

Y4  
EJ2



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**LA IMPORTANCIA DEL ASPECTO FAMILIAR COMO  
CLAVE DEL COMPORTAMIENTO ESQUIZOFRENICO**

**T E S I N A**

Que para obtener el título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a

**REBECA MA. GUADALUPE MORALES Y BRACAMONTES**

Director de Tesina: Lic. Patricia de Buen Rodríguez

México, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

## INDICE

	pág.
Introducción	1
Antecedentes clínicos del estudio de la Esquizofrenia	2
Descripción de Esquizofrenia	14
Etiología (Química y Genética)	15
El papel del "Doble Vínculo" en la Esquizofrenia	18
Padre, Madre e hijo Esquizofrénico	23
Factores psicodinámicos frecuentes que conducen a la Esquizofrenia	26
Ropas Negras	32
Conclusiones	34
Bibliografía	38

## INTRODUCCION

Dentro del campo de la psiquiatría ha habido grandes médicos e investigadores que se han preocupado por encontrar la génesis del trastorno llamado "Esquizofrenia".

A continuación se mencionan a unos cuantos, no a todos y no por eso se resta importancia ni mérito a los investigadores que - pasaron gran parte de su vida y todavía otras personas lo hacen, tratando de dar más aportaciones a sus estudios.

Someramente se señalan las investigaciones y los datos más relevantes de cada uno dentro del campo de las psicosis. Sirva esto como una guía y un homenaje a quienes con su esfuerzo, experimentos y literatura le legaron a la Medicina invaluable descubrimientos.

## ANTECEDENTES CLINICOS DEL ESTUDIO DE LA ESQUIZOFRENIA

Emilio Kraepelin (1855-1926). Es el primer psiquiatra en diferenciar la entidad patológica llamada "dementia praecox".<sup>(1)</sup>

Anteriormente, el psiquiatra Morel, ya había utilizado ese nombre, pero con diferente identificación, pues para él "praecox", significaba que el estado demente del paciente comenzó pronto o precozmente en la vida, diferente al significado de demencia senil en la vejez.

Para Kraepelin el concepto "praecox" tiene un significado adicional, pues suponía que el estado de demencia seguiría precozmente al comienzo de la enfermedad.

Al utilizar el nombre de trastorno, reconoce su concepción finalista, cuya característica fundamental es el resultado, una característica pronóstica. Su mayor contribución es la inclusión en el mismo síndrome de la catatonía, ya descrita por Kahlbaum, hebefrenia y vesanía típica, que se caracteriza por alucinaciones auditivas y tendencias persecutorias. Después de muchas exploraciones y observaciones a pacientes, lo que más le impresionó fué la tendencia progresiva hacia un estado de demencia. Los pacientes que no presentaban esta tendencia (maníaco-depresivos), fueron separados del grupo praecox y calificados como afectos de otros síntomas diferenciales. Gracias a esto Kraepelin pudo diferenciar y definir como demencia praecox una sintomatología consistente en alucinaciones, ilusiones, emotividad incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo, con integridad relativa del sensorio.

Elaboró una monografía: "Dementia praecox y parafrenia", que desde el punto de vista fenomenológico de los síntomas esquizofrénicos, es hasta ahora la descripción más perfecta. Se describe y acepta el síntoma tal como es, sin intento de interpretación fisiológica ni psicológica.

Dividió a los pacientes en tres grupos: hebefrénico, catatónico y paranoico, aceptando más tarde, un cuarto tipo, el de simple (imbécil) como Bleuler propuso. Separó de la demencia praecox una entidad nosológica nueva, la parafrenia. En este síndrome sucede que a pesar de la progresión de la enfermedad, no existe decadencia de la personalidad.

En lo referente a la etiología, considera la demencia praecox como una enfermedad endógena, esto es, no debida a causas externas. Primero

pensó que se debía a una patología orgánica del cerebro, después se inclinó hacia un posible trastorno metabólico.

Finalmente, el gran mérito de Kraepelin es el haber resumido con éxito los trabajos de Kahlbaum, Morel, Wundt y otros y de incorporarlos a su propio sistema. Arieti, S., (1965)

Eugenio Bleuler (1857-1930), psiquiatra suizo, tiene un importante reconocimiento en la historia de la Psiquiatría; revisó y revitalizó muchos de los conceptos de Kraepelin, rebasando el límite del acceso meramente descriptivo.

En 1911 publicó una monografía sobre la demencia precoz, calificando nuevamente el síndrome de esquizofrenia, destacando que una de las características más llamativas es la desintegración de las diferentes funciones psíquicas y no tanto la progresión hacia un estado demente. Esto va contra el concepto krepeliniano de la demencia praecox como entidad nosológica, pues Bleuler incluyó en el grupo de la esquizofrenia muchos síndromes que en ese entonces nadie relacionó con esta enfermedad, tales como psicosis originadas en personalidades psicopáticas, alucinaciones alcohólicas, psicosis de presidio y casos de psicosis sintomáticas maniaco-depresivas. Pensó que el mayor número de esquizofrenias eran casos latentes, a los pacientes no se hospitaliza, porque los síntomas no son suficientemente graves, aunque muestran rarezas que se atribuyen a un proceso esquizofrénico insidioso.

Clasificó los síntomas de esquizofrenia en dos clases: los grupos de síntomas fundamentales y accesorios y los grupos de síntomas primarios y secundarios. Los síntomas fundamentales no son necesariamente primarios; son los que están presentes hasta cierto punto en todos los casos de esquizofrenia, latente o manifiesta. Los síntomas accesorios son aquellos que pueden o no presentarse. Entre los fundamentales, Bleuler incluyó el trastorno del proceso de asociación, ya que lo consideró como la característica más importante de esquizofrenia y, además, una forma particular del pensamiento y de la conducta que llama "autismo". Entre los síntomas accesorios incluyó las manifestaciones agudas de las psicosis, como ilusiones, alucinaciones, posturas catónicas, etc. Los síntomas primarios son aquellos que están directamente relacionados con el proceso de la enfermedad. El más importante es el desorden de la asociación. Los síntomas secundarios se producen por una combinación de la acción de los síntomas primarios y de la de los factores psicogenéticos.

Las aportaciones más importantes fueron las que estaban relacionadas con su estudio del proceso de asociación y trastornos de la vida afectiva, los conceptos de autismo y ambivalencia y su interpretación del negativismo.

El desorden en el proceso de asociación, concierne a cada uno de los aspectos de esquizofrenia. En los procesos del pensamiento puede variar desde un máximo, que corresponde a una incoherencia completa, a un mínimo, que apenas es perceptible. Describe con exactitud los -- diferentes grados de este desorden asociativo y síntomas con él re-- lacionados, tales como bloqueo, ilusiones, errores lógicos, etc., sin poder deducir ningún mecanismo formal y básico subyacente. Formuló -- que estos síntomas eran el resultado de una desunión de las asociacio-- nes. Consideró el bloqueo como una exageración de la represión. Agra-- ga que los complejos psicológicos pueden desarrollar las combinaciones de ideas en una forma condensada y grotesca. Admitió el simbolismo de Freud, especialmente para explicar alucinaciones é ilusiones, aunque opinaba que no era suficiente con los procesos dinámicos para explicar lo todo.

Quizo explicar los síntomas tanto en su estructura como respecto a su contenido psicológico. Con lo que respecta al contenido, aceptó las explicaciones de Freud, aunque comprendió que no eran suficientes y sin poder formular claramente de qué carecía el enfoque freudiano, buscó una explicación estructural o formal de los síntomas, esto es, quería saber por qué los síntomas tienen manifestaciones específicas en la esquizofrenia. Para esto supuso que el defecto estructural implica siempre la desunión de las asociaciones, pero no fué más allá - de este punto. No pudiendo explicar todo por el mecanismo freudiano, tenía la idea de que la esquizofrenia se pudiera deber a una enfermeda-- dad orgánica subyacente. Menciona la posibilidad de que causas menta-- les produzcan los síntomas, pero no la enfermedad. Cree que el proce-- so de la enfermedad puede ser debido a alguna especie de toxina, como el reumatismo. Bleuler mismo tiene una actitud de ambivalencia --sien-- do él el primero en describirla-- por un lado dice que la esquizofre-- nia es un trastorno psicógeno y por otro tiene la idea de que su ori-- gen pudiera ser orgánico.

El concepto de ambivalencia fué descrito primeramente en psicóti-- cos y desde entonces ha desempeñado un papel importante en el pensamien-- to psiquiátrico no solo con referencia a psicóticos, sino también res-- pecto a neuróticos y seres normales. En la palabra ambivalencia se -- comprende la presencia simultánea de los sentimientos opuestos para el mismo objeto (amor-odio). Este síntoma se encuentra en todos los esqui

zofrénicos y creyó que su forma más ostensible era inherente al negativismo catatónico. Bleuler notó que cuando los complejos de los pacientes eran complicados, los sentimientos de ellos eran normales, o incluso exagerados. Observó que pacientes que parecían por completo apáticos, podían recuperarse parcial o totalmente. La aparente pérdida de afecto la consideró debida a una represión.

Otra importante aportación es el concepto de autismo. Utilizó este término para referirse a cierta tendencia a desviarse de la realidad, acompañada de una manera especial de pensar. El pensamiento autista, como opuesto al pensamiento lógico, no refleja las realidades del mundo exterior y sus asociaciones; el caso es que excluye muchos hechos externos e internos. El autista tiende a vivir en un mundo de fantasía en el que utiliza constantemente la simbolización. Este pensar no obedece a leyes lógicas o a la realidad. "Es ilógico y permite las mayores contradicciones frente al mundo exterior y a sí mismo". El autista -- identifica el deseo y el miedo con la realidad. Para el pensamiento -- autista, "el miedo de tener enemigos es idéntico a la convicción firme de que existen". El pensamiento autista se encuentra especialmente en la esquizofrenia, aunque puede presentarse incluso en situaciones normales, por ejemplo, en los niños cuando juegan; en terrenos que no son suficientemente accesibles a nuestro conocimiento y lógica, como la religión, el amor, etc. o cuando las emociones "ocupan un significado de demasiado grande". En resumen, la definición y descripción de este tipo de pensamiento es muy distinto de lo que generalmente se llama "pensar con lógica". Bleuler vió que su concepto de autismo casi coincidía con el de Freud del autoerotismo y con el de Janet de "la pérdida de la -- realidad".

En lo que respecta al negativismo, Bleuler pensó que no podía explicarse sólo como un fenómeno motor, sino como una actitud psicológica. El paciente estima que todos los estímulos proceden de un ambiente hostil y perturbador y, por tanto, trata de alejarlos; esta interpretación psicológica permite la explicación del negativismo, que se manifiesta sólo a veces frente a ciertas personas. Bleuler conectó la actitud negativista con la de ambivalencia. Consideró que el negativismo intelectual pudiera basarse en una tendencia general de asociar -- ideas a sus oponentes.

Adolfo Meyer (1866-1950). Psiquiatra suizo. Dedicó estudios sobre la esquizofrenia, pero no le satisfizo el papel adjudicado a la herencia y a la autointoxicación en la etiología y patogenia de la demencia -- praecox, aduciendo que deberían considerarse nuevamente los factores psicológicos.

Proponía que debería estudiarse al paciente en sentido "longitudinal", es decir, deberían ser investigados y examinados todos los factores -del paciente- que pudieran haber contribuido a la situación mental. Llegó a la convicción de que la demencia praecox era el resultado de una acumulación de desórdenes habituales o hábitos faltos de reacción.

Quien es incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y que tiene que encararse con fracaso tras fracaso, puede tender hacia lo que Mayer llamó "reacciones sustitutivas". Al principio estas nuevas costumbres parecen como "subterfugios triviales e inofensivos", como son las fantasías diurnas, la meditación, el decremento de interés, etc., pero más tarde se vuelven perniciosas, ingobernables y tienden a asumir mecanismos definidos, como alucinaciones, ilusiones, bloqueo, etc. Mayer añade que estos mecanismos anormales, son en parte inteligibles como constituciones para el "ajuste eficiente a las dificultades concretas del momento".

Consideró que se podían calificar los hechos principales que aparecen en el historial de la mayoría de los casos, como una "cadena natural de causa y efecto". Comprendió la demencia praecox como "el usual e inevitable resultado de: 1) conflictos de instintos, o conflictos de complejos de experiencia 2) incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo".

En lo referente a una interacción longitudinal de fuerzas, Meyer denominó "psicobiológico" su concepto dinámico, considerando tanto los factores psicobiológicos como los pertenecientes a la biología. Dió al trastorno el nombre de parergasia, que significa "incongruencia de conducta". Ariete, S., (1965).

8

Sigmund Freud (1855-1939).- Médico austriaco con gran influencia de la Escuela francesa de Psiquiatría, estudió más las psiconeurosis.

En 1874, describió cómo las ideas insufribles pueden originar -- psicosis alucinatorias. El ego rechaza la idea insufrible, pero el intento de rechazarla no tiene éxito. La idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo.

En 1896, en un trabajo publicado, Freud expone la interpretación dinámica de un caso que al principio parecía ser de paranoia crónica, pero más tarde se reconoció como caso paranoide de demencia praecox. Por vez primera en la historia de la psiquiatría se utiliza la palabra "proyección"; Freud encontró en este caso, como en los neuróticos, que la represión constituía el núcleo del mecanismo psíquico. En este caso la represión de autoacusación se proyecta sobre otros, que se convierten en persecutores.

En 1911, en un trabajo de máxima importancia, que trataba sobre el caso Schreber, Freud describió otros mecanismos de proyección. Demostró que el rechazo de un deseo homosexual fue la causa del complejo de persecución. La proposición: yo (un hombre) lo amo (otro hombre), no es aceptada por el paciente, que quiere negarla con la proposición contradictoria "No lo amo, lo odio". "Lo odio"; pero la proyección, -- ¿se transforma en "El me odia"? de ahí que se formase una idea ilusoria partiendo de un deseo homosexual.

Para Freud, el mecanismo en la erotomanía es el siguiente: El paciente que no quiere admitir su inclinación hacia un hombre, se esfuerza en pensar "No lo amo --amo a ella" (es decir, no amo a un hombre, si no a una mujer). Por una proyección "Amo a ella" se convierte en "Ella me ama". Las ilusiones de celos en las mujeres tienen un mecanismo similar. "No soy yo quien ama a las mujeres, pero él (el marido) las ama". En todos los casos la ilusión es una defensa o intento para negar el deseo homosexual.

En 1914, Freud publica un trabajo sobre el narcisismo y lo explica: "Se aparta la libido y se dirige al yo". Quienes sufren megalomanía, retiran su interés por el mundo exterior. Toda la carga afectiva que estaba concentrada sobre objetos externos se aparta y se deposita en el paciente mismo. La retirada de la libido causa la pérdida de la función normal de poder apreciar la realidad. La libido puede retirarse a uno o más puntos de fijación, correspondientes a varias etapas regresivas.

9

Freud tuvo algunas reservas en el empleo del término "esquizofrenia" y en este campo ciertamente no tuvo muchas aportaciones, pues se necesitaría repetir toda la teoría psicoanalítica entera, ya que cada sección de ella tiene algo que la relaciona, directa o indirectamente.

Aún así, ha de decirse de Freud con respecto a la esquizofrenia: Prejuza la naturaleza de la afección, al utilizar, para designarla, un carácter de ésta postulado teóricamente, que además no es exclusivo de esta enfermedad y que, a la luz de otras consideraciones, no puede calificarse de su característica esencial". Es verdad que Freud habló de esquizofrenia (aunque seguía utilizando el término "demencia precoz"), propuso el término "parafrenia", que, según, él, era más fácil de relacionar con el de "paranoia", indicando así, simultáneamente, la unidad del campo de las psicosis y su división en dos vertientes fundamentales.

Efectivamente, Freud admite que estas dos grandes psicosis pueden combinarse en múltiples formas (el caso Shreber) y que eventualmente el enfermo pasa de una de estas formas a la otra; pero, por otra parte, digue manteniendo la especificidad de la esquizofrenia con relación a la paranoia, especificidad que intenta definir a nivel de los procesos y a nivel de las fijaciones: predominio del proceso de "represión" o del retiro de la catexia de la realidad, sobre la tendencia a la restitución y, dentro de los mecanismos de restitución, predominio de aquellos que son afines a la histeria (alucinación) sobre los propios de la paranoia, que se parecen más a los de la neurosis obsesiva (proyección); a nivel de las fijaciones: "La fijación predisponente debe encontrarse en una época más precoz que la de la paranoia, debe situarse al comienzo del desarrollo que conduce del autoerotismo al amor objetal". (2)

Cierto es que Freud dió otras muchas indicaciones, especialmente acerca del funcionamiento del pensamiento y del lenguaje esquizofrénicos, puede decirse que la tarea de definir la estructura de esta enfermedad ha correspondido a sus sucesores.

Por último, Freud hace importantes contribuciones con sus conceptos de: inconsciente, represión y transferencia para aplicarlos a la esquizofrenia.

Para Freud el inconsciente disminuye en extensión en la esquizofrenia, como una consecuencia de una regresión parcial a la consciencia de lo que en general está reprimido en psiconeurosis y condiciones normales; en cuanto a la transferencia, Freud aplica de un modo negativo el concepto en la esquizofrenia, pues para él, en la esquizofrenia, toda la libido se aparta de los objetos externos y, por tanto, no hay transferencia ni enlace con el analista, entonces, es que el paciente apenas es accesible a un tratamiento analítico.

Es el primer autor que consiguió explicar el contenido de esta psicosis en términos psicológicos y también en revelar convincentemente la importancia de los factores psicológicos en la etiología de esta enfermedad. Reveló también su significado simbólico.

Los aspectos formales de diversos síntomas, tales como las proyecciones. Su concepto de regresión seguirá siendo fundamental en el campo de la esquizofrenia. Desafortunadamente, la excesiva importancia -- que dió a las frustraciones sexuales como causa de regresiones, no le permitió considerar la totalidad de las relaciones interpersonales del paciente, pues las manifestaciones sexuales son únicamente un aspecto de ellas. Arieti, S., (1965).

Carlos G. Jung. (1875-1916). Nueve años antes de romper con Freud, escribe en 1903 su libro "La psicología de la demencia praecox", siendo el primer psicoanalista que aportó relevantes contribuciones a la esquizofrenia. En su libro describe la importancia del complejo autónomo.

Los autores Charcot y Janet ya habían postulado que una serie de ideas, apartadas de la conciencia, mantienen una existencia más o menos independiente. Janet atribuye el fenómeno al llamado "descenso del nivel mental". Jung añadió que la disociación de este grupo autóctono de ideas era determinada dinámicamente.

Comprende que las insuscripciones, alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos se debían a la actividad del complejo que no podía estar bajo el dominio o corrección de la conciencia. No estuvo de acuerdo con las teorías que interpretaban la aparente incongruencia entre las funciones ideativas y afectivas del esquizofrénico como debida a ataxia psíquica.

En los histéricos, la llamada "bella indiferencia" es una reacción a la hipersensibilidad ¿por qué no aceptar lo mismo para la demencia precoz?. El complejo histerógeno causa manifestaciones reparables, los efectos de la demencia precoz no. Continúa Jung, el trastorno emocional en la demencia precoz probablemente engendra un metabolismo anormal o toxina que daña al cerebro de manera más o menos irreparable, de manera tal, que quedan paralizadas las más elevadas funciones psíquicas.

Es el primero en concebir la posibilidad de un mecanismo psicósomático en la esquizofrenia. No es un trastorno orgánico el que produce el desorden psíquico -dice- sino que es el desorden emocional el que produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro. Lo interesante de este señalamiento es que por vez primera se considera el sistema nervioso como víctima de un trastorno psicósomático. Esto es una hipótesis de Jung, pero no excluye la idea de que un cambio del metabolismo pueda ser primario. A causa de este trastorno metabólico, el último complejo accidental puede llegar a "coagularse" o "cuajarse" y así determinar el contenido de los síntomas.

Manifestó que la "base esencial de nuestra personalidad es la afectividad". El pensar y actuar son sólo "síntomas" de la afectividad, que es la fuerza dinámica del complejo que puede ocupar todo el campo mental y trastornar muchos de los procesos ideativos. Según él, el com

plejo autónomo trastorna la concentración del individuo y paraliza todas sus demás actividades. Reconociendo que los mecanismos psicológicos de los sueños están estrechamente relacionados con los de la demencia precoz, escribió: "que el que sueña camine y actúe como si estuviera despierto, y en seguida tenemos el cuadro clínico de la demencia precoz".

En 1908 enunció que algún factor desconocido de predisposición puede producir una función psicológica no adaptable, que puede convertirse en un trastorno mental manifiesto. Este trastorno mental puede determinar degeneración, con su propia progresión de los síntomas. Aduce -- que hay pruebas preponderantes de que desde los días de la infancia -- existe un fallo psicológico primario en la función. Añade que los casos limítrofes de demencia praecox habían sido recuperados a la vida normal con tratamiento analítico.

En 1913, diferenció sus tipos psicológicos, de gran importancia -- en el pensamiento psiquiátrico. Su primera idea para la clasificación psicológica radica en el esfuerzo de comparar la histeria con la demencia precoz. En la histeria se encuentra siempre una "personalidad extrovertida" --denominación suya--, con emotividad exagerada y energía psíquica dirigida en sentido centrífugo, esto es, hacia el ambiente, en la demencia precoz ocurre lo opuesto, aquí, la energía psíquica es centrípeta, o sea, dirigida desde el ambiente hacia el sér; la emotividad está disminuida, el total de la personalidad es lo que él llama "introvertida".

Otro importante concepto para la interpretación de la esquizofrenia fué su hipótesis del inconsciente colectivo. Existe una similitud de los mitos del mundo entero, a pesar de diferencias geográficas, históricas y raciales. Esta semejanza la explica como la manifestación -- del inconsciente general o colectivo que almacena las imágenes primordiales o arquetipos que han sido depositados en él, como resultado de numerosas recurrencias de situaciones idénticas. De modo que nuestra -- psique personal se basa sobre una profunda psique impersonal. Jung no se conformaba con interpretar los síntomas del paciente, sino que había que ir más lejos. Por ejemplo, la imagen que tiene una persona de sus padres no puede atribuirse sólo a su recuerdo de los padres desde su infancia. Las imágenes de padre y madre adquieren un valor e intensi

dad más relevantes a causa del arquetipo de la imagen paterna que guardamos en nuestro inconsciente colectivo.

Jung pensaba que la esquizofrenia era debida a una fuerza no habitual, y que un número anormal de tendencias atávicas no se ajustan a la vida moderna. Con esto último, parece reafirmar la importancia de los factores congénitos, disminuyendo enormemente la importancia que tienen los factores ambientales o las fuerzas interpersonales. Arieti, S., (1965).

## DESCRIPCION DE ESQUIZOFRENIA

Desorganización de la personalidad de carácter grave, a veces con manifestación de síntomas psicóticos, afirmada sobre un defecto básico en la interpretación de la realidad. Las características típicas son:

- 1) Gran distorsión en los procesos del pensamiento; 2) alteraciones del afecto; 3) alteraciones de los límites del yo; 4) dificultad en las relaciones personales, que puede tener por base un deterioro crónico de la facultad de experimentar placer.

A continuación se señalan algunos rasgos comunes en muchas reacciones esquizofrénicas:

1.- Distorsiones en los procesos del pensamiento.- Para los esquizofrénicos de nada sirven las reglas habituales de la lógica: las ideas se asemejan a las de un niño o a las propias de un estado de ensoñación. Los pensamientos pueden ser autísticos, condensados, muy simbólicos y raros.

1.1.- Lenguaje.- Con frecuencia hay una vaguedad y disgregación en el lenguaje esquizofrénico, que lo hace casi incomprensible para otra persona, una virtual "ensalada de palabras".

1.2.- Ideas delirantes.- Esto es cuando una creencia contraria a la realidad social se vuelve fija y resistente al cambio -aún cuando se presente una fuerte evidencia contraria- Estas ideas toman muchas formas. En las ideas delirantes de persecución el esquizofrénico cree que es amenazado y perseguido por varias personas o grupos. La creencia delirante malinterpreta las experiencias de la vida diaria.

1.3.- Alucinaciones.- Cuando una persona oye voces, tiene experiencias visuales, percibe olores, o tiene sensaciones táctiles cuando no hay estímulos externos identificables.

2.- Alteraciones del afecto.- "Esquizofrenia" supone una "división" entre la vida afectiva y la ideacional de la persona, esto es, - el afecto y el sentimiento no están en armonía con el pensamiento que se experimenta. Las respuestas típicas a los estímulos emocionales reflejarán: afecto inadecuado (sonreír por un acontecimiento triste); --

blandura de afecto (apatía, retraimiento y ensoñación) o rigidez de - afecto (pautas emocionales estereotipadas con independencia del estímulo exterior).

3.- Alteraciones en los límites del Yo.- El esquizofrénico tiene enorme dificultad en diferenciar los estímulos interiores de los externos, la realidad, de la fantasía, sus propios pensamiento de los de -- los demás. En una palabra, dónde termina su yo y comienza la realidad exterior. La alteración básica de la esquizofrenia es la ausencia de un firme sentido de la propia identidad o de los límites del yo, de - ahí la dificultad que muestran para evaluar o comprender la realidad.

4.- Dificultad en las relaciones personales.- Uno de los índices básicos del proceso esquizofrénico es la incapacidad de establecer buenas relaciones personales. Una notable ambivalencia parece caracteri--zar todos los aspectos de la vida diaria del esquizofrénico, frecuente--mente acompañada de dificultad de expresión adecuada y modulación de -- los impulsos hostiles. Un grado muy alto -como no se ve en otras alte--raciones-, es la anhedonia (defecto crónico de la capacidad de experi--mentar placer), acompañada por temores sociales, desconfianza e ideas de rechazo. Carr, Arthur., (1984).

## ETIOLOGIA

Actualmente, el origen de la enfermedad o trastorno llamado esquizofrenia, sigue siendo un enigma dentro del campo de la psicopatología, sin embargo existen diferentes teorías que dan una posible explicación. Aquí se señalan solamente dos, la Genética y la Química.

### GENETICA

Desde la época premendeliana existe un gran interés por el carácter hereditario de las enfermedades mentales. En el siglo pasado se creía que esta herencia era un tipo de proceso degenerativo que se transmitía de una generación a otra en ciertas familias, particularmente en los casos de endogamia. A principios del presente siglo, gracias al desarrollo de la genética médica se logró una mejor comprensión de los principios de la herencia y de los factores que se heredan.

Obviamente la genética tiene sentido para quienes reconocen que la enfermedad mental es un problema biológico, no así para quienes creen en los procesos mentales desvinculados de los cambios bioquímicos o estructurales.

Los componentes genéticos pueden deberse a muchos genes (poligénicos), que se combinan libremente y producen distribuciones continuas (estatura o inteligencia). En clínica, es más habitual que los componentes genéticos consistan en diferencias fundamentales en un único gen, las que se distribuyen irregularmente. El problema está entonces, en que únicamente aquellas personas que poseen ciertos genes específicos desarrollarán la enfermedad específica correspondiente, siempre que estén presentes los estímulos ambientales adecuados. Los individuos libres de estos genes no contraerán la enfermedad, aún cuando actúen los mismos estímulos. Las enfermedades genéticas son aquellas cuya causa primaria se debe a genes específicos. El ambiente las modifica en menor o mayor grado. En el caso de la esquizofrenia, la modificación ambiental puede conducir, en ocasiones, a la supresión total.

Una explicación genética, de acuerdo a datos estadísticos es que las psicosis esquizofrénicas tienen su causa básica en importantes diferencias en los genes, que se manifiestan regularmente en los homocitos (de una manera recesiva) y ocasionalmente en los heterocitos (de un modo dominante).

17

Jackson (1974), justifica la conclusión que habla de "que las diferencias genéticas constituyen el prerequisite básico para que se desencadenen una serie de acontecimientos que pueden conducir a la psicosis. Si no existe este prerequisite genético específico, la enfermedad no se manifestará..."

Al respecto, se añaden algunos comentarios:

- 1) Tomando en cuenta los resultados de cuidadosas investigaciones, se llegó a la conclusión de que aunque el medio cultural puede modificar el cuadro clínico, las psicosis esquizofrénicas se encontraron en todos los tipos de poblaciones humanas, aún en lugares en donde el nivel de cultura técnica era alta.
- 2) En todos los estratos sociales aparecen las psicosis esquizofrénicas, aunque existe una estrecha relación entre la desorganización social y las reacciones esquizofrénicas.
- 3) El mecanismo mendeliano de la herencia fué decisivo en la investigación genética.
- 4) Los estudios genéticos son muy importantes, pero debería contemplarse la posibilidad de un enfoque multidisciplinario, y aquí entrarían los estudios psicológicos y sociales. Jackson, Don D., (1974).

## QUIMICA

Se ha hecho mucho hincapié en el posible papel de las aminas neurohumorales\* en la salud y la enfermedad mentales, no sólo por su importante papel en la función nerviosa, sino también por su relación química y farmacológica con los numerosos agentes psicomiméticos y psicofarmacológicos que adquirieron gran importancia hace poco.

Entre las interacciones moleculares y los fenómenos psicogenéticos existe una brecha tal vez infranqueable, y al respecto Percival Bailey dice: "La comprobación de la existencia de un factor químico en la relación causa-efecto de la esquizofrenia no nos ayudaría a comprender el contenido de los delirios esquizofrénicos, de la misma manera que haber probado la presencia de la espiroqueta en la parálisis general no nos proporcionó comprensión alguna del contenido de los delirios megalomaniacos del parético: los haría simplemente superfluos".

Con base a observaciones en el sentido de que los esquizofrénicos presentan una tolerancia significativa a la insulina, estimuló las investigaciones acerca del mecanismo de acción de este interesante fenómeno bioquímico. Tal vez la mejor explicación sea que un factor "anti-insulina" o hiperglucémico, es responsable de ello, y algunas experiencias determinaron la presencia de concentraciones anormalmente altas de un factor "hiperglucémico" en la orina de esquizofrénicos.

Hace tiempo se sabe que ciertas deficiencias vitamínicas son responsables de una serie de aberraciones mentales. En las deficiencias tanto de tiamina como de niacina, los síntomas se manifiestan primero en el sistema nervioso, y en estados graves no son raros los episodios psicóticos completos.

Cuando se administran las vitaminas apropiadas, las psicosis desaparecen, siempre y cuando no se haya producido algún daño irreversible en el sistema nervioso central como resultado de una prolongada carencia vitamínica. Las deficiencias de otras vitaminas del complejo B, como la riboflavina, conducirían también a la psicosis manifestándose los efectos primarios en otros órganos, no en el cerebro.

En general, todas las vitaminas B son constituyentes esenciales de coenzimas y por lo tanto el sistema nervioso es muy vulnerable a su carencia. Jackson, Don D., (1974).

EL PAPEL DEL "DOBLE VINCULO" EN LA ESQUIZOFRENIA.--

El concepto de "doble vínculo" es una pauta de comunicación que provoca un comportamiento característico en la esquizofrenia. Puede darse en la inter-acción de dos personas (madre-hijo) o en la interacción tripartita (padre-madre-hijo).

Las características del "doble vínculo" son:

1) El individuo participa en una relación bastante intensa, esto es, que le hace sentir que es vitalmente importante que distinga con precisión el tipo de mensaje que se le está comunicando, a fin de poder responder en forma adecuada.

2) El individuo está atrapado en una situación en que la otra persona que participa de la relación expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en los 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 corregir su discriminación del tipo de mensaje al que debe responder, o sea, no puede realizar una formulación metacomunicativa

Se resume brevemente la situación como: Una persona transmite a -- otra dos mensajes afines, pero contradictorios o incongruentes, con grandes exigencias de carácter opuesto, al mismo tiempo que trata de impedir la huida y evitar que la "víctima" advierta e exprese su opinión acerca de la incoherencia..

El cuadro unilateral del "vinculador" y la "víctima" es hasta -- cierto punto, correcto en un período muy temprano de la relación progenitores-hijo, la "víctima", pronto aprende pautas de comunicación semejantes o recíprocas, pues ella misma transmite mensajes incongruentes y vinculantes. Este tipo de comunicación e interacción son las -- pautas generales que se encuentran en las familias de esquizofrénicos.

Cuando se hace énfasis en la transmisión de mensajes, se limita la consideración de la situación desde el polo opuesto, o sea, el de la persona que recibe mensajes de doble vínculo y actúa en respuesta a -- ellos, (receptor-respondiente)

La caracterización del "doble vínculo" se puede ampliar aún más como sigue:

1.- En una situación de doble vínculo, una persona se enfrenta -- con una comunicación significativa que implica dos mensajes, de diferente nivel o tipo lógico, que se relacionan entre sí, pero son mutuamente incongruentes.

2.- La huida del campo está bloqueada. Semejante huida, seguida -- quizá por el establecimiento de una comunicación más satisfactoria en otra parte, sería una vía potencial de respuesta natural y adecuada. Su carácter inasequible se debe, usualmente, a que se depende de la persona que trasmite los mensajes contradictorios. Cuando la dependencia -- es inherente a una situación (como la infancia), esta afirmación resulta indudable.

Aún así, son más complejas las importantes situaciones en que la dependencia (o la creencia afectiva en ella) se ve fomentada por otros mensajes de la comunicación total de doble vínculo, en un grado que supera con holgura las "realidades" físicas o emocionales de la situación vital de la persona.

3.- De ahí, que es importante responder en forma adecuada a la situación de comunicación, lo cual incluye también una respuesta a su dualidad y contradicción. Dos mensajes contradictorios significativos equivalen a dos exigencias de comportamiento incongruentes, pues cada mensaje motiva en respuesta, una conducta. La falta de reconocimiento y respuesta a la dualidad e incongruencia de los mensajes recibidos -- acarrea nuevas dificultades al receptor, en varios niveles de comportamiento: la incapacidad para discriminar el tipo de mensaje que se está recibiendo, la consiguiente confusión y distorsión subjetiva de ideas y afectos, y discursos o acciones que manifiestan confusión y división, sea en forma directa, sea mediante una reacción del tipo de todo o nada ante un aspecto del mensaje del emisor. Además, tales respuestas -- inadecuadas e incompletas, pueden generar fácilmente otro mensaje que condena la respuesta.

La comunicación incongruente sólo puede manejarse en forma apropiada mediante una respuesta que reconoce y señala la incongruencia.

Se puede hacer esto a) clasificando de manera manifiesta la incongruencia como tal, esto es, pasando a un nivel de comunicación diferente y analizando de modo explícito la situación original de comunicación, o b) transmitiendo una respuesta dual o mediante c) una respuesta ocurren te que exponga la índole de la incongruencia de doble vínculo, pues el humor siempre entraña múltiples niveles de mensaje e incongruencias.

4.- Es difícil lograr una respuesta adecuada a causa del encubrimiento, negación e inhibición inherentes o añadidos al par básico contradictorio de mensajes. Los factores comunicacionales que pueden ser vir para restringir la conciencia y/o los comentarios acerca de la dualidad y la contradicción son múltiples; algunos son groseros y otros, muy sutiles; algunos explícitos, y otros, implícitos; algunos verbales y otros, tonales, gestuales o contextuales; algunos positivos, y otros negativos. Es probable que esta diversidad y sutileza hayan desempeñado un importante papel en el ocultamiento, de la existencia de la pauta de comunicación de doble vínculo y su significación etiológica para la esquizofrenia. Con esto, se trata de dar una idea de las situaciones bipartitas de doble vínculo.

A continuación se trata de explicar en forma breve en qué consiste el concepto de encubrimiento, negación e inhibición.

Encubrimiento: dos importantes obstáculos para reconocer con claridad la incoherencia básica en la comunicación de doble vínculo son inherentes a su índole. En primer lugar, los mensajes, por ser de diferente nivel o tipo lógico, no se confrontan directamente entre sí, sea que un mensaje verbal califique a otro en forma incongruente o un mensaje verbal se halle en pugna con el tono o el gesto. No existe una clara confrontación -"A es verdadero. No, A es falso"- aún si los dos mensajes transmiten exigencias de conductas diferentes e incompatibles. Sucede que señales muy tenues en el plano objetivo que pueden ser -- muy fáciles de ignorar o negar, pueden modificar en forma drástica e, incluso, invertir el significado de mensajes mucho más obvios o extensos. En segundo lugar, el hecho de que una sola persona se esté dirigiendo al receptor acarrea la impresión de "sólo un mensaje" o, por lo menos, de mensajes coherentes, en una situación determinada. Lo refuerza, además, la circunstancia de que esta persona es importante para el

receptor; no solo es imposible evitarla o ignorarla, sino que también es difícil dudar de sus mensajes o ponerlos en tela de juicio.

**Negación.**- Es evidente que el funcionamiento de los factores antes mencionados puede recibir un refuerzo si a la pareja básica de mensajes incongruentes se suman otros mensajes que niegan abiertamente la existencia de la contradicción y, tal vez, hagan recaer la responsabilidad en el receptor, alegando que comprendió mal, destacando la unidad del emisor o su importante posición frente al receptor, etc.

**Inhibición.**- Un refuerzo muy semejante al obtenido mediante la negación puede darse también por la vía de "ningún mensaje", esto es, ignorando en forma decidida las complejidades efectivas de la comunicación y las posibilidades de incoherencia, y obrando como si estas quedaran descartadas. La investigación de la situación de comunicación - también puede inhibirse por la prohibición directa de formular comentarios, o por medio de diversas amenazas, como los signos de retraimiento o perturbación de los progenitores si se intenta algún tipo de objeción. Todos estos factores se ven reforzados aún más cuando -como parece ser común en las situaciones de doble vínculo- el "vinculador" subraya su propia posición benévola y su preocupación por el bienestar del otro. De acuerdo con estas posibilidades, probablemente una madre podría comportarse como si su afirmación incongruente fuera perfectamente simple y directa; en caso de ponerse esto en tela de juicio, -- a) podría mostrarse confundida o lastimada por un injustificado ataque contra su amor y nobleza maternales b) podría, mostrarse por completo incapaz de comprender el sentido del problema planteado, reacción que puede constituir una de las formas más devastadoras de retraimiento.

Cada vez que se agrega un parecido mensaje de encubrimiento, negación o inhibición para reforzar una comunicación original de doble vínculo, la combinación produce otra estructura de doble vínculo en una escala más amplia. Por ejemplo, cuando a un par de mensajes incongruentes sigue otro que niega la existencia de una contradicción, esta combinación abarca otro par de mensajes del mismo carácter -de diferentes niveles-, cuya falta de congruencia es difícil de detectar o resolver. Y este proceso puede repetirse, haciéndose cada vez más amplio. El po-

der patógeno de las pautas de comunicación de doble vínculo y la dificultad de modificarlas parece relacionarse, en gran medida, con esta - tendencia progresiva y acumulativa. Jackson, Don D., (1974).

## Padre, madre e hijo esquizofrénico

La concepción original acerca de una situación de doble vínculo se concentró en el caso en que una persona recibe de otra dos mensajes afines pero conflictivos, de diferentes niveles, en que la huida no es factible y la respuesta es importante, pero donde existen algunas dificultades fundamentales en la manera de detectar la incoherencia y expresar una opinión sobre ella. Esta situación no la produce necesariamente la madre por sí sola, sino que puede ser creada por una combinación de madre, padre y/o hermanos. Considerando a la madre y al padre en relación con un hijo -como la situación tripartita particular, que en la práctica es, quizá, la más importante en la esquizofrenia-, es obvio que la mayoría de los factores que se han enumerado para la situación bipartita pueden presentarse también en el caso tripartito. Es importante que el niño, que en un sentido global o colectivo depende más de ambos padres que de uno, se enfrente con las influencias de conducta conflictivas que surgen cuando hay que manejarse con la incoherencia de esos mensajes. Pero, en forma igualmente clara, uno o ambos padres también pueden transmitir mensajes que encubran, nieguen o inhiban la investigación de la incoherencia, de modos tan diversos como los ya mencionados.

Puede suceder que los factores encubridores que, en apariencia, serían inherentes a la situación bipartita, pueden fácilmente tener paralelos o equivalentes en la situación tripartita. La comparación y confrontación de mensajes quizás contradictorios transmitidos por un emisor resulta difícil, porque el mensaje no es separable con facilidad. Lo mismo puede ocurrir en el caso de dos emisores, porque los mensajes están demasiado separados: por persona, tiempo, o diferente estilo de formulación. Y aún es posible que difieran por su nivel: "Cuando en vez de una persona son dos las que imponen el doble vínculo, uno de los padres puede negar, en un nivel más abstracto, las exigencias del otro". Incluso el problema de la "unicidad" -y el de los mensajes singulares o coherentes, que son su consecuencia- puede surgir con bastante facilidad cuando dos individuos se comunican por separado con un tercero, si se agrupa a los dos en una unidad aparente. Las formas lingüísticas brindan esta posibilidad con los pronombres plurales - ("nosotros queremos que hagas..."), o con nombres colectivos, como "nos"

"progenitores". Otro camino consiste en la identificación explícita de los mensajes de ambos como idénticos ("tu padre y yo creemos..."). O uno de los padres puede mostrarse silencioso, dominante o ajeno a una situación, quedando sólo el otro, en forma ostensible, como el -- único que establece la comunicación. Pero estos indicios de unidad -- en un metanivel, y estas pretensiones pendientes de la semejanza o diferencia efectiva entre ambos mensajes, esto es, pueden ser falsos. -- Así, la situación tripartita brinda a la "víctima" posibilidades de -- enfrentarse con mensajes conflictivos, de tal manera que la incoherencia sea muy difícil de observar y juzgar; estas posibilidades son muy semejantes en el caso de dos personas.

Por lo regular, las familias de esquizofrénicos muestran una "distorsión conyugal" o una "escisión conyugal". En el primer caso el padre y la madre aparentan compartir alguna opinión más bien peculiar respecto del matrimonio y la vida familiar. La ideación distorsionada de uno de los cónyuges es aceptada o compartida por el otro, lo cual crea una atmósfera de "folie a deux". Con todo, este consenso es más bien aparente que real, y los indicios de discrepancia y mensajes conflictivos se transmiten a los hijos por la vía de mensajes más encubiertos.

Existe también un "enmascaramiento" de las fuentes potenciales de conflicto, lo cual crea una atmósfera irreal, donde lo que se dice y se admite difiere de lo que se siente y se hace en realidad.

El "enmascaramiento" consiste en la capacidad de uno o ambos cónyuges para ocultar cierta situación muy perturbadora dentro de la familia, y actuar como si no existiera.

Se dan casos en que la mujer mantiene el mito de un casamiento satisfactorio con una fuerte figura paterna, cuando los hijos no dejan de observar que todo esto es un engaño.

Otro ejemplo es: la madre justifica las discrepancias con el esposo, no en función de su propia individualidad y su relación con él, sino de su interés "benévolo" por los hijos; esto es, en éstos recae la responsabilidad por las diferencias de opinión entre los progenitores. Esto es típico en las familias de esquizofrénicos (aunque no se limita exclusivamente a las madres), y resulta devastador para los hijos y toda la familia.

Existen 5 categorías descriptivas de relación de padres de hijos que desarrollaron la esquizofrenia. Obviamente dentro del ambiente familiar en el que se da alguno de estos casos puede calificarse como intensamente patológicos. Brevemente se explican:

- 1) Divorcio emocional.- Se refiere a matrimonios en los cuales existe una interacción mínima, no hay contacto sexual o es infrecuente y con una fuerte hostilidad y desconfianza subyacentes.
- 2) Unión simbiótica.- El niño no es considerado como una persona separada, y los límites entre el niño y los padres no son reconocidos. Los padres pueden entrometerse tanto, hasta el punto de negar al niño toda intimidad de acción o -- pensamiento. El niño debe permanecer desvalido, sin tener otras relaciones, y sin intentar escapar.
- 3) Ambiente caótico.- El ambiente social del niño se compone de una colección desintegrada de individuos esquizoides, antisociales o psicóticos limítrofes, quienes activamente ignoran las necesidades físicas básicas del niño y son incapaces de darle educación aún hasta los valores sociales más rudimentarios. Frecuentemente el niño es tratado cruelmente, siendo golpeado, amarrado y hasta abandonado durante -- ciertos períodos.
- 4) Ambiente depresivo.- El ambiente emocional del niño está do minado por un sentimiento de vacío y un abrumador sentimien to de pérdida.
- 5) Sacrificio familiar.- El niño es abiertamente rechazado, no se confía en él y se le invita u obliga a abandonar el ho-- gar, generalmente en la adolescencia. Martin, Berklay, (1976).

Factores psicodinámicos frecuentes que conducen a la esquizofrenia.-

Ansiedad.-

El concepto fundamental de la interpretación dinámica de la esquizofrenia podría ser: La esquizofrenia es una reacción específica a un estado extremadamente intenso de ansiedad, originado en la infancia y reactivado después en la vida. Esta reacción específica se presenta cuando el enfermo no encuentra ninguna otra solución, ninguna otra posibilidad de regulación o ajustamiento.

Una característica exclusiva de la especie humana, la infancia prolongada, constituye la base de esta situación mental, que también es específica del hombre. El recién nacido, se encuentra desvalido y depende del amparo de los padres para sobrevivir. Tiene ciertas necesidades, como alimento, sueño, reposo, calor y contacto con el cuerpo de la madre, que han de ser satisfechas. Si estas necesidades se cubren se sigue un estado de satisfacción. El ser humano joven, tiene una necesidad adicional, igualmente importante: la necesidad de seguridad, o sea, el sentimiento de estar seguro. Esta necesidad de seguridad se siente antes de terminar el primer año de vida. Tanto la sensación de satisfacción y de seguridad, sin función de los otros, o sea de las relaciones que el niño tiene con los pocos adultos que lo cuidan. La falta de satisfacción de las necesidades físicas, ocasionan un estado de ansiedad, pero la carencia de seguridad determina un tipo de ansiedad característica sólo en la especie humana.

¿qué quiere decir estar seguro o sentir seguridad en la infancia?

Esto está relacionado con el desarrollo de la imagen, es un estado del ser que engloba el presente y el futuro, El niño precisa amor, amparo y aprobación en el sentido de sentir seguridad. El niño que es amado se da cuenta de que está necesitado, de que sus padres le cuidan no porque deban, sino porque desean hacerlo así. Con la sensación de estar necesitado, adquiere la sensación de que merece ser requerido y amado, de pertenecer, de que forma parte de la familia y, al mismo tiempo, se le reconoce y acepta como individuo con su derecho propio. Sullivan dice el niño necesita aprobación para sentir seguridad. De cierta manera, el niño es incluido en la evaluación de nuestros acontecimiento, - tanto buenos como malos. Al no tener un sistema propio, depende de los padres para determinar lo que es bueno y malo. Es bueno lo que recibe

aprobación y malo lo que merece desaprobación. El niño desea ser consentido; su propia estimación está compuesta por la aprobación que recibe. Si los padres adoptan una actitud cariñosa, amorosa, reverente y de afinidad hacia el niño, éste mostrará esta misma actitud hacia sí mismo y posteriormente, hacia los demás.

Aprende también a formarse idea de su propio papel en la vida desde el punto de vista de todos los participantes en su mundo interpersonal. Aprende a considerar su propia conducta y a sí mismo como ser individual desde los puntos de vista de esta colectividad, porque él organiza su conducta y desarrolla su inteligencia por sí mismo. La valoración de los demás labrará su propia estimación. La comprensión de sus funciones y la aceptación de las mismas, así como la identificación con los adultos que lo rodean lo capacitarán para organizar un sentimiento de autoidentidad. La imagen que el niño elabora de sí mismo se basa en la propia estimación y en la autoidentidad, así como, claro, de la imagen corporal.

Con todo esto, a veces el niño no está rodeado por esta atmósfera de amor, aceptación y aprobación. Su deseo de autoestimación y autorealización se ve truncado por las influencias destructivas que ejercen sobre él las personas que lo rodean. Su seguridad se siente atacada y se origina ansiedad. Como precisa la concurrencia de los adultos para sobrevivir, tiene que aceptar las influencias destructivas que pueden tomar por buenas y considerar necesarias. Los padres pueden estar tan confundidas como el niño y utilizar estas influencias destructivas, creyendo que son constructivas y necesarias para el desarrollo del niño. Si los padres son hostiles y ariscos, el niño adquirirá la misma actitud hacia sí mismo y hacia la sociedad. La desaprobación produce descontento, miedo al castigo, ansiedad. Cuanto más precoz es la desaprobación, antes aparecerá la ansiedad. Todo niño requiere a veces desaprobación; pero si se encuentra en una atmósfera de constantes reproches, críticas y repetidas reprimendas, adquiere la convicción de que existe algo malo en él, que carece de valor. Este sentimiento interno de poca valía puede acompañarle a lo largo de la vida y aumentar, aunque se trate de pequeños descuidos. Algunos de los factores que producen ansiedad son: la -

preferencia por otros niños, promesas incumplidas, ridiculización de las primeras actividades creadoras, falta de aliento estimulante, decepciones, inestabilidad de los padres de forma que la valoración de lo que está bien y mal se halla en constante cambio. Las escenas violentas de padres alcohólicos y psicopáticos son causa de ansiedad en los niños, pero es más peligrosa la actitud hostil, con frecuencia inconsciente, encubierta por una máscara de amor y que, finalmente, trae como consecuencia el desmoronamiento de la voluntad del niño y la socavación de la confianza en sí mismo.

El cariño de los padres puede convertirse también en causa de ansiedad si existen "exigencias añadidas", si el niño siente que -- tendrá que pagar un precio demasiado elevado; en otras palabras: -- si siente que las esperanzas de sus padres son superiores a su capacidad.

Estos padres provocadores de ansiedad son generalmente inadap- tados. Son personas que no son capaces de dar. A veces parece que -- están dispuestos a dar mucho de su propia persona, pero en realidad lo que desean es vivir la vida de sus hijos interviniendo en todas sus actividades y reemplazando la voluntad de sus hijos por la suya propia.

Entonces, los hijos no pueden desarrollar su capacidad de ini- ciativa. Cuando tienen que realizar algo por sí mismos, se encuen- tran con ansiedad e irreparablemente abandonados.

El niño que se encuentra en una atmósfera de disgusto y ansie- dad, intentará protegerse vivamente buscando una forma de vida, ha- llar un término medio. Los mecanismos de defensa son variados.

Un tipo de defensa consiste en apartar de la conciencia expe- riencias desagradables acaecidas en la primera infancia. Sin embar- go, estas experiencias permanecerán como partes del inconsciente y -- continuarán influyendo sobre la conducta del individuo mediante meca- nismos inconscientes. Lo que se retiene en el inconsciente no con- siste sólo en episodios reprimidos, sino también en creencias, acti- tudes asumidas inconscientemente y, en especial, generalizaciones.

Otro desarrollo importante consiste en la organización de la -- propia imagen del "yo malo" (Sullivan, 1930), o de ser un niño malo.

Es sorprendente encontrar incluido entre las llamadas defensas el desarrollo de la propia imagen de niño malo, que desde luego tiene aspectos desafortunados con relación a la propia estimación del individuo, pero esta imagen tiene también elementos defensivos que favorecen esta situación.

El niño que sufre a consecuencia del contacto reprobante de uno de los padres, por lo general la madre, trata desesperadamente de conservar una imagen buena del mismo, con frecuencia la imagen que construyó durante el primer año de vida, cuando las necesidades de satisfacción eran cubiertas solamente por un progenitor. Después del primer año de vida, el niño desea retener esta imagen. Quiere sentir que la madre es buena. Si la madre es punitiva y origen de ansiedad, no es porque sea malévol, sino porque el niño es malo: La madre es justa siendo brusca y estricta con él y demostrando cuán malo es. El niño que se educa en este ambiente y desea mantener la imagen de la madre como persona benévola, tiene, por tanto, a aceptar la valoración negativa de ella. Al aceptar esta valoración negativa, desarrolla una imagen de sí mismo de niño malo, es decir, se considera inadecuado, malo y tiene poca estimación de sí mismo. La conservación de la imagen buena de la madre resulta posible al apartar de la conciencia la mayoría de los rasgos desagradables de la misma. Este apartamiento resulta a veces más fácil aceptando el valor nominal de los ademanes aparentemente amorosos y cuidadosos de la madre. El niño se engaña con estas manifestaciones superficiales, y, mediante un proceso de inatención selectiva no se percató de la sutil, o quizá no tan sutil, hostilidad.

Así, el niño tendrá dos imágenes de la madre: la imagen buena, que es consciente, y la imagen mala, que permanecerá inconsciente.

¿Por qué necesita el niño conservar la imagen de la madre buena? Hay que tener presente que en la primera infancia, el progenitor, generalmente la madre, es la persona que pone al niño en conexión con el mundo; en cierto modo es el único representante del mundo. El niño tiene que aceptarla para realizar sus capacidades potenciales innatas hacia la maduración completa y la socialización. Si ella no es buena, su necesidad y deseo de aceptar el mundo se verán truncados y se manifestarán ciertas tendencias hacia el autismo y socialización disminuida. Si la madre no es la figura predominante, la necesidad de conservar buena imagen de ella, no es tan ostensible.

Otras razones para desear la conservación de la imagen buena, es que es más tolerable para el niño pensar que es castigado por una madre buena por que le merece, que pensar que es injustamente castigado. Si se le castiga, a pesar de no ser malo, tendrá un sentimiento de desesperación: la situación le parecerá irremediable. Quizá sea tan horrible y sin valor que debe ser castigado, incluso, sin ser malo. Así es, algunos niños se esfuerzan en hacer "cosas malas" para ser malos, porque prefieren ser castigados por algo que hayan hecho, que por nada. Al ser "malo", ellos conservan la propia imagen de niño malo. Además, si la madre es buena, el niño piensa que ella lo querrá aunque sea malo. El niño educado en este ambiente no se siente desesperadamente malo y hace repetidos intentos por recuperar algo de su propia estimación.

La mayoría de los desarrollos, anteriormente descritos ocurren en un nivel no verbal o preverbal. El niño no es capaz de verbalizar sus sentimientos, que permanecen muy confusos, inconscientes, y a veces, contradictorios a sí mismos.

Otro mecanismo es la represión de la propia imagen de niño malo.

Manifiesta gran confianza en sí mismo, pero si es sometido a tratamiento, por ejemplo, exhibe la despectiva propia imagen subyacente.

Un medio de defensa importante, consiste en adquirir uno de los tres tipos de personalidad: (dócil, agresiva o autista).

Los niños desean obtener el amor de sus padres, como ya se dijo, y una forma de tratar de obtener este amor es satisfaciendo los deseos de sus padres, así conserva cierta estimación propia, sólo a costa de sumisión. Entonces se convierte en una persona dócil. Otros, a base de gritos y berrinches logran ganar la batalla. Estos niños desarrollan una personalidad agresiva, hostil. Unos niños aprenden que el mejor medio de evitar la ansiedad no es complaciendo ni luchando --los padres no aprobarán ante estos métodos--, sino que prefieren mantenerse a la mayor distancia posible de sus padres, guardando una separación emocional o física. Son quienes tienen una personalidad retraída, autista, (con el tiempo se desarrolla esta característica).

El tipo específica de esta importantísima relación interpersonal primaria (progenitores-niño) es el que determina cuál de los tres tipos de afinidad adquirirá el niño. Como son dos los padres, y no --

son consecuentes en sus actitudes, generalmente resulta una mezcla - de diversos tipos, aunque con un tipo predominante. A veces, estos tipos de afinidad alternan en forma tan brusca o "violenta", que aparece un aspecto de otro tipo de personalidad.

Por último cabe mencionar que los mecanismos antes señalados, no sirven de suficiente protección si el niño está sometido a una atmósfera de intensa ansiedad. Arieti, S., (1965).

## ROPAS NEGRAS

¿Por qué estoy de duelo, vestido de negro?  
 Duelo por las familias que tuve  
 por la locura que no tuve nunca  
 y ahora me permito  
 por la pérdida del amor en el mundo  
 por los destinos respectivos de mis padres  
 por el más pleno amor que conocí  
 y he destruído.

Pero por sobre todo estoy de duelo por  
 mi propia muerte  
 precisamente la misma muerte que vivo tenazmente.  
 Y estoy de duelo por la muerte del  
 amor en el mundo.

Y por la no-distinción entre la muerte y el amor  
 estoy de duelo por la no-distinción pero también  
 por el exceso de distinciones  
 estoy de duelo por mi propia incapacidad de  
 abrirme paso a través de todas las diferenciaciones  
 del mundo

y hacer así del cosmos una sola actividad  
 estoy de duelo por la distancia aparente  
 de las estrellas y las galaxias porque no puedo  
 [encontrarlas  
 reunidas en un lugar que es mi corazón  
 que es el corazón del mundo.

Estoy de duelo porque los años luz que hay entre  
 nosotros y Andrómeda son un mito  
 en que la gente cree. Andrómeda está en nosotros  
 [y nosotros en ella.

Estoy de duelo por la escasez de una violencia  
auténtica que nos libere asesinando  
a la muerte, una violencia que amorosamente instale  
una bomba en el corazón de la muerte.  
Pero por encima de todo estoy de duelo por mi  
propia muerte.  
Aunque quizá sea ésa otra mentira.  
Quizá yo esté sólo de duelo.  
Quizá yo sólo esté.  
Quizá yo pueda ser un ser que puede ser.  
Pero quizás es sólo que estoy de duelo.

David Cooper.

## CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los aspectos psicodinámicos de la familia, que es el tema principal de esta tesis, y como un intento de dar a conocer la etiología de la Esquizofrenia, encontramos que los - autores de los diversos puntos de vista (genético, bioquímico, -- familiar, psicosocial, etc.), dan aportaciones parciales, reales, pero no definitivas para el esclarecimiento total de la génesis - de este trastorno.

Vemos cómo los estudios e investigaciones llevados a cabo en pacientes esquizofrénicos, clasifican sólo a nivel estadístico -- las posibles causas que originan la esquizofrenia; lo mismo sucede en el campo de la bioquímica, la neurología, etc. Esto sólo - nos dá un panorama general, a nivel institucional.

Por otro lado, tampoco son confiables los estudios que se practican en los hospitales a las familias de los esquizofrénicos y al paciente mismo, pues la calidad y ética del personal que los atiende en muchas ocasiones, deja mucho que desear; la burocracia en la que están inmersos les impide ser le necesariamente humanos para - poder también confiar en ellos. Desde luego existen excepciones.

Pero, retomando la tesis fundamental de este trabajo, quiero exponer algunas reflexiones que versan sobre la familia.

A través de la historia de la humanidad, hemos visto cómo los mecanismos de control de pensamiento y conducta, se han ido sofisticando en aras de un "adecuado" funcionamiento de la sociedad y - curiosamente la "represión" no ha sufrido modificaciones desde entonces. Es impresionante ver cómo el hombre necesita controlar, - vigilar, castigar, a veces sutilmente, a veces brutalmente. Para - ello, inventó a dios, las instituciones, la religión, etc., siempre para someter, nunca para sobrevivir; el hombre necesita desesperadamente según se ve, en quién depositar su vida, sus temores, - sus sueños, a quien hipotecarle su existencia, y su libertad.

Con el tiempo, hubo otro invento: la familia. Una poderosa - abstracción. La familia como intermediaria de una sociedad explotadora, corrupta, caduca. La familia hereda modelos de interacción, formando sucesivamente una cadena generacional. Pero un día, un individuo perteneciente a una familia, trasgrede las normas de ésta, separándose de su familia biológica, porque ésta lo asfixia, porque lo limita en su existencia, porque él quiere descubrirse como ser humano y reinventarse como individuo y acabar por todas con esa farsa de "familia feliz"; escapar físicamente se logra, pero la parte de la familia "internalizada" ¿en qué momento la separa?. Años de introyectar figuras autoritarias, reglas estatutos, tabúes, normas. Ciertamente no es fácil. Entonces la familia lo llama "loco", "anor mal", no es posible que el "enfermo" no desee, lo que los padres -- desearon para él.

Otro moderno invento de control, las guerras, las invasiones, el concepto de patriotismo, el "nuevo orden mundial", esto es agresión aprendida y al final premiada. Hordas enteras entrenadas para matar, para odia, para aniquilar, arrasar, desaparecer en nombre de la "defensa" del honor, la patria, la familia, dios, conceptos todos tan devastadores y estupidizantes, que acaban por aniquilar - no al "enemigo", sino a uno mismo. Eso es locura.

En la sociedad occidental, la mayoría de las familias no permanecen unidas, permanecen "juntos". Existe una gran diferencia, claro, pero así está establecido. No importa que el precio que tengan que pagar sean elevadas cuotas de indiferencia, incomunicación, desamor, vacío existencial. Finalmente son bien vistas estas familias, y lo que para ellas es importantísimo, son aceptadas por los demás, que obviamente están igual o peor. "Familias decentes" hay tantas y suelen ser tan nefastas, pero finalmente el transcurrir de sus vidas es tan estéril y deplorable que lo más alentador para ellas, es no morir de tristeza, no, ya no, porque murieron antes de su -- tiempo, murieron antes de haber nacido. Ni siquiera en el transcurso de sus existencias se atrevieron a enloquecer. No se atrevieron a nada punto. Pero siguieron juntos hasta que el hastío se prolongó.

Pero para todo hay siempre dos caras de la moneda y resulta alentador ver cómo a manera de ejemplo por mencionar una parte de las bellas artes: la literatura, la música, la poesía (Proust, -- Schumann, Baudelaire), etc. está cuajada de personajes que llamaron "locos", "esquizofrénicos", que no se sujetaron, no se subordinaron, no se sometieron a las exigencias preestablecidas de una sociedad dominante. De acuerdo a las instituciones autorizadas -- por los sistemas represores y reguladores del orden, sí, fueron y son "locos", pero trascendieron, viven. Ellos también inventaron la locura, su locura.

Desgraciadamente las relaciones de poder y control están estrechamente ligadas con los modelos de producción capitalista, -- con la economía, con la oferta y la demanda, con el consumismo. Y en un mundo en el que la desigualdad económica, social y cultural son tan marcadas obviamente afecta a sus habitantes en cuanto a su conducta, formas de pensar, de sobrevivir. Se dan cada vez más frecuentemente en los países subdesarrollados los brotes sociales violentos, cada vez más violentos. La gente se desgasta, se desespera, y las estructuras mentales también llegan a modificarse por diversas razones, quizá, pero los asuntos socio-económicos tienen una gran influencia y negativa por cierto, en la psicología del ser humano.

Como corolario quiero agregar que dentro de los modelos institucionales que tenemos no se puede pedir mucho en nombre de quienes padecen trastornos mentales, y tampoco se puede ver este problema como un caso aislado. Sería de suma importancia y urgencia que las distintas disciplinas se conjuntaran para tratar de innovar un método, un fármaco, una dinámica, etc., que pudiera disminuir el padecimiento de quienes tienen alteraciones mentales.

En cuanto al personal que trabaja en los centros de salud, deberían de darles cursos de sensibilización, capacitación, adiestramiento y sueldos dignos que les permitan vivir con decoro y poder tratar a los pacientes más humanamente.

A los familiares de los pacientes podría dárseles paralelamente terapias, entrenamientos y confianza para manejar adecuada y respetuosamente a los afectados.

Cuando se cae en formas estereotipadas de tratamiento, en cualquier área, se expone uno a no tener creatividad e iniciativa para inventar otra cosa o para estar dispuestos a cambios. Por ejemplo: A los pacientes ¿por qué no escuchar todo lo que dicen, lo que tratan de decir, lo que tratan de comunicar? quizá no todo sea incoherencia. Nosotros los escucharíamos, no ellos siempre tendrían que escuchar a los sabedores de las técnicas. Podríamos intentarlo.

## BIBLIOGRAFIA

- Arieti, Silvano., Interpretación de la Esquizofrenia, Ed. Labor, S. A., Barcelona, 1965, pp. 436
- Barnow, Víctor. Cultura y Personalidad, Ediciones Troquel, Buenos Aires, 1977. pp. 507.
- Baruk, Henri, Psicosis y Neurosis, Ed. Oikos-Tau, S. A., Colección ¿Qué sé?, Barcelona, 1972. pp. 123.
- Basaglia, Franco, Basaglia, F., La Mayoría Marginada, Ed. Laia, Barcelona, 1977. pp. 184.
- Bleuler, Eugen, Demencia Precoz, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1960, pp. 535.
- Canguilhem, Georges, Lo normal y lo patológico, Siglo XXI Editores, México, 1978. pp. 242.
- Caruso, Igor A., Narcisismo y socialización, Siglo XXI Editores, México, 1987. pp. 117.
- Carr, Arthur C., ¿Qué es la Psicopatología?, Ed. Lidiun, 6ª. edic., Buenos Aires, 1984. pp. 152.
- Cooper, David, La muerte de la familia, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972. pp. 171.
- Deleuze, Gilles y Guatarri, Félix, El Anti-Edipo (capitalismo y esquizofrenia), Ed. Paidós, Barcelona, 1985. pp. 420.
- Eibl-Eibesfeldt, Irenäus, Amor y Odio, Siglo XXI Editores, México, 1972. pp. 242.
- Foucault, Michel, Vigilar y Castigar, Siglo XXI Editores, México, 1978. pp. 314.

- Laplanche, J.,  
Pontalis, J. B., Diccionario de Psicoanálisis, Editorial Labor,  
S. A., Barcelona, 1979. pp. 557.
- Mahler, Margaret, Psicosis Infantiles y otros trabajos, Ed. Paidós,  
Buenos Aires, 1984. pp. 223.
- Martin, Barklay, Psicología Anormal, Ed. El manual moderno, S.A.,  
México, 1976. pp. 249.
- May, Rollo, El amor y la voluntad, Emecé Editores, Buenos Aires,  
1971, pp. 301.
- Minkowski, E. La Esquizofrenia, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980,  
pp. 218.
- Reca, Telma, Personalidad y Conducta del niño, Ed. El Ateneo, Bue  
nos Aires, 1976. pp. 131.
- Roheim, G., Magia y Esquizofrenia, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1978,
- Rotterdam, Erasmo de, Elogio de la Locura, Ed. Concepto, S. A., Mé-  
xico, 1988, pp. 158.
- Rozitchner, León, Freud y los límites del individualismo burgués,  
Siglo XXI Editores, México, 1979. pp. 511.
- Sartre, Jean-Paul, Bosquejo de una teoría de las emociones, Alianza,  
Ed., Madrid, 1973. pp. 135.
- Sauri, Jorge J., Las histerias, Ediciones Nueva Visión, Buenos Ai-  
res, 1975. pp. 366.
- Szasz, Thomas, Esquizofrenia, Premia Editora, México, 1980. pp. 186.
- Wolf, Sula, Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamientos,  
Siglo XXI Editores, Madrid, 1977, pp. 269.

- Freud, Anna, El Yo y los mecanismos de defensa, Ed. Paidós, - - México, 1986. pp. 199.
- Freud, Sigmund, Inhibición, Síntoma y Angustia, Ed. Iztaccihuatl, S. A., México, 1982. pp. 251.
- Gorz, André, Historia y Enajenación, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1974. pp. 350.
- Hofstätter, P. R., Psicología Social, Ed. Hispano-Americana, México, 1960. pp. 200.
- Horney, Karen, La personalidad neurótica de nuestro tiempo, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973. pp. 236.
- Jackson, Don D., Etiología de la Esquizofrenia, Amorrortu, Edit., Buenos Aires, 1974. pp. 443.
- Jung, G. Carl., Los complejos y el inconsciente, Alianza Edit., México, 1984, pp. 293.
- Laing, Ronald D., Cordura, Locura y Familia, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983. pp. 234.
- Laing, Ronald D., Esquizofrenia y Presión Social, Tusquets Editor, Barcelona, 1972. pp. 80.
- Laing, Ronald D., El Yo y los otros, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1982. pp. 187.
- Laing, Ronald D., El cuestionamiento de la familia, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1974. pp. 147.
- Laing, Ronald D., El Yo dividido, Fondo de Cultura Económica, Ed., México, 1984, pp. 214.