer edición 1982. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C., Pag. 40, 41.
54. Kretschmer R. "Manual theorique et pratique de Psychologie medicale". Editorial Poyet. Paris 1917, Pag. 83.
55. Lidz Theodore, Fleck Stephen, Cornelison Alice. "Schizophrenia and the family", International Universities Press Inc., New York 1975, Pag. 35, 58, 65, 80-81, 102, 103, 106, 108, 111, 113, 363.
56. Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., Terry D. "The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI transmission of irrationality. Arch. Neurol. Psychiatry, 1979. Pag. 305-316.
57. Mackinnon, M. (1981) "Psiquiatría Clínica Aplicada". Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México. 216-217, 220-226.
58. Mahler Margaret S. en colaboración con Manuel Furer. "Simbiosis Humana: Las vicisitudes de la individuación, Psicosis infantil. Editorial Joaquín Mortiz/México. 1968. Pag. 26, 65, 225-226.
59. Maici G. "La obra escena de lo real", Ediciones Nueva Visión 1979. Pag. 20.
60. Maier H. (1965). "3 Teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget y Sears". Amorrortu Editores. Buenos Aires 1979. Pag. 35-56.

61. Masselon R. "La demencia precoz", Imago, Revista de Psicoanálisis y Psicología, 1961. Pag. 12-37.
62. Miklowitz D., Goldstein M., Fallon I., Doane J. "International correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics", The British Journal of Psychiatry, Vol. 144, Mayo 1984, Pag. 482-487.
63. Minkowski E. "La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizotrópicos", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980.
64. Minuchin Salvador. "Familias y Terapia Familiar" Garnica Editor, S.A., Barcelona 1977, Pag. 31, 80-91, 98, 117, 165, 225.
65. Minuchin Salvador. "Técnicas de Terapia Familiar" H. Charles Fisherman. Ediciones Paidós. Barcelona-Buenos Aires. 1977. Pag. 25-33, 34-38, 111, 144, 154, 159.
66. Morel B.A. "Tratado de las enfermedades mentales" Edición 1937, París. Toray Masson, Pag. 562.
67. Murphy P.L., Belmaker R., and Wyatt R. J. "Monoamineoxidase in schizophrenia and other behavioral disorders. Journal of Psychiatry Research 1979, 11, Pag. 221-247.
68. Olivera y López A. "Hospitalización psiquiátrica su impacto en la familia", Tesis UNAM, México D.F., 1971.
69. Padilla Leyva Miguel A. "Algunos trabajos realizados en la investigación de la etiología de las esquizofrenias", Tesis UNAM, México D.F., 1985. Pag. 3, 9, 50.
70. Padilla Velázquez "Estudio sobre la influencia de la imagen paterna, en el rendimiento intelectual y en las esteras del desarrollo mental de niños en edad preescolar". Tesis de Maestría. - Universidad Iberoamericana - México.
71. Parsons, Bales (1957). Citado en Lidez. Tot. al. Interacción Familiar. "El medio interfamiliar e los pacientes esquizotrópicos, cisma marital y sesgo marital". Ed. tiempo contemporáneo. Buenos Aires 1974.

72. Pellicier, Ives. "Historia de la Psiquiatría", trad. Manuel Mercader, Paidós, Buenos Aires, 1973.
73. Pereira C.R. "Esquizorrenia Demencia Precoc", 1965, Editorial Salerno, Argentina, Pag. 44-48.
74. Pichon-Riviere E. "El proceso grupal del psicoanálisis a la Psicología Social", Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1983. Pag. 32, 58.
75. Pinel, F. "Tratado Médico filosófico de la enajenación del alma" Madrid 1804, Pag. 68-132.
76. Quiroz Tapia Nora, Zavala Moreno A. "Efecto de la atención posthospitalaria en relación al reingreso de pacientes psiquiátricos", Tesis Universidad del Valle de México, México D.F., 1984.
77. Regis E., "Tratado de Psiquiatría" Ed. 1954, Toray Mason, Pag. 12, 227.
78. Sánchez Héctor. "La lucha en México contra las enfermedades mentales". Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1974.
79. Sarason Irving. "Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada", Editorial Trillas, México D.F., 1975.
80. Satir Virginia (1967) "Psicoterapia familiar conjunta", Editorial la Prensa Médica Mexicana, México 1980, Pag. 8-11, 18, 45-47, 62-70
81. Satir Virginia (1972) "Relaciones Humanas en el Núcleo familiar" Editorial Pax: México, 1982, Pag. 97, 103-106 122-134, 168, 230-234, 271.
82. Saucedo J. "Psicoterapia Familiar", El Enroque Estrategico Estructural: En primer simposium sobre la dinámica y psicoterapia familiar. IFAC, México, 1981. Pag. 94.
83. Scheff Thomas J. "El rol de enfermo mental", Amorrortu editores, Buenos Aires. 1970.
84. Schooler G., Zahn T.P., Murphy D.L. "Psychological correlates of monoamineoxidase activity in normals", Journal of Nervous and Mental Disease, 1980. 166, (3), Pag. 177-186.

85. Sedvall C.G. "Aberrant monoamine metabolite levels in CSF and Family history of schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry 1981. Vol. 37, Pag. 1115-1125.
86. Spitz R. "El primer año de vida del niño", FCE, México 1979, Pag. 84.
87. Spurgeon English O., Warren Hampe W., Bacon C., Settlage C.F. "Análisis directo y esquizofrenia", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1965.
88. Strauss Melton, Levi Mark, Coyle Joseph T., Tune Larry. "Psychopharmacologic and clinical correlates of attention in chronic schizophrenia". The American Journal of Psychiatry, Vol. 142, No. 4, April 1985, Pag. 497-499.
89. Szaz Thomas S. "Esquizofrenia. El Símbolo sagrado de la Psiquiatría", La red de Jonas, Premia, México D.F., 1970. Trad. Mercedes Benet, Pag. 51, 56.
90. Tyrer S.P., Delves H.T. and Weller M.P. "CSF in Schizophrenia" American Journal of Psychiatry, 1979, 136 (7),. Pag. 937-939.
91. Vaugh C.E., Lief J. "The influence of the family and social factor of on the course of psychiatry illness", British Journal of Psychiatry, Vol. 129, 1976, Pag. 125-137.
92. Watzlawick P., Helmich J., Jackson D. "Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patología y paradojas", Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1976. Pag. 32.
93. Wise C.D., Stein M.M. "Post-mortem measurement of enzymes in human brain: evidence of a central noradrenergic defect in schizophrenia. 1979.