



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EVALUACION DE LAS ACTITUDES DE FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CRONICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA ANGELICA BLANCA CORTEZ VAZQUEZ

DIRECTORA DE TESIS: ALMA MIREIA LOPEZ ARCE
REVISORA: GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA



FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEXICO, D.F.

2002



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 esta 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.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la educación que ha permitido que germinen mis propias semillas del saber y del quehacer profesional, porque creo que no siembra las semillas a su conveniencia, sino que hace que germinen las de cada uno de sus estudiantes.

Sí no di frutos inmediatos fue porque era necesario digerir la riqueza de los nutrientes obtenidos durante la formación y experimentar personalmente la esencia de la psicología, lo cual ha resultado ser la mejor forma de reconocer la importancia de la misma. Así, las dificultades encontradas para alcanzar esta meta, me llevaron a la búsqueda de mi conocimiento, lo cual me permite afirmar: estoy lista a asumir el título.

Gracias a todos los maestros que tuvieron como labor compartirme su sabiduría y conocimiento profesional, en especial a la maestra Alma Mireia Lopez Arce por su paciencia y su guía en la elaboración de este trabajo.

A la maestra Geworgina Martínez Montes de Oca por su labor de revisión.

Agradezco las críticas constructivas y aportaciones a mi tesis de los maestros:

Blanca Elena Mansilla  
Luz María Solloa  
Juan Carlos Bojalil

A las pacientes por lo que de ellos aprendí.

A los familiares que se interesaron en colaborar para la realización de este estudio.

A la Dra. Ana María Barroso por haber dado luz a la obscuridad de mi inconsciente y hacer posible que superara el miedo a crecer.

A mis amigas Ana Carolina Fontes y Angélica Oviedo por sus opiniones que enriquecieron mi trabajo.

A mi hermano Juan Carlos por su valiosa ayuda y sostén en los momentos de cansancio y hartazgo durante el proceso de elaboración de todo el contenido.

Con gratitud y todo mi amor a mi esposo Merrill Kalkwarf por su valiosa ayuda, comprensión, apoyo e interés en que alcanzara esta meta.

Con amor a mis padres y hermanos.

1

## Tabla de Contenido

<b>Resumen</b> .....	página 4
<b>Introducción</b> .....	página 7
<b>Capítulo 1.</b> .....	página 11
<b>Esquizofrenia</b> .....	página 11
1.1 Antecedentes .....	página 12
1.2 Estado actual de la esquizofrenia .....	página 16
1.3 Etiología .....	página 20
1.4 Epidemiología .....	página 38
1.5 Síntomas .....	página 40
1.6 Subtipos .....	página 48
1.7 Diagnóstico .....	página 54
1.8 Pronóstico .....	página 61
1.9 Tratamiento .....	página 63
1.10 Curso .....	página 72
<b>Capítulo 2.</b> .....	página 75
<b>Actitudes.</b> .....	página 75
2.1 Los componentes de las actitudes .....	página 79
2.2 Función de la actitud .....	página 81
2.3 Medición de las actitudes .....	página 85
2.4 Funcionalidad de las actitudes en el campo clínico .....	página 92
<b>Capítulo 3.</b> .....	página 95
<b>Esquizofrenia y familia</b> .....	página 95
3.1 La esquizofrenia y la relación familiar .....	página 100
3.2 Esquizofrenia y la comunicación en la familia .....	página 112
3.3. Las actitudes familiares hacia el esquizofrénico crónico, desde la perspectiva de la hospitalización .....	página 121
<b>Capítulo 4.</b> .....	página 131
<b>Método</b> .....	página 131
4.1 Justificación y Planteamiento del Problema .....	página 131
4.2 Objetivos. ....	página 132
4.3 Variables. ....	página 132
4.4 Sujetos. ....	página 134
4.5 Tipo de estudio. ....	página 134
4.6 Diseño. ....	página 134
4.7 Instrumento. ....	página 135
4.8 Procedimiento .....	página 136
<b>Capítulo 5.</b> .....	página 138
<b>Resultados</b> .....	página 138
<b>Discusión</b> .....	página 153
<b>Conclusiones</b> .....	página 161
<b>Bibliografía</b> .....	página 168
<b>Anexo 1.</b> .....	página 175
<b>Anexo 2</b> .....	página 181
<b>Anexo 3</b> .....	página 189

<b>Anexo 4.</b> ....	<b>página 193</b>
<b>Anexo 5.</b> ....	<b>página 201</b>

## Resumen

La esquizofrenia es un padecimiento que afecta no sólo al paciente sino también a quienes conviven con él, ello es debido a las características clínicas propias de la esquizofrenia, las cuales ocasionan al enfermo incapacidad para valerse por sí mismo y dificultad en las relaciones interpersonales, lo que representa en la mayoría de los casos una pesada carga para la familia.

Es evidente que la familia completa esta involucrada en la condición esquizofrénica de uno de sus miembros; sin embargo, la visión más arraigada de la esquizofrenia no confiere importancia al papel que juega la familia en la génesis y desarrollo de este padecimiento, pese a las valiosas aportaciones de Laing, Esterson<sup>51</sup> y Cooper<sup>23</sup> que muestran de manera sistematizada, el ambiente familiar en el que están inmersos los pacientes y como pueden ser entendidos los síntomas como una forma de adaptación a este ámbito familiar.

Así, las actitudes de los familiares no han sido estudiadas y explicadas a profundidad, a pesar de que se pueden observar durante la estancia hospitalaria del paciente, actitudes en la familia tales como: poco interés en todo lo relacionado con el paciente durante el tiempo de internamiento, la manifiesta intención de dejarlo hospitalizado el mayor tiempo posible o su resistencia a aceptar su reincorporación al entorno familiar.

Por otra parte, es común que los familiares desconozcan las realidades del padecimiento, sus conocimientos están basados principalmente en la propia experiencia y en las creencias generales que se tienen acerca de la esquizofrenia, lo cual también repercute en el tipo de actitudes que presentan respecto al paciente.

La situación anteriormente descrita se valoró como de actitudes poco favorecedoras en el tratamiento de la esquizofrenia, lo cual nos llevo a concebir la posible relación existente entre actitudes desfavorables de los familiares con la cronicidad del padecimiento, de esta manera fue motivada la realización del presente estudio.

En este trabajo se hizo una revisión de lo que implica la esquizofrenia como entidad psicopatológica, se abordaron aspectos teóricos del concepto de actitud, los cuales han sido

tradicionalmente utilizados en psicología social y se consideró que podían ser aplicados en psicología clínica como una herramienta valiosa para conocer las actitudes de los familiares hacia el paciente esquizofrénico.

Así mismo, se abordaron las dos corrientes teóricas clásicas que sustentan la tesis de la familia como generadora de esquizofrenia, la teoría del doble vínculo afectivo <sup>9,10,43,44</sup> y las múltiples tesis que bajo el título de teorías psicodinámicas <sup>6,41,50,51,62,71,72,73,74,83</sup> han sido expuestas, y se describen las actitudes que frecuentemente han sido observadas en los familiares durante el curso de la hospitalización del paciente, incluyendo algunas viñetas de situaciones dadas durante el desarrollo del estudio.

También se hace la exposición de la teoría llamada Psicopatología del Desarrollo, <sup>56,75,76</sup> con la cual podemos contemplar a la esquizofrenia desde una nueva perspectiva, esclareciendo aspectos que no habían sido resueltos por teorías anteriores, y que permite asignar a los familiares un rol de primer orden, no sólo en cuanto a las causas generadoras de la esquizofrenia y de su cronicidad sino también en cuanto al tratamiento a seguir para dicho padecimiento.

Con el marco teórico planteado, por medio del presente trabajo se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante ¿cómo son las actitudes de los familiares hacia el paciente con esquizofrenia crónica?, y cuáles son algunas de las actitudes que pueden ser consideradas como desfavorables.

Para cumplir con los objetivos planteados se diseñó un cuestionario tipo escala de likert, el cual fue validado por interjueces, mismo que fue aplicado de forma individual a cada familiar participante, la muestra tomada fue de 50 individuos, estando formada por 30 hombres y 20 mujeres.

La interpretación de los resultados del cuestionario aplicado muestras que, estadísticamente los datos obtenidos son insuficientes para sostener la existencia de una relación directa de causa y efecto entre determinadas actitudes de los familiares, como son las planteadas en el cuestionario, con la cronicidad de la esquizofrenia.

Aunque resultó imposible calificar a determinadas actitudes como favorables o desfavorables, nos dimos cuenta que

dicha calificación sólo tiene sentido en cada caso específico, siendo imposible establecer de antemano cuáles actitudes deben ser consideradas desfavorables o desfavorables.

No obstante lo anterior, en el contexto clínico los resultados del cuestionario pueden ser interpretados mediante la Psicopatología del Desarrollo, los resultados sugieren la existencia de una relación entre las actitudes de los familiares y la génesis de la esquizofrenia así como con su posterior evolución hacia la cronicidad y deterioro esquizofrénico. De esta manera, pudimos visualizar las principales fallas de las tesis médica y psicológicas en relación al estudio y tratamiento de la esquizofrenia; más allá de simplemente confirmar o negar nuestra hipótesis, se pudo establecer una nueva interpretación del como puede tener lugar el surgimiento de la esquizofrenia, y también de como estos mismos factores inciden para el sostenimiento de las condiciones que favorecen la evolución hacia el estado de cronicidad.

La principal aportación del presente estudio es hacer evidente la participación de la familia en la génesis y evolución de la esquizofrenia hacia la cronicidad, por lo tanto de la necesidad de involucrar a los familiares en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que en las instituciones psiquiátricas de nuestro país es el paciente el único que recibe tratamiento, siendo este fundamentalmente farmacológico, en tanto que a la familia no se le considera ni como factor causal del padecimiento, ni como una parte del problema a tratar.

## Introducción

Entre las enfermedades mentales, la esquizofrenia es el padecimiento que afecta en mayor proporción a personas que se encuentran en el periodo más productivo de su vida (de 15 a 44 años de edad), el que da lugar a un mayor número de días de hospitalización, el que más incapacidad ocasiona y el que más dificultad presenta en las relaciones interpersonales. Dentro del ámbito hospitalario, se tiene reportado en las estadísticas mundiales que aproximadamente del 40% al 50% de las camas se encuentran ocupadas por pacientes esquizofrénicos. En el Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S., la esquizofrenia es el diagnóstico que mayor número de ingresos ha registrado en los últimos años.

En las instituciones psiquiátricas se considera a la esquizofrenia como una enfermedad, aun cuando no llena los requisitos para designarse como tal, pues no tiene un agente causal específico y tampoco se ha podido establecer un conjunto específico de síntomas. Sin embargo en la mayoría de las instituciones psiquiátricas el tratamiento de la esquizofrenia es de acuerdo al modelo médico, es decir fundamentalmente a base de medicamentos.

De esta manera, la mejoría que se observa en los pacientes es generalmente la de disminuir la intensidad de los síntomas; resulta evidente que el medicamento por si solo no puede resolver el problema más halla de un tiempo relativamente corto, además lamentablemente, casi todos éstos tienen el inconveniente de provocar reacciones secundarias tan molestas y disfuncionales que el paciente se niega a seguir el tratamiento. Además, tal situación ocasiona que frecuentemente entre en la temática delirante de ser dañado, dando como consecuencia que el paciente reaccione enérgicamente y pudiendo llegar a la agresividad verbal y/o física. Otra complicación del tratamiento farmacológico es que muchos pacientes se hacen dependientes de los medicamentos que se usan para corregir los efectos secundarios. En conclusión, el tratamiento medicamentoso no ha podido mostrar su eficacia terapéutica.

Lo descrito anteriormente hace que en la actualidad, el 20 por ciento de los pacientes que ingresan por primera vez en los hospitales para enfermos mentales son diagnosticados como esquizofrénicos; y debido a sus pésimos pronósticos y periodos

relativamente largos de hospitalización llegan a constituir aproximadamente la mitad de los pacientes internados en este tipo de instituciones.

Las investigaciones que se han llevado a cabo son preponderantemente sobre la etiología del padecimiento sin que hasta la fecha se halla logrado dilucidar su origen, tampoco hay consenso en los criterios para diagnosticarla y por consiguiente no se ha podido lograr un tratamiento eficaz, por lo tanto el pronóstico en la esquizofrenia es irremediablemente la cronicidad, situación que acentúa la problemática tanto para el paciente como para la familia.

Parte de tal situación pudo ser observada durante el curso de la estancia hospitalaria de estos pacientes crónicos, a quienes es común que los familiares le tengan miedo, no toleren su conducta enferma, le rechacen y prefieran que permanezca hospitalizado el mayor tiempo posible; se considera que tales actitudes favorecen un continuo reingreso hospitalario de esta población de pacientes. Lo cual sugiere que las actitudes familiares inciden en la evolución del padecimiento hacia el estado crónico. Puede entenderse la complejidad de la relación entre el paciente y su familia.

Así, se puede ver que la esquizofrenia involucra las relaciones: se engendra en la familia y afecta no solo a quien la padece, sino también al resto de la familia, ya que la forma en que una persona trata a otra, a través de actos y palabras, puede influir en la forma de la respuesta dada y esta a su vez en la primera y así sucesivamente, lo cual parece ser la dinámica de la respuesta esquizofrénica.

Es por esto que el presente trabajo trató de establecer una relación entre la cronicidad del padecimiento y los cuatro tipos de actitudes más frecuentemente observadas en los familiares, hacia el paciente esquizofrénico, las cuales son: miedo al paciente, desinterés en su persona, intolerancia a su conducta enferma y desconocimiento del padecimiento.

Para evaluar las actitudes de los familiares del paciente esquizofrénico crónico fue utilizado un cuestionario tipo escala de likert, ya que este tipo de instrumento es el idóneo para medir actitudes, además de presentar la ventaja de recabar información de forma indirecta, lo cual es una conveniencia al tratar con este tipo de familia que es considerada "hermética y suspicaz".

Desde una visión psicológica, la esquizofrenia no es un proceso que emerja dentro de un organismo individual si no una reacción a los eventos y procesos que tienen lugar entre el individuo y su entorno, fundamentalmente con las personas significativas con quienes el paciente interactúa así como los valores culturales y sociales que estas personas le transmiten. Es de esta manera que se abordaron las teorías que establecen en la familia el origen de la condición esquizofrénica en uno de sus miembros.

Las dos teorías más sobresalientes en considerar que la familia es el medio que condiciona el surgimiento de esquizofrenia fueron dos: 1) La teoría del doble vínculo afectivo,<sup>9,10,43,44</sup> que ubica el problema en una incapacidad para el establecimiento de la comunicación; debido a una deficiencia en el vínculo progenitor-hijo, una deficiencia en las oportunidades sociales alternativas y una deficiencia en los patrones de comportamiento social aprendidos, siendo estas deficiencias una tríada interdependiente. 2) Las teorías psicodinámicas<sup>6,41,50,51,62,71,72,73,74,83</sup> en las cuales se establece que el problema se inicia en la relación temprana del niño y las figuras importantes fundamentalmente la madre.

En ambas teorías se considera que la forma de establecer contacto una madre con su hijo en etapas tempranas es un aprendizaje con el cual se relacionará con otras personas en el futuro. Así, la esquizofrenia es un trastorno de las relaciones y de la comunicación, en donde también se desarrollan ciertos problemas emocionales y cognitivos como consecuencia del trastorno inicial.

Se describe el curso de la estancia hospitalaria del paciente y se incluyen viñetas de las actitudes de los familiares en interacción con el paciente durante el presente estudio. Asimismo se pudo apreciar algunas de las condiciones descritas en ambas teorías. Este hecho hizo que surgiera interrogantes tales como: ¿Porque solo alguno y en casos excepcionales algunos en la familia llegan a ser esquizofrénicos? ¿que patrones de vida son factores esencialmente equivalentes que conducen a un resultado similar? ¿Cuales son las variaciones que evita que los otros hijos de la familia, bajo las mismas condiciones biológicas y ambientales no desarrollen esquizofrenia? ¿porque en algunos casos pueden haber remisión plena y permanente, en otros remisión con recaídas y con defectos de la personalidad, en tanto que otros mantienen el cuadro clínico pero son capaces de valerse por sí mismos, pero la gran mayoría evoluciona hacia la cronicidad y el deterioro de casi todas sus funciones mentales superiores.

El punto de vista médico de la esquizofrenia es cuestionado constantemente y la participación de la familia en la génesis de la esquizofrenia adquieren cada vez mayor consistencia, así por ejemplo tenemos la siguiente cita textual:

La investigación en el campo de la psicología ha puesto de manifiesto la relación de ciertos factores ambientales con la esquizofrenia. Los trastornos de comunicación entre los distintos miembros de la familia (comunicación ambigua) puede ser uno de estos factores, aunque no se sabe hasta qué punto esta alteración es la causa o la consecuencia de la esquizofrenia de un determinado miembro de la familia.

Así, se estima que el tratamiento dirigido solamente al esquizofrénico no tienen sentido, la familia entera debe ser tratada, puesto que la familia no es solamente la suma de las partes sino un sistema y el cambio de una parte de la estructura afecta a las demás; pero como el sistema en sí mantiene una coherencia que le hace conservar su estructura, tiende a repeler los cambios. De modo que cuando el paciente ha sido tratado y se ha producido un cambio, este no se puede mantener porque al regresar a la familia no puede resistir el efecto del sistema que tiende a su conservación.

Conocer como son las actitudes de los familiares hacia el paciente esquizofrénico crónico, nos permite inferir cual es el medio ambiente familiar de este tipo de pacientes; ya que creemos que la familia con un miembro esquizofrénico se rige por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares, y tanto la conducta comunicación como la conducta respuesta tendrán características tales que permiten mantener esas reglas o normas y, por lo tanto, las relaciones patológicas. Puesto que las conductas (síntomas), no son sino parte de las relaciones peculiares de ese sistema, así, para poder influir sobre los síntomas en el sentido del cambio hay que abarcar a todo el grupo familiar, porque el medio ambiente familiar parece tener un rol determinante en el complejo problema del origen de la esquizofrenia y en la evolución hacia el estado crónico.

## Capítulo 1.

### Esquizofrenia

Con la designación del término "esquizofrenia" uno se encuentra ante un concepto que es objeto de una amplia controversia y polémica, sobre todo en lo relativo a su naturaleza y origen por lo que surgen muchos errores, prejuicios y falsas concepciones de este padecimiento (Obiols, 1989).<sup>58</sup> Lo que sin lugar a dudas uno puede llegar a entender, es que la enfermedad es una condición verdaderamente grave en dos sentidos: (1) las manifestaciones clínicas y (2) lo desesperanzado del pronóstico, por lo ampliamente aludido a su incurabilidad.

Respecto al primer punto, podemos ver, en quienes la padecen, una serie de manifestaciones psicopatológicas heterogéneas y mal delimitadas; la conducta se caracteriza por manifestar perturbaciones en varias áreas principalmente la de la cognición, por lo que todos los procesos del pensamiento, percepción, atención, emociones, y juicio están alterados. Por lo tanto, se pierde el contacto con la realidad, de tal forma que la conducta resulta extraña e incomprensible para los demás.

La diversidad de la conducta sugiere la conveniencia de subdividir a los esquizofrénicos en varios tipos en los que se pueden observar determinadas combinaciones de síntomas. Dependiendo del sistema de clasificación encontramos algunas variaciones, entre las más importantes: Tipo paranoide, tipo catatónico, tipo desorganizado, tipo indiferenciado, tipo residual. Una clasificación más actualizada es: Tipo I y tipo II. (idem.)

En lo que se refiere al punto (2), la esquizofrenia es el más común y el más incapacitante de todos los padecimientos mentales. Psiquiátricamente es entendido el concepto de esquizofrenia como enfermedad crónica e incurable, que solo puede ser paliativamente tratada por medio de fármacos antipsicóticos y que irremediablemente evolucionará tarde o temprano al deterioro, por lo que se da por hecho que es casi imposible su curación y/o rehabilitación.

El concepto de esquizofrenia ha sido continuamente definido en base a nuevas y constantes investigaciones, lo que se debe en gran medida a que no se ha podido establecer su origen;

más bien se hace una descripción del cuadro clínico que una definición precisa de lo que es la esquizofrenia. Por lo tanto es conveniente tener una conceptualización de la esquizofrenia con una visión dinámica y evolucionaria (Andreasen, 1989).<sup>4</sup>

## 1.1 Antecedentes

En diferentes fuentes históricas se pueden encontrar antecedentes de la presencia de la esquizofrenia a través de toda la historia de la humanidad. Por ejemplo, durante muchos siglos, a las personas que mostraban conductas aberrantes se les consideraba desde poseídos por malos espíritus, brujos, o hasta ser poseedores de poderes sobrenaturales, y otras denominaciones de moda en el momento en que se observaba. Todo parece indicar que muchos de estas personas pudieron haber padecido esquizofrenia.

Fue hasta finales del siglo XIX que con el descubrimiento de correlaciones anatómicas y fisiológicas de los síndromes clínico, influyó considerablemente sobre los psiquiatras y los neurólogos de la época, quienes estaban intentando identificar síndromes específicos a partir de los conceptos globales de demencia, delirio y locura, conceptos predominantes en aquel tiempo; la consecuencia fue una amplia proliferación de síndromes (Caballo, Buela-Casal y Carroble, 1995. P.682).<sup>18</sup>

Emil Kraepelin, en su famoso libro de texto sobre la esquizofrenia publicado en 1896, fue el primero en identificar el trastorno e introdujo una distinción simple entre las condiciones caracterizadas por el deterioro mental (demencia precoz) y trastornos más episódicos como la manía y la melancolía. Lo hizo en los años del cambio de siglo agrupando unas entidades ya conocidas y descritas previamente: la catatonía, la hebefrenia y la "dementia paranoides". El nexo común que daba unidad al conjunto era, según Kraepelin, un inicio precoz de la enfermedad y un curso crónico, tendiente al deterioro. A esta enfermedad, Kraepelin la llamo "Dementia praecox" (Obiols y Obiols, 1989 p.14).<sup>58</sup>

En 1911, Eugen Bleuler introdujo el término de esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz. El significado del término es altamente dividida; Bleuler consideró esta escisión de la personalidad, más que el resultado, como el rasgo central de la enfermedad. Para él, la esquizofrenia era tanto una entidad patológica como una reacción psicopatológica, un síndrome. Por

consiguiente, esperaba que algunos pacientes tendrían que empeorar y otros recuperarse con defecto o sin él (Kaplan 1988).<sup>48</sup>

En 1913 Bleuler alegó que los síntomas principales de los tipos de deterioro mental eran cognitivos: un relajamiento de las asociaciones entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta (éste era el significado de "esquizofrenia"). Así, abordó los orígenes biológicos y también los procesos intrapsíquicos de los trastornos del afecto, la motivación y del pensamiento, que consideraba secundarios. Pensaba que los síntomas principales eran los observables en cada caso: las ideas delirantes, las alucinaciones y las perturbaciones de conducta las consideraba secundarias o accesorias, porque podían ocurrir en otros trastornos. De este modo, Bleuler expandió notablemente los conceptos de Kraepelin (Caballo, Buela-Casal y Carrobes, p. 683).<sup>16</sup>

De esta manera, Eugen Bleuler postuló e introdujo el término de esquizofrenia dentro de la estructura teórica de la psiquiatría; señaló la gran variabilidad y polimorfismo sintomático de los enfermos llamados esquizofrénicos y vislumbró el peligro del uso excesivo e indebido del término. Por ello decidió buscar con sumo rigor, un criterio diagnóstico unificador, en el que jugaran papel central un conjunto de síntomas esenciales que estuvieran siempre presentes. Así creó su famosa sintomatología primaria, que reducía considerablemente el número de esquizofrénicos verdaderos. ( Patiño, 1980 p.115).<sup>59</sup>

Resumiendo, se considera que las aportaciones más importantes de Bleuler al conocimiento de la esquizofrenia son:

1.- Consideró el síndrome esquizofrénico no como una progresión hacia la demencia, sino como una situación particular, caracterizada principalmente por el trastorno de la asociación y por el desdoblamiento de las funciones básicas de la personalidad.

2.- Amplió los límites de lo que se debía incluir en este síndrome.

3.- Diferenció un nuevo tipo: el simple.

4.- Destacó que en la esquizofrenia no falta la afectividad y que tiene más importancia de lo que se pensó.

5.- Intentó no sólo describir, sino también explicar los síntomas. Respecto a su contenido psicológico, aceptó las ideas de Freud. En cuanto al punto de vista formal, sus esfuerzos no han tenido éxito.

6.- Aportó a la psiquiatría los conceptos del pensamiento aulista y de ambivalencia.

7.- Enriqueció la terminología psiquiátrica al inventar las siguientes palabras aceptadas: esquizofrenia, psicología profunda, aulismo, ambivalencia y dereísmo.

Como se ha dicho, Bleuler estableció los criterios para hacer el diagnóstico de esquizofrenia mediante los síntomas fundamentales o primarios. Más tarde, K. Schneider continuó constituyendo la descripción clínica del padecimiento e intentando encontrar síntomas específicos o patognomónicos de la esquizofrenia, mediante la definición de una serie de síntomas a los que denominó "síntomas de primer rango", los cuales equivalen a los síntomas "fundamentales" de Bleuler.

Schneider describió estos síntomas particulares, no con un propósito teórico, sino porque pensaba que estos síntomas eran "primarios", en el sentido de que no pueden derivarse de otros síntomas.

Según Kurt Schneider la presencia conjunta de estos síntomas, cuando se daba, aseguraba el diagnóstico de esquizofrenia (Obiols y Obiols, 1989).<sup>58</sup>

Hasta la década de los 70 se aceptó la posibilidad de un diagnóstico estrictamente psicopatológico de la esquizofrenia y en la existencia de síntomas patognomónicos en la enfermedad. En esta época una serie de trabajos con respecto a la patognomonicidad de ciertos síntomas, como el llevado a cabo por la OMS (Organización Mundial de la Salud). El International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS), en 1973 acabó con el mito de los criterios específicos, en especial los de los síntomas de primer rango de K. Schneider, que también se dan en psicosis maníacas, depresivas, etc. (Obiols y Obiols 1989, p. 37).<sup>58</sup>

Los estudios anteriores han tenido el efecto de estimular la aparición de numerosos sistemas de criterios e instrumentos para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales han dado lugar a la aparición

de los sistemas diagnósticos más universales de la actualidad: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM,<sup>3</sup> que constituye una serie que actualiza cada determinado tiempo la Asociación Psiquiátrica Americana ( APA ), manual cuya última versión se encuentra en vigor bajo el nombre de DSM-IV y la Clasificación Internacional de las Enfermedades ( CIE-10 ), manual realizado por la OMS y que se actualiza por la misma organización, estando su versión más reciente en circulación bajo el nombre de CIE-10.<sup>61</sup>

A modo de conclusión de los antecedentes del desarrollo del concepto de esquizofrenia se puede decir que en los inicios los nosográficos de la esquizofrenia se basaba en los aspectos de deficiencias (demencia) que daba la enfermedad. Posteriormente, bajo la influencia del auge de la psicopatología, la atención se centró alrededor de los síntomas "productivos" (delirios y alucinaciones), tal como lo vemos en los modelos de Bleuler, Kurt Schneider y los DSM, con el fin de separarla claramente de los cuadros de transición entre la normalidad y la enfermedad. Así es como de la búsqueda del trastorno fundamental unificador que limitara a la esquizofrenia como enfermedad derivó en la división de los síntomas en dos grupos, positivo y negativo( V. Donnoli y cols. 1995).<sup>31</sup>

## 1.2 Estado actual de la esquizofrenia

Actualmente, la esquizofrenia es considerada como un padecimiento psiquiátrico clasificado dentro de la denominación de las psicosis.

Con el término psicosis, se ha designado a los trastornos mentales caracterizados por alteraciones penetrantes y profundas del estado de ánimo, desorganización del pensamiento y un retiro asociado del mundo real, a un mundo de preocupaciones altamente personalizadas.

Independientemente de su etiología las psicosis se caracterizan por:

1. Sentimientos penetrantes de tristeza, culpa e imperfección.

2. Excitación y excentricidad desordenada acompañada de una producción verbal y motora excesiva.

3.- Regresión autista, modales de lenguaje y de la conducta, ideas delirantes, indiferencia a las expectativas sociales.

4.- Preocupaciones delirantes acompañadas de actitudes de defensa, desconfianza o grandiosidad.

5.- Estados de delirio confusos con desorientación y alucinaciones.

Toda esta serie de manifestaciones psicopatológicas entran en el cuadro clínico que denominamos esquizofrenia, y todas corresponden a funciones que se atribuyen fundamentalmente al cerebro, tales son: diferenciar correctamente lo subjetivo de lo objetivo, la capacidad de planificar, de querer, de asimilar estímulos ambientales de tipo social y utilizarlo para una correcta adaptación al medio, la de integrar todas las funciones superiores en un todo armónico que solemos llamar persona, identidad o yo.

La diversidad de los fenómenos esquizofrénicos hace que el membrete de "esquizofrenia" se aplique a un amplio rango de

síndromes, por lo que el valor diagnóstico y pronóstico de la esquizofrenia es poco confiable.

En los avances sobre el estudio de la esquizofrenia hay consenso en que la esquizofrenia no solamente tiene síntomas muy diferentes, con presentaciones clínicas variadas y cambiantes, sino que probablemente abarca un grupo heterogéneo de trastornos.

Es así que las tendencias actuales tienden a resumirse en los siguientes puntos:

1) No existen síntomas patognomónicos de la esquizofrenia que permita basar el diagnóstico exclusivamente en la psicopatología.

2) No hay consistencia en los hallazgos encontrados en la investigación biológica con respecto a las alteraciones del cerebro esquizofrénico.

3) Se tiende a pensar que la esquizofrenia es un síndrome que obedece a múltiples causas.

4) Se ha dividido a los síntomas de la esquizofrenia en dos grupos: positivos y negativos

Los síntomas positivos son síntomas de distorsión o exageración de funciones psicológicas y abarcan: las alucinaciones, ideas delirantes y ciertos trastornos del lenguaje y de la conducta.

Los síntomas negativos son los síntomas de pérdida o disminución de funciones, tales como pérdida de la voluntad (abulia), aplanamiento afectivo, disminución de contacto social ( asocialidad ), incapacidad de experimentar placer (anhedonia), pobreza del lenguaje y del contenido del lenguaje (alogia), etc.

El primero en proponer la clasificación de síntomas positivos y negativos fue el famoso neurólogo Jackson, quien postuló que los síntomas positivos son causados por exceso en los procesos normales del cerebro, mientras que los síntomas negativos son causados por la disminución o desaparición de estos procesos ( Logomarsino, 1995 ).<sup>52</sup>

En esta línea se inscribe la tipología de Crow (1980), que parte de dos hechos básicos aparentemente contradictorios: uno, la evidencia de alteraciones estructurales en el cerebro de algunos

esquizofrénicos; y dos, la incontrovertible respuesta terapéutica de ciertos síntomas esquizofrénicos a los fármacos antipsicóticos. Crow propone que existen dos síndromes en la esquizofrenia: tipo I y tipo II. En el concepto del autor no existen dos enfermedades distintas, sino dos componentes de la misma, condicionados por diferentes fisiopatologías. En un momento dado, puede predominar uno de los dos síndromes, o pueden coincidir ambos (Obiols y Obiols 1989).<sup>58</sup>

El síndrome tipo I es típico de los episodios agudos y puede ser la configuración inicial del trastorno. El síndrome tipo II es típico de los estados crónicos y coincide con el estado defectuoso de la esquizofrenia, aunque pueden darse síntomas negativos en las psicosis agudas. Crow propuso inicialmente que, si bien la presencia del síndrome tipo I era reversible, la evolución a un cuadro tipo II, con síntomas negativos instaurados, era un camino sin retorno. Según la hipótesis ello se debería a que tales síntomas están asociados a cambios estructurales cerebrales (idem.)

Andreasen expone en su artículo *Evaluation of Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia*: "Muchos investigadores concuerdan en que la esquizofrenia es probablemente un grupo heterogéneo de desórdenes que comparten características comunes de síntomas psicóticos, parcial respuesta a los neurolépticos y una relativa pobreza de resultados. La subdivisión de esquizofrenia en dos subtipos, positivo versus negativo ha logrado una amplia aceptación a través de todo el mundo en los años recientes. Esta distinción posee un interés a la vez heurístico y teórico, ya que reúne en una misma hipótesis los diferentes aspectos fenomenológicos y etiológicos del trastorno". Sin embargo la misma autora agrega que a pesar de su amplia atracción, esta distinción tiene un número de problemas aun no resueltos, entre los cuales se incluyen la falta de distinción entre síntomas, síndrome y enfermedad; fracaso en el trato del paciente mixto, deficiencia en llevar a cabo un informe del curso y falta de dirección conceptual y de metodología para la distinción entre síntomas positivos y negativos (Andreasen, N. C. and Grove, W.M. 1986).<sup>4</sup>

En la publicación del artículo "El paradigma de los síndromes tipo I y tipo II de la esquizofrenia" el médico Miguel Ángel Cuello afirma que desde la década de los 80 se ha revivido el concepto heurístico de la esquizofrenia y detalla, lo que considera el potencial heurístico de esta conceptualización:

#### Esquizofrenia tipo I

## Fenomenología

Caracterizada por síntomas positivos como delirios y alucinaciones, principalmente, así como conductas bizarras y desordenes del pensamiento, entre otros. Los pacientes con este desorden pueden tener un inicio relativamente agudo y el curso de la enfermedad está caracterizado por exacerbaciones y remisiones. Muchos pacientes con predominio de características positivas tienen un funcionamiento premórbido relativamente normal antes del inicio de sus síntomas, y cuando estos síntomas están en remisión su funcionamiento social puede ser relativamente bueno y, en consecuencia, presenta buen pronóstico.<sup>24</sup>

## Características cognitivas

Los síntomas positivos de la esquizofrenia no se deben a ninguna anomalía estructural cerebral fundamental, por tanto, los pacientes con síntomas positivos deben tener una función cognitiva normal y que en el caso de los test neuropsicológicos son consistentes los hallazgos de que los pacientes tienden a ejecutarlos normalmente, por lo tanto se puede pensar que estos pacientes tengan una función cognitiva normal.

## Esquizofrenia tipo II

### Fenomenología

Los síntomas negativos son numerosos y son de evidente pérdida de funciones, que incluyen aplanamiento afectivo, pobreza de lenguaje, abulia, apatía, anhedonia, asociabilidad, deterioro en la atención, entre otros. El doctor hace notar los siguientes puntos:

- a) Los síntomas negativos no son únicos en la esquizofrenia.
- b) Aun cuando éstos ocurren en la esquizofrenia, pueden tener causas múltiples, no todas intrínsecas a la enfermedad esquizofrénica.
- c) Su curso y respuesta al tratamiento son variables.
- d) La presencia de los síntomas negativos no es sinónimo de un curso deteriorado o no remitente.

El Dr. Cuello apunta que dichos síntomas se deben definir minuciosamente en primarios y secundarios, siendo estos últimos, resultado de factores extrínsecos de la enfermedad, como por ejemplo, los secundarios a los neurolépticos o como consecuencia de otras dimensiones psicopatológicas de la esquizofrenia. En contraste, los síntomas negativos sin tales causas aparentes son vistos como características centrales de la enfermedad y son definidos como primarios del síndrome tipo II. Estos síntomas generalmente empiezan insidiosamente sin un claro inicio, y los pacientes pueden tener una historia de pobre funcionamiento premórbido. El curso de la enfermedad tiende a ser más crónico y deteriorado, y el funcionamiento social también.

### Características cognitivas

Suelen tener deterioro en la ejecución de pruebas neuropsicológicas y se ha encontrado una asociación con trastornos en la atención y en los estadios muy precoces del proceso de información del pensamiento. Expresa que estas disfunciones de la atención causan una fragmentación cognitiva secundaria, conduciendo a los signos típicos de la psicosis.

Finalmente podemos citar a Sue et al quienes afirman que los síntomas positivos están presentes durante la fase activa del trastorno y tienden a desaparecer con el tratamiento. Estos pacientes son clasificados como tipo I. En tanto que los síntomas negativos son asociados con funcionamiento social premórbido inferior y pronóstico peor. Los individuos que tienen síntomas negativos principalmente a menudo son clasificados como tipo II (Sue, Sue y Sue, 1996).<sup>7B</sup>

En esencia, la investigación en la esquizofrenia aun no da resultados concluyentes. Por lo que vale la pena recordar lo que Andreasen afirma en su artículo de "El concepto Americano de Esquizofrenia" de donde se comprende que el concepto de esquizofrenia no puede ser simplemente resumido, ya que éste ha cambiado y evolucionado desde su creación a principios de este siglo. Estos cambios han ocurrido debido a los estudios continuos en los que esta inmersa la esquizofrenia, por lo que cuando se hable del concepto, debe verse como dinámico y evolucionario (Andreasen C. N., 1989).<sup>4</sup>

### **1.3 Etiología**

La etiología de la esquizofrenia aun es desconocida y la mayoría de las investigaciones realizadas tratan de determinar el papel etiológico que desempeñan factores específicos de tres tipos: genéticos, bioquímicos y ambientales. La idea mas aceptada es que la esquizofrenia se produce por una interacción de estos tres factores. El porcentaje de participación de unos y otros es probablemente variable en relación a las diferentes formas clásicas del trastorno.

### Factores genéticos

Las teorías genéticas de la esquizofrenia tienen su origen en las observaciones de la esquizofrenia, que tiende a darse en las familias y que el riesgo de padecerla entre los familiares de un individuo afectado aumenta en función de la cercanía de la relación familiar. Así, la morbilidad a lo largo de la vida alcanza hasta el 6% en los padres de un sujeto con esquizofrenia, el 10% para los hermanos, el 13% para la descendencia cuando uno de los padres padece esquizofrenia, el 17% para los gemelos bicigóticos, el 46% para los hijos cuyos dos padres están afectados y el 48 % para los gemelos monocigóticos (Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1995. P716).<sup>18</sup>

Aunque desde el punto de vista científico, la investigación genética de la esquizofrenia presenta un sin número de problemas, el que genera mayor dificultad es el relacionado con el diagnóstico. ¿Como investigar la transmisión genética de algo que no podemos definir? Los investigadores genéticos, necesitados de la definición de rasgos, de la precisión de fenotipos, se han visto desbordados por la clásica vaguedad del concepto <<esquizofrenia>>. A pesar de ello, la investigación genética ha avanzado hasta el estado actual, en el que ya no se plantea si existe o no herencia de la esquizofrenia; la cuestión ahora es ¿cómo se transmite la esquizofrenia a través de los genes ? (Obiols y Obiols 1989).<sup>58</sup>

Otra importante dificultad para la investigación genética llevada a cabo hasta ahora, es la variabilidad de metodología en el uso de criterios diagnósticos y de diseños de investigación, por lo que podemos observar que diferentes estudios realizados con la familia de pacientes con esquizofrenia, arrojan resultados tan discrepantes que sus resultados no pueden ser considerados concluyentes.

Son tres los tipos de estudio que se han hecho, a través del campo genético para determinar la etiología de la esquizofrenia, éstos son: estudios de familias, estudios de gemelos y estudios de adopción.

#### Estudios de familias:

Por mucho tiempo se ha considerado a la esquizofrenia como una enfermedad familiar. Se puede ver que no es raro encontrar a mas de un miembro de una familia con esquizofrenia. Pero también se ha observado que a veces la familia de un paciente esquizofrénico no presenta ningún otro caso igual, y en cambio padecen otros trastornos psicóticos, anomalías del carácter y de la personalidad, que los hacen sospechosos de sufrir una forma leve o latente de la enfermedad.

De acuerdo con los estudios llevados a cabo en familias de pacientes con esquizofrenia, se han encontrado los siguientes datos con respecto a el riesgo de padecer la enfermedad:

- 1) El riesgo entre los familiares es superior al de la población general.
- 2) El riesgo es mayor cuanto más próximo es el parentesco.
- 3) El riesgo aumenta si aumentan los familiares próximos con esquizofrenia

Estos datos parecen sugerir que hay una transmisión genética, pero lo cierto es que estas cifras no prueban tal cosa, pues existen trastornos y enfermedades que se agrupan en familias sin tener ninguna causa genética. Así, el patrón familiar de la esquizofrenia podría deberse al ambiente familiar compartido, o el tipo de educación, etc. Por lo tanto, los estudios de tipo familiar no permiten afirmar la influencia de la herencia en la génesis de la esquizofrenia (Obiols y Obiols, 1989, p.47-48).<sup>58</sup>

En los estudios citados por Sue, con respecto a la influencia de la genética en el desarrollo de la esquizofrenia, llevados a cabo entre 1978-1991, se demuestra que los parientes consanguíneos más cercanos de los esquizofrénicos tienen un riesgo mayor de desarrollar el trastorno. Sin embargo, también citan otros estudios desarrollados en el mismo sentido y en el mismo periodo, en

los cuales la asociación entre el parentesco y el riesgo no es tan clara e incluso citan el trabajo de Pope (et al 1982) donde no se encontró ningún incremento del riesgo entre parientes de primer grado (Use, et al 1995 p. 427, 428).<sup>78</sup>

Los mismos autores afirman, que al interpretar los resultados de investigación genética, debe considerarse que los estudios realizados antes de 1972 usaron definiciones muy amplias que abarcaban a pacientes con trastornos distintos a la esquizofrenia. Esta amplitud confundió de manera obvia las conclusiones sobre la transmisión hereditaria de la esquizofrenia y tendió a exagerar la influencia genética. Otra consideración trascendental es que se tiene que determinar el genotipo relacionado con el tipo de esquizofrenia, no se puede generalizar a todas (idem).

### Estudios de gemelos

En este tipo de estudio se investiga en gemelos idénticos o monocigóticos (MC) y gemelos fraternos o dicigóticos (DC) la diferenciación de los efectos de la herencia y del ambiente, esto mediante la utilización del concepto denominado índice de concordancia, que es el porcentaje de coincidencia para un determinado fenotipo, en este caso la probabilidad de que ambos miembros de un par de gemelos exhibirán los trastornos de la esquizofrenia. La hipótesis genética de la esquizofrenia predice que:

1) La concordancia para la enfermedad en los gemelos MC será superior que en los DC.

2) El riesgo de padecer el trastorno en los gemelos DC debe ser similar al de los hermanos normales.

Los estudios citados en Obiols y Obiols (1989), que confirman estas suposiciones, fueron realizados de 1928 a 1973, los cuales reportan porcentajes superiores en las parejas MC, pero cabe recordar lo que se ha dicho con respecto a los estudios efectuados hasta la década de los 70 donde se afirma que se usaron definiciones muy amplias que abarcaron a pacientes con trastornos distintos a la esquizofrenia y los resultados tuvieron la tendencia de exagerar la influencia genética.<sup>58</sup>

En conclusión hasta la fecha no se ha podido comprobar que gemelos MC, que comparten una idéntica carga genética del 100 %, compartan la misma concordancia, con lo cual se apoya la

influencia del efecto ambiental en el desarrollo del padecimiento en cuestión. Lo cierto es que los estudios en gemelos no permiten afirmar rotundamente la herencia de la esquizofrenia (Obiols y Obiols, 1989).  
55

### Estudios de adopción

Como pudo apreciarse en las investigaciones reportadas en el punto anterior, es difícil determinar los efectos de la herencia y los del ambiente en el desarrollo de la esquizofrenia. En el interés de conocer los efectos de la herencia y del ambiente se ha optado por estudiar el modelo de la adopción como medio para separar las influencias ambientales de las de la herencia. Se han utilizado tres métodos de estudio:

a) investigar el riesgo comparativo de hijos de padres esquizofrénicos y de hijos de padres normales, adoptados en edades tempranas.

b) Investigar las cifras de riesgo para la esquizofrenia en los padres biológicos de sujetos esquizofrénicos que fueron adoptados de pequeños.

c) El análisis de crianza cruzada (cross-foster analysis), en el cual los hijos de padres biológicos normales y criados por padres esquizofrénicos fueron comparados con hijos de padres afectados criados por padres normales.

Los primeros estudios de adopción y esquizofrenia fueron llevados a cabo a finales de 68 y la década de los 70. Uno de los más sobresalientes es el realizado en Dinamarca, por Kety y cols. (1968) citado en Davison (1983)<sup>28</sup>, Obiols (1989)<sup>58</sup> y Sue (1995),<sup>78</sup> por la alta calidad de los registros civiles y de los archivos psiquiátricos, así como la rigurosa metodología empleada. Se estudiaron 5,483 adoptados. De estos 507 tenían antecedentes psiquiátricos y fueron evaluados, a través de las historias clínicas, por dos psiquiatras daneses. El diagnóstico podía ser: 1) esquizofrénico 2) probable esquizofrénico y 3) no esquizofrénico. Se detectaron así 33 casos de esquizofrenia, que fueron emparejados con 33 adoptados normales de características similares. Se detectaron 470 familiares, que se dividían en cuatro categorías básicas:

1) Familiares biológicos de esquizofrénicos.

- 2) Familiares biológicos de casos normales.
- 3) Familiares adoptivos de esquizofrénicos.
- 4) Familiares adoptivos de casos normales.

La hipótesis genética de la esquizofrenia predice que, de los cuatro grupos, solo el primero debe mostrar cifras de riesgo esquizofrénico superior a las normales. Los resultados apoyan la hipótesis genética; el 21% de los familiares biológicos de los esquizofrénicos adoptados caían en el espectro esquizofrénico, en tanto que solo un 11% en los familiares biológicos de los adoptados controles (Obiols y Obiols, 1989 p. 45-55).<sup>58</sup>

Todos los estudios relacionados con la herencia indican que ésta desempeña un papel importante en la transmisión de la esquizofrenia, pero no se ha podido establecer que es lo que se hereda en la esquizofrenia, como se hereda, por qué la concordancia entre gemelos monocigóticos no supera el 50%, que factores protegen a más del 60% de los hijos que nacen con ambos padres esquizofrénicos y que no padecen la enfermedad. A pesar de que estudios genéticos bien diseñados revelan una relación entre el grado de parentesco genético y la esquizofrenia, todavía no demuestran de manera clara el papel de la herencia, ni como se transmite la esquizofrenia a través de los genes. La razón es que los parientes consanguíneos cercanos tienen mayor probabilidad de compartir los mismos factores ambientales o estresantes así como los genes. Para confirmar una base genética en la esquizofrenia, la investigación debe separar las influencias genéticas de las ambientales (Sue, et al 1994, p. 428).<sup>78</sup>

En este mismo sentido se han hecho innumerables investigaciones en relación a factores fisiológicos en la esquizofrenia, básicamente en bioquímica y patología cerebrales, sin que se haya podido establecer nada revelador con relación a la etiología de la esquizofrenia.

### Factores Fisiológicos

Hipótesis de la dopamina. Las investigaciones en esta área plantean que algunas de las vías dopaminérgicas cerebrales están hiperactivadas en la esquizofrenia, esta hiperactividad es causada de dos maneras, 1) por excesiva liberación de dopamina en

las neuronas presinápticas ó 2) la sensibilidad excesiva de los receptores de la dopamina.

Esta hipótesis ha provenido de la investigación en farmacología, fundamentalmente de tres fármacos: las fenotiacinas, L-Dopa y anfetaminas.

Las fenotiacinas son sustancias denominadas neurolépticos útiles para atenuar y quitar algunos de los trastornos principales de la esquizofrenia, como las alucinaciones, el comportamiento extravagante, las alteraciones del lenguaje y los trastornos del pensamiento; pero estos fármacos producen también efectos secundarios que se caracterizan por síntomas similares a los del mal de Parkinson. El descubrimiento de que en el mal de Parkinson existe una destrucción de células que contienen dopamina, llevo a la conclusión de que los neurolépticos debían actuar como fármacos "antidopaminicos", lo cual explica su tendencia a producir los síntomas similares a la enfermedad de Parkinson. Con relación a este mismo padecimiento de Enfermedad de Parkinson, es tratada con el medicamento denominado L-Dopa que el cuerpo transforma en dopamina y este medicamento puede producir síntomas tipo esquizofrénico.

Otro importante descubrimiento farmacológico, que sustenta la hipótesis dopaminérgica, es el estudio de fármacos opuestos a los neurolépticos que provocan o agravan los síntomas psicopáticos; el más importante es la anfetamina. Los efectos son provocados por una acción hiperactivada del sistema dopaminérgico (Obiols y Obiols, 1989).<sup>58</sup>

Sin embargo, esta hipótesis dopaminérgico presenta controversia, por ejemplo, cabría esperar que los medicamentos antipsicóticos fueran efectivos en todos los casos, pero no ocurre así, alrededor de una cuarta parte de los pacientes esquizofrénicos responden muy poco o nada a la medicación antipsicótica. En Sue y colaboradores se citan estudios que sustentan evidencias empíricas para argumentar que la hipótesis de la dopamina tiene que ser modificada para explicar los hallazgos discrepantes. Los hermanos Sue afirman que la esquizofrenia muy bien puede ser un grupo de trastornos con causas diferentes, lo cual podría explicar el curso variable de los trastornos y las respuestas desiguales al tratamiento farmacológico concluyen en este sentido: "los investigadores pueden estar buscando en exceso una explicación simplificada al centrarse sólo en la dopamina, sin considerar el funcionamiento interactivo del

cerebro y el sistema bioquímico como un todo. O quizá los bloqueadores de la dopamina pueden influir en los síntomas de la esquizofrenia pero no en el curso de la enfermedad" (Sue, Sue y Sue, 1995, p. 435).<sup>78</sup>

### Factores ambientales en la esquizofrenia

Como podemos darnos cuenta no se ha podido esclarecer la etiología de la esquizofrenia a través de la genética y la fisiología, por lo que las investigaciones de los factores ambientales como causantes de esquizofrenia, son consideradas por los psicólogos como causas de dicho padecimiento; los factores considerados son: la dinámica familiar, el estrés y las diferencias culturales y sociales. Tales investigaciones han tenido poco éxito debido a grandes dificultades de metodología, siendo dos las principales y más comunes; 1) la dinámica familiar que es estudiada sólo después de que uno de sus miembros ha sido diagnosticado como esquizofrénico y 2) no se puede establecer grupos control.

A estas dificultades podría agregarse las diferencias personales, pues como todos sabemos ninguna persona es igual a otra, por lo tanto son distintas las formas de reaccionar de un individuo a otro a las mismas condiciones ambientales.

#### La influencia familiar:

En lo que se refiere a la influencia de la familia, los teóricos han sugerido dos formas en que la interacción familiar puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia: 1)- las teorías psicodinámicas y 2)- la teoría del doble vínculo afectivo.

Las teorías psicodinámicas. - Establecen que ciertos patrones de conducta de los padres pueden inhibir el desarrollo apropiado del yo en el niño, que tendría el efecto de vulnerabilidad a la regresión grave, lo cual es característico de la esquizofrenia. La atención se centra sobre todo en la madre, quien por lo general tiene un mayor contacto con el niño. Este punto de vista ha sido tan popular que de él surgió el término de "madre esquizofrenogénica" (o productora de esquizofrenia) para denotar a la madre fría y sobreprotectora, rechazadora y dominante, de manera simultánea o alternativa (Sue y col., 1995, p. 438).<sup>78</sup> También se les ha descrito como rechazadoras, sobreprotectoras, sacrificadas, insensibles a los sentimientos de los demás, rígidas y moralizadoras respecto al sexo y temerosas de cualquier tipo de intimidad (Davison y Neale, 1983, p.

425).<sup>28</sup> Haley afirma que la madre es la figura central en el desarrollo de la esquizofrenia y la describe como poseedora de una personalidad de actriz, capaz de dramatizar las relaciones interpersonales en una amplia gama de actitudes opuestas, sin embargo este autor hace hincapié en que la interacción con la personalidad de la madre no es suficiente, se requiere de un padre ausente, con una terquedad sin igual y con la habilidad de mantener a su mujer en un estado de desesperación exasperada que la empuja a poner en juego toda la gama de conductas que posee. Además, es común, aunque no esencial la presencia de un hermano que hace bien todo y que sirve de contraste con el paciente que fracasa en todo. Pero todo esto no basta, el paciente debe cumplir con su función de fracasado de una manera notable, ya que es el foco de atención de los padres (Haley, 1972).<sup>43</sup>

2) La teoría del doble vínculo afectivo. - La segunda teoría que implica la interacción familiar es la teoría del doble vínculo propuesta por Bateson, Haley y Weakland (1956).<sup>9</sup> Los autores sugieren que en el desarrollo de la esquizofrenia la constante es la sujeción del individuo a una llamada situación de doble vínculo, en la cual se dan las siguientes características:

1. El individuo participa en una relación intensa, es decir, en una relación en la que es de vital importancia para él distinguir con exactitud qué tipo de mensaje se le está comunicando, para poder responder de manera adecuada.

2. Al hacer una afirmación la otra persona expresa dos mensajes a la vez, y uno de ellos desmiente al otro.

3. El individuo es incapaz de comentar los mensajes que están siendo expresados para corregir su discriminación de la clase de mensajes a la que debe responder, como tampoco puede evadir la situación ni hacer caso omiso de dichos mensajes.

Los proponentes sugieren que esta situación se da entre el preesquizofrenico y su madre, pero también con el padre o con uno o más miembros de la familia.

La madre mantiene al niño en una situación de simbiosis a través de mandatos contradictorios, de modo tal que el niño se siente reprobado si dice o hace una cosa determinada e igualmente reprobado si no la dice o no la hace. Searle, quien ha seguido esta teoría, afirma que existe una razón aun más poderosa para la

prolongación de esta simbiosis hasta la edad de adulto del hijo, y esa razón es el sacrificio esencialmente amoroso y leal que el hijo realiza para preservar el inestable equilibrio de su madre. El siente que su propia personalidad enferma funciona acoplada con la de su madre, a la que mantiene a salvo. Los hallazgos a largo plazo que los autores encontraron fueron: que ciertos aspectos de la personalidad de los padres y la interacción de todos los miembros de la familia determinaban gran parte de los que se consideraban fenómenos característicos de los individuos diagnosticados como esquizofrénicos (Berger, 993).<sup>10</sup>

#### Estrés:

En esta orientación se ha intentado estudiar los marcadores conductuales de la vulnerabilidad personal en el contexto de los estresores ambientales tanto intra como extra familiares. Los estudios se basan en muestras de individuos que tienen uno o los dos progenitores con esquizofrenia, se ha centrado en tres aspectos: el funcionamiento neurointegrativo (reactividad del sistema nervioso autónomo, neuromotriz, atencional y procesadores cognitivos), la conducta social y los síntomas tempranos de desajuste.

De acuerdo con Goldstein en Obiols, los hallazgos más relevantes son:

a) Los hijos con un progenitor esquizofrénico presentan una serie de signos y disfunciones precoces que permite discriminarlos de los controles. Sin embargo sólo una submuestra de la descendencia muestra tales signos y justamente ésta es la que tendrá el riesgo más elevado.

b) Aunque algunos de estos signos aparecen antes de los dos años, son más claros y pronunciados a partir de los cinco años y en la adolescencia.

c) La mayoría de déficit neurointegrativos y sociales no son específicos de los hijos de esquizofrénicos, si bien parece que algunos tipos de déficit en tareas de atención y procesamiento de la información pueden estar asociados a un riesgo específico para la esquizofrenia.

D) De momento no parece claro que los déficit hallados sirvan de marcadores de la vulnerabilidad en niños cuyos padres no son esquizofrénicos (Obiols & Obiols, p. 128, 1989).<sup>58</sup>

Otro de los factores que involucra el estrés son los acontecimientos vitales que podrían interactuar con índices de vulnerabilidad personal para desencadenar la esquizofrenia, donde el ambiente familiar parece ser el más importante, ya que como hemos visto las familias de esquizofrénicos se caracterizan por formas peculiares de organización y relación. Es así que de el trabajo con familias va surgiendo un interés y un conocimiento cada vez más consistente de lo que ocurre dentro de las familias.

De esas investigaciones realizadas desde 1972, han surgido importantes e interesantes conocimientos sobre el ambiente familiar, el estrés y las tensiones que se generan en estos hogares, clasificando tales actitudes como: "emoción expresada" (EE).<sup>10</sup> Esta teoría propone que algunas familias experimentan elevados niveles de malestar y dejan que sus pensamientos y rutinas de la vida diaria les abruman, una de las formas que afrontan estos problemas es invadiendo en exceso la vida diaria y las decisiones del más débil, así como un exceso de críticas u hostilidad hacia este miembro de la familia. El índice de emoción expresada se determina por el número de comentarios críticos de un pariente (crítica), de declaraciones de disgusto o resentimiento hacia el paciente por los miembros de la familia (hostilidad) y una estimación de declaraciones que reflejan una implicación emocional y preocupación excesivas o sobre protección para el paciente.

En Sue et al se citan las investigaciones realizadas por los autores; Miklowitz y col., 1984, Karno y col., 1987 y Mintz, argumentando un alto índice de predicción del constructo EE. En dichos trabajos se ha corroborado el hecho de que pacientes que viven con parientes con EE alta tuvieron una probabilidad de tres a cuatro veces mayor de recaer en los nueve meses posteriores a su alta del hospital que aquellos que vivían con parientes con EE baja (Sue, Sue y Sue, 1995. p 439).<sup>78</sup>

Aunque estos estudios son mejor diseñados metodológicamente que los discutidos anteriormente, son de naturaleza correlativa y presentan puntos cuestionables tales como:

- Las comunicaciones EE altas no parecen ser patognomónicas para la esquizofrenia.

- Estos patrones de conducta también han sido encontrados en las familias de pacientes con depresión, trastorno bipolar y trastornos alimentarios

- Es posible que vivir con un paciente esquizofrénico gravemente enfermo sea la causa, y no el resultado, de los patrones de comunicación EE altas en los parientes.

Aunque no haya evidencia contundente de que los factores ambientales por sí solos no causan la esquizofrenia, los investigadores continúan encontrando que el ambiente familiar puede estar implicado en el inicio y el curso del trastorno (Sue y col, 1995).<sup>78</sup>

### Clase social y esquizofrenia

Las correlaciones existentes entre clase social y esquizofrenia son consistentes aunque todavía difíciles de interpretar en términos de causalidad. Algunos investigadores de esta teoría creen que el hecho de pertenecer a una clase social baja puede causar la esquizofrenia. El trato degradante impuesto por los demás, su bajo nivel educativo así como la escasez de recompensa y oportunidades a su alcance, en conjunto pueden hacer que el individuo se vuelva esquizofrénico.

La correlación entre clase social baja y esquizofrenia tiene dos posibles explicaciones. 1) hipótesis de crianza, la posición socioeconómica de por sí es estresante, aunados a los agentes físicos y psicológicos asociados con la pobreza, una carencia de educación, empleo bajo, etc. incrementan la probabilidad de que la esquizofrenia se desarrolle. 2) teoría de la deriva descendente, las personas esquizofrénicas y preesquizofrénicas tienden a derivar hacia las áreas urbanas más pobres y los niveles socioeconómicos más bajos debido a que no pueden funcionar de manera efectiva en otro lugar de la sociedad (Sue, et al 1995, p 442).<sup>78</sup>

### Modelo Diátesis-Estrés de la esquizofrenia

La falta de evidencia que señale una etiología única para la esquizofrenia ha llevado a los investigadores a proponer un modelo general que enfatiza la interacción entre la genética y los factores estresantes ambientales en la esquizofrenia. Este modelo, llamado diátesis-estrés implica una vulnerabilidad al trastorno, la cual puede ser heredada o adquirida, combinada con el impacto de los agentes estresantes. Según este modelo la esquizofrenia se desarrolla cuando una persona vulnerable se encuentra con estrés y carece de

acceso a los recursos o sistema de apoyo social que necesita para afrontarlos.

Según afirman los autores Sue, una persona vulnerable puede no experimentar episodios psicóticos, si tiene buenas habilidades de afrontamiento, toma medicamentos antipsicóticos o es criado en una familia que le brinda sostén y tiene buenos apoyos sociales. Lo que podría incrementar las probabilidades de un episodio de esquizofrenia es que los factores negativos sobrepasen a las variables personales y ambientales protectoras positivas, el funcionamiento cognitivo del individuo se sobrecarga y se crea una sobrealimentación en circuito cerrado que de manera continua agrava el estrés, terminando en los síntomas de esquizofrenia (idem ).

En conclusión:

Los investigadores han mostrado que la herencia influye en el trastorno, pero el grado de influencia es punto de discusión sobretodo cuando se considera la metodología utilizada, porque entonces el peso de dicha influencia parece menor que la reportada. Por otro lado el proceso por el cual es transmitida la información genética tampoco ha sido explicada. Al parecer la herencia por sí sola no es suficiente para causar esquizofrenia, también están implicados factores ambientales.

La base para sustentar la influencia ambiental tiene la misma suerte que la anteriores, entre lo que podemos mencionar se encuentran ciertos patrones de conducta negativos en familiares, principalmente en los padres, pero tampoco explica el porque pueden no todos los hijos desarrollar esquizofrenia. La etiología de la esquizofrenia parece implicar factores tanto biológicos como ambientales, pero ¿como es que se da?

Ni el enfoque médico ni las teorías psicológicas han logrado demostrar su completa validez, por lo cual hemos de buscar en otra teoría la exposición de los factores que le dan origen a la esquizofrenia.

Es así como nos encontramos con una novedosa teoría de los procesos psicopatológicos, la cual resulta reveladora de las condiciones que dan lugar a la aparición de esquizofrenia en un individuo, esta es la llamada Psicopatología del Desarrollo.<sup>75</sup>

La psicopatología del desarrollo se interesa en estudiar los orígenes y curso de patrones de adaptativos de conducta, entre los cuales se puede considerar a la esquizofrenia.

Esta teoría establece como su campo de acción el descubrimiento y estudio de todos los recorridos de desarrollo en el individuo, realizando comparaciones entre lo que se puede llamar cursos normales y desadaptativos del desarrollo, y es aquí donde estriba la mayor singularidad de la aproximación evolutiva a la psicopatología: los padecimientos, como la esquizofrenia entre ellos, son vistos como una desviación del desarrollo. ¿No es acaso ese proceso que sigue la historia del esquizofrénico?

Bajo esta orientación, la **Psicopatología del Desarrollo** busca definir, seguir y entender las líneas normales del desarrollo de las personas, especificar cuales son las desviaciones significativas de esos recorridos normales, trazando las transformaciones secuenciales de las conductas que ocurren en tanto los individuos siguen esos cursos atípicos de desarrollo y descubriendo los factores que desvían y regresan a los individuos a cualquier tipo de recorrido.

Sroufe (1989), uno de los principales exponentes de esta teoría establece: "comprender la naturaleza de los recorridos de desarrollo se vuelve crucial cuando uno se plantea; ¿que factores influyen en el origen y el curso de una patología dada?. ¿cuales son los factores que sostienen la continuidad en una dirección, la desviación hacia otra dirección y/o el resultado particular 'elegido' entre el conjunto de los resultados posibles para un recorrido específico? (...) Las variables causales y mediadoras pueden ser tanto biológicas como ambientales influyendo cada una en la otra." (Sroufe, 1989, p. 2).<sup>75</sup>

*"Los genes y el ambiente debe, por supuesto, ser siempre considerados juntos" (Sroufe, 1989, P. 2). Pero estos no bastan para explicar la patología o el desarrollo normal, hay un tercer factor determinante que es el desarrollo precedente en sí mismo. Este modelo sugiere una continuidad en el desarrollo. Tal continuidad dice Sroufe, se deriva de factores ambientales, individuales y del interjuego de ambos (Sroufe, 1989).<sup>75</sup>*

De esta manera se establece el puente necesario entre las teorías biológicas y las medioambientalistas que han tratado de explicar la etiología de la esquizofrenia. Esta acción permite que podamos tener una mejor comprensión de las condiciones que dan

lugar a que se gesté la esquizofrenia en un individuo; de cómo, más tarde por el mismo mecanismo de interjuego de dichos factores, se dan las condiciones para que florezca o no, el cuadro clínico y cómo pueden darse esas diferencias en los posibles pronósticos esperados. Es decir que por modificaciones de uno de los factores como es el medio ambiente, pueda proveerse la posibilidad de encaminar al esquizofrénico hacia rutas más próximas a las consideradas como normales o hacia rutas más cercanas a la patología y tornarse en crónicos severamente perturbados.

Sroufe (1989),<sup>75</sup> menciona que las investigaciones están apenas recientemente siendo logradas y que la descripción adecuada de los patrones de adaptación, a través de la fase del desarrollo empiezan a sustentarse. Algunas de sus líneas de investigación son los padecimientos mentales tradicionales, que se estudian en base a sus orígenes y el curso de los patrones desadaptativos de la conducta. Se centran muy especialmente en aquellos individuos que habiéndose desviado de los recorridos del desarrollo normal finalmente remiten y alcanzan una adaptación adecuada y por otra parte aquellos que, consistentemente en su recorrido derivan en patología. En este sentido, Sroufe sitúa a su aproximación como "una tercera opción, después de la psicopatología que ha sido descrita por la clínica y los síntomas y de las explicaciones de la teoría psicoanalítica ortodoxa".

Cuando la Psicopatología se define de esta manera, comprender la historia familiar relacional del paciente se vuelve crucial. Dicha comprensión permite responder a esas preguntas planteadas constantemente en todas las teorías que intentan dar explicación al fenómeno: ¿Porque alguien ha llegado a ser esquizofrénico? ¿Que patrones de vida son factores esencialmente equivalentes que conducen a un resultado similar? ¿Cuales son las variaciones que evita que los otros hijos de la familia, bajo las mismas condiciones biológicas y ambientales no desarrolle esquizofrenia?. Nos parece que la diferencia esta en la historia personal de cada individuo como lo afirmó Sroufe (1989).<sup>75</sup>

Otro vertiente importante y en la misma dirección son los estudios sobre apego, publicadas en las últimas dos décadas, la cual considera la tendencia del ser humano a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Durante la infancia, los lazos se establecen con los

padres, a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos, generalmente de naturaleza heterosexual. Aunque los alimentos y el sexo en ocasiones desempeña un papel importante en las relaciones de apego, la relación existe por derecho propio y tiene una función propia y clave para la supervivencia, es decir de protección. Inicialmente la relación entre el niño y la madre se da a través de la expresión emocional y de la conducta que la acompaña, posteriormente se complementa con el diálogo, sin embargo la comunicación emocional persiste como característica principal de las relaciones íntimas a lo largo de la vida (Bowlby, 1989 p. 142 ).<sup>16</sup>

Bowlby pensó que el apego evitativo se asienta en el corazón de la personalidad narcisista, que es el caso de la esquizofrenia.

La teoría del apego no considera que los lazos íntimos estén subordinados ni derivados del alimento ni del sexo, ni considera pueril el apremiante deseo de consuelo y apoyo en situaciones adversas, como da por sentado la teoría de la dependencia. Más bien considera, la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con otros individuos -a veces desempeñando el papel de buscador de cuidados y a veces en el papel de dador de cuidados como un rasgo importante del funcionamiento efectivo de la personalidad y de la salud mental (idem).

Como podemos darnos cuenta, las experiencias relacionales repercutirán en el presente y en el futuro. Sroufe afirma que la construcción gradual de esta relación puede tomar diversos caminos, algunos saludables, otros por debajo de lo óptimo y algunos francamente patológicos. Nos parece que esta es una visión muy reveladora de entender el proceso del desarrollo de la esquizofrenia.

Sroufe (1989), afirma que muchos de los conceptos de Bowlby acerca del papel que la experiencia previa y las circunstancias actuales desempeñan en la adaptación y en la psicopatología están resumidos en su concepto de las rutas del desarrollo.<sup>75</sup> Así pues, las circunstancias constantes pueden dar lugar a que se sigan rutas de desarrollo con potencial para las desviaciones o pueden desviar al individuo de regreso hacia una adaptación más normal. Tomar una ruta, a pesar de que se haga muy pronto, no determina el resultado final, sino que solo inicia un conjunto de posibilidades. La causa es cuestión de probabilidad y

no determinante. De esta manera, cuanto más tiempo se siga una ruta por las orillas, menos probable será que se regrese al centro. En esta teoría la psicopatología es el resultado de una serie de adaptaciones sucesivas.<sup>75</sup>

De estos planteamientos los investigadores derivan varias hipótesis específicas y comprobables que son las siguientes:

(a) A cualquier edad, la calidad del cuidado presente se sumará al historial temprano de apego para predecir la patología, dado que la adaptación siempre es producto conjunto de las circunstancias actuales y el historial temprano.

(b) Los aspectos más generales de los contextos actuales, inclusive las relaciones fuera de la familia y el estrés y los retos del periodo, también aumentarán el pronóstico más allá del apego temprano.

(c) Un historial de problemas de adaptación acumulados será más patógeno que un solo periodo de mal funcionamiento temprano y la patología será cada vez más probable, cuanto más tiempo se haya seguido la ruta de una mala adaptación.

(d) El cambio mismo será predecible a la luz de los cambios en el estrés y/o el apoyo.

Todo lo anterior, lo podemos constatar en las historias clínicas de muchos de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia; en donde a menudo encontramos datos como estos: fue un embarazo no deseado, el primer hijo de una pareja muy joven y desavenida, madre soltera que tiene que trabajar para subsistir y mantener a su hijo, etc.; por los motivos que sean no se establecieron las condiciones necesarias para desarrollarse una buena relación entre la madre y el futuro esquizofrénico.

invariablemente encontramos que en la etapa escolar se destacan detalles como el siguiente: "durante el periodo preescolar mostraba conductas de aislamiento, introvertido, que no se involucraba con sus compañeros, Más tarde puede haber sido reportado por agredir violentamente, por lo cual es repelido por sus compañeros y rechazado por los maestros. Como podemos vislumbrar cada vez más va en aumento las influencias destructivas de su medio ambiente, su seguridad se siente atacada y se origina mayor ansiedad. Ya que la desaprobación produce descontento, miedo al castigo y ansiedad, como establece Ariefi (1965).<sup>6</sup> Esta es la

forma en que se sigue un recorrido hacia la patología, dicho en otras palabras se va perfilando hacia la conducta de aislamiento y desconfianza, tiene dificultad para relacionarse y finalmente se dará la conducta esquizofrénica.

## 1.4 Epidemiología

Muchos datos referentes a los índices de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia se basan en los ingresos a los hospitales psiquiátricos, sobre todo de tipo públicos, pero existen varios inconvenientes para la confiabilidad de estos datos, uno de los inconvenientes es el que han señalado algunos investigadores que afirman que personas con graves desórdenes mentales nunca llegan a ser hospitalizadas. Por esta razón no es muy confiable utilizar como índice de esquizofrenia, el ingreso hospitalario.

Un ejemplo palpable lo podemos observar en las estadísticas del hospital en el cual se desarrolla este estudio; el Hospital psiquiátrica San Fernando del IMSS, los datos estadísticos solo registran el diagnóstico de ingreso, los días de estancia hospitalaria, pero no se hacen registros por separado de índices de prevalencia e incidencia. Por otro lado se dan los casos de inconsistencia en el diagnóstico y así, cuando un paciente reingresa después de 30 días de haber egresado le puede ser asignado un médico distinto, con lo cual es posible que el diagnóstico sufra cambios y pase de esquizofrenia a psicosis orgánica o daño orgánico cerebral etc. Con todo, en los últimos cinco años el diagnóstico de esquizofrenia ocupa uno de los primeros lugares en frecuencia de ingresos en dicha institución.

Los análisis de estudios epidemiológicos llevados a cabo a nivel mundial, publicados durante los últimos 30 años, indican que la prevalencia de la esquizofrenia, definida como el número total de casos que se presentan en una población particular, en un momento determinado (punto de prevalencia) o durante periodo de tiempo dado (periodo de prevalencia), fluctúa de 0.6 a 8.3 casos por cada 1000 habitantes, (Shur, 1988), en Fitton y Benfield, aunque esta varía enormemente bajo la influencia de factores demográficos (Fitton & Benfield, 1993).<sup>34</sup>

En Fitton se encuentran los siguiente estimados a nivel mundial sobre la incidencia anual de esquizofrenia, basados en las primeras referencias para el cuidado de la salud; varían de 0.11 a 0.70 casos por cada 1000 habitantes Sartorius (1986), Eaton (1991), Jablensky (1992), . Al mismo tiempo indicaciones preliminares sugieren que la incidencia ( basado en las tasas de primera admisión) ha declinado en los años recientes, y que la enfermedad es ahora menos severa en general, de lo que fue en los primeros años del siglo pasado (idem).

En otra fuente encontramos los siguientes datos: el rango de las prevalencias halladas oscila entre el 0.3 por 1000 entre la comunidad amish (secta ultraconservadora) de EE.UU. Hasta el 17 por 1000 en una población aislada del norte de Suecia. Algunas cifras intermedias de algunas áreas más extensas: en EE. UU: las tasas oscilan entre el 1.1 y el 4.7 por 1000, siendo más frecuentes en clases socioeconómicas bajas de origen urbano. Los escasos estudios provenientes de América del Sur hallan cifras muy bajas, en Europa existe bastante disparidad dándose un *gradiente norte-sur*; al parecer en los países nórdicos la prevalencia es mucho más alta un promedio de 9.5 por 1000, mientras que en el sur es de 2 por 1000. Se da también el fenómeno de las "bolsas" de alta prevalencia como en Irlanda (7.1 por 1000) o la península de Istria en Croacia (7.4 por 1000). Las clases socioeconómicas bajas tienden en general a presentar la enfermedad en mayor proporción. En África, a pesar de la escasez de estudios fiables, la impresión generalizada es que la prevalencia es baja. Otro aspecto intrigante en este campo es que se ha podido comprobar como, además, las tasas de prevalencia de una misma área están, a veces sujetas a cambios temporales. Se han dado casos tanto de aumento, como de descenso, sin que se haya podido dar una explicación satisfactoria (Obiols & Obiols, 1989).<sup>56</sup>

Otro dato epidemiológico comprobado en múltiples estudios es que los esquizofrénicos tienden a nacer de forma desproporcionadamente alta en los meses más fríos del año. Este hecho es muy notorio en el hemisferio norte y se da también, aunque de forma menos marcada, en el hemisferio sur (idem.).

La prevalencia es el índice de frecuencia de la esquizofrenia y está altamente influenciado por los factores demográficos, tales como la distribución y la esperanza de vida de la población en cuestión.

Los estimados a nivel mundial de la incidencia anual de esquizofrenia, basados en las primeras referencias para el cuidado de la salud, varían de 0.11 a 0.70 casos por cada 1,000 habitantes. De este modo, la tasa de incidencia es menor a un décimo la tasa de prevalencia. A pesar de las variaciones regionales en las prácticas de diagnóstico, las tasas de incidencia parecen comparables en las diversas poblaciones geográficas

En general podemos decir que alrededor de un 1% de la población se verá afectada por esquizofrenia en el curso de su vida.

porcentaje válido transculturalmente (Caballo, Buela-Casal y Carrolles, 1995. p. 702).<sup>16</sup>

### 1.5 Síntomas

La conducta desordenada de los pacientes esquizofrénicos puede manifestar perturbaciones pertenecientes a varias áreas principalmente: la cognición, percepción y atención, conducta motriz, afectos o emociones y contacto con la realidad. El área de los problemas que tienen las personas diagnosticadas como esquizofrénicas puede ser muy amplia, aunque es característico de los pacientes diagnosticados como tales presenten tan sólo algunos de ellos (Davison y Neale, 1983).<sup>26</sup>

La práctica habitual de la psicopatología es en parte engorrosa, ya que se hace difícil distinguir en muchos casos la frontera precisa entre lo que puede ser un trastorno perceptivo como, una alucinación auditiva, de un trastorno del pensamiento (por ejemplo, una idea delirante) o entre este último y un trastorno de lenguaje, etc. (Obiols y Obiols, 1989).<sup>55</sup>

Actualmente los síntomas característicos se agrupan en dos categorías: positivos y negativos. Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, incluyendo la distorsión o exageración del pensamiento inferencia (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje y las comunicaciones (habla desorganizada) y de la conducta (desorganizada o catatónica).

Los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de una función normal y frecuentemente yacen debajo a gran parte de la incapacidad personal y de los déficit sociales vistos en la esquizofrenia. Los principales síntomas negativos son:

Embotamiento del afecto:- Se caracteriza por la falta de respuesta facial (la cara no expresa emociones), escaso contacto ocular y lenguaje corporal deficiente. A veces se reduce también el experimentar emociones (anhedonia).

Pobreza del pensamiento (alogia).- Se manifiesta por respuestas breves, monosilábicas, vacías, a las preguntas puede que el individuo tenga una disminución de los pensamientos y refleja una escasa fluidez.

Apatía.- Hay una incapacidad para iniciar y organizar la conducta de cada día dirigida hacia un objetivo.

Es importante tener en cuenta que los síntomas negativos raramente son puros y así describimos los síntomas que tradicionalmente se asocian a la esquizofrenia.

#### Asociaciones laxas del pensamiento

En esta enfermedad, las asociaciones pierden su continuidad. De los miles de hilos asociativos que guían nuestro pensamiento, esta afección parece interrumpir, muy fortuitamente, a veces alguno aislado, a veces todo un grupo, y algunas veces inclusive largos segmentos de ellos. De tal modo, el pensamiento se hace ilógico y a menudo extravagante (Bleuler, 1908).<sup>11</sup>

Con ello se designa a la pérdida de la capacidad asociativa (el específico trastorno del pensamiento del esquizofrénico) es, quizás uno de los criterios diagnósticos más valiosos. Pero es preciso un buen conocimiento de la psicopatología para asegurarse de su presencia, y evitar confundirlo con otras formas de trastorno del pensamiento, como la fuga de ideas maníaca, la desintegración de los procesos de pensamiento producida por la obnubilación de la conciencia y la alteración del razonamiento producida por fatiga o distracción (Kaplan y Sadock, 1987).<sup>45</sup>

Son alteraciones que apreciamos cuando hablamos con estos pacientes (más raramente, cuando leemos escritos suyos) y por lo tanto, inferimos su lenguaje y modo de comunicarse. Se pueden agrupar estos síntomas bajo el epígrafe de trastornos del pensamiento, lenguaje y comunicación. Gran parte de estas alteraciones no tienen que ver con el contenido de las ideas que nos trasmite el paciente, sino con la forma de expresarlas, por lo que tradicionalmente, se les ha llamado <<trastornos formales del pensamiento>> (Obiols y Obiols, 1989).<sup>55</sup>

Cuando se esta frente a un paciente esquizofrénico, uno tiene la sensación de no poder establecer una buena comunicación, las situaciones son variadas pero el resultado es el mismo.

A veces el paciente está mutista, en otras escasamente contesta monoslabos o con pararrespuestas (pobreza del habla, del pensamiento); en otras situaciones el paciente habla mucho pero el contenido es muy misero, tenemos la sensación de que no ha dicho nada (escasez de contenido del lenguaje ); algunos pacientes tienen largos discursos, con profusión de detalles irrelevantes (circunstancialidad) o con especulaciones vagas y pretenciosamente profundas, que podemos calificar de >>filosofía barata>>. <sup>55</sup>

En algunos casos el esquizofrénico padece un trastorno del lenguaje/pensamiento más aparatoso y quizá más profundo. Apreciamos entonces una desorganización importante del lenguaje, en cambios constantes del discurso, que pierde su idea directriz (descarrilamiento), respuestas que no guardan relación con la pregunta formulada (tangencialidad) o ya, en el nivel más grave, un tipo de lenguaje incoherente, con graves alteraciones de las reglas semánticas y gramaticales, producción de neologismos, faltas elementales de lógica en las deducciones o inducciones. Obviamente, estas alteraciones, dificultan mucho la comunicación y pueden llegar a hacer que el lenguaje del paciente sea totalmente incomprensible.

#### Trastornos Psicomotores

Los síntomas de esquizofrenia que implican funciones motoras pueden ser bastante extraños. La persona suele mostrar niveles de actividad extremos (ya sea inusualmente altos o bajos, movimientos o posturas corporales peculiares, gestos y muecas extraños, o una combinación de éstos (Sue, Sue, y Sue, 1996). <sup>74</sup>

Las posturas y muecas extrañas son características de las alteraciones esquizofrénicas, pero no siempre es fácil determinar inequívocamente qué es lo que constituye una postura extraña; por ejemplo la catalepsia puede ser casi siempre patognomónico de la esquizofrenia, pero no siempre es un síntoma común. El estupor es un buen indicio de esquizofrenia catatónica, pero hay que descartar también una histeria o estupor depresivo en el diagnóstico diferencial ( Kaplan y Sadock). <sup>45</sup>

El envaramiento, la rigidez muscular, las posturas extrañas, los movimientos disarmónicos, la gesticulación facial y los ademanes amanerados son algunos de los síntomas de la serie catatónica. Los textos clásicos describen cuadros catatónicos impresionantes, en los que el paciente adopta posturas incomodísimas días enteros, o en los

que se podían manipular sus extremidades como las de un monigote (flexibilidad cérica, o entraban en accesos de furor catatónico de negativismo, ecopraxia, etc. Es raro ver, hoy en día estos cuadros en pacientes jóvenes (Obiols y Obiols).<sup>55</sup>

### Trastornos de la conducta

Si bien el autismo es prominente en la conducta esquizofrénica, no es el único trastorno de conducta y pueden mostrar otros, tales como: constantes disputas con los vecinos, vestirse de forma grolesca y/o extravagante, descuidar totalmente la higiene y los cuidados personales, pretender salvar el mundo y obrar en consecuencia; infringir las normas sociales de convivencia o las leyes; más raramente cometer faltas de juicio o de sentido común como agredir, violar, matar.

### Errores del contenido del pensamiento o delirios

Son creencias personales falsas que son sostenidas de manera firme y consistente a pesar de evidencia que las desmiente o de la lógica (Use, Sue y Sue, 1996).<sup>74</sup>

Esta grave alteración del pensamiento del esquizofrénico no tiene por qué ir acompañada de trastornos formales del pensamiento y adopta, dentro de la infinita variabilidad individual unos temas típicos y repetidos a lo largo de la historia y de las culturas (Obiols y Obiols, 1989).<sup>55</sup>

Con mucha frecuencia se trata de delirios de persecución, de autorreferencia y muchas veces estrechamente ligados entre sí. El paciente cree ser el objeto de una conspiración internacional; van tras él, le quieren matar, hablan de él en todo el pueblo o la TV y los periódicos están plagados de referencias o insinuaciones de sus más íntimos actos; los vecinos murmuran día tras día sobre él, le espían y controlan con micrófonos o aparatos especiales escondidos en la casa, etc. La temática delirante es muy amplia y abarca temas fantásticos, comunicación con otros mundos y planetas, inventos científicos, revolucionarios y extravagantes, etc. No es infrecuente que el paciente crea estar designado para una misión importante, de escala universal. A menudo estos pacientes creen ser la reencarnación de Jesucristo o ser un nuevo Mesías (Obiols y Obiols, 1989 p. 24).<sup>55</sup>

El rasgo común a todas las manifestaciones de alteración del pensamiento es que el paciente esquizofrénico piensa y razona en sus propios términos autistas, y según sus propias e intrincadas reglas privadas de la lógica. El esquizofrénico puede ser muy inteligente y no hallarse confuso en sus abstracciones y deducciones, pero sus procesos de pensamiento son extraños y no conducen a conclusiones basadas en la realidad o la lógica universal (Kaplan y Sadock, 1987).<sup>45</sup>

Las ideas delirantes, que en el esquizofrénico suelen ser inconexas y faltas de construcción, están a menudo relacionadas, cuando no provocadas por alucinaciones. Por ejemplo el paciente puede creer que su pensamiento es transmitido a gran distancia, en una especie de telepatía (transmisión de pensamiento), que sus ideas están amplificadas y todo el mundo puede oírlas (pensamiento sonoro, transparencia del pensamiento), que sus ideas no le son propios y le han sido impuestas por otros (control del pensamiento) o bien robadas por otros (robo del pensamiento), etc. Es frecuente la asociación de estos síntomas ideoperceptivos con el trastorno de despersonalización y de pérdida del sentido del yo. El enfermo, perplejo ante los fenómenos que vive, duda de su propia identidad y del sentido de su existencia, vive en un permanente sentimiento de extrañeza y de desrealización (Obiols y Obiols, 1989).<sup>55</sup>

#### Tipo de delirios más frecuentes:

**Delirios de grandeza.-** La creencia del individuo de que es una persona famosa o poderosa (del presente o del pasado) Los esquizofrénicos pueden asumir identidades de estas otras personas.

**Delirios de control.-** La creencia del individuo de que otras personas, animales u objetos están tratando influir o tomar control de él.

**Delirio de transmisión del pensamiento.-** Creencia de que otros pueden escuchar los pensamientos del individuo.

**Delirios de persecución.-** La creencia del individuo de que otros están planeando un complot e incluso tratando de matarlo.

**Delirio de referencia.-** La creencia de la persona de que siempre es el centro de la atención, o de que todo lo que

sucede se vuelve contra ella. Por ejemplo, que los demás siempre están murmurando a sus espaldas.

Delirio de retiro del pensamiento.- La creencia del individuo de que los pensamientos están siendo eliminados de su mente por otras personas.

Un delirio poco frecuente es el síndrome de Capgras, que es el convencimiento de la existencia de "dobles" idénticos, que pueden coexistir o reemplazar a otros individuos que son significativos para el paciente, o el mismo. Descrito por Kouran y Williams en 1984 (Sue, Sue y Sue, 1995).<sup>74</sup>

Aunque se cree que los delirios son sostenidos con firmeza; Sue, Sue y Sue afirman que la intensidad varían de una persona a otra e incluso dentro de un solo individuo (de tiempo en tiempo). Estos autores citan el estudio de Kendler, Gaser y Morgenstern, (1983), en el cuál se identificaron cuatro cualidades de los delirios, estas son:

1. La convicción con la que sostiene un delirio es el grado en el que la persona está convencida del mismo.
2. La extensión de un delirio es el grado en que implica a otras personas.
3. La desorganización implica el grado de consistencia interna del sistema delirante.
4. La presión de un delirio es el grado en que la persona está preocupada con la creencia.

Estos autores expresan que esta variabilidad individual sugiere la necesidad de conceptualizar de nuevo los delirios. Que éstos pueden no ser sostenidos con firmeza siempre o pueden no ser disruptivos (Sue, Sue y Sue, 1996).<sup>74</sup>

#### Distorsiones de la percepción

Los pacientes esquizofrénicos reportan a menudo alucinaciones, las cuales son percepciones sensoriales que no son atribuibles de manera directa a estímulos ambientales. Las alucinaciones más frecuentemente observadas son las auditivas, los pacientes reportan que oyen voces que dan órdenes y gobiernan o

invitan al suicidio; voces que insultan y murmuran sobre el paciente, y con menos frecuencia, que transmiten mensajes en clave o misiones superiores. Las voces y otro tipo de alucinaciones son percibidas, ya nítidamente en el exterior, ya dentro de la cabeza, siendo en este caso difícilmente distinguibles del trastorno del pensamiento (Obiols y Obiols).<sup>55</sup>

Nótese la distinción entre alucinaciones y delirios: las primeras son experiencias sensoriales falsas, mientras que los delirios son experiencias intelectuales falsas. Las alucinaciones pueden implicar una modalidad sensorial única o una combinación de modalidades: escuchar (alucinaciones auditivas), ver (visuales), oler (olfatorias), sentir (táctiles), y saborear (gustativas). Las alucinaciones auditivas son más comunes. Las alucinaciones a veces acompañan y se relacionan con las creencias delirantes. Los delirios y las alucinaciones pueden ser en extremo angustiantes para los esquizofrénicos cuando responden a sus realidades internas (Sue, Sue y Sue).<sup>74</sup>

#### Trastorno atencional

Es otra característica del esquizofrénico. A veces este síntoma es aparatoso y se observa que el paciente tiene problemas para mantener el curso de una conversación, que "se va". O se queja de que no puede concentrarse en una simple lectura o en un programa de TV. Es posible que algunos fenómenos de "distracción" estén relacionados con alucinaciones o pensamientos delirantes del enfermo. Pero también lo es que el paciente tiene una dificultad intrínseca en sus procesos atencionales básicos (Obiols y Obiols).<sup>55</sup>

Los esquizofrénicos tienen problemas para dirigir su atención hacia un aspecto particular de su ambiente y mantenerla enfocada en éste. En otras palabras encuentran difícil concentrarse y organizar la información que reciben; los hermanos Sue, se basan en, Penn y cols (1993), para exponer la expresión de un paciente esquizofrénico: "La esquizofrenia es frustrante cuando no puedo mantener mis pensamientos; cuando la conversación es proyectada en mi mente pero no llega a mi boca; cuando mis ojos y oídos se ahogan en una inundación de vistas y sonidos" (Sue, Sue y Sue, 1996, p.412).<sup>74</sup>

#### Trastornos de la volición y de la actividad

Este síntoma se caracteriza por un desinterés emocional que se sobrepone muy a menudo con los síntomas de abulia y apatía. El paciente se nota flojo o cansado y llega a expresarlo "me siento cansado, aunque no he hecho ningún trabajo", pero sobre todo, sin capacidad para decidirse y hacer cosas. Pierde la iniciativa y la capacidad para proyectar su vida. Permanecen frecuentemente en cama y solo se separan de ella para ir al comedor. Es muy típico que los familiares piensen que es un holgazán, que no pone de su parte, que no hace ningún esfuerzo. El esquizofrénico se propone salir, pero no lo lleva a cabo; cumplir con su nuevo trabajo, pero lo abandona al poco tiempo; es incapaz de mantener una actividad por mucho tiempo.

Si tenemos en cuenta sus trastornos del pensamiento, su apatía y su abulia podemos comprender como el enfermo se va aislando y cae progresivamente en el autismo. Los esquizofrénicos son, o acaban siendo, seres solitarios. En opinión de Obiols y Obiols, (1989, p. 27), <sup>55</sup> "el autismo esquizofrénico probablemente es una consecuencia lógica de la interacción de múltiples factores". "Muchos pacientes comentan que no se sienten a gusto cuando están entre gente o amigos; no entran en la conversación y se cansan, abandonando las reuniones al poco rato. Su capacidad para entablar nuevas amistades o relaciones sexuales queda seriamente mermada, cuando no anulada".

### Afectividad

La afectividad del enfermo esquizofrénico está siempre gravemente alterada. La tensión y una angustia permanentes son a veces el trasfondo de unas vivencias de persecución o de influencia. En otras ocasiones, el paciente vive en un mundo de permanente inestabilidad emocional, dependiente al máximo de unos padres a los que idolatra y con los que muestra, periódicamente, brotes de agresividad y odio incontenibles. Esta ambivalencia puede afectar no sólo a las emociones y sentimientos, sino también a los deseos y pensamientos. Los esquizofrénicos exhiben en ciertos casos una sonrisa ya hueca, ya incontentida y discordante con la situación o la conversación; a veces pueden llegar a ser totalmente incomprensibles en sus reacciones emocionales: es la incongruencia afectiva. Pero es, quizá, el síntoma de aplanamiento afectivo el más característico de la esquizofrenia. Muchos pacientes refieren su vacío y su incapacidad para sentir. A veces les falta la conciencia de ello, pero es evidente para los que les rodean, lo aprecian en un semblante apagado, una falta de expresividad corporal, una

ausencia de conexión y de simpatía. No es que el enfermo esté triste o sea frío; simplemente, parece haber perdido su vigor emocional (Obiols y Obiols 1989 p. 26).<sup>55</sup> En palabras de los pacientes llegan a expresar "estoy seco, no puedo sentir nada", otros aseguran estar muertos por esa insensibilidad.

En las formas francas de la esquizofrenia, la "deterioración emocional" ocupa el primer plano del cuadro clínico. Se sabe desde los primeros años de la psiquiatría moderna que una psicosis "aguda curable" se convierte en crónica cuando comienzan a desaparecer las emociones. En las últimas etapas, muchos esquizofrénicos dejan de manifestar afecto alguno, durante años y aun decenios enteros. Se sientan por ahí, en las instituciones donde están confinados, con rostros inexpresivos, encorvados, la imagen de la indiferencia. Permiten que se les vista y desvista como si fueran autómatas, sin manifestar signo alguno de satisfacción o desagrado. Ni siquiera parecen reaccionar ante los daños que les infligen otros pacientes (Bleuler, 1908, p. 24).<sup>11</sup>

Es sorprendente como las mismas condiciones que observo Bleuler en los inicios de este siglo, aún se pueden apreciar hoy en día en las instituciones hospitalarias de tipo estatal, que son los lugares en que casi todos los pacientes con esquizofrenia crónica van a parar. Los avances de la ciencia y la tecnología; de la medicina y sus distintas áreas, no parece haber tenido el mismo efecto en la psiquiatría, que por tradición ha sido la que lleva a cabo el tratamiento básico de la esquizofrenia

## 1.6 Subtipos

La diferenciación de los subtipos de la esquizofrenia al igual que el diagnóstico, es una tarea muy difícil, debido a que la psicopatología de la esquizofrenia además de compleja es heterogénea y sus límites con otros trastornos mentales son imprecisos.

Los subtipos clásicos de la esquizofrenia han sido cuatro: el paranoide, el catatónico y el hebefrénico y el propuesto por E. Bleuler, la esquizofrenia simple. Los subtipos o formas clínicas clásicas fueron establecidas por Kraepelin, que consideraba su propia clasificación como provisional (Obiols y Obiols, 1989).<sup>55</sup>

De acuerdo con los criterios más aceptados universalmente; DSM-IV y CIE-10, los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación y consideran los siguientes subtipos en cada uno de ellos:

F20.0 Esquizofrenia paranoide

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica

F20.2 Esquizofrenia catatónica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Esquizofrenia postesquizofrénica

CIE - 10 F20 Esquizofrenia <sup>1</sup>

F20.5 Esquizofrenia residual

20.6 Esquizofrenia simple

F20.8 Otra esquizofrenia

F20.9 Esquizofrenia sin especificación

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

Es la más frecuente en la mayor parte del mundo. Predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

En esta forma de esquizofrenia los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los modales. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas abortas

---

<sup>1</sup> Tomado de CIE -10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Edt. Meditor. Organización Mundial de la Salud Ginebra 1992.

como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, modales, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

#### F20.2 Esquizofrenia catatónica.

La característica predominante y esencial es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hiperkinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Por razones oscuras, la esquizofrenia catatónica es poco frecuente en los países industrializados, a pesar de que sigue siendo frecuente en otras partes del mundo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oneíroides con alucinaciones escénicas muy vívidas.

#### F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver F20) pero no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0- F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

#### F20.4 Depresión postesquizofrénica.

Es un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. No está claro, aunque resulta intrascendente para el diagnóstico, determinar hasta qué punto los síntomas depresivos se han revelado simplemente al resolverse los síntomas psicóticos, son de nueva aparición, forman parte intrínseca de la esquizofrenia o son una reacción psicológica a la misma. Rara vez son lo suficientemente

graves o duradero para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuales a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan se un alto riesgo de suicidio.

#### F20.5 Esquizofrenia residual.

Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales( que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

#### F20.6 Esquizofrenia simple.

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

#### F20.8 Otra esquizofrenia

#### F20.9 Esquizofrenia sin especificación

#### F20.0xTipo esquizofrenia paranoide (295.30)

#### F20.1xTipo esquizofrenia desorganizada (295.10)

## DSM-IV<sup>2</sup>

F20.2x Tipo esquizofrenia catatónica (295.20)

20.3x Tipo esquizofrenia indiferenciada (295.90)

F20.5x Tipo esquizofrenia residual (295.60)

F20.0x Tipo paranoide (295.30)

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (p. ej., lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extremen las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira pueden predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia. Estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los test cognoscitivos. Esto sugiere que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

F20.1x Tipo desorganizado (295.10)

---

<sup>2</sup> Tomado de DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association (1994) Edit. Masson, S.A.

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (p. ej., la falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y test cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico.

#### F20.2x Tipo catatónico (295.20)

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

1La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérica) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está afectada por estímulos externos. Puede haber negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona.

#### F20.3x Tipo indiferenciado (295.90)

Es un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

#### F20.5x Tipo residual (295.60)

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (por ejemplo ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (por ejemplo afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (por ejemplo comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizados o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y presentar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas. (DSM-IV).

Es claro que pese a estas clasificaciones de tipos de esquizofrenia hay enfermos muy dispares entre sí, esto es ampliamente aceptado por los clínicos, por lo que han proliferado investigaciones para la creación de criterios e instrumentos para el diagnóstico de esquizofrenia; lo que parece evidenciar que tanto la clasificación como el diagnóstico de la esquizofrenia tienen poca validez y confiabilidad.

Una de las tendencias actuales es dividir los síntomas en positivos y negativos, los positivos son los denominados de distorsión o exageración de funciones psicológicas y abarcan: las alucinaciones, ideas delirantes y ciertos trastornos del lenguaje y de la conducta. Los negativos incluyen síntomas de pérdida o disminución de funciones, estos son embotamiento afectivo, pobreza de pensamiento, pérdida de motivación, retraimiento, anhedonia apatía retardo motor, pobre cuidado personal y afectación de las relaciones sociales.

### 1.7 Diagnóstico

La diversidad de los fenómenos esquizofrénicos hace que su comprensión sea más difícil de alcanzar que en cualquier otra clase de trastornos mentales. El término "esquizofrenia" se aplica a

situaciones tan divergentes que el diagnóstico termina por carecer de valor, aun a efectos del pronóstico. La esquizofrenia no es, ciertamente una entidad nosológica definida, sino que abarca todo un grupo de enfermedades. Pero este grupo se caracteriza por ciertos rasgos que le son comunes, entre los aspectos comunes figuran el carácter extraño y grotesco de los síntomas, lo absurdo e imprevisible de los afectos y las ideas intelectuales, y la conexión evidentemente inadecuada que se establece entre unas y otras (Otto Fenichel, 1987).

33

Una de las aspiraciones de los estudiosos de la esquizofrenia ha sido y sigue siendo, la de hallar síntomas específicos o patognomónicos de la esquizofrenia, pero hasta la fecha el diagnóstico se hace únicamente basándose en criterios sintomáticos, lo cual desde el punto de vista médico no llena los requisitos para ser denominada una enfermedad como tal, es decir, en medicina se establece que una enfermedad es una afección bien definida, ya sea por su causa cuando es conocida o por sus manifestaciones semejantes que crean una entidad clínica. De ahí que los argumentos de la antipsiquiatría tengan bases para fundamentar su desacuerdo con el criterio de enfermedad aplicado a la esquizofrenia. La enfermedad es diferente del síndrome, de la afección, de la lesión.

Uno de los teóricos antipsiquiatras más destacados es Thomas Szasz, quien ha hecho amplias críticas al diagnóstico de esquizofrenia en su libro "Esquizofrenia: El símbolo Sagrado de la Psiquiatría", en el declara que si no existe una lesión celular demostrare, no puede aceptarse la existencia de enfermedad y no deberá confundirse queja con lesión, ni ser paciente con tener una enfermedad. La conducta dice Szasz, no es sinónimo de enfermedad y la psiquiatría ha sustituido a la histopatología por la psicopatología para proporcionar un carácter médico a la locura. (Szasz. 1984, p.13 a 35).<sup>80</sup>

La ausencia de acuerdos en los parámetros diagnósticos de la esquizofrenia ha sido motivo de enconadas discusiones. Teniendo como meta hallar síntomas específicos o patognomónicos de la esquizofrenia, pues con ello, el diagnóstico de esta entidad adquiriría precisión y una alta fiabilidad.

Hasta la fecha, el clínico ha basado su diagnóstico única y exclusivamente en la psicopatología, lo cual constituye la poca fiabilidad del diagnóstico de esquizofrenia y una limitante para el

pronóstico, además la dificultad para hacer el diagnóstico diferencial, pues a menudo los diagnósticos de esquizofrenia son refutados y confundidos con una serie de condiciones de enfermedad neurológicas y médicas, los cuadros psicóticos provocados por drogas, las psicosis afectivas, especialmente las de tipo maniaco, incluso llegan a plantear dudas diagnósticas respecto a trastornos de la personalidad.

Se han efectuado numerosos estudios con el propósito de encontrar signos patognomónicos de la esquizofrenia, no se ha alcanzado este propósito, pero dichos estudios han tenido el efecto de estimular la aparición de numerosos sistemas de criterios diagnósticos, cuestionarios estandarizados y escalas de evaluación que han mejorado sustancialmente la fiabilidad y concordancia en el diagnóstico de esquizofrenia, entre las cuales las más sobresalientes por su metodología, porque se basan en la experiencia clínica multicéntrica que permite llegar a conclusiones estadísticas, además de estudios epidemiológicos e investigaciones reciente para fundamentar los criterios diagnósticos, estos son los manuales CIE-10 editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y DSM-4 editado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Este último, aunque debiera estar reservado al uso de psiquiatras norteamericanos, se ha convertido en fuerte rival del CIE-10, a escala mundial.

#### Criterios diagnósticos del CIE-10. <sup>58</sup>

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

#### Pautas para el diagnóstico

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y reclassificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por

un período de tiempo más largo. El síntoma i) de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple (F20.6) y requiere una duración por lo menos de un año.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos precedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-) aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotropas o una abstinencia a las mismas (CIE-10,1992. pags. 115-124 ).

#### Criterios diagnósticos del DSM-4

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratada con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia<sup>3</sup>

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de sí mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en

---

<sup>3</sup> Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:

El trastorno esquizoafectivo y el estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episodio con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

## Relación entre los Criterios Diagnósticos del DSM-IV y la CIE 10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV son similares en muchos aspectos, pero no idénticos. Los Criterios Diagnósticos de investigación de la CIE-10 proponen dos caminos distintos para llegar a cumplir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia: la existencia de un síntoma de Schneider de primer rango o delirios extraños, o presencia de al menos dos de los otros síntomas característicos (alucinaciones acompañadas de delirios, trastorno del pensamiento, síntomas catatónicos y síntomas negativos). La definición de esquizofrenia de la CIE-10 tan sólo exige una duración de los síntomas de 1 mes, abarcando de esta forma las categorías diagnósticas del DSM-IV de esquizofrenia y trastorno esquizótipo. Además la definición de la CIE 10 no requiere afectación de la actividad del individuo (DSM-4, APA. 1994 p.279-296).

2

### Diagnostico Diferencial

El diagnóstico diferencial se plantea con varias entidades, e incluso con estados y condiciones humanas que no pertenecen a la patología psicológica entre las cuales tenemos:

1. Psicosis orgánicas. una amplia gama de condiciones neurológicas y médicas tales como tumores y traumatismos craneoencefalicos, encefalitis, epilepsia, etc., pueden provocar cuadros similares.

2. Psicosis esquizofreniformes provocadas por intoxicación de drogas como la anfetamina y otras.

3. La paranoia y psicosis delirantes afines constituyen otro teórico diagnóstico diferencial de la esquizofrenia. Teórico porque no se han puesto de acuerdo los estudiosos, hay quien engloba los cuadros delirantes, incluida la esquizofrenia, en una sola entidad, mientras otros están convencidos de que son enfermedades distintas.

4. Psicosis afectivas, especialmente las de tipo maniaco. Este tipo de enfermos pueden presentar alucinaciones, ideas delirantes, trastornos formales del pensamiento y trastornos conductuales que hagan pensar en la esquizofrenia.

5. Trastornos de la personalidad. El sujeto esquizoide con personalidad paranoide poco o nada se diferencia del esquizofrénico simple, borderline o latente.

6. El sujeto excéntrico, o muy introvertido, o muy suspicaz, que hace rarezas y que tiene problemas de adaptación social es candidato a alguno de éstos diagnósticos.

7. Trastornos neuróticos del tipo histérico, obsesivo o hipocondríaco, pueden excepcionalmente forzar un diagnóstico diferencial con la esquizofrenia.

### 1.8 Pronóstico

Cuanto más agudo sea el comienzo del ataque esquizofrénico, mejores son las posibilidades de recuperación completa o parcial. Cuando un acontecimiento es lo que ha precipitado claramente el desencadenamiento de la crisis, las posibilidades de recuperarse son aún más favorables.

Cuanto más joven sea el paciente al inicio del padecimiento, peor es el pronóstico. Los pacientes que inician tempranamente la enfermedad, esto es a principio de la pubertad o la infancia, casi nunca se recuperan por completo (Kaplan y Sadock, 1989, p. 228).<sup>46</sup>

Los antecedentes de una buena adaptación en las áreas de funcionamiento social, sexual y ocupacional previo a la crisis también son indicadores de un pronóstico favorable.

Los pacientes casados tienen un mejor pronóstico que los solteros. El hecho de que se encuentren casados es una posibilidad de mantener lazos interpersonales que puedan servir como puente para defenderse del aislamiento en el que comúnmente caen los pacientes. Un paciente que se relaciona con la gente de su ambiente familiar es capaz de cierta actividad emocional, por lo tanto tiene mayores posibilidades de reintegrarse a su familia y a su entorno social. La presencia de depresión en el síndrome esquizofrénico también tiene mejor pronóstico. Inversamente, el retraimiento emocional sostenido y las respuestas afectivas indiferentes o inapropiadas son signos de pronósticos bastantes sombríos.

De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave. Ya al comienzo de la enfermedad los síntomas negativos pueden ser acusados, apareciendo primariamente como características prodrómicas. Los síntomas positivos aparecen después. Puesto que estos síntomas positivos son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más acusados en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad. Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia (DSM-IV American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994, p. 288).<sup>2</sup>

Con una visión psicológica, se puede afirmar que el grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico de la esquizofrenia está dado por factores ambientales, es decir experiencias relacionales. Sin embargo, desde el punto de vista

médico el padecimiento se ubica en el enfermo y únicamente en él se establece el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se le toma de manera aislada al contexto en el que se encuentra. Así por ejemplo, si entendemos que el buen ajuste premórbido de una persona es su ajuste socio-sexual antes de la aparición de los síntomas, necesariamente tenemos que ver que estas dependen del medio ambiente, de las experiencias relacionales.

Creemos lo que Greenberg y Mitchell afirman acerca de que "el hombre experimenta su relación con otros desicivamente conformada por un patrón relacional interpersonal que incluye una preconcepción del otro" y que en lenguaje común "lleva dentro de su cabeza". El impacto relativo de las características de la gente real y de esas imágenes internas varia ampliamente entre los diferentes individuos, pero su presencia y funcionamiento es demostrable en alguna medida en cada uno de nosotros (Greenberg y Mitchell, 1983).

<sup>39</sup> De acuerdo con estos autores estas imágenes constituyen un residuo dentro de la mente de las relaciones que se establecieron con personas importantes a lo largo de la vida. En cierto sentido los intercambios con otros fundamentales, dejan su huella; estos son internalizados y van a moldear futuras actitudes, reacciones, percepciones y demás (idem.).

## 1.9 Tratamiento

A lo largo de su historia ha recibido diversos tipos de tratamiento, desde el confinamiento en manicomios sobrepoblados, pasando por la lobotomía, que ya casi no se usa, los tratamientos insulínicos, el tratamiento electroconvulsivo, la terapia medicamentosa que ha sido ampliamente utilizada desde la aparición de los llamados neurolepticos o antipsicóticos y abordaje psicológico.

En nuestro país el tratamiento es fundamentalmente farmacológico y en etapa de crisis hospitalización; en algunos casos en los cuales hay respuesta refractaria a la farmacoterapia aún se llega a utilizar el tratamiento electroconvulsivo.

Tratamiento institucional. En la actualidad el tratamiento de la esquizofrenia más ampliamente utilizado en las instituciones psiquiátricas, es atención en custodia y el uso de medicación neuroleptica (antipsicóticos), por la rapidez y eficacia en relación al

costo, ya que en gran medida lo que se persigue como meta principal inmediata es la reducción del síndrome psicótico. Se considera que su utilidad es máxima en los brotes agudos, o exacerbaciones de cuadros crónicos, dada su eficacia sobre las ideas delirantes, alucinaciones,, hiperactividad, ansiedad y otros síntomas. Pero su acción sobre los llamados síntomas negativos, parece ser mucho menos eficaz( Obiols y Obiols, 1989 p.135). **56**

En Sue, Sue y Sue se citan trabajos de investigación que ilustran las tendencias sobre el tratamiento antipsicótico, así se aluden los siguientes: "Muchos esquizofrénicos no se benefician en absoluto con la medicación antipsicótica, Silverman y cols., (1987)". Con relación a la dosis Zito y cols., (1987), encontraron que muchos de 136 esquizofrénicos recién admitidos para su tratamiento recibieron dosis en "exceso de los lineamientos actuales". Las mujeres recibieron dosis más altas de medicamentos antipsicóticos que los hombres. Además, la medicación rara vez fue reducida a un nivel de mantenimiento una vez que pasó la etapa aguda . Segal y sus colegas (1992) encontraron que los psiquiatras tendían a administrar dosis cada vez más altas de medicamentos antipsicóticos. Casi la mitad recibió incrementos en la medicación durante un periodo de doce años y al 10 % se le administraron "dosis extremas" ( Sue, Sue y Sue, 1995, p. 443 ).<sup>75</sup>

Esta misma tendencia es la que predomina en las instituciones psiquiátricas de nuestro país; con lo cual frecuentemente se ven expuestos a padecer los efectos denominados colaterales o secundarios que son desagradables en extremo que semejan condiciones neurológicas, tales como parkinson, entre los síntomas más comunes que se encuentran en el grupo de reacciones secundarias o colaterales de manera están:

Intranquilidad motora, ansiedad, agitación, terror extremo, etc. Debido a la gravedad de los efectos secundarios, los pacientes se niegan a seguir el tratamiento y a menudo éste, pasa a formar parte de los delirios de daño.

*Somnolencia crónica.*- Los pacientes están adormilados, sus expresiones se corresponden a su adormilamiento, tienen toda la expresión de zombies.

*Distonías.*- Movimientos oculares involuntarios, los cuales generalmente causan elevación de los globos oculares; suele ser un síntoma agudo, inesperado y molesto.

**Acatisia.-** Síndrome de inquietud motriz, con incapacidad para estar sentado o acostado.

**Parkinsonismo.-** Se presenta un cuadro similar a la enfermedad de Parkinson, con temblor, rigidez muscular, falta de movimientos, facie amímica y falta de balanceo de brazos al andar.

La administración de los llamados "farmacos antipsicóticos" a largo plazo produce la aparición de efectos tales como:

**Discinesia tardía.-** Se caracteriza por movimientos musculares involuntarios y rítmicos de la lengua y de la musculatura orofacial, algunas veces se extiende a otros grupos musculares.

**El síndrome neuroléptico maligno.-** Se trata de un efecto extrapiramidal grave que produce una contracción muscular generalizada que puede originar hipertonicidad, disfagia y disartria, disminución del nivel de conciencia, hipertermia y ocasionalmente colapso respiratorio.

Otros efectos que a menudo son poco considerados por los médicos son los metabólicos y endocrinos, tales como el aumento de peso, trastornos de la menstruación en las mujeres, ginecomastia en varones, galactorrea y el descenso de la libido.

Así mismo, diversos estudios de seguimiento a largo plazo, han puesto de manifiesto que un alto porcentaje de esquizofrénicos no mejoran o se recuperan parcialmente a pesar de la terapéutica psicofarmacológica (Borgoños, Morcillo y Barcia, 1995).<sup>13</sup> Estos autores afirman que estudios importantes ponen de manifiesto que, a pesar de la indudable eficacia terapéutica de los neurolépticos, éstos lo son especialmente para el brote agudo pero que la eficacia baja considerablemente a medida que avanza la enfermedad (Ídem.). Si esta afirmación es cierta "la indudable eficacia terapéutica", ¿Porque avanza la enfermedad?

Cabrero (1988), parece reconocer que desaparecen algunas manifestaciones clínicas como podrían ser los llamados síntomas positivos, pero no se alcanza la meta terapéutica, ya que afirma que "los avances en psicofarmacología han mejorado muchos pronósticos, a corto y mediano plazo, pero dice que "no se pueden considerar altas definitivas, ya que el fenómeno de las recaídas y el de la pérdida de capacidad laboral y social de estos

pacientes están constantemente señalando la necesidad de no cesar en el empeño de mejorar nuestros instrumentos" (Cabrero, 1988, p.3149).<sup>17</sup> O sea que no hay acción terapéutica y se puede entender que solo tienen una acción paliativa.

Esta afirmación es una verdad reconocida a medias por los psiquiatras, ya que se percatan de que el tratamiento medicamentoso no resuelve, que se obtiene a lo sumo, un efecto paliativo como se expresa en el trabajo anterior, pero lo que no reconocen es que aumenta la problemática con todos los efectos secundarios, sobre todo cuando no hay respuesta al tratamiento medicamentoso y se da la situación conocida entre los médicos como de "resistencia al tratamiento", la tendencia es aumentar la dosis de los medicamentos antipsicóticos a dosis mayores a las recomendadas, a pesar de una persistente falta de respuesta al tratamiento (Baldessarini et al. 1988) en Fitton y Benfield (1993),<sup>31</sup> quienes afirman que la evidencia del beneficio de emplear dosis altas de antipsicóticos en estos pacientes es escasa y estos regímenes de dosificación más bien provocan la toxicidad conductual (acatisia, acinesia y disforia) asociadas al uso de regímenes terapéuticos a altas dosis (Fitton y Benfield, 1993, p.6).<sup>31</sup>

Desde nuestro punto de vista, es obvio que el tratamiento médico lejos de ser eficaz da lugar a efectos colaterales tan disfuncionales como el padecimiento mismo, los cuales en algunos casos resultan un riesgo para la vida del paciente. No obstante, el tratamiento medicamentoso de la esquizofrenia es ampliamente aceptado, pero dicha aceptación es debida más a los antecedentes históricos en el estudio del padecimiento, que a los resultados obtenidos mediante la aplicación del tratamiento con un enfoque médico.

Es así que desde las primeras décadas del siglo XX en que dominaba el trabajo de Emil Kraepelin "el padre de la psiquiatría moderna", se ha revisado y hecho algunas aportaciones, pero aun sigue siendo en esencia considerado la guía más confiable y "científica" en el campo de los desordenes psicóticos. Kraepelin sostenía que las víctimas de este trastorno podían ser estudiadas de manera más completa además de ser contenidas dentro de un cuidado institucional, pero cualquier intento de tratamiento para aminorar la enfermedad era muy poco útil (Greenberg y Mitchell, 1983).<sup>39</sup>

Otros tratamientos somático

Comas insulinicos en número variable de 30 a 90, según describe Obiols, ef. al 1989 p. 142 de probada eficacia, pero en la actualidad se podría decir que se ha abandonado su practica. <sup>56</sup>

La terapia electroconvulsiva (TEC), sigue siendo utilizada aunque su eficacia en la esquizofrenia casi nunca ha sido valorada a través de una investigación bien controlada. Es muy dudosa su utilidad para el tratamiento de la esquizofrenia (Kaplan 1988, p 232-233). <sup>46</sup>

Es un hecho que el medio ambiente en el que se encuentra el esquizofrénico juega un papel importante, esto ha sido reportado por los propios científicos que investigan y continúan introduciendo fármacos que reducen o eliminan de manera efectiva muchos síntomas de la esquizofrenia; se han dado cuenta que "cuando los esquizofrénicos medicados y funcionando de manera adecuada son dados de alta del ambiente protector de los hospitales y vuelven a sus hogares recaen. Parece evidente que la medicación antipsicótica no es suficiente; es ficticio creer que con los medicamentos se resuelve el tratamiento de la esquizofrenia.

La repercusión de la enfermedad en aspectos tan fundamentales como el afecto, la cognición y la conducta general del enfermo, hace imprescindible las intervenciones psicoterapéuticas. Pero ¿que tipo de psicoterapia? Las modalidades que se conocen son: Terapia conductual, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia familiar.

Terapia conductual.- La mayoría de los clínicos en la actualidad están de acuerdo en que para el tratamiento de la esquizofrenia lo mejor es alguna combinación de medicación antipsicótica y terapia. Hogarty y cols. en Sue y cols. (1995). Esta actitud es bastante nueva y ha sido rechazada por los defensores estrictos del enfoque médico (Sue, Sue y Sue, 1995. P.445). <sup>75</sup>

Terapia conductual.- Debido a las características propias de la esquizofrenia casi todas los tipos de terapia de conducta se dirigen a contrarrestar las inhabilidades de tipo social, enfatizando las habilidades de comunicación y el entrenamiento de la asertividad. Básicamente son entrenamiento en habilidades sociales, esta es una de las contribuciones más importantes de la terapia conductual, ya que el retraimiento social es un síntoma que no es modificado por la

medicación. El paciente es colocado de manera repetida en situaciones sociales que tiende a evitar, la experiencia consecutiva finalmente disminuye la ansiedad del paciente respecto a éstas al punto de que las buscará en lugar de evitarlas. (Sue, Sue y Sue, 1995. P.445).<sup>75</sup>

Psicoterapia individual.- Antes de la aparición de los neurolépticos fue el tratamiento predominante, hoy en día las técnicas individuales han sido casi abandonadas, ya que este tipo de terapia generalmente era llevada a cabo por psicoanalistas y desde la aparición de los neurolépticos el tratamiento de la esquizofrenia es básicamente a base de éstos medicamentos y un tipo de entrenamiento que le permita al paciente sobrevivir a nivel social, a cargo de un asistente social o enfermera psiquiátrica quien realiza dicha actividad con un grupo de pacientes esquizofrénicos.

Psicoterapia de grupo.- Existen muchos trabajos en pro y en contra de este tipo de terapia, donde las diferencias parecen estar en función de las variables que se tomen en cuenta al plantearse los objetivos de la terapia. Además como acertadamente se señala en Obiols, "la diversidad de conceptos de lo que es la terapia de grupo (llega un momento en que parece que <<todo cabe>> en este concepto), la dificultad de estudios controlados, las distintas formas de evaluar los resultados son algunos de los enormes problemas metodológicos que se plantean al pretender emitir un juicio sobre su eficacia. Los mismo autores hacen un reporte a favor de este tipo de tratamiento y citan el trabajo han hecho con esquizofrénicos no agudos y que se basa en lo que llaman "al modo gestáltico, en el aquí y ahora" buscando que los pacientes conecten sus propias sensaciones y emociones, con su dimensión corporal. Comentan en el grupo los problemas típicos: la medicación, su cumplimiento y sus efectos secundarios, las dificultades de relación social, los problemas familiares, el estigma de la enfermedad, etc. Se ayudan con técnicas diversas como psicodrama y video-feedback. Los autores piensan que su experiencia se aparta de las técnicas clásicas de grupo y sigue la línea del trabajo grupal que parece más adecuada en la esquizofrenia, ya que promueve la socialización y el mejorar las habilidades. Afirman que más allá de las estadísticas, existe un consenso generalizado entre participantes y terapeutas sobre la utilidad del trabajo grupal (Obiols y Obiols, 1989. P. 146-147).<sup>56</sup>

Terapia familiar.- Este tipo de terapia considera a la familia como un sistema, como una estructura conjunta, con sus

elementos interrelacionados a través de una influenciabilidad o causalidad circular, no lineal por ello, la afectación de un elemento o miembro de la familia inducirá a un desequilibrio global del sistema. De ahí la razón de englobar en el tratamiento al conjunto familiar (idem.).

Debido al alto índice de recaídas que este tipo de pacientes presentan y de que se ha observado que una de las constantes, es el hecho de que los pacientes regresan a vivir con su familia; a dado lugar a que se desarrollen nuevas intervenciones psicológicas las cuales se orientan a reducir la probabilidad de recaída, más que a curar el trastorno y tratan de mejorar la interacción entre el paciente y los miembros de la familia. Entre lo más sobresaliente en este sentido se encuentra el concepto de "emoción expresada" en donde se ha podido establecer una correlación entre ciertas actitudes emocionales de los familiares que conviven con el paciente y el curso de la enfermedad. Este enfoque implica una estrategia de dos vías: 1) difundir información acerca del trastorno entre las familias de esquizofrénicos y 2) enseñar a éstas y al individuo esquizofrénico cómo modificar sus patrones de comunicación. Falloon (1992) en Sue, ha encontrado que este enfoque es más útil cuando los individuos apenas comienzan a mostrar síntomas que sugieren un episodio esquizofrénico (Sue, Sue y Sue, 1995).<sup>75</sup>

Desde nuestra visión, en una enfermedad donde hasta ahora se desconoce con precisión el origen y que tiene efectos tan devastadores tanto en quien la porta, como en el resto del grupo familiar; es necesario tener una actitud más humanitaria ante ellos y no verlos y tratarlos como objetos de estudio y/o trabajo, ajenos totalmente al profesional encargado de darle tratamiento a su mal; sobre todo cuando el padecimiento se ha hecho crónico.

En este sentido vale la pena mencionar la cita que Fromm hace de Harry Stack Sullivan, quien trabajo mucho tiempo con psicóticos:

*"En aquel entonces, no había psicoterapia ni fármacos, y él lo único que hizo fue poner en juego su personalidad, que era de grandísimo respeto entre los pacientes psicopáticos, un comportamiento distinto, y he aquí que aumento considerablemente el número de las curaciones espontáneas. Con sólo no tratar mal a los pacientes, no humillarlos y tratarlos como personas, aquellos mejoraron"* (El arte de escuchar, 1991 p. 66.).<sup>36</sup>

Afirmó Fromm que así quedó a todas luces evidente que una psicosis no es algo físico, orgánico y un cambio psicológico de este tipo pudo provocar la curación de un paciente que, en un manicomio de aquella época, no habría hecho más que empeorar y hacerse crónico (ídem.).

De acuerdo con Greenberg y Mitchell (1983), Sullivan inicio sus investigaciones sobre esquizofrenia al observar la disparidad entre sus pacientes, cuya patología parecía reflejar una adaptación a las circunstancias y cuyo lenguaje podía ser comprensible en ciertos contextos familiares. Así, se convenció de que la esquizofrenia no era un proceso que emergiera dentro de un organismo individual, sino como una reacción a los eventos y procesos que tienen lugar entre el individuo y su entorno, fundamentalmente con las personas significativas con quienes el paciente interactúa, así como los valores culturales y sociales que estas personas le transmiten. Gracias a esta aportación de Sullivan hoy en día es factible poder entender aquellos aspectos incomprensibles de la psicopatología esquizofrénica cuando son vistos dentro del contexto de la familia del paciente (J. Greenberg y E. Mitchell, 1983).<sup>39</sup>

Según lo expresado por Fromm, la idea de Sullivan era que el problema del esquizofrénico era "lo enfermo de las relaciones personales de su familia", lo que aclara explicando lo que significa, esto es: una familia no malvada, sino aburrida, donde reina un absoluto vacío mortecino, sin relación verdadera de unos con otros, y el niño futuro esquizofrénico padece de hambre de relación personal (Fromm, 1991).<sup>39</sup>

De esta manera, Sullivan abandonó el modelo médico y con su estudio dio inicio a una nueva forma de explicar la esquizofrenia, su aportación más importante es haberse dado cuenta claramente de que la característica fundamental de la patología esquizofrénica, era una severa dificultad en la capacidad para relacionarse con otra gente y que ésta dificultad era producto no de un proceso biológico irreversible, sino de la historia de las interacciones del paciente con los otros significativos.

Además de las investigaciones realizadas por Sullivan, Laing, y Esterson buscaron demostrar que el medio ambiente del esquizofrénico es una de las causas generadoras de la esquizofrenia, si bien no explican en forma totalmente satisfactoria el surgimiento del padecimiento, si demuestran que la esquizofrenia no es un proceso

que emerja dentro de un organismo como un proceso biológico, sino psicológico.

Considerarla como un proceso psicológico implica dejar de considerar a la esquizofrenia simplemente como una enfermedad orgánica, y por tanto también implica no estar de acuerdo con el tratamiento que es fundamentalmente a base de medicamentos, si bien es cierto que en algunos casos si reduce los síntomas positivos, en los síntomas negativos no parece tener efecto. También es cierto que en otros casos, no se obtiene mejoría alguna. Así, aun los médicos reconocen la poca eficacia de los medicamentos, como se puede ver en el trabajo del Dr. Chapa, denominado "El tratamiento no somático de la esquizofrenia" en donde dice que "*La práctica diaria de ordinario limita el tratamiento de la esquizofrenia a la elección de una medicación adecuada*". En el mismo trabajo el autor confirma lo antes expresado respecto a el poco efecto del fármaco ante la problemática que plantea la esquizofrenia, pues reconoce que no resuelve la condición a la que esta expuesto el individuo cuando se enfrenta a estresores graves; y " la mejoría que se obtiene con el uso de la medicación neuroléptica generalmente los restituye a un funcionamiento bastante por debajo de lo que se puede esperar de otras formas de enfermedad psicótica (Chapa, 1992, p. 7-8).<sup>24</sup>

No obstante, la visión de la esquizofrenia como una enfermedad es predominante a nivel mundial. Creemos que esto se debe en parte a que desde los primeros estudios fue abordada por los médicos, por lo tanto tratada como una enfermedad, así ha continuado siendo vista bajo el encuadre del modelo médico.

Estamos convencidos de que la esquizofrenia no es una enfermedad orgánica, sino más bien la consecuencia de un proceso en donde factores constitucionales en interacción con las condiciones ambientales y las experiencias acumuladas favorecen su aparición.

Por lo cual creemos que el único método de tratamiento que pudiera tener mayor efectividad sería aquel que incidiera en las condiciones que causaron la enfermedad. Esta claro que no podemos ya intervenir en las condiciones constitucionales heredadas, tampoco en la historia personal del esquizofrénico, pero si podemos hacerlo en su medio ambiente actual y con ello evitar el proceso hacia un estado de mayor patología como es la cronicidad y el deterioro esquizofrénico.

En la institución en la cual se realizó el estudio, el tratamiento se basa fundamentalmente en la hospitalización en la etapa aguda y el uso de medicación neuroléptica, una vez que ha pasado la crisis y que el síndrome psicótico ha disminuido a tal grado que puede ser manejado sin dificultad el paciente, éste es dado de alta con su respectivo tratamiento medicamentoso y retorna a su domicilio, para ser visto un tiempo después en la consulta externa.

### 1.10 Curso

El curso de este padecimiento marca dos hechos imprescindibles: 1) inicia en la adolescencia o primera juventud, y 2) tiene una evolución crónica, con tendencia al deterioro psíquico.

Respecto al primer punto la mayoría de los estudiosos de la esquizofrenia coinciden en que en las mujeres suele iniciar el trastorno más tarde, entre los 25- 35 años y en proporción es similar el número de casos en ambos sexos (Obiols y Obiols 1989).<sup>56</sup>

Inicio.- Las formas de inicio caracterizadas por la sintomatología negativa, hace que sea poco aparente y los pacientes pasan desapercibidos por sus familiares, durante la primera fase del trastorno. Cuando el inicio es de forma brusca y aguda, estará dominado el cuadro por los síntomas positivos. A pesar de este inicio rápido, siempre hay un período prodromico de semanas o incluso meses de duración, en el que se insinúan ya, cambios en la persona como irritabilidad, agresividad, depresión ideas extrañas, comportamientos inhabituales, cambios extravagantes en la apariencia, etc., que luego desaparecerán y adoptará la forma claramente psicótica. Cuanto más agudo sea el comienzo del ataque esquizofrénico, mejores son las posibilidades de una buena remisión. Cierta proporción de cuadros esquizofrénicos, especialmente los de comienzo abrupto, pueden relacionarse con factores desencadenantes como un desengaño amoroso o situaciones estresantes como el servicio militar (Obiols y Obiols, 1989).<sup>56</sup> En tales casos la posibilidad de una recuperación favorable es todavía mejor.

Cuanto más joven sea el paciente al inicio de la esquizofrenia, peor es el pronóstico, quienes inician en la infancia o en al principio de la pubertad, casi nunca se recuperan por completo.

Evolución.- Después de la fase inicial, entra en la fase activa, en la cual se manifiesta de forma clara e intensa los síntomas de enfermedad, y que pueden durar meses o años. En esta fase pueden darse remisiones temporales, en las cuales el paciente parece mejorar o estancarse, para luego caer en un nuevo brote o exacerbación de la sintomatología. En cualquier caso, el esquizofrénico se encamina hacia un futuro en el que, si bien es habitual una atenuación de la sintomatología más aparente, siempre habrá un resto, unas secuelas de la enfermedad: es el deterioro esquizofrénico.

Este concepto es complejo y abarca tanto aspectos neuropsicológicos (trastornos amnésicos, atencionales, apráxicos, cognitivos), y también sociales (autismo, falta de cuidados personales, dependencia económica, descenso en la escala social, etc.). en este caso se hablaría de la "demencia esquizofrénica". Estos estados defectuosos o residuales son el camino final, común a todos los esquizofrénicos. Algunos pacientes harán una vida más o menos normal pero se les identificará como raros, excéntricos, marginales, apáticos, etc. Otros podrán adaptarse a trabajos sencillos, que no exijan un trabajo intelectual importante, otros permanecerán fundamentalmente inactivos, pasando largas horas encamados o encerrados en casa, sostenidos y cuidados por unos padres envejecidos y angustiados por el futuro del hijo; otros, quizá los más graves o socialmente más desadaptados, quedaran recluidos en instituciones psiquiátricas, vagabundearán por las calles, subsistiendo de limosnas o hurtos. Esta es la etapa de cronicidad

De acuerdo con la American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, <sup>2</sup> la edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres.

La mayoría de los estudios del curso y evolución de la esquizofrenia sugieren que el curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos. Debido a la variabilidad de la definición y la evolución no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno.

En opinión de los hermanos Sue, el curso típico de la esquizofrenia consiste en tres fases: prodrómica, activa y residual. Agregan, que por algún motivo, los índices de recuperación parecen más altos en los países en desarrollo (Sue, Sue y Sue, 1996, p. 418).<sup>75</sup>

En el hospital podemos observar en las historias clínicas de los pacientes con esquizofrenia, la gran variabilidad de las condiciones de inicio del cuadro clínico, pero casi el 100 % de todos los casos evolucionan hacia la cronicidad y el deterioro.

La muerte como consecuencia de la esquizofrenia es extremadamente rara. No así el suicidio, que constituye un riesgo importante en el curso de la enfermedad, y que contribuye, junto con otros factores (depauperación e incapacidad para su autosuficiencia) a la disminución de la esperanza de vida del esquizofrénico.

## Capítulo 2.

### Actitudes.

Desde principios del siglo pasado las actitudes han sido ampliamente estudiadas, sobre todo desde el enfoque de la psicología social. McGuire, en Javiedes (1996)<sup>45</sup> distingue tres periodos en el desarrollo del constructo de actitudes:

El primero que va desde su origen hasta la década de 1930, que se caracterizó por la conceptualización y preocupación por la medición de las actitudes. En esa época se da la construcción de técnicas de escalamiento vigentes en la actualidad. Esto permitió medir las actitudes hacia cualquier objeto social y se intensificó así su aplicación en investigaciones de diverso género.

El segundo que va del termino de la 2o. Guerra mundial a finales de la década de 1960, durante este periodo los psicólogos sociales trabajaron a nivel teórico y empírico en la determinación de las variables involucradas en la formación y cambio de actitudes.

El tercer periodo va de 1970 en adelante, el interés actual se ha centrado en la estructura de las actitudes, la estructura de sistemas actitudinales y la relación entre ellos (Javiedes, 1996).<sup>45</sup>

Desde 1935, época correspondiente al primer periodo en la trayectoria de las actitudes, Allport señaló que a pesar de la importancia adquirida por el concepto de actitud para la psicología y la sociología y de su proliferación bajo distintas perspectivas, este concepto no había sido definido satisfactoriamente (Bustos y cols., 1982). Por lo que al parecer se dio a la tarea de definir las actitudes, así encontramos la siguiente definición atribuida a dicho autor; "actitud, es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer cierta influencia directiva o dinámica en la respuesta de la persona a todos los objetos y situaciones con los cuales esta relacionado" (Aviles, 1994).<sup>7</sup>

Como se ha expuesto en los inicios del estudio de las actitudes, los teóricos buscaban definir el concepto e instituir las técnicas de medición de las actitudes; Así surgen los métodos e instrumentos creados para medir las actitudes (escalas, cuestionarios observación directa y registros galvánicos de la piel entre otros), que

han intentado de una u otra forma evaluar los componentes de las actitudes y a partir de ello, realizar una definición operacional de la actitud. La definición típica de actitud es la siguiente: "predisposiciones aprendidas para responder a un objeto o clase de objeto en forma favorable o desfavorable" (Bustos y cols., 1982).<sup>15</sup>

Rosemberg y Hovland, quienes intentaron conjuntar las diferentes ideas acerca de la actitud llegaron a el siguiente concepto de actitud: "la relación conceptual existente entre un estímulo observable (el objeto de la actitud) y la conducta observable y mensurable que se presenta como reacción ante dicho objeto " (idem.).

Con el propósito de establecer un nuevo orden conceptual de las actitudes, Fishbein hace una crítica de la definición típica de actitud, argumentando que sólo evalúa el componente afectivo y que sobre este fundamento las actitudes están ligadas exclusivamente al aspecto afectivo o evaluativo. El autor afirma que son dos las instancias a las cuales se dirige una actitud, estas son: el objeto (persona, cosa o evento) y la conducta (idem).

La más reciente definición de actitud la encontramos en la siguiente cita:

**Actitud**, forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia y forman una red u organización de creencias características, entendiendo por creencia la predisposición a la acción. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.

La actitud social es compartida y favorece los intereses sociales por encima de los individuales.<sup>30</sup>

No obstante que el concepto de actitud ha sido utilizado en múltiples investigaciones, no se ha podido establecer una definición precisa de la actitud.

Por otro lado, consideramos que aun cuando el concepto de actitud ha sido más ampliamente utilizado en psicología social y sociología, su aplicación en psicología clínica es igualmente valiosa como herramienta que permite explorar y comprender la influencia que las actitudes tienen, en el comportamiento individual y social de un grupo de personas. En este caso, "las actitudes que los familiares tienen hacia el enfermo esquizofrénico crónico".

Así, creemos que dichos familiares adquieren actitudes hacia el paciente con esquizofrenia no solamente como motivación social, que en este caso tiene un gran peso de estigmatización; sino también como motivaciones personales, ya que la experiencia de la convivencia con el enfermo va dando lugar a la formación de creencias sobre el padecimiento y la persona que lo padece.

Además se puede ver que en la formación de las creencias intervienen otros factores importantes como son la cultura, la sociedad, la economía y hasta la geográficos. Decimos que geográfico porque en regiones con climas fríos la población tiene un estilo de vida diferente que en las regiones con clima caluroso y tal estilo de vida da lugar a actitudes diferentes ante un mismo problema.

No obstante, las dificultades en el diario vivir con el enfermo, sin lugar a dudas son iguales, debido a las características clínicas del padecimiento.

Pero sí además de los problemas que plantea el padecimiento, se suma la falta de información veraz sobre el mismo ¿cuál puede ser la actitud de los familiares ante el enfermo? Más aún cuando se ha vuelto crónico y las experiencias desagradables se intensifican. Sin tomar en cuenta la participación de la dinámica familiar, creemos que la actitud y la conducta de los familiares del paciente esquizofrénico crónico esta en función de sus creencias.

En apoyo a afirmación anterior, traemos la siguiente cita textual:

Richard S. Crutchfield, psicólogo social estadounidense, postuló que "el hombre se ofrece creencias para responder a situaciones problemáticas" <sup>30</sup>

Tales creencias pueden ser racional e irracionales o una mezcla de ambas. De esta manera podemos explicarnos como tienen lugar actitudes tales como: evitar la interacción con el

paciente, que le tengan miedo, que procuren que permanezca el mayor tiempo posible hospitalizado, en suma lo que parece ser conductas de "rechazo al paciente".

Por lo antes expuesto, es importante saber cual es la tendencia de las actitudes de los familiares de estos enfermos, como pueden estar influyendo tales actitudes en la evolución que manifiestan estos pacientes.

## 2.1 Los componentes de las actitudes

Se han llevado a cabo algunos estudios sistemáticos de las actitudes con el propósito de determinar la naturaleza de las actitudes y su relación con el comportamiento. Teóricos e investigadores asumen implícitamente que el objeto de actitud está representado en la memoria semántica. Así también señalan que la actitud se conforma esencialmente de tres elementos que son el afectivo, el cognitivo y el conativo.

### El Componente afectivo:

El termino hace alusión a aspectos relativos al afecto, a la sensibilidad, así, podemos deducir que implica los sentimientos del sujeto con respecto al objeto, por lo tanto estas pueden ser favorables o desfavorables. En Javiedes (1996), se establece que de acuerdo con Smith, el componente afectivo de la actitud; incluye la dirección e intensidad como características afectivas que implican la reacción del individuo hacia el objeto actitudinal como un todo y las reacciones a cada uno de los atributos que pueda poseer. Esto es evidente ya que podemos experimentar que nuestro afecto lo dirigimos a un objeto y este siempre tiene una intensidad; así esta claro que la actitud de una madre es diferente a la de una hermana, sea o no esquizofrénico el sujeto, objeto del afecto.<sup>45</sup>

### El componente cognitivo:

También denominado de conocimiento, está formado por el contexto informativo y la perspectiva temporal de la actitud. El contexto informativo se refiere al conjunto de creencias, estereotipos y conocimiento que la persona posea respecto al objeto actitudinal; la perspectiva temporal se refiere al grado en el cual la anticipación del desarrollo futuro del objeto esta integrada a la representación actitudinal presente.

Este elemento de las actitudes es muy importante a considerar, ya que es por medio del cual es posible llevar a cabo un cambio en las actitudes. Es decir si pretendiéramos llevar a cabo un

cambio de actitud en los familiares como parte del proceso terapéutico en la atención al paciente esquizofrénico crónico.

El componente conativo:

Describe el curso de acción que podrá tomar el individuo respecto al objeto de actitud (idem).

Este componente es denominado como conductual por otros autores, de una u otra manera, se puede entender que tal componente esta en función de el empeño y del esfuerzo que imprima el sujeto y esto será determinado por la intensidad de los componentes afectivo y cognoscitivo, es decir las personas manifiestan la intensidad de sus actitudes ante distintos objetos o estímulos conductuales, como un resultado del interjuego de los elementos afectivo y cognoscitivo. Por lo tanto la actitud se forma de la interacción de los tres elementos: afectivo, cognilivo y conductual.

## 2.2 Función de la actitud

Es poco común detenerse a pensar que función tienen las actitudes, pues se dan espontáneamente de forma inconsciente. Históricamente se le ha atribuido una función evaluativa a la actitud, en base a el efecto "a favor" o "en contra", que es el componente esencial que distingue a la actitud de otros constructos mentales.

En Javiedes (1995) se establece que de acuerdo con el modelo sociocognitivo de la actitud, el conocimiento actitudinal puede ser bastante variado y consistente de toda, o parte, de la siguiente información: argumentos a favor y en contra de una proposición dada; conocimiento "esotérico" y técnico acerca de ese tema; creencias subjetivas; información respecto a cómo comportarse con ese objeto; metas y deseos acerca del objeto; significado social de adoptar una cierta posición actitudinal y episodios personales. Los contenidos y organización específicos de este conocimiento son también determinantes importantes de la actitud y de los efectos de la memoria. Pero a diferencia de los efectos de las actitudes sobre los procesos conceptuales, dice Javiedes, la influencia de las actitudes sobre la memoria episódica (el recuerdo de materiales ubicados temporalmente) es inconsistente (Javiedes, 1995/1 p.8).<sup>44</sup>

Tenemos entonces que las actitudes están basada en una estructura de conocimiento formada por argumentos, creencias y expectativas que guían las acciones de los sujetos, mediante un simple resumen evaluativo del objeto que se expresa como gusto - disgusto, acuerdo - desacuerdo, bueno - malo; esta acción tiene una importante función en la apreciación de los objetos.

Al respecto Javiedes, sugiere que las actitudes se utilizan para guiar y organizar la memoria de los sucesos; además de que por es el uso tan variado del conocimiento actitudinal se puede pensar que la estructura actitudinal no es sólo función de la memoria, sino también de variables de personalidad, de la comprensión del propósito persuasivo y de los roles y tareas que una persona debe ejecutar en una situación dada (idem.).

De esta manera, inicialmente los teóricos de las actitudes planteaban dos funciones de las actitudes: 1)- para defender al Yo, 2)- para el ajuste social; se les atribuía también una función expresiva.

De acuerdo con Javiedes han sido Pratkanis y Greenwald quienes desarrollaron en 1984 la perspectiva del Yo para especificar las funciones de las actitudes. El Yo ha llegado a ser considerado el factor motivacional principal en la búsqueda personal por establecer y mantener una identidad positiva.

Se han establecido tres clases de estrategias de las distintas facetas del Yo para establecer y mantener la autoestima, llamados tareas del Yo que son: la faceta privada, la faceta pública y la faceta colectiva.

La faceta privada del Yo logra valoración a través del cumplimiento o superación de estándares evaluativos internalizados. La estrategia usada es mantener actitudes consistentes entre sí y con el propio autoconcepto.

La estrategia pública del yo, donde establece y mantiene el valor propio a través de la obtención de evaluaciones favorables de los demás, mediante exhibir actitudes que son agradables a los otros, de esta manera el Yo obtiene aprobación y autorrespeto. Afirma Javiedes que esta estrategia corresponde a lo que Smith llamó función de ajuste social.

La faceta colectiva establece la autoevaluación por medio del logro de metas de los grupos de referencia, la estrategia es valorar los objetos que se identifican con esos grupos. Las actitudes formadas por medio de esta estrategia son funcionales para la solidaridad del grupo, es decir se trata de una función de identificación social (Javiedes, 1995).<sup>44</sup>

En suma, las actitudes poseen tres funciones: heurística, ya que proporcionan una estrategia simple para evaluar un objeto; esquematizadora, porque organizan y guían la conducta compleja hacia un objeto y el recuerdo de eventos; y son auto relacionadas, al ser utilizadas para definir y mantener la valoración propia del individuo. La actitud tiene tres funciones que son: valoración del objeto, ajuste social y externalización.

La valoración del objeto.- se refiere a la su utilidad para la orientación del individuo respecto a su ambiente; está relacionada con la potencialidad de la actitud para clasificar objetos y actuar apropiadamente, se trata sobre todo de una función cognitiva que propicia un sentido de realidad.

Ajuste social.- es una función mediadora de las relaciones interpersonales: facilita, mantiene o interrumpe las relaciones sociales.

La función de externalización.- se cumple cuando las actitudes se forman de tal manera que van a defender el ego de la ansiedad generada por conflictos internos (Javiedes, 1996/1).<sup>45</sup>

De acuerdo con los teóricos de las actitudes, el objeto actitudinal se representa en la memoria con una etiqueta de postura totalitaria de reglas y operaciones para aplicar la etiqueta. La identificación del objeto, es el primer paso para acceder a los componentes evaluativos y de conocimiento de la actitud; por ejemplo esquizofrénico "enfermo" o "loco", que conforme a las reglas y operaciones de cada individuo (familiar), puede variar en un amplio rango de posibilidades que van desde: alguien que esta enfermo y necesita ser curado, - alguien que ha perdido la razón y necesita ser ayudado, - hasta alguien que ha enloquecido y puede ser peligroso.

La activación de una actitud positiva o negativa depende de que el individuo note y procese básicamente las cualidades positivas o negativas que exhibe el objeto de la actitud. Así, la percepción selectiva produce percepciones del objeto en la situación que es consistente con la actitud. Estas percepciones inmediatas contienen por lo menos una parte de la definición que hace el individuo. La definición del evento es la que determina la dirección y la naturaleza del comportamiento. Conductas de aproximación se originan por una definición del evento que consiste principalmente de percepciones positivas del objeto de actitud en la situación inmediata; la definición negativa de un evento da lugar a comportamientos de evitación.

Durante el proceso no se involucra ningún razonamiento o reflexión deliberada, el comportamiento simplemente sucede a la definición del evento que ha sido sesgado por la actitud activada automáticamente. Ni la activación de la actitud en la memoria, ni la percepción selectiva requieren esfuerzo consciente o control por parte del individuo. Realmente es dentro de una secuencia completamente automática que la activación de la actitud y el procesamiento selectivo tienen un rol necesario para que las actitudes ejerzan influencia sobre el comportamiento (Javiedes, 1995).<sup>44</sup>

Este procesamiento automático operará sólo en la medida en que una fuerte asociación evaluativa se haya establecido hacia el objeto de la actitud. Que en el caso de la conducta esquizofrénica es bastante prominente ya que se mantiene consistentemente dentro de un círculo vicioso de la siguiente manera: conducta errada (paciente).- evaluación negativa (familiar), por lo tanto - actitud desfavorable, - en respuesta es de esperar conducta aun más desorganizada.

Tal situación llena de complejas actitudes desfavorables de uno y otro lado de la relación, es con toda seguridad uno de los muchos factores que acentúan la pesada carga que implica el padecimiento.

En conclusión, la actitud tiene tres funciones: valoración del objeto, ajuste social y externalización.

La valoración del objeto.- Permite la orientación del individuo respecto a su ambiente; esta relacionada con la potencialidad de la actitud para clasificar objetos y actuar apropiadamente, se trata de una función cognitiva que propicia un sentido de realidad.

Ajuste social.- Es una función mediadora de las relaciones interpersonales; facilita, mantiene o interrumpe las relaciones sociales.

Externalización.- tiene la función de defender al ego de la ansiedad generada por conflictos internos.

La persona aplica consensual y consistentemente las mismas reglas para designar un objeto actitudinal, varía su expresión en función del contexto social, en tanto que la designación de un objeto de actitud, puede ser altamente variable entre personas, ocasiones y lugares. El grado en que ocurre el procesamiento selectivo de la información respecto al objeto actitudinal y el grado en el cual se presenta consistencia entre actitud y conducta depende de la accesibilidad de la actitud en la memoria; la activación de la actitud en la memoria inicia el proceso de "la actitud a la conducta". Este proceso es altamente funcional en la vida cotidiana; en virtud de que guían el comportamiento en forma automática (Javiedez, 1996/1).<sup>45</sup>

### 2.3 Medición de las actitudes

El auge de las actitudes empezó como consecuencia del desarrollo de los métodos de medición, surgió con la clasificación de los estímulos en escalas, como las practicaba Thurstone cuando no existía dimensión física correspondiente. Thurstone demostró en 1927 que era posible dar valores de clasificación a proposiciones que reflejaran actitudes positivas o negativas y que los individuos se podían medir según fueran los asentimientos que diesen a esas proposiciones. En 1932 Likert aportó un elemento más al desarrollo de los métodos de medición, estableció que los métodos elaborados en la construcción de tests objetivos sobre capacidades cognitivas podían tener aplicación en la estructuración y uso de escalas para medir actitudes. Mas tarde, Guttman (1947) propuso algunos criterios que se podían emplear en la selección de proposiciones para formar una escala. Los tres métodos, el de Thurstone, el de Likert y el de Guttman, se basan en diferentes modelos para la cuantificación y los tres tienen uso frecuente (Keats. 1974, p 95).<sup>50</sup>

Los métodos desarrollados para medir las actitudes son diversos, entre los principales están: las escalas, cuestionarios, registros galvánicos de la piel y la observación directa entre otros.

Las escalas, son instrumentos que miden la intensidad de las actitudes y opiniones, en función de los acuerdos y desacuerdos hacia un objeto, persona o valor social particular. Su característica principal radica en pedir al sujeto que señale dentro de una serie graduada de ítems, aquéllos que acepte o rechace. Presenta algunas desventajas, de las cuales podemos mencionar las siguientes:

- la falta de determinación de un punto cero
- la desigualdad entre los intervalos
- la carencia de medición directa

Lo cual conduce a obtener información de una manera inferencial de las expresiones verbales o de la conducta observada del sujeto, o en general se trata de situaciones hipotéticas.

Dentro de los diferentes tipos de escalas encontramos las de opinión y las de actitudes.

En relación a el trabajo desarrollado, solo nos referiremos a las escalas de actitudes.

De esta forma, en las escalas de actitudes encontramos varios métodos como: la escala de disposición, en la cual el sujeto clasifica por orden de preferencia decreciente una serie de objetos o situaciones que llevarán a definir la actitud. Otro método es el de la escala de Bogardus que trata de medir exclusivamente distancia social, las más importantes para el estudio de las actitudes son; la escala de Thurstone, la escala de Guttman y la escala de Likert.

Escala de Thurstone.- Desarrolló tres formas para medir las actitudes:

1)- Método de comparaciones apareadas.- Este método se realiza a través de la presentación de un número de pares de afirmaciones; las cuales son calificadas por jueces, para encontrar el grado de favorabilidad de cada reactivo con respecto al objeto de medición, después se hacen cálculos de puntajes y probabilidades, finalmente se presenta a los sujetos de la muestra.

2)- Método de intervalos aparentemente iguales.- Este método consiste en la formación de 11 grupos, los cuales van desde totalmente desfavorables, hasta totalmente favorable con respecto al objeto de medición. Para escoger los mejores reactivos se calculan escalares y rangos intercuantiles. Posteriormente los reactivos son presentados a los sujetos.

3)- Método de intervalos sucesivos.- Este método es muy parecido al de intervalos aparentemente iguales, solo que en éste se calculan las frecuencias con que los reactivos se asignan a los once grupos (Avilés, 1994).<sup>7</sup>

Escala de Guttman es una escala que tiene como característica principal ser unidimensional, se conoce también como escalograma, es una escala formada por reactivos jerarquizados y que son acumulativos, de modo que la adhesión a una proposición de cierto nivel implicará necesariamente la adhesión a las proposiciones de un nivel inferior. En la construcción, se formulan 8 reactivos jerarquizados en orden decreciente de favorabilidad sobre la actitud que se quiere estudiar. Estos se aplican a una serie de jueces, que presentan diversas posiciones respecto al objeto actitudinal, para que señalen si están de acuerdo o no con cada uno de los reactivos.

Una vez que se obtiene un coeficiente de reproductibilidad de la escala superior a .90, se esta en condiciones de aplicarla (Bustos, 1982).<sup>15</sup>

La escala de Lickert.- Se caracteriza por su alto nivel de correlación con otras medidas de actitudes, además de poseer una construcción y aplicación simples. Su construcción se inicia elaborando de 10 a 15 reactivos que sean favorables y de 10 a 15 desfavorables, respecto del objeto de juicio que nos interese. Posteriormente, se asigna a cada una de las 5 respuestas alternativas (que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo), un número del 1 al 5, que deberá ser el mismo para las alternativas de los reactivos positivos o para los negativos, según se prefiera.

El puntaje respecto al objeto actitudinal de los sujetos será la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de la escala, siempre y cuando ésta haya sido validada y confiabilizada previamente (Coordinación de Laboratorios, 1982).

En Rodríguez (1991), se expresa que a quien elabora la escala le corresponde determinar los puntajes que se darán a las alternativas de respuesta dependiendo de la favorabilidad o desfavorabilidad del reactivo. Es importante que la calificación sea inversa dependiendo de la favorabilidad o desfavorabilidad del reactivo.<sup>68</sup>

La forma en que deben acomodarse las afirmaciones favorables y desfavorables es al azar.

La escala de Likert es uno de los métodos más utilizados para medir las actitudes ya que dicha escala esta centrada en el sujeto; la variación de las respuestas se debe a las diferencias individuales que poseen los sujetos de estudio (Aviles, 1994).<sup>7</sup>

En cuanto a las instrucciones que se dan para contestar el cuestionario, deben ponerse en la primera hoja, ser suficientemente claras para que el sujeto no caiga en confusiones al contestar dicho cuestionario.

En el mismo trabajo antes señalado, se cita a Briones (1987), quien establece que las reglas más importantes que se deben seguir para la construcción de las afirmaciones que forman el cuestionario son:

- Cada proposición debe ser debatible, reflejar una opinión y no un hecho.
- La proposición debe ser pertinente a la variable de estudio.
- Cada proposición debe tener una sola interpretación posible para los sujetos.
- La proposición debe ser simple en lo que se refiere a la construcción gramatical de cada frase.
- Cada proposición debe ser completada en cuanto a expresar una actitud definida hacia un asunto único.
- Cada una de las proposiciones debe ser directa y clara.
- Toda proposición establecida debe dar la posibilidad de respuesta en toda la gama de intensidad de la actitud medida.

Es necesario establecer empíricamente, si la escala mide lo que se pretende medir (validez), y si lo hace en forma consistente (confiabilidad).

Tanto la confiabilidad como la validez son aspectos importantes en la construcción de cualquier instrumento de medición, ya que de ellos depende que una vez que hayamos recolectado nuestros datos, éstos sean consistentes y válidos.

Confiabilidad, se refiere básicamente a la consistencia de las mediciones, en términos de que diferentes personas midan lo mismo, o cuando en diferentes ocasiones utilizando instrumentos alternativos, encontramos únicamente pequeñas variaciones en sus medidas. Es decir hablamos de confiabilidad cuando las medidas tienden a ser estables en una variedad de circunstancias, en las cuales son obtenidos esencialmente los mismos resultados.

Entre las características más importantes a considerar en relación al término confiabilidad, está el que la confiabilidad se refiere más bien a los resultados obtenidos por medio de un instrumento, que al instrumento mismo, es decir hablar de la confiabilidad de los puntajes. Asimismo se ha establecido que la confiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para la validez, de tal suerte que si los resultados no son consistentes

seguramente tendremos problemas con la validez, pero si son confiables esto no garantiza inequívocamente su validez.

La estimación de la confiabilidad puede ser reportada en términos de un coeficiente de confiabilidad, el cual se define como la correlación del test consigo mismo y puede asumir los valores comprendidos entre 0 y 1. Este coeficiente de confiabilidad puede ser determinado de diversas maneras, entre las cuales destacan 5 métodos: a) test-retest, b) tests paralelos o alternativos, c) división por mitades, d) equivalencia racional y e) de jueces.

### Validez

La validez es el aspecto más importante cuando seleccionamos o construimos algún instrumento y posee las siguientes características:

- La validez se refiere a los resultados de un instrumento y no al instrumento per se.

- La validez, es una cuestión de grado, pues solo puede afirmarse que existen resultados con una alta, media y baja validez.

- La validez está referida siempre a algún uso particular, ya que unos resultados pueden tener alto grado de validez para indicar ciertas habilidades y para otras no.

En torno al coeficiente de validez, éste debe ser obtenido cuando pretendamos determinar en qué medida el instrumento está midiendo lo que nos propusimos medir. Este coeficiente indica la correlación que existe entre los datos obtenidos con el test y los datos que usamos como índices para los puntajes del individuo en el rasgo que deseamos que mida (variable de criterio).

Existen diversas formas para estimar la validez, ésta depende del propósito para el que se use y estará limitada para el grupo dentro del cual se discrimina.

Los tipos de validez son principalmente cuatro: validez predictiva, validez concurrente, validez de contenido y validez de construcción.

Validez Predictiva.- Significa que tanto la ejecución en el instrumento predice la ejecución futura en base a alguna medición

independiente. Se lleva a cabo comparando los puntajes del instrumento con otra medida de ejecución obtenida posteriormente.

Este tipo de validez se utiliza para los test de orientación vocacional y en selección y clasificación de personal.

Validez Concurrente.- Esta quiere decir, qué tanto la ejecución en un instrumento estima la ejecución concurrente en base a alguna medición independiente. Se realiza comparando los puntajes del instrumento con otra medida de ejecución obtenida de manera concurrente (simultánea).

Validez de Contenido.- Con este tipo de validez se pretende saber qué tan bien, el instrumento mide el punto de interés y las conductas bajo consideración. Es decir que la validez de contenido esta centrada en el proceso de evaluar que tan adecuadamente la muestra de reactivos, represente el dominio relevante, si los reactivos incluidos en el cuestionario realmente son una muestra representativa del contenido que es de interés para la investigación.

Se utiliza en la selección de items realizada por el consenso de los jueces, quienes determinan su adecuación en el muestreo del universo que la situación de prueba pretende representar.

Para Brow (1991) citado en Aviles (1994),<sup>7</sup> la validez de contenido se determina a través de la comparación sistemática de reactivos de la prueba con el dominio del contenido. Si los reactivos se le presentan a un juez experto, y si a él le parece que los reactivos incluidos representan adecuadamente el dominio; la prueba tiene validez de contenido. Dicho procedimiento de validación es racional y lógico, ya que incluye un juicio de la correspondencia entre la prueba y el dominio. El mismo autor dice que aunque la validez de contenido esté asociada por lo común con las pruebas de rendimiento; no existe razón para que no pueda aplicarse la validez de contenido en otros campos de las pruebas.

Validez de construcción.- Se utiliza esta forma de validación, siempre que deseamos interpretar la ejecución de una prueba en términos de alguna característica, cualidad o constructo psicológico. La validez de construcción es determinada mediante la correlación entre instrumentos diferentes que se supone miden la misma variable, en base al estudio de las diferencias entre los grupos

que deberían diferir de acuerdo con lo que la teoría supone. Este tipo de validez es útil cuando carecemos de un criterio externo en relación a los rasgos que nos interesa medir. Así, no puede resumirse en una sola medida, como la correlación entre los puntajes criterio y los del instrumento, sino que se estima demostrando que pueden confirmarse, mediante una serie de pruebas, los datos de la prueba en relación a lo propuesto por la teoría (Coordinación de Laboratorios, Fac. Psicología UNAM 1982).

## 2.4 Funcionalidad de las actitudes en el campo clínico

Las actitudes han sido un tema ampliamente estudiados en psicología social, sin embargo su acción de predecir la conducta le confiere la característica de ser una herramienta valiosa para todos aquellos interesados en el conocimiento del hombre y su actuar, y esto constituye la parte medular de la psicología en general, por lo tanto puede ser aplicada en cualquiera de sus áreas.

Una razón fundamental para hacer uso de la escala de actitudes, es que ha sido ampliamente utilizado en investigación empírica de grupos, en relación a la predicción de la conducta, por lo tanto resulta ser una herramienta valiosa para conocer: "¿como son las actitudes de los familiares del paciente con esquizofrenia crónica?"

Otra razón es la dificultad que presentan estas familias para proporcionar información sobre la dinámica de la familia, pues como han mencionado muchos teóricos y terapeutas versados en esquizofrenia: la familia con uno o más miembros que padecen esquizofrenia, crea un ambiente sumamente hermético en el que solo sus miembros tienen cabida. Broustra denomina a tales condiciones como "insularidad familiar",<sup>12</sup> y Laing le califico de "una situación próxima al ghetto",<sup>48</sup> por ser éste un ambiente cerrado de escaso intercambio con el exterior. En tales condiciones, tener información veraz y consistente de la naturaleza de su ambiente familiar es nada menos que impracticable; pero mediante el uso de las técnicas de medición de las actitudes podemos inferir cual puede ser la realidad en tales situaciones.

Mediante las evaluación de las actitudes de los familiares podemos comprobar si realmente se evita la interacción con el paciente; como se aprecia en las actitudes asumidas por dichos familiares durante la estancia hospitalaria del paciente.

Recordemos que la actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano y que tiene lugar a partir de la experiencia, de la cual se forma una red u organización de creencias características, y son éstas las que predisponen a la acción.

Se concibe a la creencia de la siguiente forma:

**Creencia, aceptación o asentimiento libre de una idea o hecho.**<sup>30</sup>

Por lo antes expuesto, el concepto de actitud puede ser usado en psicología clínica ya que la influencia de la actitud en la interacción personal, no puede ser soslayada por el clínico que considere al paciente como un ser biopsicosocial, de modo que los factores actitudinales juegan un rol de dispositivos que favorecen o entorpecen la interacción personal, el proceso terapéutico y la adaptación del enfermo a la familia y a la sociedad.

En la práctica de tratar con familiares de estos pacientes, se puede observar que muestran una gran demanda de ser escuchados, contenidos en sus pasiones encontradas hacia el paciente, pero solo en lo relativo a dos temas básicamente: 1) el sufrimiento que les ocasiona la conducta errática del paciente y 2) la condena que pesa sobre ellos al tener que vivir de por vida con el paciente, ya que se dan cuenta de que no es capaz de subsistir por sí mismo. En relación a la primera las actitudes visibles son de enojo, frustración, cansancio y a menudo le atribuyen al paciente el juicio de "no esforzarse" para que mejore. Con respecto a la segunda opción, reconocen que el paciente no puede vivir sin la asistencia de otros; y Esos otros son ellos (familiares más cercanos), y la institución, por lo que con frecuencia expresan "necesidad" (su deseo), de que el enfermo permanezca hospitalizado. Esta demanda de que permanezca hospitalizado va encubierta de múltiples formas al expresarla "esta mejor cuando esta hospitalizado", "le gusta estar en el hospital", "esta más seguro", etc. Otro tipo de información, se niegan a darla.

Al respecto, Zacarias dice que los familiares de un paciente esquizofrénico racionalizan y ocultan lo que se hacen unos a otros para evitar el dolor, además de que los secretos familiares que guardan celosamente se refieren a temas cargados de intensos sentimientos de temor, vergüenza y culpa, por lo que esta prohibido hablar abiertamente de ellos, aunque toda la familia los conoce (Zacarias. 1995.p. 88).<sup>81</sup>

La importancia de evaluar la actitud de los familiares de los pacientes con esquizofrenia crónica, es poder mostrar la necesidad que hay de enfocar el tratamiento de la esquizofrenia más allá del internamiento y dar medicamentos. Sobre todo cuando sabemos que en México, el tratamiento institucional del paciente

esquizofrénico, es el mismo que Jean Broustra describía desde 1979, como pasado de moda al referirlo en tiempo pasado y ubicarlo dentro del contexto de tradición psiquiátrica:

*En la tradición psiquiátrica <<alienista>>, el sujeto esquizofrénico era conducido por su familia, quien lo confiaba a los cuidados de un psiquiatra. Éste le daba cuenta de la evolución con un patrón semejante al <<parte médico>> de los que se da a conocer en medicina general: >>Su hijo va mejor. Todavía debe estar bajo atención por unos días.>>, o bien: <<Está gravemente esquizofrénico. Hay que contar con una larga hospitalización...>>.*

El autor afirma que "el psiquiatra que actúa de esta manera no hace más que confirmar la concepción de que el único que esta enfermo, es el loco, por lo tanto hay que separarlo del medio familiar sano y razonable" (Broustra, 1979 p. 85).<sup>12</sup> Afortunadamente hoy en día el tratamiento empieza a ser considerado tarea de varios profesionales y no exclusivamente del psiquiatra. Así, los avances más recientes en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos tienden a replantear los problemas derivados del trastorno desde otros ángulos tales como; cuestionar la realidad de los medios hospitalarios, el medio ambiente familiar y el contexto social en el que esta inmerso el paciente. Teniendo como objetivo la disminución de los reingresos hospitalarios, el acortamiento de los periodos de hospitalización y una mayor participación de la familia y en sociedades más avanzadas de la comunidad.

Con tal propósito han surgido teorías e instrumentos de medición que en una gran proporción miden actitudes emocionales hacia el paciente o la conducta causada por la esquizofrenia. Un ejemplo de estas es el concepto de Emoción expresada (E.E.) de Brown y Rutter (1968) y la entrevista semiestructurada que mide el número de comentarios críticos, la hostilidad y la sobre implicación, tres parámetros que constituyen el concepto de E.E. desarrollada en 1972 por Brown, Birley y Wing (Cabrero, 1988).<sup>17</sup>

## Capítulo 3.

### Esquizofrenia y familia

Desde que nació el concepto de esquizofrenia fue concebido como una enfermedad familiar; pero desde el punto de vista genético. De tal forma que aun hoy en día se considera que el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor en los familiares que en la población general; el riesgo es mayor cuanto más próximo es el parentesco y el riesgo aumenta si aumentan los familiares próximos con esquizofrenia. Así por ejemplo tener un progenitor esquizofrénico es riesgoso pero tener a ambos, hace que el riesgo se duplique muchas veces más.

Sin embargo, aun cuando parece evidente que hay un factor genético, no se puede afirmar con certeza que así sea; ya que existen enfermedades y trastornos que se agrupan en familias sin tener ninguna causa genética. De esta manera el patrón familiar de la esquizofrenia podría deberse a un mismo ambiente familiar compartido, a un cierto tipo de educación, quizás a determinados hábitos alimentarios nocivos, etc. ( Obiols y Obiols, 1989 ).<sup>58</sup>

Sea como fuere, los padres dan lugar el nacimiento de los hijos, por lo tanto son los padres los portadores de las características heredadas, y si estos padres son también quienes crían al hijo; con el mismo peso que transmitieron los genes transmitirán toda una herencia cultural: valores, normas, creencias y conductas que permitirá la adaptación a un medio ambiente sociocultural.

Pero también es factible que se contribuya a lo contrario; así, en las llamadas familias disfuncionales, se pueden apreciar pautas de conducta que llevan a algunos de los miembros a comportarse de manera desadaptada, dentro de las formas más severas estarían las denominadas como esquizofrenia.

En suma, aquello en lo que nos transformamos es una función de nuestra relación con los demás, por lo tanto el papel de la familia parece ser un determinante poderoso de la conducta humana.

En el marco de la psicopatología, han surgido dos corrientes que abordan la interacción familiar como factor que puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia: Las teorías psicodinámicas basadas en la relación familiar y la teoría del doble vínculo afectivo, que se centra en la comunicación familiar.

La primera fue propuesta por los teóricos psicodinámicos que creen que ciertas conductas de los padres podían inhibir el desarrollo apropiado del Yo en el niño. Esto, a su vez, lo haría vulnerable a la regresión grave característica de la esquizofrenia. La atención se centró sobre todo en la madre, quien por lo general tiene un mayor contacto con el niño; se le denominó "madre esquizofrenógena (o productora de esquizofrenia), se calificó de fría y sobreprotectora, rechazante y dominante, de manera simultánea o alternativa. Este patrón es el que conduce al desarrollo de esquizofrenia de acuerdo con la teoría psicodinámica (Sue, Sue y Sue, 1996).<sup>77</sup>

La teoría del doble vínculo afectivo implica la comunicación en la familia, fue propuesta por Bateson y cols.<sup>8</sup> Según estos investigadores existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, debido a que el término utilizado para la clase es de un nivel de abstracción diferente - un tipo lógico diferente del de los términos utilizados para los miembros -. Los autores opinan que cuando esta discontinuidad se infringe permanente e inevitablemente entre madre e hijo hay que esperar a priori que en el organismo humano se desarrolle una patología, pero en forma extrema esa patología dará lugar a un diagnóstico de esquizofrenia.

Así, importantes trabajos han sugerido la participación de la familia en el origen y sostén de la esquizofrenia. Un prueba de esto la podemos encontrar en los delirios y alucinaciones que presenta el esquizofrénico, los cuales a menudo se basan en las situaciones familiares. Al respecto cabe citar la afirmación de Schatzman:

*"Las personas consideradas como esquizofrénicas parecen describir durante su enfermedad situaciones de su vida social presente y pasada" (Schatzman, 1965).<sup>72</sup>*

Sin embargo, pese a la evidencia que hay de que la familia esta inmersa en el complejo problema que es la esquizofrenia,

en México las instituciones hospitalarias psiquiátricas proporcionan tratamiento únicamente al enfermo, por ser quien muestra los síntomas y este es principalmente a base de fármacos. El contexto en el que se encuentra el paciente no es considerado, pues desde que el padecimiento fue denominado como esquizofrenia se clasificó como enfermedad, por lo tanto ha sido tratada desde entonces como enfermedad con una base orgánica.

Con relación a esta situación Random House ha hecho una importante crítica sobre el trato y tratamiento que se le ha dado al paciente esquizofrénico, en dicho trabajo de revisión bibliográfica el autor citado expone lo siguiente:

*El punto de vista médico ha sido más sobre el paciente mismo que sobre el mundo social en el que vive y al que pertenece. Suele no tomarse en cuenta el cómo, el resto de la gente "normal" se comporta frente a, y para con el paciente (House, 1973).<sup>64</sup>*

No obstante que de acuerdo con Cooper, los primeros estudios de la familia de la que provenían los pacientes esquizofrénicos se dio en 1949 y a principios de la década de los 1950, aun hoy en día, en nuestro país, no se considera a la familia dentro del tratamiento de la esquizofrenia.<sup>21</sup>

Cuando inicio el estudio de la familia del paciente esquizofrénico, la atención se centró en la relación entre los padres del paciente esquizofrénico; los resultados mostraron que dicha relación tenía características de altos índices de insatisfacción según diversos criterios. A partir de estos estudios se describieron los rasgos predominantes de los miembros de la familia particularmente de los padres; así la madre del paciente fue descrita como manipuladora afectivamente, dominante, sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, mientras que el padre era visto como débil, pasivo, preocupado, enfermo o en algún otro sentido ausente como miembro efectivo de la familia (Cooper, 1985).<sup>21</sup>

De esta manera se origino la terapia familiar en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos y para la década de los 60, el estudio del paciente esquizofrénico se dirigió hacia la expresión consciente e inconsciente del grupo familiar, dicha dirección psicossocial tubo como marco de referencia importantes publicaciones tales como: "Hacia una teoría de la esquizofrenia" de Bateson en 1956 que intenta explicar la etiología de la esquizofrenia por un trastorno fundamental de la comunicación en el seno de la

familia. Posteriormente en 1964, "Cordura, locura y familia", de Laing y Esterson quienes mostraron el medio social inmediato de los esquizofrénicos, y exhibieron la acción perturbadora del medio familiar con gran precisión clínica. Su trabajo sugirió posibles nexos causales entre los familiares y el origen y desarrollo del padecimiento (Broustra, 1979).<sup>12</sup>

Uno de los primeros terapeutas en el tratamiento de esquizofrénicos con un enfoque psicodinámico fue Sullivan quien expuso que "el campo de la psiquiatría es el campo de las relaciones interpersonales y que una personalidad nunca puede estar aislada del complejo de las relaciones interpersonales en las cuales la persona ha vivido y se ha desarrollado" (Greenber y Mitchel, 1883). Los principios básicos y énfasis de Sullivan en su teoría interpersonal estaban fraguados por sus esfuerzos de alejar a la psiquiatría de su tiempo de su historia de biologicismo y preocupaciones pseudo objetivas nosológicas y llevarle en dirección de un punto de vista más verdaderamente psicodinámico. De esta manera, por primera vez Sullivan abrió la puerta a este campo de estudio de esquizofrénicos y sus familias. Él se dió cuenta claramente que la característica fundamental de la patología esquizofrénica, era una severa dificultad en la capacidad para relacionarse con otra gente y que ésta dificultad era producto no de un proceso biológico irreversible, sino de la historia de las interacciones del paciente con los otros significativos (Greenber y Mitchel 1883).<sup>39</sup>

Sullivan trabajo por mucho tiempo con estos enfermos siguiendo el modelo psicoanalítico y que posteriormente amplio su perspectiva para incluir las relaciones interpersonales. Propuso que nuestros conceptos del yo, identidad y autoestima están formados a través de nuestras interacciones con "otros significativos", de manera típica padres, hermanos y compañeros (idem.).

Los padres son quienes tienen la mayor parte en la responsabilidad de la socialización del niño; así, si los padres se comportan hacia el niño exaltando su valía, es probable que el niño desarrolle una autoimagen positiva y un sentido de autoestima. Además el yo se robustece y sustenta la fuerza emocional necesaria para perseverar a través de derrotas, conflictos y otros muchos eventos estresantes de la vida cotidiana. Aquellos padres que no ven a su hijo como una persona de valía y que le menosprecian o antagonizan con él, pueden orillarle a desarrollar, una autoimagen negativa, percibiendo entonces de sí mismo que no vale nada, que cualquier cosa que intente fallará (Sue y col, 1995).<sup>7</sup>

Se juzga importante considerar al paciente esquizofrénico en su contexto familiar y no solo enfocar la atención en el cuadro de síntomas que muestra el paciente, como se hace en el medio hospitalario. Ya que se concibe a la esquizofrenia como un producto de la dificultad para establecer relaciones interpersonales con las figuras importantes del individuo, como son sus padres, en especial la madre. Sin embargo sería erróneo rechazar el papel de los mecanismos internos que median las interacciones de un individuo con el medio ambiente. Un puente importante entre estas dos entidades lo establece la psicopatología del desarrollo que se interesa por los orígenes y curso de patrones desadaptativos de conducta, algunos de cuyas formas representan a los padecimientos psiquiátricos tradicionales como la esquizofrenia.

La psicopatología del desarrollo implica más que el estudio de niños perturbados incluye el descubrimiento y estudio de los recorridos de desarrollo que son lo precursores de los padecimientos tanto en niños como en adultos y también el estudio del curso de los padecimientos ya manifiestos (sus fases y sus secuelas). Mas aun este campo incluye comparaciones entre cursos normales y desadaptativos de desarrollo. Es aquí donde estriba la mayor singularidad de la aproximación evolutiva a la psicopatología. El padecimiento es visto como una desviación de desarrollo en donde los padres siguen siendo un factor determinante.

### 3.1 La esquizofrenia y la relación familiar

Desde el punto de vista de las teorías psicodinámicas, la esquizofrenia es un patrón característico de integración de las relaciones tempranas familiares; de esta manera hacen hincapié en las primeras relaciones interpersonales que tiene el niño, por lo cual generalmente se ubica en la madre la responsabilidad de engendrar el padecimiento y se establece que la esquizofrenia consiste básicamente en una regresión a etapas previas de desarrollo.

Dentro de esta corriente está Sullivan, uno de los primeros psiquiatras en tratar a esquizofrénicos con un método que difería de la psiquiatría Kraepeliana esforzándose por comprender el fenómeno esquizofrénico, en su teoría interpersonal planteo que "una personalidad nunca puede estar aislada del complejo de relaciones interpersonales en las cuales la persona ha vivido y se ha desarrollado" por lo tanto la esquizofrenia no es un proceso que emerge dentro de un organismo individual: "es una reacción a los eventos y procesos que tienen lugar (Greenberg y Mitchell, 1983).<sup>38</sup> De acuerdo con este concepto la familia es el medio por excelencia en el cual el hombre aprende a relacionarse, observando lo que hacen esas primeras figuras con las que se relaciona, después observándose a sí mismo en interacción con ellos; de esta manera una persona es lo que hace y todo lo que hace y es posible conocer es hecho dentro del campo interpersonal (ibidem).

Desde esta temprana época de su vida ya se sentía solo y angustiado; y no pudo ser acogido y fortificado por su madre, debido a que este tipo de madres son típicamente una persona profundamente ansiosa y precariamente integrada, cuya ansiedad crónica se ve intensificada con la llegada del niño debido al vínculo simbiótico - con sus características concomitantes de incorporación mutua y mala definición de los límites yoicos - que el niño necesita y por ende, trata de establecer con ella (Searles, 1965).<sup>74</sup> Este tipo de madre establece con el hijo relaciones que inhiben el desarrollo apropiado del niño.

En este sentido Arieti hace una definición de lo que es la esquizofrenia, considerando la génesis y desarrollo de la misma, la

cual es transcrita aquí: "Esquizofrenia es una reacción específica ante un estado extremo de ansiedad, que se origina en la infancia y que se acelera más tarde en la vida por factores psicológicos. Esta reacción específica consiste en la adopción de mecanismos arcaicos, que pertenecen a niveles más bajos de integración. En la medida en que el resultado es una regresión, pero no una integración en niveles inferiores, se produce un desequilibrio que origina más regresión, a veces a niveles más bajos aún del necesario para que sea posibles determinadas percepciones." (Arieti, 1965. P 319).<sup>5</sup>

Ya que en términos generales el desarrollo psicológico normal consiste en etapas sucesivas de diferenciación de la personalidad, cada una de las cuales está apoyada en una integración previamente lograda. Así de acuerdo con Searles, un desarrollo intrauterino razonablemente sano es necesario para la vida postnatal más temprana; una relación simbiótica entre el niño y la figura materna resulta esencial para la diferenciación del yo del niño como algo distinto del mundo circundante; se debe establecer un nivel eficaz de comunicación no verbal entre el niño y la madre para que puedan surgir los comienzos de la comunicación verbal en esa relación y es, indispensable que se establezca una comunicación verbal razonablemente confiable, en un nivel concreto, entre el niño y quienes lo rodean, para que aquel pueda alcanzar la diferenciación aun más adulta entre el pensamiento y el lenguaje literales y concretos, por un lado, y el pensamiento y el lenguaje abstractos y metafóricos, por el otro. También en la adultez, comprobamos que cuanto mayor es la integración de una persona, más ricamente diferenciada es su personalidad, tal como el árbol más alto y frondoso es aquel cuyas raíces se extienden más lejos, arraigándolo firmemente en la tierra nutrida. (Searles, 1980 p. 37).<sup>74</sup>

De esta manera es necesaria una relación simbiótica entre el niño y su madre para que se de un desarrollo sano del niño y para la maduración de la madre misma según afirma Searles.<sup>74</sup>

Silvano Arieti afirma que el niño tiene necesidades básicas que dependen del cuidado de los padres para poder sobrevivir, tales como alimento, sueño, reposo, calor y contacto con el cuerpo de la madre. Cuando estas necesidades se cubren sobreviene un estado de "satisfacción". Estas condiciones son necesarias para la sobrevivencia de todo ser vivo; pero el ser humano a causa de su organización más complicada, tiene una necesidad adicional, igualmente importante que es: la necesidad de seguridad, es decir, el sentimiento de estar seguro.

El autor asevera que el niño que es amado se da cuenta de que esta necesitado de que sus padres le cuiden, no porque deban, sino porque desean hacerlo así. Con la sensación de estar necesitado adquiere la sensación de que merece ser querido y amado, de pertenecer, de que forma parte de una familia y al mismo tiempo se le reconoce y acepta como individuo con su derecho propio. Afirma Arieti, que esta necesidad de seguridad se siente antes de terminar el primer año de vida (Arieti, 1965).<sup>5</sup>

Creemos que es desde que el niño nace esta presente esta necesidad, al igual que las necesidades que aseguran su sobrevivencia. Pero debido a que para el recién nacido ésta necesidad es compleja de ser manifestada, resulta difícil de ser reconocida, por lo que muchas veces no es captada por los adultos que le cuidan.

En condiciones normales y siguiendo los preceptos naturales, la maternidad genera en la madre el desarrollo de sensibilidad, que le permiten establecer lazos de comunicación de supremacía con ese ser; por percibirlo inicialmente como una extensión de sí misma. De esta manera cabría esperar que se cumpliera lo que afirma la Dra. Barroso (psiquiatra y psicoanalista de niños) "los niños nacen con la esperanza de ser amados y cuidados". Lo cual es función de los adultos responsables del cuidado del niño, que generalmente son los padres.

Pero en casos desafortunados se da la falta de satisfacción de las necesidades, provoca ansiedad tal como se ha observado también en mamíferos en condiciones similares, pero la carencia de "seguridad" dice Arieti; determina un tipo de ansiedad que es característico de la especie humana, al igual que la condición mental. Dicha ansiedad, es el ingrediente principal de esa situación mental, que también es específica del hombre: "la esquizofrenia".

La misma condición es descrita por otros autores con leves variaciones, pero que llegan al punto central que implica la "frustración de sus necesidades y la consecuente situación de ansiedad en las tempranas etapas, de la vida. Así tenemos que Fenichel lo plantea de la siguiente manera:

El niño cuando nace esta en un estado de inmadurez que se encuentra frágil, débil y es cuando más necesitado éste de cuidados, ya que esta limitado para comunicar sus necesidades,

mismas que solo puede exhibir mediante la excitación que no puede ser controlada y que conduce a movimientos incoordinados de descarga. Cuando estos movimientos son interpretados, por las personas que le rodean, como una señal de pedido de un cambio de situación, el niño puede interpretar esta serie de hechos como una "omnipotencia de sus movimientos". Primeros indicios del proceso de la autoestima. Cuando logra librarse de un estímulo displaciente hay una restauración de la autoestima. La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo es el suministro de alimento, que constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima. (Fenichel, 1987).<sup>33</sup>

Cuando el niño no tiene amor, aceptación y aprobación su deseo de autoestimación y autorrealización se ve frustrada por la acción de los adultos que lo cuidan; su seguridad se siente atacada y se origina ansiedad. El niño es obligado por su experiencia a renunciar a la creencia de su omnipotencia primitiva; ahora considera omnipotentes a los adultos y trata mediante la introyección, de participar de su omnipotencia. Después de renunciar a la omnipotencia propia participa en la omnipotencia del adulto a través de ganarse el amor del adulto, que es más poderoso que él. Todo indicio de amor por parte del adulto tiene el mismo efecto que tuvo el suministro de leche para el lactante. Así, el niño pierde autoestima cuando pierde amor y la logra cuando recupera amor (ídem. ).

Parece ser, que es esencialmente en ese primer año de vida cuando el niño demanda mayor necesidad de seguridad. Tal necesidad resulta difícil de poderla ubicar en una conducta específica como sería el hambre, en donde el niño busca con la boca el pezón que lo ha de alimentar y que la madre reconoce como búsqueda de alimento. En el caso de la necesidad de seguridad no es expresada de una manera tan tangible por el niño y captarlo a la madre o adulto que lo cuida resulta difícil si no ha establecido una relación de empatía con el niño; dicha necesidad de seguridad engloba las siguientes condiciones: amor, amparo y aprobación.

De acuerdo con los teóricos de ésta corriente, el niño aprende a formarse idea de su propio papel en la vida desde el punto de vista de todos los participantes en su mundo interpersonal. De esta forma cuando no está rodeado de amor, aceptación y aprobación. Su deseo de autoestimación y autorrealización 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.

Bowlby considera que la ansiedad puede explicarse bajo el enfoque etológico mejor que sobre cualquier otra teoría, para lo cual se transcribiré la siguiente cita textual:

*Porque se hace evidente que el hombre, al igual que otros animales, responde con temor a determinadas situaciones, no porque éstas conlleven un alto riesgo de dolor y peligro, sino porque indican un aumento del riesgo. Así, al igual que los animales de muchas especies - incluyendo al hombre - tienden a reaccionar con temor a un movimiento súbito o a un cambio marcado en el nivel de sonido o la luz porque ello tiene un valor de supervivencia, muchas especies - incluyendo el hombre - tienden a reaccionar ante la separación de una figura potencialmente dadora de cuidados, y por las mismas razones ( Bowlby, 1989 p. p. 44). <sup>14</sup>*

De esta forma podemos darnos cuenta de la intensidad de ansiedad que experimenta el niño, cuanto más tempranamente lo vive, pues mayor es su dependencia de la figura dadora de cuidados; y donde además podemos inferir que la relación madre - hijo en la temprana edad, es la base de las relaciones que el niño mantendrá en el futuro. En opinión de Bowlby cuando vemos la ansiedad de separación como una disposición humana básica, sólo tenemos que dar un pequeño paso para comprender por qué las amenazas de abandonar a un niño, a menudo utilizadas como medio para controlarlo, resultan tan aterradoras.

Los padres pueden estar tan equivocados que utilizan pautas de conducta con influencias destructivas, creyendo que son constructivas y necesarias para el desarrollo del niño. Así el niño adquiere de los padres la actitud que mantendrá hacia sí mismo y hacia los otros. Con respecto al concepto de sí mismo y los otros, Bowlby creó el concepto de "modelos de trabajo interno" para describir cómo el infante desarrolla, a través de sus interacciones con su cuidador principal, el sentido de sí mismo y de otros (idem.).

Dice Arieli que los padres provocadores de ansiedad son generalmente inadaptados, personas que no son capaces de dar. Parece que estuvieran 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. En tanto que el niño está dispuesto a renunciar a las demás satisfacciones si hay una promesa de cariño

como recompensa o si se les amenaza con retirárselo. Todo niño en proceso de educación 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. Entonces, la desaprobación puede ser interpretada por el niño como desamor y produce descontento, miedo al castigo y sobretodo " "ansiedad". Cuanto más precoz es la desaprobación, antes aparecerá ansiedad. 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; sin embargo no son tan peligrosas como "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 (Arieti, 1965).<sup>5</sup>

Aunque la madre es quién contribuye principalmente para que se de la esquizofrenia, ambos padres participan por diferentes razones. La condición más común es: Una madre dominante, regañona y hostil, que no da al niño ocasión para asegurarse a sí mismo, esta casada con un hombre dependiente, inseguro, demasiado débil para ayudar al niño. Un padre que no protege al niño por temor a perder la correspondencia sexual de su mujer, o simplemente porque no es capaz de oponerse a su fuerte personalidad, es tan pernicioso para el niño como la madre. Puede darse la combinación opuesta (Idem.).

El niño que sufre a consecuencia de la reprobación constante de los padres, por lo general de la madre y trata desesperadamente de conservar una imagen buena de ella a costa de sí mismo. Es decir trata de mantener la imagen de la madre como persona benévola, lo cual le lleva a justificar su actitud brusca y estricta con él, porque es malo, por lo tanto desarrolla una imagen de sí mismo de niño malo, se considera inadecuado y tiene poca estimación de sí mismo.

La razón para que el niño conserve una buena imagen de la madre es porque es más tolerable pensar que es castigado por una madre buena, porque merece; que pensar que es injustamente castigado. Si se le castiga sin ser malo, tendrá un sentimiento de desesperación; la situación le parecerá irremediable. El niño que se

educa en este ambiente generador de ansiedad muestra pautas de conducta relativamente determinadas en sus relaciones interpersonales. Así una manera de obtener amor es satisfaciendo los deseos de sus padres y renunciando a los suyos propios, llega a pensar que no existe otro salida, que los padres aunque "buenos" nunca condescienden; él puede obtener amor y aprobación, y así conserva cierta estimación propia, a costa de sumisión. Se convierte en persona dócil.

Otros niños se dan cuenta que sus padres solo seden si ellos dan gritos o hacen berrinches. Estos niños desarrollan una personalidad agresiva, hostil. En tanto que otros niños aprenden que el mejor medio de evitar la ansiedad es manteniéndose a la mayor distancia posible de sus padres, guardando una separación emocional o física. Así adquieren una personalidad retraída, autista.

De esta suerte, un medio de defensa importante consiste en adquirir uno de estos tipos de personalidad: dócil, agresiva o autista, o una mezcla de ellas - si entendemos por personalidad las pautas predominantes de relación con los demás. Este tipo específico de esta importantísima relación interpersonal primaria (progenitores-niño) es el que determina cual de los tres tipos de afinidad adquirirá el niño. Puesto que son dos los padres y no son consecuentes en sus actitudes, generalmente resulta una mezcla de diversos tipos, aunque con un tipo predominante (idem.).

Al respecto Searles afirma que un hijo con este tipo de madre ofrece un sacrificio básicamente amoroso y leal de la propia individualidad, con el propósito de preservar el equilibrio inestable de la personalidad materna (Searles, 1980).<sup>74</sup>

Lo anterior nos da una idea de las condiciones de vida que llevan estas personas, de la razón de que se sientan inseguros o con un yo débil, que estén continuamente ansiosos y que las dificultades en el diario vivir para ellos signifiquen amenazas reales de desintegración. Tal estado es descrito magistralmente por Laing bajo la denominación de "inseguridad ontológica", tal descripción es la siguiente:

*"El individuo, en las circunstancias ordinarias del vivir, puede sentirse más irreal que real; en sentido literal, más muerto que vivo; precariamente diferenciado del resto del mundo, de modo que su identidad y autonomía están siempre en tela de juicio. Puede carecer de la experiencia de su propia continuidad temporal. Puede no poseer un sentido contrarrestador de congruencia y cohesión*

*personal. Puede sentirse más insustancial que sustancial, e incapaz de suponer que la estofa de que está hecho es genuina, buena, valiosa. Y puede sentir que su yo está parcialmente divorciado de su cuerpo".*

Agrega el autor que la persona ontológicamente insegura está más preocupada por preservarse que por complacerse a sí misma: las circunstancias ordinarias del vivir amenazan su débil umbral de seguridad (Laing, 1994, p. 38).<sup>48</sup>

El contrario de la situación de inseguridad, es la "seguridad ontológica" en donde "el individuo puede experimentar su propio ser como real, vivo, entero; como diferenciado del resto del mundo, en circunstancias ordinarias, tan claramente que su identidad y su autonomía no se pongan nunca en tela de juicio; como continuo en el tiempo, que posee una interior congruencia, sustancialidad, autenticidad, y valor; como espacialmente coextenso con el cuerpo; y, por lo común, como comenzando en el nacimiento, o poco después de él, y como expuesto a la extinción con la muerte" (idem.).

De esta manera podemos entender porque más tarde cuando las demandas bio-psico-sociales aumentan, el individuo con unas condiciones de desarrollo como las antes mencionadas no pueda contener con ellas, su ansiedad aumente y sobrevenga el estado conocido como esquizofrenia.

Tal estado lo describe Fenichel como: "un colapso de la aptitud para el juicio de realidad, una "desintegración del yo" que significa nada menos que una grave solución de continuidad en la personalidad, también puede ser interpretado como un regreso a la época en que aún no se había constituido el yo o comenzaba apenas a constituirse (Fenichel, 1987).<sup>33</sup>

En conclusión, desde el enfoque de la teoría psicodinámica la esquizofrenia tiene sus orígenes en la ansiedad que padece el individuo desde su infancia temprana, por lo que generalmente es la madre la fuente principal de la ansiedad. No obstante, generalmente son dos los padres del niño, por lo tanto ambos padres participan en el establecimiento de estas condiciones propiciatorias de esquizofrenia.

Por ejemplo, Broustra señala que si a las características de este tipo de madre antes descrita, se añade la anulación de la figura paterna y como consecuencia, su incapacidad de inducir ley

simbólica alguna, queda perfilada una tragedia triangular, en la que el sujeto permanecerá inmerso junto con su madre en una díada ambivalente.<sup>12</sup>

El autor agrega que este enfoque fue iniciado por el psicoanálisis, que sitúa el proceso psicopatológico en la necesaria interacción de varias personas unidas por el vínculo familiar. Dicho autor hace resaltar tres condiciones características de estas familias, en base al estudio de Laing con familias de esquizofrénicos que son:

1) - Insularidad familiar, próxima al ghetto, que explica el carácter cerrado de tales familias, escaso intercambio con el exterior. A menudo es la célula familiar en sí, la solidaridad, la cohesión, la que se convierte en sí misma en objeto de culto e ideal soberano. De esta forma el sujeto no puede situar las posibilidades de agresión dentro de la familia; el peligro provendrá siempre del exterior. La familia insular se protege de sí mismo de los factores de distocación interna, mediante sutiles medidas policíacas: reclusión, apartamiento, alejamiento con posibilidad de vigilancia, persuasión por el miedo, censura. Todas estas operaciones van a converger en el esquizofrénico que refleja tal efecto: <<retirarse al interior>>. En estas condiciones se hace resaltar el clima incestuoso que se disimula en esta insularidad.

2) - Existencia de una tiranía que es ejercida por aquel de la familia que posee mayor capacidad de intimidación sobre expresiones espontáneas de los demás miembros de la familia. A veces se ejerce bajo el aspecto engañoso de actitudes benévolas o tolerantes.

3) - El Re - bis (frecuentemente materna) obliga al sujeto a ser replica, un reflejo. Al niño se le prohíbe cualquier manifestación de posible autonomía, situación que se prolongará en su vida adulta: Debe seguir hasta en el discurso potencia del cuerpo materno.

Broustra afirma que en esta red, el dispositivo edípico no puede funcionar al no poder desempeñar ninguna persona (ni el padre), el papel de separador con acceso a una ley simbólica y por tanto estructurante. De esta manera, el sujeto y su familia se ven enmarañados en un verdadero nexo que una vez declarada la esquizofrenia, mantiene el conjunto de estas personas en un clima de angustia e infelicidad. Ya que todo el mundo sufre en el interior contradicciones en su mayor parte inconscientes (Broustra, 1979).<sup>12</sup>

Por otra parte, Searle afirma que el niño con este tipo de padres no puede incorporar de manera útil los ingredientes de la personalidad de sus progenitores, cuya relación interpersonal está muy mal integrada, padres que parecen funcionar casi sin ninguna coordinación o incluso con una coordinación de tipo antagónico. Así, en un nivel intrapsíquico, las introyecciones que el niño hace de la madre no se pueden integrar bien con las introyecciones correspondientes al padre (Searles, 1980).<sup>74</sup>

Con respecto a la familia, el autor dice que la "seudomutualidad" familiar impide la diferenciación del niño, sea la de su identidad personal o de su visión del mundo circundante, debido a que las familias de esquizofrénicos convierten en fetiche, por contraste lo que se podría llamar una seudomutualidad. Con frecuencia oculta las verdaderas diferencias individuales de los miembros de la familia, de modo tal que la familia no ofrece al niño individuos reales generalmente reconocidos con los que aquel pueda identificarse. En cambio, crece viéndose a sí mismo sólo como parte de la supuesta totalidad de la familia unitaria, no diferenciado de ella. Crece en el supuesto de que sería una deslealtad imperdonable, y una total falta de amor por la familia, diferenciarse de ella. En una familia así, la interacción bipersonal significativa que todo niño necesita establecer con los otros miembros no puede florecer ni reconocerse como tal, pues esto también implica la deslealtad mutua de los dos individuos hacia la familia. Así, esa interacción que carece de validación por acuerdo mutuo, suele quedar disociada, tal como las disensiones existentes en la familia que el paciente tiende a introyectar (Searles, 1980 p.39).<sup>74</sup>

En el trabajo de Zacarías se mencionan aportaciones de varios autores que han investigado los rasgos de personalidad de los padres de los pacientes esquizofrénicos; en donde se señalan actitudes tan negativas para el niño, como las de la madre. En dicho trabajo se clasifican los rasgos de personalidad de estos padres en tres grupos que son:

- 1- Pasivo, inmaduro y retraído
- 2- Dominante y sádico
- 3- Distante, pomposo y narcisista.

Entre las conductas más frecuentes de estos padres dominantes se describen las siguientes: denigran a la esposa y a los

hijos constantemente, se vuelven rivales de los hijos, por la atención de la madre. Se menciona la relación que se ha encontrado entre un padre distante y un niño autista. En que tanto que la madre es descrita impregnada de angustia, inseguridad y sentimientos de culpa; trilogía sobre la cual se da el perfil de personalidad del denominado - "Madre esquizofrenógena" (Zacarias, 1995).<sup>82</sup>

Un panorama más descriptivo del rol que llevan a cabo los miembros de la familia de la que proviene un esquizofrénico es de acuerdo con Jay Haley, el siguiente:

"Un esquizofrénico debe haber tenido una madre poseedora de una gama de conductas solo igualada por la mejor de las actrices. Cuando se le molesta (hecho que puede ocurrir ante cualquier sugerencia que se le haga) es capaz de sollozar, amenazar con la violencia, expresar un condescendiente interés, amenazar con volverse loca, ser buena y piadosa y asegurar que desaparecerá del país si le dicen una palabra más. Cuando se enfrenta a este tipo de madre con el horrible hijo que crió, es capaz de decir inocentemente que ella no tiene la culpa ya que en toda su vida jamás hizo nada para sí misma y en cambio, hizo todo para su hijo".

Así mismo, el autor citado establece que para el verdadero florecimiento de la esquizofrenia tampoco es suficiente una madre semejante y describe el complemento.

"Para compensar la flexibilidad otorgada por la madre, el esquizofrénico debe tener un padre que le enseñe a mantenerse imperturbable. Este padre tiene una terquedad inigualable entre los hombres (posee también la habilidad de mantener a su mujer en un estado de desesperación exasperada que ayuda a ésta a utilizar toda la gama de conductas que posee). Ocasionalmente, cuando aparece y está sobrio, el padre puede decir: "Tengo razón, Dios sabe que no me equivoco, lo negro no es blanco y usted también lo sabe en el fondo de su corazón".

La función del esquizofrénico consiste en ser el hijo elegido por los padres, ese hijo especial del que se esperan hechos notables. Todo lo que este hijo hace adquiere una importancia exagerada y pronto aprende que puede desencadenar un terremoto en la familia con alguno de sus movimientos. Pero su función preponderante consiste en ser el fracaso de la familia de manera notable. El esquizofrénico ocupa un lugar clave en la red empantanada familiar, se encuentra atrapado en el conflicto

parental, también está mezclado en la lucha triangular entre su madre y la madre de ésta, su padre y la madre de éste y los otros tantos conflictos generacionales que surgen en estas familias, se pasa la vida equilibrando distintos triángulos familiares conflictivos, todos centrados en él, de modo que cualquier cosa que diga o haga tiene repercusiones en otro. Si hace algo para agradar a sus abuelos, molestará a sus padres, si esta de acuerdo con una persona despertará el antagonismo de muchas. Por lo tanto debe aprender a comunicarse de tal modo que deje satisfechos a todos, diciendo algo y descalificándolo por medio de un enunciado conflictivo y sosteniendo luego que no fue eso lo que quiso decir. Este complicado modo de adaptación hace que su conducta parezca extraña.

Por último dice Haley, es importante pero no esencial, que un esquizofrénico tenga un cierto tipo de hermano o hermana; el tipo de persona que se hace odiar de inmediato -el que hace todo bien, alumno modelo, un dulce débil y amable "hijo" que sirve de contraste para que el futuro esquizofrénico aprenda a ser el perfecto idiota que la familia espera que sea (Haley, 1969, p.p. 152- 158).<sup>41</sup>

Resumiendo: el esquizofrenico debe provenir de la familia adecuada y tener los padres apropiados como modelo. Debe haber aprendido a manejar y equilibrar triángulos familiares conflictivos y ser lo suficientemente perceptivo como para no resbalar en un pantano de trampas y desesperación. Debe haber aprendido a soportar ser el centro de la atención más intensa, tener gran habilidad en ocultar sus emociones, indicando que no es responsable de sus actos, sino que éstos simplemente ocurren; debe saber percibir las amenazas implícitas en cada situación y adquirir la capacidad de estabilizar cualquier sistema en el que esté comprometido, aceptando el papel de chivo emisario para sostener las insuficiencias de los que lo rodean (idem.).

Todas estas pautas de conducta descritas en los textos, como condiciones observadas en las familias de esquizofrénicos pueden ser fácilmente corroboradas en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados. Por lo que a menudo una puede preguntarse, si es solo la persona identificada como esquizofrénico el que esta trastornado o es toda la familia, y si tratar al paciente aisladamente tiene algún beneficio real.

### 3.2 Esquizofrenia y la comunicación en la familia

La segunda teoría que implica a la familia en la génesis de esquizofrenia es la teoría del doble vínculo afectivo, creada por Bateson en la década de (1950), basado en sus estudios sobre la codificación de la información y aquellos acerca de la codificación lógica serán el fundamento del saber básico: de las aplicaciones de la teoría de los sistemas a la psicopatología (Bateson y col. 1985).<sup>8</sup>

Esta teoría se dio a conocer en 1956, fué desarrollada por Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley y J. H. Weakland, quienes trabajaron en Palo Alto, California. Con su aportación introdujeron un desarrollo decisivo para el examen cuidadoso de la interacción familiar (Cooper 1985).<sup>22</sup> Inicialmente estos teórico propusieron que la psicopatología de la esquizofrenia era el resultado de la inconsistencia en las comunicaciones familiares.

El punto central de la teoría es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, debido a que el término utilizado para la clase es de un nivel de abstracción diferente un tipo lógico diferente del de los términos utilizados para los miembros. Los autores establecen que aunque en la lógica formal se procura mantener la discontinuidad entre una clase y sus miembros, opinan que en la psicología de las comunicaciones reales esta discontinuidad se infringe permanentemente e inevitablemente y que debe esperarse a priori que en el organismo humano se desarrolle una patología cuando determinados patrones formales de esa infracción están presentes en la comunicación entre madre e hijo. Además proponen que en su forma extrema, esta patología dará origen a síntomas cuyas características formales conducirán a un diagnóstico de esquizofrenia.

Así, en la teoría del doble vínculo se establece que los humanos manejamos comunicaciones que incluyen múltiple tipos lógicos, ejemplo de estos son la fantasía, la metáfora, el sacramento, etc., donde parece existir un intercambio de señales que identifican determinadas conductas significativas. Estas señales son de un tipo lógico superior al de los mensajes propiamente dichos, porque entre los seres humanos esta clasificación y rotulación de los mensajes y las acciones significativas alcanza una gran complejidad, además de que el vocabulario relacionado con tales discriminaciones está aún

muy poco desarrollado y recurrimos esencialmente a medios no verbales como la postura, el gesto, la expresión facial, la entonación y el contexto para comunicar esos rótulos, sumamente abstractos pero de vital importancia.

Aunado a lo anterior, los seres humanos pueden emitir falsas señales identificatorias, como en el caso de la risa fingida, la simulación manipulativa de la cordialidad, la demostración de buena fe preparatoria de una estafa, etc. De importancia mayor aun la falsificación inconsciente de esas señales en el propio sujeto, éste se oculta a sí mismo su hostilidad y la disfraz de juego metafórico, o bien como falsificación inconsciente de la comprensión que él tiene de las señales identificatorias emitidas por otra persona, así puede confundir timidez con desprecio.

Otro factor importante para la base de la comunicación es el nivel múltiple de aprendizaje y la asignación de tipos lógicos a las señales, estos dos fenómenos son inseparables, ya que la capacidad de manejar múltiples tipos de señales es una habilidad aprendida, y por consiguiente una función de los múltiples niveles de aprendizaje.

Así, según estos autores la denominación que se hace al esquizofrénico sobre "tener una función yoica débil" se basa precisamente en el proceso de distinguir los modos comunicacionales, sea dentro del sujeto o entre este y los demás. Manifiesta la debilidad en tres áreas de esa función: a) tiene dificultad para asignar el comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas; b) tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que él mismo emite en forma no verbal; c) tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a sus propios pensamientos, sensaciones y perceptos (Berger, 1993).<sup>9</sup>

Según esta hipótesis, la esquizofrenia es esencialmente el resultado de la interacción familiar basada en la comunicación, a partir de ella el sujeto adquiere los hábitos mentales ejemplificados en la comunicación esquizofrénica. La hipótesis plantea, que las secuencias de este tipo en la experiencia externa del paciente son responsables de los conflictos internos en la asignación de tipos lógicos. Los autores llaman "doble vínculo" a estas secuencias insolubles de experiencias.

Según los autores de la teoría del doble vínculo afectivo, los ingredientes necesarios para que se establezca dicha situación son los siguientes:

1. Dos o más personas.
2. Una experiencia repetida.
3. Un mandato negativo primario.
4. Un mandato secundario, en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y, al igual que el primero, reforzado por castigos o señales que amenazan la supervivencia. Este mandato secundario suele ser comunicado al niño por medios no verbales (postura, gestos, tono de voz, acción intencionada, y por las implicaciones ocultas en el comentario verbal), pueden utilizarse para transmitir el mensaje más abstracto. El mandato secundario puede chocar con cualquiera de los elementos de la prohibición primaria. En consecuencia, la verbalización del mandato secundario puede asumir gran variedad de formas.
5. Un mandato negativo terciario, que prohíbe a la víctima eludir la situación.
6. Finalmente, el conjunto completo de estos ingredientes ya no resulta necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su entorno según el modelo del doble vínculo. Entonces cualquiera de los segmentos de una secuencia de doble vínculo puede ser suficiente para desencadenar la furia o el pánico. Incluso es posible que los mandatos conflictivos sean impartidos por voces que el niño alucina (Berger, 1993. P.p. 12).<sup>9</sup>

Cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de establecer comunicación de acuerdo con los tipos lógicos que normalmente establecen. Es decir un individuo que ha crecido en este tipo de familias interpretará literalmente un enunciado metafórico y si tiene que responder se enfrenta con mensajes que experimenta como contradictorios y para colmo es incapaz de comentar las contradicciones; porque este individuo ha vivido en una familia que se rige por una pragmática diferente de la comunicación.

Esto es: cada grupo natural con historia, en los cuales la familia es fundamental, se forma en un cierto lapso mediante una

serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así sobre lo que está y no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares.

Así, la familia de un esquizofrénico se rige por un tipo de relaciones y, por ende, de normas de ese tipo de patología, y tanto las conductas - comunicación como las conductas respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas (o normas) y, por lo tanto, las relaciones patológicas (Selvini y cols. 1988. P. 13).<sup>63</sup>

Una familia inmersa en la condición de doble vínculo presenta las siguientes características:

1. Un hijo cuya madre experimenta ansiedad y se retrae si el niño le responde como a una madre cariñosa.

2. Una madre que no acepta sus sentimientos de ansiedad y hostilidad hacia su hijo, y cuya forma de negarlos consiste en manifestar abiertamente una conducta amorosa para inducir al niño a responderle como a una madre cariñosa, y en apartarse de él si no lo hace.

3. La falta en la familia de alguna persona, por ejemplo, un padre fuerte y perspicaz que pueda intervenir en la relación entre la madre y el hijo y apoyar al niño frente a las contradicciones.

De acuerdo con los autores la madre de un esquizofrénico expresa simultáneamente por lo menos dos tipos de mensajes. Estos pueden caracterizarse como a) conducta hostil o de retraimiento, que surge cada vez que el niño se le acerca y b) conducta simulada de amor o acercamiento, que surge cuando el niño responde a su conducta hostil y de retraimiento como una forma de negar ese retraimiento. Su problema consiste en dominar su ansiedad controlando la proximidad y la distancia entre ella y su hijo. Lo esencial es que su conducta amorosa es un comentario sobre su conducta hostil (ya que es una compensación por ella) y, en consecuencia, es un mensaje de un tipo diferente del de la conducta hostil; es un mensaje sobre una secuencia de mensajes. Sin embargo, por su naturaleza niega la existencia de los mensajes a los que se refiere, es decir, de retraimiento hostil.

La madre utiliza las respuestas de su hijo para afirmar que su conducta es cariñosa, y como ésta es simulada, el niño se

encuentra en una posición en la que no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre, si desea mantener su relación con ella debe discriminar en forma errónea sus propios mensajes internos. Como consecuencia el niño se ve obligado a distorsionar sistemáticamente su percepción de las señales metacomunicativas. La madre controla las definiciones que el niño realiza de sus propios mensajes, y también la de sus respuestas a ella, insistiendo en que ella no se preocupa por sí misma, sino solamente por él. Por consiguiente el camino más fácil para el niño es aceptar como real la conducta amorosa simulada de su madre, con lo cual su deseo de interpretar lo que sucede se debilita. No obstante, su madre se aleja de él, y define este alejamiento como lo correcto en una relación afectuosa.

Por otra parte si acepta como real la conducta amorosa simulada de su madre tampoco es una solución, porque buscará acercársele; esto provocará en la madre sentimientos de temor y se verá compelida a alejarse. Pero si él se aparta, ella interpretará este alejamiento como una afirmación de que no es amorosa, y lo castigará por alejarse, o lo buscará para acercarlo. Si entonces el niño se acerca, ella responderá alejándolo. *El niño es castigado por interpretar correctamente lo que expresa su madre, y también por interpretarlo erróneamente: Esta atrapado en un doble vínculo (Berger, 1993).*<sup>9</sup>

Entendemos que tan extrema puede llegar a ser la situación que da lugar a la aparición de esquizofrenia desde esta visión teórica; si consideramos a un niño con una madre que establece relación del tipo "doble vínculo afectivo", desde el inicio de su vida; pues es en interacción con ella que se desarrollan inicialmente las funciones que dan lugar al proceso intelectual. Entendiéndose por proceso intelectual cualquier clase de actividad mental organizada, en virtud de la cual se pretende una comprensión de la realidad.

En la misma dirección de la lógica comunicacional Arieti afirma que el esquizofrénico adopta un sistema de lógica diferente que lo lleva a deducciones diferentes de las que usualmente alcanzan las personas sanas; esta lógica es la utilizada en el sueño y el pensamiento autista, que es primitivo por lo que se le ha denominado paleológico (Arieti, 1965 ).<sup>5</sup>

Al respecto Searles afirma que los pacientes esquizofrénicos no pueden identificar claramente la naturaleza de un

mensaje, es decir no pueden distinguir entre una metáfora y la realidad, y así ocurre no sólo con los mensajes que estos reciben o emiten, sino también con sus mensajes internos, son incapaces de distinguir entre sueños y percepciones, "padecen alucinaciones". Al esquizofrénico le resulta difícil diferenciar, desde el punto de vista perceptivo, a una persona de otra, de modo que tiende a confundirlas. Por otro lado, reacciona frente a los hechos de la vida cotidiana (comer, vestirse, dormir, etc.), que normalmente entendemos como concretos y literales como si poseyeran una significación simbólica (Searles, 1965 ).<sup>75</sup>

Como se describió, el futuro esquizofrénico es un niño cuya madre experimenta ansiedad si la pone ante la situación de un contacto íntimo; dada tal situación, la madre expresará simultáneamente dos tipos de mensajes que en términos generales son: 1) conducta de hostilidad o de retraimiento, que se da cada vez que el niño se le acerca y 2) conducta aparente de amor y acercamiento, cuando el niño responde a su conducta de hostilidad y retraimiento, como una manera de negar dicha acción.

Visto de esta manera, podemos entender que se carece de una relación íntima y segura que tiene cabida mucho antes de que se establezca el lenguaje verbal, ya que una de las características del doble vínculo es que la madre no tolera la relación estrecha y el contacto es el primer medio de interacción personal, es por excelencia el medio por el cual iniciamos a tener contacto con los otros.

Bowen establece que el contacto madre-hijo es el medio de aprendizaje temprano de la perspectiva comunicacional; afirma que un niño que no aprende las formas de contacto usuales con su madre, no aprenderá a tomar contacto con otras personas. Y debido a esto, es posible que tampoco pueda aprender las conductas posteriores de entablar, conservar y comprender las relaciones humanas. Por lo tanto, dice Bowen, podemos argumentar que la esquizofrenia es un trastorno de la comunicación o de las relaciones sociales en el que también se desarrollan problemas emocionales y cognitivos. La hostilidad, la desconfianza y el aislamiento son consecuencias de los intentos fallidos de operar en un campo de participación social (Berger 1993, p. 134).<sup>9</sup>

En apariencia el móvil de la conducta de la madre es dominar su ansiedad controlando la distancia entre ella y su hijo. Pero coloca al niño en una posición sin salida; si responde al afecto que le

muestra su madre, ésta sentirá ansiedad y para defenderse de la intimidad con él, lo castigará o argumentará que no es real que es simulada, confundiénolo de este modo respecto de la naturaleza de sus propios mensajes. Pero si el niño no le manifiesta afecto, ella lo interpreta como de que no es una madre cariñosa, lo cual la pondrá ansiosa. En consecuencia lo inducirá a que le demuestre que la ama, si él responde y se muestra afectuoso. Ella no solo estará otra vez ansiosa por su proximidad, sino que tal vez experimente resentimientos por haber tenido que obligarlo a responderle.

Las razones precisas de tal actitud maternal son aleatorias, individualizables en cada caso: Pueden ser el hecho de que, el tener un hijo, crea en ella una ansiedad frente a sí misma o de sus relaciones con su familia; o bien que a ella le importa que la criatura sea un varón o una niña, o que el niño haya nacido el día de aniversario de alguno de sus propios colaterales; o que el hijo se encuentre en la misma situación de parentesco como ella misma en la familia, o que el hijo le interese por otras razones en relación con sus propios problemas emocionales." Contextos maternos y familiares múltiples e innumerables determinantes particulares pueden dar vida o existencia patógena al modelo sistémico del doble vínculo.

Todas estas situaciones antes descritas en relación a las conductas observadas en las madres de pacientes esquizofrénicos, dio lugar a que en la década de los 50, los psicoterapeutas vieron en ésta teoría, mucho más de lo que en realidad era, y la tomaron como la respuesta a la etiología de la esquizofrenia dando rienda suelta a la euforia de tener una explicación a lo incomprensible del origen de la esquizofrenia. Por lo tanto muchos de ellos acusaron a los padres y en especial a la madre, a quienes consideraban parásitos que se alimentaban de sus hijos. Berger señala que muchos terapeutas no comprendieron lo que Serales describió en 1958 al respecto del doble vínculo, que "había una necesidad mutua de fusión, entre esas madres y sus hijos, que existe un genuino amor recíproco " un tipo de amor que se expresa en una forma extremadamente reforzada pero que de todos modos es amor ( Berger, 1993 ).<sup>9</sup>

En una evolución de este enfoque familiar, en los últimos 25 años se ha abordado la etiología y, el desarrollo de la esquizofrenia desde el punto de vista de la familia global, poniendo énfasis en la comunicación, la interacción y las relaciones entre los miembros de la familia. Uno de los más interesantes por su corte longitudinal es el realizado en Yale por Lidz, Fleck, Cornelison y sus colegas, quienes comprobaron que ciertos aspectos de la personalidad de los padres

y la interacción de toda la familia, determinaba gran parte de los que se consideran fenómenos característicos de los individuos diagnosticados como esquizofrénicos. Algunas de las formas corrientes de disfunción familiar que parecían estar relacionadas con el funcionamiento esquizofrénico eran las siguientes:

1. Fracaso en formar una familia nuclear, en el sentido de que uno de los padres (o ambos) permanece primariamente apegado a uno de sus propios padres o hermanos.

2. Cismas o rupturas familiares debidos a disensiones entre los padres y/o a la falta de reciprocidad de los roles.

3. Desviaciones familiares presentes, es decir, una relación diádica en la familia domina la vida familiar a expensas de las necesidades de otros miembros de la familia.

4. Confusión de los límites generacionales en la familia, como por ejemplo:

(a) cuando uno de los padres compite con los hijos;

(b) cuando uno de los padres establece un vínculo especial por uno de los hijos, aportando una base fáctica a la pretensión del esquizofrénico de que, para ese padre, él es más importante que el otro padre; y

(c) cuando existe una persistente erotización de la relación entre uno de los padres y un hijo.

5. Penetración generalizada de ideas irracionales, frecuentemente paranoides, en la atmósfera familiar.

6. Persistencia de pensamientos y comportamientos incestuosos conscientes.

7. Aislamiento sociocultural de la familia.

8. Los niños no son educados de una forma que les facilite la separación y emancipación de la familia.

9. Incertidumbre de los padres acerca de sus roles sexuales, o imprecisión de los mismos, lo cual hace que al niño le resulte difícil alcanzar su propia identidad y madurez sexuales.

10. Los padres se presentan a sí mismos como personas con las cuales los hijos deben identificarse, en una forma que no es compatible con lo que el niño necesita para desarrollar adecuadamente su propia personalidad.

11. Los hermanos del mismo sexo que el paciente diagnosticado están más trastornados que los del sexo opuesto.<sup>9</sup>

Se han llevado a cabo diversos estudios en base a esta teoría, se ha intentado reproducir el doble vínculo y sus consecuencias tal como ha sido descrito clásicamente, pero no hay reportes de que hayan vuelto loco a sujeto alguno; en opinión de Berger es posible que se deba a que no puede ser reproducido artificialmente el doble vínculo tanto por sus componentes conocidos como por los que aun son desconocidos.

Al respecto los hermanos Sue afirman que los estudios que han apoyado la idea de que la comunicación es menos clara y precisas en familias con un miembro esquizofrénico, contienen problemas metodológicos que impiden su generalización a una relación entre la esquizofrenia y la dinámica familiar. Los defectos más comunes son:

1. Las interacciones de la familia fueron estudiadas sólo después de que uno de sus miembros había sido diagnosticado como esquizofrénico.

2. La falta de grupo control. Por tanto, aun si la interacción familiar difícil se correlacionaba con la esquizofrenia, los investigadores no podían decir cuál era la causa y cuál el efecto, o si la correlación era única para la esquizofrenia (Sue, 1995, p.p. 438).<sup>79</sup>

Pese a todos los argumentos en contra de la influencia de la familia en la génesis de la esquizofrenia, no se puede negar que las madres de estos pacientes presentan características particulares. Quizá por esta razón, pese a las críticas en contra de esta teoría las comunicaciones fallidas y distorsionadas continúan siendo enfatizadas fuertemente en los enfoques de sistemas familiares. Entre las cuales podemos citar a Satir quien ha enfatizado la importancia de comunicaciones claras y directas para el desarrollo saludable del sistema familiar. Como otros terapeutas familiares, Satir cree que el paciente identificado (esquizofrénico), en realidad es el reflejo de que el sistema familiar está funcionando mal (Satir, 1995).<sup>71</sup>

### **3.3. Las actitudes familiares hacia el esquizofrénico crónico, desde la perspectiva de la hospitalización**

Después de revisar las teorías que ubican en la familia los factores que predisponen a la aparición de esquizofrenia, se valoró importante describir las actitudes frecuentemente observadas en los familiares de los pacientes esquizofrénicos crónicos, incluyendo algunas viñetas de situaciones dadas durante el desarrollo de este estudio, lo cual permite una mejor comprensión de los conceptos teóricos abordados.

Los pacientes con esquizofrenia crónica que reciben atención hospitalaria en el hospital psiquiátrica San Fernando, son una población ampliamente conocida por el personal, pues siguen un proceso circular que tiene dos puntos: el hospital y la casa, permaneciendo en un constante ir y venir de un punto al otro.

El proceso anterior hace pensar que en cada uno de los puntos se trata de hacer responsable al otro del enfermo, es decir, el hospital pretende que el paciente pueda permanecer la mayor parte del tiempo con su familia, que no tenga recaídas que le lleven a requerir de la hospitalización; en tanto que parece ser que los familiares hacen todo lo posible porque el paciente permanezca hospitalizado el mayor tiempo posible.

Si sabemos lo que implica "esquizofrenia", podemos afirmar con certeza que tal situación representa para la familia una pesada carga emocional, económica y social y más aun cuando se ha hecho crónica. Así, Rodríguez consideró que la familia rechaza al enfermo, lo cual genera la situación de cronicidad en el paciente esquizofrénico (Rodríguez, 1991 p. 169).<sup>70</sup>

Estamos ciertos de que resulta una pesada carga tener a un paciente esquizofrénico en la familia, sin embargo, diferimos en que ésta condición de lugar a una relación causa efecto "rechazo = cronicidad". Consideramos que la esquizofrenia involucra a la familia y no solo el paciente y que la cronicidad es la evolución del proceso patológico familiar, que también la familia se hace crónica y se deteriora.

Es así que desde la década de los 70, Haley (1972), afirmó que la terapia familiar se originó en parte en el tratamiento de la esquizofrenia, cuando se hizo evidente el circuito que recorría el paciente esquizofrénico: "una familia volvía loco a un niño, se lo hospitalizaba, mejoraba y se lo devolvía a su familia para que lo volviera loco de nuevo" (Haley, 1972, p. 110).<sup>42</sup> Es comprensible que la familia no tiene el propósito de provocar la enfermedad, sino que, como expone Haley "la misma familia se encuentra gravemente perturbada, toda la familia se encuentra inmersa en una compleja dinámica que da lugar a la aparición y sostenimiento de la esquizofrenia (idem.)."<sup>42</sup>

En épocas más recientes Selvini ha dicho que la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros miembros, por lo que "es erróneo no considerar el comportamiento como la causa del de los demás, debido al hecho de que cada miembro influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás; la familia es un sistema, cada miembro actúa sobre el sistema, pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema (Selvini y cols. 1988 p. 15 )."<sup>73</sup>

Dicho error se da en las instituciones psiquiátricas, ya que se aísla el comportamiento del paciente del contexto familiar; se considera que únicamente es el paciente el enfermo, por ser quien presenta los síntomas de la enfermedad, no se toman en cuenta los comportamientos que lo han precedido.

Selvini dice que las familias con uno o más miembros diagnosticados con esquizofrenia se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patología, y tanto las conductas - comunicación como las conductas respuesta tendrán características tales que permitan mantener las reglas y, por lo tanto, las relaciones patológicas" (idem.).

Dar una visión de las actitudes de los familiares hacia el enfermo, durante la estancia hospitalaria permite una mejor comprensión de los conceptos teóricos abordados y de la dinámica familiar.

#### En el ingreso del paciente

Los enfermos son llevados a hospitalización generalmente por sus familiares más cercanos (padres, hermanos, cónyuge, hijos).

ocasionalmente son llevados por alguna persona fuera de la familia y excepcionalmente puede acudir el paciente sólo.

Los pacientes llegan al hospital de muy diversas maneras, dependiendo de las condiciones emocionales en las que se encuentre el paciente y del contexto familiar del que provenga. Puede ser su familia de origen, familiares colaterales, alguna otra institución y ocasionalmente solos.

Cuando llegan al hospital, tanto los familiares como el paciente denotan sentimientos de angustia, temor, ansiedad, enojo. Muchas veces el paciente llega sujeto, sobre todo cuando se muestra agresivo; por la sintomatología propia del padecimiento y por el temor de ser internado, pues la mayoría de pacientes se resiste a su internamiento.

El ingreso es a través del servicio de urgencias, donde son valorados por un medico psiquiatra y quien establece el diagnóstico de ingreso.

Como se menciono antes, los pacientes se niegan a ser internados por lo que su ingreso se da generalmente de la forma siguiente:

a) Por engaño, la forma más común es asegurarles que no los internaran que solamente les será efectuado un chequeo, por medicamentos o por algún tramite relacionado con su pensión cuando cuentan con ella. A menudo el médico se ve orillado a seguir lo dicho por la familia para hacerle entrar a la área de hospitalización, pues de otra manera el paciente pone resistencia y llega a reaccionar con agresividad.

B) De forma "forzada", que puede llegar a ser con sometimiento físico, con amarraduras de manos y pies, sedado; y en situaciones más difíciles con la ayuda de patrullas policíacas sobre todo después de haber tenido una verdadera guerra campal entre el paciente y los familiares, lo que hace más visible la "agudización de los sintomas", por lo tanto con una apremiante necesidad de ser hospitalizado. Incluso hay casos en los cuales el médico no puede llevar a cabo la valoración psiquiátrica, pues el paciente se muestra verdaderamente agresivo de forma indiscriminada. Por lo que en los casos de los casos indica que pase directamente a el área de hospitalización, ya que en estas condiciones no puede efectuarse la entrevista al paciente, ni mantenerse en una frágil camilla. Tendrá que postergar la valoración psiquiátrica para cuando haya

disminuido la agitación y agresividad del paciente, y su nota de ingreso se basara en la mayor parte, en el reporte del familiar.

En estos casos, el médico indica además del tratamiento farmacológico, medidas de aislamiento y sujeción en tanto disminuye su agresividad. Porque realmente en este estado puede ser un riesgo para el resto de las personas en la misma área.

Algunos veces el paciente argumenta ser víctima de provocaciones por parte de los familiares, pero no son tomadas en consideración porque dichos argumentos son evaluadas como de "no confiables", debido a la propia sintomatología del padecimiento. Sin embargo, es bastante frecuente caer en el error de adoptar la actitud que Morton Schatzman describe ubicada en tiempo pasado, pero que aún es una realidad que vive el paciente esquizofrénico.

"Hasta hace poco los investigadores habían estudiado a los individuos considerados esquizofrénicos y no a su contexto social. Se ha enfocado al paciente, no a la conducta del resto de la gente con respecto a él" (Schatzman, 1993).<sup>74</sup>

Pues muchas veces el paciente es descrito por sus familiares como muy agresivo, pero en el curso de la hospitalización no se observan tales conductas. Dicho autor asegura que las personas consideradas como esquizofrénicas parecen describir durante su <<enfermedad>>, mediante símbolos situaciones sociales pasadas y presentes. Asevera "cuanto más sabía acerca de sus vidas más auténtico me parecía lo que decían". Sus familiares, y también los profesionales, no hacen caso de sus palabras por considerarlas signos o síntomas de enfermedad y por consiguiente sin validez. Sus médicos, ajenos al mundo social en el que se produce la <<enfermedad>>, hacen otro tanto. La idea de que alguien esta mentalmente enfermo faculta para invalidar lo que dice" (idem.).

C) El paciente acepta acudir al hospital; cuando sus familiares se lo solicitan, o él mismo les pide a ellos que lo lleven por distintas molestas que llega a sentir, tales como: no poder dormir, sentir angustia intensa, alucinaciones, etc. Otra razón para solicitar que se le hospitalice es que manifiestan sensaciones desagradables derivadas de las reacciones colaterales de los antipsicóticos y si es la familia quien controla los medicamentos, no les proporcionan dosis adicional de corrector de los efectos colaterales; ya que es frecuente que los pacientes desarrollen dependencia a dicho medicamento. En otros casos, el paciente mismo controla los medicamentos, en cuyo situación es común que lo tome en dosis mayores a las

prescritas, lo que le puede ocasionar también efectos colaterales o bien se quedan sin dichos medicamentos antes de la cita correspondiente para reabastecerse, por lo que prefieren hospitalizarse que padecer las molestias.

### La estancia hospitalaria

El paciente permanece hospitalizado por un periodo de tiempo aproximado de 2 a 4 semanas, durante las cuales los familiares del paciente, debe cumplir con las siguientes responsabilidades en el hospital:

1) Estar al pendiente de la evolución del estado de salud del paciente y de proveerle objetos de uso personal muy básicos como cepillo dental y zapatos cómodos y seguros. Para lo cual los familiares reciben un instructivo con los lineamientos del hospital, inmediatamente que ingresa el paciente. Entre los datos que contiene los números telefónicos del hospital, los días de visita familiar, el nombre del médico que se hará cargo de su tratamiento y los días que éste, les proporcionara informes sobre la evolución del paciente. También se les proporciona una pequeña lista de las características de los objetos personales que pueden proporcionar al paciente, así como de las que no pueden proporcionarle.

De esta manera, los familiares están informados de las normas que establece la institución con respecto al internamiento del paciente.

2) La visita familiar .- Cuando el paciente tiene poco tiempo de haber enfermado, sus familiares acuden regularmente y son diversas personas las que le visitan. Pero cuando los pacientes han llegado a ser crónicos, son poco visitados y generalmente solo acuden los padres, por lo común la madre, si ya no existen, es algún hermano el que asiste.

Las visitas familiares se pueden clasificar de la siguiente manera:

a) Familiares que visitan regularmente al paciente.

Generalmente se trata de aquellos que llevaron al paciente de forma forzada, estos familiares parecen estar más en contacto con el paciente, pues son quienes parecen estar pendiente de su evolución porque son quienes más regularmente acuden a visitarle, pese a las dificultades que parecen tener; es común que se trate de los padres del paciente y en mayor proporción las madres. Es factible que durante la primera visita los familiares expresen temor a las reacciones del paciente, sobre todo cuando hay el antecedente de una pelea entre ellos, así algunas veces pueden llegar a hacerse algún reclamo de su actuar mutuo y terminan por establecer una nueva disputa entre ellos. Ocasionalmente se llegan a dar situaciones en que el paciente agrede física o verbalmente a sus padres durante esta visita.

Referente a estas situaciones cabe mencionar lo que Rodríguez describe con respecto a la "familia disfuncional" del paciente esquizofrénico:

"El enfermo no puede separarse de su madre, 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 ambivalencia, detestado y respetado; es temido y adorado. Los hermanos y su existencia puede ser negada o super valorada". (Rodríguez, 1991. p. 133).<sup>70</sup>

Pero no solo es el paciente el que no puede separarse de su madre, ella tampoco puede estar ni con él, ni sin él, como se muestra en la viñeta denominada caso 1 (ver apartado B).

También puede apreciarse que la relación del paciente con sus familiares es cercana, aunque con muchas dificultades en la interacción entre ellos. Por lo que además se pueden percibir algunas manifestaciones de afecto y cuidado para con el paciente, tales como: visitarle regularmente, llevarle alguna pijama, sandalias para baño, jabón, pasta y hasta desodorante; así como algunas golosinas y cigarrillos, a pesar de que estos últimos no son permitidos en la institución, estos familiares se las ingenian para proporcionarlos al paciente.

Otro tipo de padres que igualmente visitan con regularidad a los pacientes son aquellos que llevaron al enfermo al hospital por petición del paciente, o bien, que el paciente acudió a solicitud de ellos, parecen tolerarse mutuamente. Es común que sea

uno solo el que realiza la visita con regularidad, a este tipo de padres se les observa una actitud de tolerancia y resignación, misma que algunas veces se confunde con apatía; llegan y se sientan junto a su paciente, pocas veces de frente, su expresión es de tristeza, la actitud como de cansancio, hablan poco; estos padres son los que siguen mejor los lineamientos del reglamento hospitalario, son en su mayoría ancianos, de quien podría decirse que mantienen un estado de depresión crónica también.

#### b) Familiares que visitan poco al paciente.

Son los familiares que muestran poco interés por todo lo relacionado con el paciente, faltan los días en que tienen asignado hablar con el médico tratante, no acuden a visita y cuando el paciente tiene permiso terapéutico para pasar algunos días en casa, previo a ser dado de alta, generalmente se presentan un día después del día indicado. En apariencia, no dan importancia al paciente, sin embargo, cuando se les hace algún comentario sugerente de mayor interés por su pariente, como el siguiente: "su familiar esperaba ser visitado con anterioridad", los familiares dan muchas excusas tratando de justificar su ausencia.

Estos familiares casi nunca le llevan nada al paciente, muchas de las veces ingresa después que ha estado vagando por lo que se encuentra en condiciones de indigencia, incluso descalzos y carentes de todo objeto para su higiene personal, y a pesar de tal situación, muchas veces sus familiares no se preocupan en llevarle su objetos de uso personal ni aun cuando van a egresar y tienen que salir del hospital con pijama y sandalias institucionales.

En este tipo de pacientes es común que se exponga a riñas, porque toma los objetos personales de sus compañeros, sobre todo hay disputas por los cigarros, pues la mayoría de estos pacientes son asiduos fumadores y si no pueden sustraer alguno de quien los posee, están constantemente tras de quien tiene el ansiado cigarrillo, hasta que cualquiera de ellos reacciona agresivamente.

Lo anterior da lugar a que los propios pacientes hagan comentarios a los familiares de otros pacientes como el siguiente: "le pegaron", "se peleó por los cigarros", "lo tuvieron que amarrar", etc., entonces estos familiares llegan a hacer reclamos a las autoridades del hospital con verdaderas muestras de enojo, por lo que ellos consideran una "mala atención" a su paciente por parte del personal, pero de ninguna manera reconocen su parte de responsabilidad en

el problema, así como tampoco llega ser motivo para sacar al paciente del hospital.

Es evidente que con esta acción de reclamo pretenden limpiar sus culpas por "su propio descuido por el paciente". No obstante, parecen que aun les importa un poco lo que le suceda al paciente, como se pudo observar en el caso 2 (ver apartado B).

c) Pacientes que no son visitados.

Generalmente se trata de pacientes que han padecido por un largo tiempo la enfermedad, frecuentemente son esquizofrénicos crónicos. Es común que se encuentren en edad avanzada, que ya no cuenten con sus padres y que no hayan podido establecer vínculos estrechos con algún otro pariente, por lo que son poco visitados. Aunque existen excepciones, donde el paciente ha sido llevado a hospitalizar por uno de los padres, y aun entonces el paciente es abandonado, ya que se da la situación que describe Rodríguez "consideran que el enfermo internado, esta definitivamente separado de la sociedad y que es un hombre muerto y se olvidan por completo de su existencia" (Rodríguez, 1991).<sup>70</sup>

Una posible explicación a estas conductas de desinterés y abandono del paciente es la problemática familiar, la cual comúnmente es atribuida solamente al enfermo, es así que no es considerada a la familia como parte del problema pese a que como señala Rascón "las dificultades y los problemas de la familia", tienen una carga o un costo emocional, físico, económico y social, la cual se suele pasar por alto con excesiva frecuencia (Rascón y col., 1997).  
66

Si a todo lo anterior se agrega el hecho de que algunos familiares no son parientes directos del paciente, uno puede entender, no justificar, el abandono en que están muchos de estos pacientes.

Otro grupo es el de pacientes que generalmente viven solos, por lo general ya no cuentan con ninguno de sus progenitores y /o sus familiares se han desentendido de ellos. Sobreviven con la pensión que el instituto les proporciona y en casi todos los casos, los pacientes parecen tener menos deterioro; son pocos los pacientes que pueden mantenerse en estas condiciones y casi todos son hombres.

e) Pacientes que son rechazados abiertamente por los familiares

Esta es una clasificación que por fortuna es poco frecuente. En estos casos los familiares proporcionan datos falsos de su domicilio con el propósito de deshacerse del enfermo. Cuando el parentesco con el paciente es directo como, padres o hermanos, uno se define a pensar: "¿como han sido las relaciones familiares?, ¿como ha sido la historia de estas personas?"

En una tesis previa, realizada en el hospital San Fernando en relación a los rasgos predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos, Rodríguez afirma que en nuestro medio existen una serie de perjuicios en contra del enfermo mental, las cuales se deben a temores e ignorancias ancestrales y a las manifestaciones clínicas que son de forma violenta y francos errores de conducta, lo que en suma da como resultado el rechazo y repulsión de la familia y la sociedad. (Rodríguez, 1991. p. 162).<sup>70</sup>

Personalmente creo que el problema es más complejo que las condiciones anteriormente argumentadas como causantes del rechazo de la familia y la sociedad. Entre otras, puede ser un mecanismo de defensa para apartar de la conciencia su propia conducta enferma, de no aceptar que con mucha frecuencia incurrimos en conductas que entran dentro de la connotación de locura.

### El alta hospitalaria

El paciente es dado de alta por dos motivos:

a) Por haber alcanzado el máximo beneficio de la estancia hospitalaria.

En la situación antes referida, nos referimos a que de acuerdo al criterio médico el paciente ya no puede beneficiarse más de el hecho de estar internado. Han desaparecido los síntomas que causaron la disrupción de la adaptación del paciente a su medio social, es decir mantiene una condición general de su actuar que puede ser manejada en el hogar por los familiares responsables del paciente.

Pero cabria preguntarnos ¿Saben como hacerlo?, ¿cuáles de las actitudes y conductas de los familiares hacia el

paciente, favorecen una mejoría y cuáles una recaída? ¿cuáles son las condiciones físicas y emocionales de la familia que recibe al paciente al ser dado de alta? Díaz Martínez y cols., afirman: "es un hecho establecido que el curso y el desenlace de la esquizofrenia no sólo dependen de la condición patológica en sí, sino de las reacciones que generan en las personas afectadas y de las circunstancias y sucesos de la vida, particularmente las actitudes de la familia y las redes de apoyo social" (Díaz Martínez y col., 1996).<sup>29</sup>

A lo antes expresado, agregamos que la presencia, el curso y el desenlace de la esquizofrenia, depende en gran parte de las reacciones de la familia, particularmente de las relaciones con las figuras importantes.

Es así que en diversos estudios se ha podido comprobar que en los países menos desarrollados el curso es más benigno y el pronóstico es mejor; porque en estos países la estructura social y familiar permite una mayor red de apoyos para el enfermo, que en las sociedades más desarrolladas donde el actuar de las personas tiende a ser cada vez más ensimismada.

## Capítulo 4.

### Método

#### 4.1 Justificación y Planteamiento del Problema

Durante la estancia hospitalaria de los pacientes esquizofrénicos crónicos, es frecuente escuchar decir a los familiares que todos sus problemas se originan a causa del enfermo. Se observa que acuden poco a visitarlo, procuran una estancia hospitalaria prolongada y cuando son dados de alta, su egreso se da varios días después de haber sido dados de alta. Muchos veces reingresan al poco tiempo de haber egresado; todas estas actitudes parecen indicar actitud de rechazo al paciente.

Desde el punto de vista psicológico la esquizofrenia se origina en la familia y es una condición que involucra a todo el grupo familiar, por lo tanto es parte del problema. En el modelo médico el único enfermo es el esquizofrénico, se ignora totalmente el papel que juega la familia en el padecimiento, pese a que desde la década de los 60 los trabajos de Bateson (1959), Cooper Esterson y Laing (1964) y Haley (1969), dieron a conocer el papel que desempeña la familia en la etiología y sostén de la esquizofrenia.

Afortunadamente se empieza a pensar que es un error considerar solamente a la persona afectada sin tomar en cuenta el medio en el que esta inmerso el paciente. En este sentido está el trabajo de Rascón y colaboradores quienes afirman que "Un error comúnmente observado es el de pasar por alto en el diagnóstico, la valoración del funcionamiento familiar, pues se considera al paciente de manera individual, separándolo del grupo familiar y evitando conocer bien el ambiente familiar como unidad" (Rascón y col. 1997). Los autores establecen que la dinámica entre el individuo y su grupo familiar influye en el funcionamiento emocional, mental, social, sexual, etc., así como en la precipitación de la enfermedad, en su curso, posibilidad de recuperación y riesgo de recaída.

En base a lo anterior juzgamos que es relevante explorar ¿Como son las actitudes de los familiares hacia el paciente con esquizofrenia crónica? De manera que nos planteemos evaluar las actitudes de los familiares de los pacientes con esquizofrenia crónica.

## 4.2 Objetivos.

### Objetivo general

Describir las actitudes que tienen los familiares hacia los pacientes con esquizofrenia crónica.

### Objetivo específicos:

1) Identificar las actitudes de aceptación o de rechazo de los familiares hacia el paciente con esquizofrenia crónica

2) Establecer como se relaciona el parentesco, con el tipo de actitud que tiene el familiar hacia el enfermo esquizofrénico crónico.

## 4.3 Variables.

Variable Independiente: Familiar del paciente

Variable Dependiente: Actitud hacia el paciente

### Definición conceptual

Variable Independiente

Familiar: Deudo o pariente de una persona, el que forma parte de su familia. Pariente: Respecto de una persona, dic. De cada uno de los ascendiente, descendiente y colateral de su misma familia, por consanguinidad o afinidad (Océano Uno, 1993).<sup>59</sup>

Variable Dependiente

Actitud: disposición de ánimo, manifiesto exteriormente "Predisposiciones aprendidas para responder a un objeto o clase de objetos en forma favorable o desfavorable". (Fac. de Psicología U.N.A.M., 1982).

### Definición Operacional

V. I. - Familiar: Persona allegada a un paciente con esquizofrenia crónica, con quien habita en la misma casa.

V. D. - Actitudes: Las puntuaciones que los familiares de los pacientes con esquizofrenia crónica obtienen en el cuestionario.

### **4.3 Hipótesis.**

Los actitudes de los familiares que visitan al enfermo de esquizofrenia crónica en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del I.M.S.S. son de miedo, desinterés, intolerancia y desconocimiento del padecimiento, las cuales en mayor proporción corresponden a mujeres con parentesco cercano al paciente.

### Hipótesis Estadísticas

1 - Hi - La actitud hacia el paciente con esquizofrenia crónica, es más desfavorable en la madre del enfermo que en el resto de los familiares que viven con él.

Ho. - No hay diferencias en la actitud hacia el paciente con esquizofrenia crónica, entre la madre del enfermo y el resto de los familiares que viven con él.

2 - Hi. Las actitudes hacia el paciente con esquizofrenia crónica son más desfavorables en familiares mujeres que en familiares hombres.

Ho. No hay diferencias en cuanto a las actitudes hacia el paciente con esquizofrenia crónica entre familiares mujeres y familiares hombres.

#### **4.4 Sujetos.**

La población se integra por familiares de pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico San Fernando, del I.M.S.S. Con diagnóstico de esquizofrenia crónica. De dicha población se obtuvo un muestreo no probabilístico de tipo intencional por cuota.

##### Criterio de inclusión

- 1.- Personas mayores de 18 años
- 2.- Ser familiar de un paciente hospitalizado por esquizofrenia crónica.
- 3.- Vivir de forma continua en el mismo domicilio que el paciente.

Se solicitó la colaboración de cada familiar que acudió a visitar a el tipo de pacientes mencionados, cuando aceptaron colaborar fueron seleccionados de acuerdo al criterio de inclusión hasta completar un total de 50 sujetos.

#### **4.5 Tipo de estudio.**

Es un estudio exploratorio, descriptivo de campo y ex post facto. Por ser una búsqueda sistemática, empírica, en la cual no se tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables (Kerlinger, 1986). Se harán inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente.

#### **4.6 Diseño.**

Se trata de un diseño cuasi experimental de un solo grupo en el que la muestra fue de tipo intencional no probabilístico.

#### 4.7 Instrumento.

Cuestionario de actitudes tipo escala de Likert, de carácter personal y anónimo.

La escala se integra de 20 reactivos, 10 de los cuales hacen referencia a las actitudes favorables y los 10 restantes hacia actitudes desfavorables. Cada uno de los 20 reactivos, poseen formato de respuesta tipo Likert con dos polos: favorable y desfavorable. Se incluyeron además, los datos sociodemográficos de los evaluados.

Después del piloteo se considero importante incluir una pregunta abierta relacionada con la experiencia de vivir con el paciente, dado que las personas concluían su participación dando información sobre sus necesidades y problemas derivados de vivir con el enfermo.

El instrumento posee confiabilidad interjueces. Se utilizo este método debido a que permite hacerlo en un tiempo breve y de acuerdo con la afirmación de Avilés: "Si a un juez experto le parece que los reactivos representan adecuadamente el dominio de la prueba tendrá validez de contenido" (Avilés, 1994).

El procedimiento de construcción del instrumento, validación de contenido y piloteo del instrumento, se encuentran contenidos de la siguiente forma:

Cuestionario preliminar al instrumento .....	Anexo 1
Escala de actitudes tipo Likert .....	Anexo 2
Validación de contenido .....	Anexo 2
Piloteo del instrumento .....	Anexo 3
Instrumento utilizado en el estudio .....	Anexo 4

Los 20 reactivos del cuestionario están configurados por 10 reactivos estructurados como afirmaciones favorables y 10

afirmaciones desfavorables; los indicadores de las actitudes son: miedo, desconocimiento del padecimiento, interés y tolerancia. Los cuales se distribuyen de la siguiente forma:

- 1.- Miedo al paciente 1-4-10-13-17
- 2.- Desconocimiento del padecimiento 2-5-8-11-18
- 3.- Interés en todo lo relacionado con el paciente 3-9-12-14-20
- 4.- Tolerancia a la conducta del paciente 6-7-15-16-19

#### **4.8 Procedimiento**

Se inició el estudio revisando cada día la lista de pacientes de ambas secciones de hospitalización: hombres y mujeres, para poder ubicar el diagnóstico de ingreso hospitalario de cada paciente; seleccionándose los registrados con esquizofrenia. Una vez que se ubicó el número de cama del paciente seleccionado, se revisó su expediente clínico y se seleccionó a todos aquellos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de cualquier subtipo pero que además presentara la clasificación de "crónico".

Después de haber sido seleccionado el paciente, se dio seguimiento a su hoja de órdenes médicas, con el propósito de estar al tanto del momento en que le fuera autorizada la visita familiar y poder contactar a sus familiares.

El contacto con los familiares del paciente seleccionado fue durante la visita familiar los días martes, jueves y domingos en el horario de 15:30 a 17:00 horas de la siguiente forma:

Los pacientes de ambas secciones: hombres y mujeres reciben a sus visitantes en el área del comedor y cada paciente solo puede recibir de uno en uno a sus familiares, ya que se proporciona solo un pase de visita por paciente.

Se realizó una lista de los pacientes seleccionados y se esperó a los familiares en la puerta de entrada al comedor de pacientes; ya que es el momento en que solicitan al paciente mostrando el pase de entrada, en donde están contenidos los datos del paciente como son: nombre y número de cama. De manera que

en cuando un familiar mostró el pase de alguno de los pacientes seleccionados, se le solicito su colaboración para contestar el cuestionario, aclarándole que se llevaría a cabo al concluir su visita al paciente. Cuando se presentó a visita más de un familiar que habita en la misma casa se aplico el cuestionario en cuanto salió el primero de la visita y al segundo al concluir el horario de la visita. Cabe mencionar que esta situación solamente se presento en dos ocasiones y fue durante el periodo del piloteo.

Recabar la muestra fue muy difícil por la presencia de diversos factores, entre los más frecuentemente encontrados se pueden mencionar los siguientes: el tiempo de la visita familiar es tan sólo de hora y media, los paciente son poco visitados, frecuentemente los familiares acuden poco tiempo antes de que concluya el tiempo de visita, otros dijeron no contar con tiempo para responder al cuestionario y finalmente personas que mostraron un claro rechazo a cooperar con el estudio argumentando que no estaban dispuestas a dar información personal la cual sólo proporcionarían al médico tratante del paciente.

## Capítulo 5.

### Resultados

Una vez que se logró aplicar 50 cuestionarios, cantidad previamente establecida se procedió a clasificar dicho material.

El instrumento utilizado para este estudio es un instrumento que consta de 7 preguntas de tipo demográfico, 20 reactivos tipo escala de Likert y finalmente una pregunta abierta. Los datos encontrados están organizados en un nivel nominal y representados mediante el uso de tablas descriptivas.

Así, la primera categorización fue para conocer las características atributivas de la población estudiada.

#### Características de la población:

Las características generales de la población se obtuvieron a través de las siguientes variables atributivas:

- A) Edad
- B) Sexo
- C) Escolaridad
- D) Ocupación
- E) Parentesco con el paciente
- F) Conocimiento del diagnóstico del padecimiento de su familiar hospitalizado.
- G) Tiempo de convivir con el paciente enfermo.

Se considero que la primera clasificación necesaria de llevar a cabo era la clasificación por sexo, ya que ésta es una diferencia entre el grupo de familiares. De esta manera la primera categorización fue por sexo, los resultados se presentan en la tabla número 1.

**Tabla 1. - Familiares de pacientes con esquizofrenia crónica que participaron en el estudio.**

Sexo del familiar	Frecuencia (f)	%
Femenino	30	60
Masculino	20	40
Total	50	100

**N= 50**

Así, la población del estudio esta formada por 30 mujeres y 20 hombres, siendo el total de la población 50 familiares. Que son los datos correspondientes al reactivo "B)"

**A) Edad**

La edad de estos familiares se distribuye en un rango de 21 a 80 años de edad, agrupándose el mayor número de casos entre los 40 y 70 años de edad, como se muestra en la tabla numero 2.

**Tabla No. 2. Edad de la población estudiada**

Rango de Edad	Mujeres	%	Hombres	%	Tot	%
21 - 30	2	4	3	6	5	10
31 - 40	1	2	4	8	5	10
41 - 50	5	10	5	10	10	20
51 - 60	11	22	2	4	13	26
61 - 70	9	18	6	12	15	30
71 - 80	2	4	0	0	2	4
Total	30		20		50	100

**N = 50**

En el grupo de mujeres el 73 % de ellas, tiene más de 50 años de edad. En tanto que en los hombres es a la inversa, el 60 % tiene menos de 50 años de edad.

### C) Escolaridad

El grado de escolaridad de los familiares es heterogéneo, así, encontramos desde analfabetismo hasta nivel pos grado como se muestra en la tabla numero 3.

**Tabla No. 3. Escolaridad**

Escolaridad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	Total %
Analfabeta	2	6.66	0	0	2	4
Primaria incompleta	3	10	0	0	3	6
Primaria	5	16.66	3	15	8	16
Secundaria	8	26.66	5	25	13	26
Técnico	9	30	1	5	10	20
Preparatoria	3	10	4	20	7	14
Licenciatura	0	0	5	25	5	10
Posgrado	0	0	2	10	2	4
<b>Total</b>	<b>30</b>		<b>20</b>		<b>50</b>	<b>100 %</b>

**N = 50**

En la comparación por grupos, los datos obtenidos nos muestran que los familiares hombres tienen un mayor nivel de estudios que las mujeres. Esta situación es en gran parte el efecto de las condiciones socioculturales de nuestro país en décadas pasadas, en donde se consideraba que el hombre era predominantemente el proveedor de la familia, por lo tanto quien debía prepararse para tener mejores condiciones de trabajo y de ingresos económicos, en tanto que la preparación de la mujer estaba más orientada hacia las

labores domesticas. Así, en la población de mujeres se advierte que hay analfabetismo además de que podrían considerarse también dentro de esta categoría a quienes se encuentran en la categoría de primaria incompleta, ya que apenas tuvieron uno o dos años de estudio y tienen dificultad para leer.

En la población de hombres, el nivel mínimo de estudios es de primaria terminada, las mismas diferencias son notorias en el nivel máximo de estudio, pues mientras en ellas es de nivel técnico, en los hombres mas del 50 % se encuentran de nivel preparatoria en adelante, el 35 % cuenta con una profesión.

El nivel de estudios, es un parámetro de la educación en general que nos permite inferir cuales pueden ser las condiciones socioeconómicas de la población ya que se relaciona estrechamente con el tipo de ocupación que desempeña, y los recursos con los que puede contar para hacer frente al problema que plantea el vivir con un enfermo de esquizofrenia crónica.

#### D) Ocupación del familiar.

Como se dijo anteriormente, el nivel de estudios guarda relación estrecha con el tipo de trabajo que se desempeña, de tal manera que son las mujeres quienes en mayor numero permanecen en el hogar, por lo tanto al cuidado del paciente. Otro dato importante es que un buen numero de la población total es jubilado, ver tabla numero 4.

**Tabla No. 4. Ocupación de los familiares del paciente.**

Ocupación	Mujeres	%	Hombres	%	Total	Total %
Hogar	11	36.66	0	0	11	22
Jubilado	8	26.66	5	25	13	26
Subempleo	5	16.66	2	10	7	14
Empleado	6	20	3	15	9	18
Obrero	0	0	1	5	1	2
Comercio	0	0	2	10	2	4
Estudiante	0	0	1	5	1	2
Profesión.	0	0	6	30	6	12
Total	30		20		50	100 %

**N = 50**

Como se puede observar en la tabla numero 4 las mujeres desempeñan trabajo preferentemente dentro de la casa, ya que la ocupación reportada con mayor frecuencia es en primer lugar "hogar" y en segundo "jubilado," haciendo entre los dos tipos de ocupación el 63.32 % del total de la población de mujeres. Por lo tanto, quienes mayor tiempo pasan con el paciente.

En cuanto a la población de hombres, solo el 25 % ésta jubilado y ninguno de ellos permanece todo el tiempo en la casa, regularmente realizan algún trabajo de tipo informal.

#### E) Parentesco con el paciente

El parentesco con mayor frecuencia dada en la población total correspondió a los padres con un 58 % y en segundo lugar a los hermanos con el 26 % , lo cual hace suponer que los enfermos generalmente viven con la familia de origen.

**Tabla No. 5. Parentesco del familiar visitante**

Mujeres	frec.	%	Hombres	Frec.	%	Total	% Total
Madre	23	76.6	Padre	6	30	29	58
Herna.	4	13.3	Herno.	9	45	13	26
Esposa	1	3.3	Esposo	3	15	4	8
Tía	1	3.3	Tío	1	5	2	4
Amiga*	1	3.3	Amigo*	1	5	2	4
Total	30	100	Total	20	100	50	100 %

**N= 50**

En el análisis de la población por sexo en el grupo de mujeres el parentesco más frecuente es "madre" con un 76 % en tanto que al "padre" solo le correspondió un 30 % siendo el parentesco de hermano el que mayor frecuencia acumula con un 45 %. Los datos se encuentran contenidos en la tabla numero 5.

\*En la muestra estudiada se ha incluido como familiar a amigos porque cumplen con los requisitos de inclusión y tiene cabida dentro de la definición dada para familiar. Ya que se trata de un caso en cada grupo se describen características de cada caso, la referencia se encuentra contenida en el apartado A.

En el reactivo F) ¿Cual es la enfermedad del paciente?  
Se transcribió tal como fue dicho. Ver la tabla No. 6.

**Tabla No. 6. Enfermedad del paciente según el conocimiento del familiar.**

Diagnóstico	Mujeres	%	Hombres	%	Total	Total %
Desconoce	8	26.66	2	10	10	20
Neurosis	1	3.33	0	0	1	2
Nervios	1	3.33	4	20	5	10
Daño Orgánico	1	3.33	0	0	1	2
Disfunción Cerebral	0	0	1	5	1	2
Trastorno delirante	0	0	1	5	1	2
Psicótico	0	0	1	5	1	2
Esquizofrenia	19	63.33	11	55	30	60
<b>Total</b>	<b>30</b>		<b>20</b>		<b>50</b>	<b>100 %</b>

**N = 50**

El 60 % de los familiares conoce el diagnóstico del paciente, en tanto que el 40 % lo desconoce. Cabría esperar que un mayor número de familiares conociera el nombre del padecimiento que aqueja a su paciente, ya que un amplio número de ellos tiene varios años de padecerlo, como podemos constatarlo en el siguiente inciso.

**G) ¿Cuanto tiempo tiene de estar enfermo su familiar?**

Como se menciona anteriormente, la mayoría de los pacientes viven con personas pertenecientes a la misma familia de origen, de manera que saben con certeza el tiempo que tiene de estar enfermo. Fue así que solamente los amigos no pudieron precisar el tiempo que ha estado enfermo, en tales casos se consideró el tiempo que tenían de convivir con ellos, en ambos casos ya habían tenido hospitalizaciones previas.

**Tabla No. 7. Tiempo de estar enfermo el paciente.**

Tiempo de estar enfermo	Mujeres	%	Hombres	%	Total	Total %
1 a 5 años	4	13.33	6	30	10	20
6 a 10 años	10	33.33	5	25	15	30
11 a 15 años	8	26.66	3	15	11	22
16 a 20 años	3	10	3	15	6	12
21 a 25 años	5	16.66	1	5	6	12
26 a 30 años	0	0	2	10	2	4
<b>Total</b>	<b>30</b>		<b>20</b>		<b>50</b>	<b>100 %</b>

**N= 50**

Es interesante hacer notar que un amplio numero de familiares reportó el recuerdo del inicio del padecimiento asociándolo con la ocurrencia de algún evento trascendente en la vida del paciente, por lo cual recordaba bien el tiempo transcurrido; entre los eventos acaecidos previos al inicio de estar enfermo el paciente fueron mencionados los siguientes: ingreso a la enseñanza media y media superior, la muerte de uno de los padres, fracaso laboral y cambio de lugar de residencia.

El periodo de tiempo de estar enfermo el paciente que mayor frecuencia tiene corresponde al intervalo de 6 a 10 años y le sigue el de 11 a 15 años, lo cual sugiere que el mayor numero de enfermos son adultos jóvenes y maduros. Dato que fue confirmado en el expediente clínico de los pacientes seleccionados.

La segunda parte del cuestionario es la correspondiente a la escala de Likert, relativa a los 20 reactivos.

Para calificar las respuestas obtenidos a partir de dicha escala es necesario efectuar la categorización de los indicadores, a los que les fue asignado un valor numérico previamente acordados para las opciones de respuesta en función de la estructura del



**Tabla No. 9. Puntajes codificados de la escala de Likert de familiares mujeres**

	Opciones de Respuesta					Porcentajes					moda
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	12	8	0	8	2	40.0%	26.66%	0.0%	26.66%	6.66%	1
2	0	8	4	8	10	0.0%	26.66%	13.33%	26.66%	33.33%	5
3	13	11	0	3	3	43.33%	36.66%	0.0%	10.0%	10.0%	1
4	4	2	0	14	10	13.33%	6.66%	0.0%	46.66%	33.33%	4
5	7	8	0	8	7	23.33%	26.66%	0.0%	26.66%	23.33%	4
6	6	9	0	10	5	20.0%	30.0%	0.0%	33.33%	16.66%	4
7	5	2	0	11	12	16.66%	6.66%	0.0%	36.66%	40.0%	5
8	12	10	0	4	4	40.0%	33.33%	0.0%	13.33%	13.33%	1
9	4	5	0	8	13	13.33%	16.66%	0.0%	26.66%	43.33%	5
10	2	4	0	9	15	6.66%	13.33%	0.0%	30.0%	50.0%	5
11	19	4	0	5	2	63.33%	13.33%	0.0%	16.66%	6.66%	1
12	12	13	0	3	2	40.0%	43.33%	0.0%	10.0%	6.66%	2
13	15	5	0	7	3	50.0%	16.66%	0.0%	23.33%	10.0%	1
14	5	3	2	13	7	16.66%	10.0%	6.66%	43.33%	23.33%	4
15	12	9	0	7	2	40.0%	30.0%	0.0%	23.33%	6.66%	1
16	14	8	0	6	2	46.66%	26.66%	0.0%	20.0%	6.66%	1
17	13	5	7	2	3	43.3%	16.7%	23.3%	6.7%	10.0%	1
18	11	12	0	5	2	36.7%	40.0%	0.0%	16.7%	6.66%	2
19	17	2	0	9	2	56.7%	6.7%	0.0%	30.0%	6.66%	1
20	16	8	0	4	2	53.33%	26.66%	0.0%	13.33%	6.66%	1

**N = 30**

**Tabla No. 10. Puntajes codificados de la escala de Likert de familiares hombres**

	Opciones de Respuesta					Porcentajes					moda
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	1	5	0	6	8	5.0%	25.0%	0.0%	30.0%	40.0%	5
2	5	6	1	5	3	25.0%	30.0%	5.0%	25.0%	15.0%	2
3	4	6	0	5	5	20.0%	30.0%	0.0%	25.0%	25.0%	2
4	9	3	0	6	2	45.0%	15.0%	0.0%	30.0%	10.0%	1
5	4	3	0	11	2	20.0%	15.0%	0.0%	55.0%	10.0%	4
6	12	5	0	3	0	60.0%	25.0%	0.0%	15.0%	0.0%	1
7	10	5	0	3	2	50.0%	25.0%	0.0%	15.0%	10.0%	1
8	8	6	0	4	2	40.0%	30.0%	0.0%	20.0%	10.0%	1
9	6	4	0	7	3	30.0%	20.0%	0.0%	35.0%	15.0%	4
10	10	7	0	2	1	50.0%	35.0%	0.0%	10.0%	5.0%	1
11	15	4	0	1	0	75.0%	20.0%	0.0%	5.0%	0.0%	1
12	7	5	0	4	4	35.0%	25.0%	0.0%	20.0%	20.0%	1
13	1	2	7	8	2	5.0%	10.0%	35.0%	40.0%	10.0%	4
14	6	4	0	4	6	30.0%	20.0%	0.0%	20.0%	30.0%	5
15	9	3	0	4	4	45.0%	15.0%	0.0%	20.0%	20.0%	1
16	6	7	0	5	2	30.0%	35.0%	0.0%	25.0%	10.0%	2
17	4	6	3	2	5	20.0%	30.0%	15.0%	10.0%	25.0%	2
18	10	6	1	2	1	50.0%	30.0%	5.0%	10.0%	5.0%	1
19	2	4	0	8	6	10.0%	20.0%	0.0%	40.0%	30.0%	4
20	10	8	0	2	0	50.0%	40.0%	0.0%	10.0%	0.0%	1

**N = 20**

Como podemos apreciar a simple vista, en ambas tablas los puntajes obtenidos como favorables y desfavorables muestran pocas diferencias, no obstante se decidió utilizar otra herramienta más que permitiera establecer comparaciones significativas, para lo cual se utilizó una "prueba T" para dos muestras suponiendo varianzas desiguales, los resultados se muestran en la tabla Núm. 11.

**Prueba T para dos muestras suponiendo varianzas desiguales.**

	Hombres	Mujeres
Media	52.45	51
Varianza	63.102	139.1724138
Sujetos	20	30

Diferencias hipotéticas de las medias = 0

Grados de libertad	48
Estadístico t	0.519
P (T < = t ) una cola	0.302
Valor crítico de t (una cola)	1.677
P (T < = t ) dos colas	0.605
Valor crítico de t (dos colas)	2.010

P (t = .60 mayor que . = 05 por lo tanto la hipótesis de nulidad se acepta. No hay diferencias estadísticamente significativas.

Por lo tanto nuestra hipótesis de trabajo no pudo ser comprobada y se aceptan las dos hipótesis de nulidad.

1- Ho. Las madres de los pacientes esquizofrénicos crónicos, hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico San Fernando, no tienen actitudes más desfavorables al enfermo que el resto de los familiares que viven con ellos.

2- Ho. Las actitudes hacia los pacientes esquizofrénicos crónicos internados en el Hospital Psiquiátrico San Fernando, no son más desfavorables en familiares mujeres que en familiares hombres.

En el análisis por reactivo, se encontró una diferencia importante entre hombres y mujeres en el reactivo número 13), en el cual la afirmación es la siguiente: " Vivir con el enfermo es estar en constante temor de ser agredido". En el grupo de hombres (N= 20), el 35 % de ellos respondió con el número 3 (indiferente), en tanto que en el grupo de mujeres (N= 30) ninguna contestó con la opción 3.

Por último los resultados obtenidos de la pregunta abierta relativa a:

### **¿Cual ha sido su experiencia al vivir con el paciente?**

Esta pregunta se incluyó en el cuestionario después del piloto, ya que se vio que los familiares agregaban mucha información en seguida de emitir su respuesta a la afirmación que se les planteaba. Puesto que el interés de este estudio es "conocer como son las actitudes de los familiares hacia el paciente con esquizofrenia crónica" se pensó que era interesante captar dicha información.

Conforme se fue avanzando en la aplicación de los cuestionarios se hizo claro que las mujeres proporcionaban una respuesta mucho más amplia que los hombres. La causa se evidenció cuando encontramos que en el caso los hombres que se responsabilizaban del cuidado del paciente, también aportaban abundante información; así, se deduce que las mujeres son quienes regularmente se hacen cargo del cuidado del paciente.

En general los familiares manifiestan tener dificultades continuas a causa de la conducta del paciente; esto revela una de las razones por las cuales los familiares prefieren que el paciente permanezca hospitalizado. Sin embargo, la respuesta dada en el reactivo 2) parece haber causado una reacción dubitativa.

De forma general, la información recabada en esta pregunta fue muy abundante a menudo contradictoria y prolija, se vio la necesidad de utilizar la estrategia que Rojas Soriano recomienda, "cerrar la pregunta abierta". Siguiendo esta recomendación la pregunta se cerro con las respuestas más frecuentemente dadas, las cuales son:

#### 1 - Enojo contra el enfermo

Ocasionado por las constantes fricciones con el paciente y a quien le adjudican la responsabilidad de la situación conflictiva ubicándose los familiares a menudo como víctimas de la conducta problemática del paciente. Con frecuencia dijeron llevar una vida muy difícil, sentirse agobiadas por el paciente, en este sentido esta la siguiente expresión de una de las madres participantes en el estudio:

*"Este hijo me ha privado de disfrutar de la convivencia familiar con mis otras dos hijas, yo no puedo permitir que estropee también la vida de ellas, quienes tienen estabilidad con su esposo e hijos, por eso estoy dispuesta a continuar viviendo en el aislamiento con él".*

#### 2 - Dificultades par la conducta del paciente:

El actuar del paciente provoca miedo, enojo y peleas continuas con el resto de la familia. Miedo porque les resulta incomprensible y aterrizante el proceder impulsivo que algunas veces tiene el enfermo. Un aspecto constantemente aludido fue en relación a la sexualidad; así, cuando el paciente es varón los problemas son relacionados con conductas de tipo exhibicionista y su temor a que el paciente pueda cometer algún tipo de abuso sexual, sin embargo en ningún caso se reporto tal conducta.

En el caso de pacientes mujeres es mayor el conflicto, encontrándose principalmente las siguientes situaciones: tendencia a salir a la calle en busca de pareja y ser propensas al abuso, a ser promiscuas y contraer enfermedades de tipo sexual, en el caso de no contar con medios de control para evitar embarazo, a procrear hijos de los que no son capaces de hacerse cargo. En uno de los casos

estudiados la madre de la paciente se hace cargo de una pequeña de 5 años de edad. Esta madre reporto que en momentos de crisis la paciente amenaza con irse y llevarse a niña, por lo que vive en constante preocupación por ambas, ya que tiene temor de que a pesar del dispositivo intrauterino que tiene le fue colocado después del nacimiento de su hija, pueda embarazarse nuevamente, pues se trata de una mujer joven.

### 3) Convivencia con el paciente

Un amplio numero de familiares dijeron evitar la interacción con el paciente, en lo posible procuraban asignarle un espacio y proveerle lo necesario para eludir la presencia del paciente estando solos en casa. Una persona dijo mantener al paciente bajo llave, especialmente si se encontraban en la casa solamente ambos. En otro caso fue a la inversa, ella se encerraba con llave para evitar estar sola con el enfermo y en otro caso la madre dijo haberle asignado al paciente un cuarto en la azotea en donde el paciente esta en paz y de esta manera tienen menos discusiones. Muy pocos familiares aportaron evidencia de tener convivencia con los pacientes, por lo que parece ser más evidente que el paciente se mantiene en una condición de poca interacción familiar.

En mayor proporción, familiares mujeres dijeron evitar la convivencia con los pacientes hombres, aun en situaciones donde no contaban con el espacio suficiente para aislar al enfermo, así en tales condiciones una madre dijo que procuraba que cuando lo llamaba a tomar sus alimentos ya estaban servidos en la mesa, entonces ella se iba a la recamara y cuando el paciente terminaba, ella iba a la cocina, cuidando de poner llave a las puertas de cada cuarto donde ella se encontraba, hasta que regresaban del trabajo sus otros hijos.

### 3 - Abandono del tratamiento:

Dijeron que preferían que el paciente permaneciera hospitalizado porque a menudo se negaba a seguir tomando los medicamentos, lo que daba lugar a que buscaran la manera de dárselos mediante engaños, exponiéndose a recibir agresiones del paciente cuando lo descubre. Otro problema referido en este sentido, fue que el paciente se niega a acudir a consulta, por temor a ser internado. Así, dejan de tomar sus medicamentos. A lo que atribuyen los familiares, las continuas recaídas del paciente.

#### 4 - Aislamiento social:

Solamente padres refirieron que no podían ausentarse de casa por tener la responsabilidad del paciente, por lo que regularmente no asistían a ningún tipo de reuniones. En ninguno caso se mencionó la posibilidad de salir en compañía del paciente.

#### 5- Temor y preocupación:

Los padres en edad avanzada de ambos sexos, reportaron temor, preocupación y tristeza por su hijo enfermo, dijeron estar convencidos de que hacerse cargo del paciente es una difícil y pesada carga, por lo tanto expresan preocupación por el futuro del enfermo cuando ellos falten.

Familiares jóvenes, regularmente de parentesco hermanos, reportaron no tener problemas con el paciente, pero aportaron poca información de la experiencia de vivir con el paciente, con frecuencia manifestaron que el paciente era tranquilo.

## Discusión

Al observar de cerca a los enfermos de esquizofrenia, es posible sopesar la grave situación que se presenta en una familia cuando uno de sus miembros la padece, además el curso que regularmente sigue éste padecido es continuar minando la salud integral del enfermo y su familia. Aunque regularmente se ubica en el enfermo la condición de anormal, es evidente que toda la familia se encuentra en un estado de alteración, como se pudo apreciar y describir en las viñetas presentadas (apartado b); condición que es cada vez más reconocida y tratada por los terapeutas familiares, pues ahora los integrantes de la familia se le presentan como elementos de un círculo de interacción, en el que la conducta de un miembro influye necesariamente en la de todos los demás. Por eso cierto comportamiento individual ya no puede considerarse unidimensionalmente como causa del comportamiento de los demás: cada integrante influye en los demás y es influido a su vez por éstos (Stierling, 1981).<sup>77</sup>

De esta manera, creemos que la familia debiera ser encuadrada como parte del problema que presenta la esquizofrenia; sin embargo a la luz del modelo médico, como regularmente es el tratamiento en las instituciones de orden público, la terapéutica se dirige al portador de los síntomas. Cuando se llega a realizar alguna intervención terapéutica con la familia generalmente es como un mero elemento de apoyo, de ayuda y no de medida terapéutica, ya que se presupone que el enfermo se torna en una pesada carga para la familia, sobre todo cuando se ha tornado crónica y ha llegado a una condición de deterioro lamentable.

Al inicio de éste estudio la condición antes referida, fue entendida como promotora de actitudes de rechazo al paciente. De manera que se considero importante evaluar tales actitudes.

Un elemento indispensable para poder comprender objetivamente las actitudes de los familiares, fue hacer una revisión de la naturaleza del padecimiento. Con lo cual nos pudimos percatar que la opinión de los autores respecto a la esquizofrenia presenta gran divergencia en la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, incluso, hay opiniones que no solamente son diferentes sino contradictorias.

Para ilustrar lo anterior, podemos por ejemplo decir que el cuadro clínico presenta una amplia heterogeneidad de síntomas, lo que hace difícil que el diagnóstico de esquizofrenia sea confiable; el membrete de esquizofrenia se aplica a un amplio rango de síndromes, a pesar de los sofisticados sistemas de diagnóstico creados por la CIE y la APA, el diagnóstico y pronóstico de la esquizofrenia es poco confiable en todo el mundo, así cuando algún caso diagnosticado como esquizofrenia se cura, es visto como de haber sido erróneamente diagnosticado.

Etimológicamente esquizofrenia significa "mente dividida", siendo en lo único que existe un acuerdo común, porque hasta hoy día no existe un concepto de la esquizofrenia universalmente válido, en su lugar existen tendencias que buscan conceptualizar a la esquizofrenia, las cuales pueden resumirse en los siguientes puntos:

- No existen síntomas patognomónicos de la esquizofrenia que permita basar el diagnóstico exclusivamente en la psicopatología.
- No hay consistencia en los hallazgos encontrados en la investigación biológica con respecto a las alteraciones del cerebro esquizofrénico.
- Se acepta que la esquizofrenia obedece a múltiples causas.
- Se ha dividido a los síntomas de la esquizofrenia en dos grupos: positivos y negativos.

De acuerdo con Andreasen el concepto de esquizofrenia no puede ser simplemente resumido, ya que éste ha cambiado y evolucionado desde su creación, por lo que éste debe verse como dinámico y evolucionario (Andreasen, 1989).<sup>4</sup>

La esquizofrenia ha sido estudiada preferentemente desde dos enfoques, el médico y el psicológico, planteándose diferentes teorías que han tratado de explicar éste padecimiento.

Desde el punto de vista médico psiquiátrico, la esquizofrenia es considerada como una enfermedad orgánica, la idea se fundamenta en la supuesta existencia de una lesión o falla ubicada en el cerebro, que es la responsable de los síntomas; este punto de

vista equipara a la esquizofrenia con algunas de las enfermedades cerebrales que están bien establecidas, como es la enfermedad de alzheimer o el mal de Parkinson que son trastornos del funcionamiento cerebral.

De esta manera, el hecho de que las funciones superiores atribuidas al cerebro, como las de diferenciar correctamente lo subjetivo de lo objetivo, de querer, de asimilar estímulos ambientales y utilizarlos para su adaptación al medio, especialmente al medio social, etc., estén alteradas en la esquizofrenia son, desde el punto de vista médico, indicio de una alteración orgánica o fisiológica en el cerebro. Sin embargo la revisión de los estudios médicos desde diferentes aspectos como la bioquímica, los hallazgos neurológicos, la fisiología y el estudio histológico postmortum de pacientes esquizofrénicos no son consistentes en los hallazgos reportados. Hasta la fecha no existe ningún elemento que permita sostener válidamente el origen orgánico del padecimiento.

No obstante sigue siendo tratada preferentemente como una enfermedad de tipo cerebral, y el tratamiento consiste básicamente en la administración de una substancia que incida en el cerebro, con lo cual se pretende disminuir las manifestaciones del trastorno. Tal como lo afirma el Dr. Chapa:

*"La práctica diaria de ordinario limita el tratamiento de la esquizofrenia a la elección de una medicación adecuada".<sup>26</sup>*

Por otra parte en el ámbito psicológico existen diversas teorías que han abordado el estudio de la esquizofrenia, todas las cuales coinciden al establecer que este padecimiento no tiene su génesis en una afección orgánica, la mayoría de ellas atribuye el origen del padecimiento a factores ambientales, entre los cuales se consideran la dinámica familiar, la clase social y las diferencias culturales.

Dado que el objeto de nuestra investigación era valorar las actitudes de los familiares de esquizofrénicos crónicos, nos interesamos principalmente en las corrientes que consideran la dinámica familiar como generadora de esquizofrenia.

Pudimos establecer que son dos las corrientes más difundidas que aluden a la familia como causante de la condición esquizofrénica, por un lado encontramos la teoría del "Doble Vínculo Afectivo" desarrollada por Gregory Bateson y colaboradores (1956),<sup>9</sup> y por otra parte tenemos la teoría psicodinámica desarrollada principalmente

por psicoanalistas. Ambas le asignan a la madre el papel principal de la situación familiar que conduce finalmente a que un individuo padezca esquizofrenia.

De acuerdo con la teoría del doble vínculo afectivo, ciertos aspectos de la personalidad de los padres y la interacción de todos los miembros de la familia determinan que se establezca un tipo de vinculación entre la madre y el niño futuro esquizofrénico de tipo simbiosis, a través de mandatos contradictorios, de modo que el niño se siente reprobado si dice o hace una determinada cosa, pero es igual si no la dice o la hace, teniendo como efecto que el hijo posteriormente no pueda establecer comunicación con persona alguna mediante tipos lógicos, se ve imposibilitado para comunicarse tanto con las personas ajenas a él como con él mismo.<sup>9</sup>

En cuanto a la corriente psicodinámica existen diversas posturas, pero todas ubican el origen de la esquizofrenia en una relación temprana defectuosa entre el niño y sus figuras importantes, fundamentalmente con la madre.

Entre los teóricos psicodinámicos podemos ubicar a Sullivan, quien fue el primero en considerar a la familia como el factor principal para el surgimiento de la esquizofrenia, éste autor propuso que la esquizofrenia era un problema derivado de la relación interpersonal patológica que se daba en las familias de los esquizofrénicos. Con esta propuesta dio a entender que la esquizofrenia no era una enfermedad orgánica, sino la consecuencia de una experiencia patológica entre el niño y sus figuras importantes, fundamentalmente padres y hermanos.<sup>41</sup>

Por su parte el estudio realizado por Laing y Esterson al medio ambiente familiar de los esquizofrénicos aportó por primera vez evidencia de lo perturbador de las relaciones familiares, haciendo notar que éste tipo de padecimiento surge en un medio ambiente familiar patológico, que se caracteriza principalmente por un ambiente de aburrimiento, un vacío absoluto y una relación superficial y mortecina de unos con otros.<sup>51</sup>

Otro autor importante dentro de la corriente psicodinámica es Searles, quien considera que los aspectos estructurales de la personalidad del niño, es decir el ello, el yo y el superyó, fueron integrados mal en el individuo esquizofrénico debido a la relación de este sujeto con sus progenitores, especialmente con la madre, por lo

cual en última instancia este autor confiere a los padres un papel de primer orden en el surgimiento del padecimiento.<sup>74</sup>

Por su parte Silvano Arieti también confiere a los padres un trascendental papel en el surgimiento de la esquizofrenia, pues son éstos los encargados de proporcionarle a su hijo la seguridad básica, sin la cual el niño crea un tipo especial de ansiedad, la cual es el ingrediente necesario para la aparición de la esquizofrenia.<sup>6</sup>

Esta claro que con el modelo medico no se ha podido establecer evidencia irrefutable de que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral. Por lo que hace a la visión psicológica, es obvio que la familia juega un rol importante en el surgimiento de la esquizofrenia, sin embargo, tanto la teoría psicodinámica como la del doble vínculo afectivo, son incompletas ya que no contemplan la totalidad del individuo, pues hacen énfasis en las relaciones tempranas con las figuras importantes, principalmente con la madre, como factor determinante para que surja más tarde la esquizofrenia en el hijo. Las experiencias tempranas tienen un efecto importante en la dinámica del desarrollo que produce una patología, pero el individuo es producto de todas las experiencias, y no solo de las primeras. Así, es importante considerar el medio ambiente, pero éste factor aisladamente considerado no explica el surgimiento de la condición de esquizofrenia.

Es así que en la psicopatología del desarrollo encontramos una mejor explicación de las condiciones que llevan a que surja la esquizofrenia, bajo esta orientación se busca definir, seguir y entender las líneas normales del desarrollo de las personas, establecer cuales son las desviaciones significativas de esos recorridos normales, trazando las transformaciones secuenciales de las conductas que ocurren en tanto los individuos siguen esos cursos atípicos de desarrollo y descubriendo los factores que desvían y regresan a los individuos a cualquier tipo de recorrido.

Sroufe, uno de los principales exponentes de esta teoría establece: "comprender la naturaleza de los recorridos de desarrollo se vuelve crucial cuando uno se plantea; ¿que factores influyen en el origen y el curso de una patología dada?. ¿cuales son los factores que sostienen la continuidad en una dirección, la desviación hacia otra dirección y/o el resultado particular 'elegido' entre el conjunto de los resultados posibles para un recorrido específico? (...) Las variables causales y mediadoras pueden ser tanto biológicas como ambientales influyendo cada una en la otra."<sup>75</sup>

"Los genes y el ambiente deben, por supuesto, ser siempre considerados juntos. Pero estos no bastan para explicar la patología o el desarrollo normal, hay un tercer factor determinante que es el desarrollo precedente en sí mismo".

Este modelo sugiere una continuidad en el desarrollo. Tal continuidad dice Sroufe, se deriva de factores ambientales, individuales y del interjuego de ambos (Sroufe, 1997).<sup>75</sup>

De esta manera se establece el puente necesario entre las teorías biológicas y las medio ambientalistas que han tratado de explicar la etiología de la esquizofrenia. El considerar las interrelaciones entre el factor ambiental y las condiciones biológicas del individuo permite que podamos entender las condiciones que dan lugar a que se geste la esquizofrenia en un individuo.

Esta teoría deriva en gran parte de la teoría del apego de Bowlby, en donde se plantean propuestas interesantes relativas a el papel que juegan las experiencia tempranas de la psicopatología en el desarrollo, la importancia del contexto persistente y la naturaleza del proceso de desarrollo tras la patología, este autor afirmó que la adaptación es producto conjunto del historial del desarrollo y de las circunstancias actuales, nunca de uno solo.

De esta manera, creemos firmemente que para comprender por qué alguien ha llegado a ser esquizofrénico o a reaccionar esquizofrenicamente, tenemos que estudiar las características estructurales propias del individuo, el entorno familiar y el modo de vida en dicho entorno familiar, de otro manera no podemos comprender los fenómenos de la esquizofrenia y nos enfrentamos a la situación que Pankow describe en la siguiente afirmación: *"todo lo que vemos en el cuadro de la esquizofrenia nos parecerá como extraño y absolutamente inaprensible por medio de una simple extrapolación de la vida cotidiana. (...) hay que tener el coraje de reconocer el foso que nos separa de la psicosis, de otra manera todo enfoque que nos lleve a la psicosis sin atravesar este foso desemboca en el grandioso edificio de la nosografía que heredamos de la psiquiatría clásica"* (Pankow, 1979. p. 45).<sup>62</sup>

Entendemos por "reconocer el foso que nos separa de la psicosis" lo que desconocemos sobre la historia de quien ha llegado a ser esquizofrénico.

Esta visión es reveladora de las condiciones que dan lugar al origen de la esquizofrenia. Así mismo, podemos entender que continúan ejerciendo efecto, de tal manera que llevan al paciente a una condición de mayor enfermedad como es la cronicidad y deterioro. Por otro lado se preservan y transmiten a futuras generaciones. Podemos constatar como se repiten en las familias algunas patrones de conducta que no se sabe porque y cuando se inició a hacer de tal o cual forma, solo se conoce que así lo hacía la madre y que ella lo aprendió de su madre.

Así, si genéticamente un individuo tiene antecedentes familiares de esquizofrenia, la relación temprana del sujeto esquizofrénico con su madre fue inadecuada, más el ambiente característico de aislamiento se sigue dando de la misma manera; entonces están dadas las condiciones para la evolución a la cronicidad y el deterioro. De la misma manera las condiciones para que se de el padecimiento en futuros miembros de la familia. De manera que como afirmó Fromm "la familia esquizogénica no es un familia particularmente malvada. Es una familia en la que reina un aburrimiento absoluto, un vacío absoluto, mortecina, sin relación verdadera de unos con otros (Fromm, 1991 p.66).<sup>38</sup> Estas condiciones de vida se transmiten también.

Mediante la visión de la Psicopatología del desarrollo puede ser vista una posibilidad esperanzadora para el tratamiento y/o la rehabilitación del paciente, en el sentido de "favorecer el cambio en uno de los tres factores que intervienen en el surgimiento de la esquizofrenia", así, modificando el medio ambiente puede proveerse la posibilidad de encaminar al esquizofrénico hacia "rutas más próximas a las consideradas como normales, como describe Millán (1998) al considerarla como un modelo de desarrollo abierto."<sup>56</sup>

Este novedoso planteamiento, ya había sido mencionada por Fromm en su libro "Anatomía de la destructividad humana" en donde cita el trabajo de R. B. Livingston (1967), para afirmar que:

*"el crecimiento del cerebro depende no solo de factores exteriores como la alimentación sino también del cariño con que se trata al bebe y se lo mueve, del grado de estimulación que recibe y del grado de libertad que se le deja de moverse, de jugar y de expresarse. Pero el desarrollo del cerebro no se detiene en la infancia, ni siquiera en la puerultad ni en la edad adulta. Como ha señalado Livingston, no hay un punto a partir del cual cese el*

*desarrollo y desaparezca la capacidad de reorganización después de las enfermedades o las lesiones. Parece que durante toda la vida , los factores ambientales como la estimulación, el aliento y el afecto pueden seguir ejerciendo una sutil influencia en los procesos cerebrales (Fromm, 1975, p262).*<sup>37</sup>

Es interesante hacer notar que en los datos obtenidos del cuestionario el 76 % de la población del grupo de las mujeres correspondió a el tipo de parentesco " madre del paciente" como se muestra en la tabla No. 5. Lo cual ha sido reportado en otros estudios en donde la madre del paciente es quien regularmente se responsabiliza del cuidado del paciente. También se observa que con ella la interacción es más cercana físicamente.

La madre del paciente puede ser la palanca adecuada para involucrar a la familia completa en el tratamiento y/o la rehabilitación del paciente, ya que es el medio ambiente, el único factor posible de ser modificado para favorecer un cambio en el pronostico del paciente esquizofrénico, los factores ambientales como la estimulación, el aliento y el afecto parecen tener una sutil influencia en los procesos cerebrales.

Con la idea de que el medio ambiente es uno de los factores responsable de la manifestación de la esquizofrenia, el único factor susceptible de ser modificado para favorecer un cambio en la evolución que regularmente sigue la esquizofrenia, se considera que evaluar las actitudes de los familiares con los que convive el enfermo, permite conocer la predisposición que éstos tienen para actuar con y en relación al paciente esquizofrénico crónico; ya que las personas a lo largo de la vida adquieren experiencia y forman una organización de creencias características que les motiva a actuar.

Aun cuando los resultados cuantitativamente no pudieron ser contundentes, cualitativamente se pudo obtener interesante información tanto del padecimiento como de las actitudes de los familiares del paciente esquizofrénico.

## Conclusiones

El objeto de nuestro estudio era medir las actitudes de los familiares del paciente esquizofrénico crónico, ya que se observó que durante la estancia hospitalaria de estos pacientes en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS, sus familiares mostraban actitudes que sugerían rechazo al paciente.

De los resultados obtenidos en el estudio podemos concluir en primer término que:

- Resultó imposible confirmar nuestra hipótesis, debido a que la población requiere un mayor número de individuos para arrojar datos estadísticamente significativos. Pese a que la información obtenida no permitió corroborar la hipótesis planteada, el trabajo desarrollado nos permite llegar a conclusiones más sugerentes desde una visión clínica.
- La aplicación del cuestionario resultó más difícil de lo esperado, ya que los familiares fueron poco participativos. Como es bien sabido este tipo de familias son desconfiadas y suspicaces, a esto se suma el breve tiempo de visita (2.5 hrs.), de esta manera nuestro grupo de entrevistados se conformó de 30 mujeres y 20 hombres.
- A partir de la experiencia, se observó que no es conveniente el uso de un cuestionario tipo escala de Likert en investigaciones de tipo clínico, ya que es una valiosa herramienta para evaluar fenómenos de tipo social, pero en el ámbito clínico limita la información. Por lo cual creemos que pese a las características de estas familias el instrumento apropiado es la entrevista no dirigida, pese a las dificultades que plantea su uso con estos familiares, que se caracterizan por ser tan herméticos.
- No obstante lo anterior, la valoración de las actitudes de los familiares, permite tener una idea de las tendencias de conducta que dichas personas pueden adoptar frente al enfermo, ya que en el medio ambiente del esquizofrénico existen actitudes de los familiares generadoras del padecimiento y productoras de cronicidad, sin embargo estas actitudes pueden ser de diferente índole, siendo imposible determinarlas de manera universal para todos los casos o de manera sistemática en una escala.

Lo anteriormente manifestado no niega la posibilidad de calificar las actitudes de los familiares en favorables o desfavorables, sino sólo muestra el hecho de que deben ser valoradas en cada caso.

- El hecho de haber aplicado el cuestionario a 50 sujetos nos permite precisar que el grupo de mujeres representó el 60% de la población estudiada en tanto que los hombres el 40% como se muestra en la tabla 1. Lo cual sugiere que las mujeres son quienes más visitan a los pacientes en proporción a los hombres. Esta es una de las causas de que las actitudes de miedo, desinterés, intolerancia y desconocimiento del padecimiento, se observen más en mujeres que en hombres.

- Así mismo, la información obtenida y representada en la tabla No. 4 sobre ocupación de los familiares, revela que las mujeres son quienes de forma regular están en contacto con el enfermo, ya que el 63 % de ellas permanece en casa por ser el hogar la ocupación del 36% sumándose el 26 % de las que esta jubiladas; mientras que en la población de hombres su ocupación es de diversa índole, lo cual guarda estrecha relación con el nivel de estudios, como se muestra en la tabla No. 3 donde se puede ver que el nivel de escolaridad alcanzado en el grupo de mujeres es de preparatoria, en tanto que en los hombres es de post grado.

- En cuanto al parentesco, en el grupo de mujeres la clase madre representa el 76 %, en orden de frecuencia acumulada el parentesco hermana ocupa el 13 % siendo los más representativos como se muestra en la tabla No. 5. Con respecto al grupo de los hombres, el parentesco con mayor frecuencia acumulada fue el de hermano con un 45 % en tanto que al padre correspondió el 30 % y en este grupo el parentesco esposo obtuvo un 15 % de representatividad.

- Estos datos y los antes descritos sugieren que es la madre del paciente quien preferentemente visita al paciente, quien se hace cargo de su cuidado y que ésta cuenta con muy pocas posibilidades de tener otras opciones de actividades que le permitan salir de la dinámica que establece al estar de forma continua con su hijo enfermo, ya que además de permanecer mayor tiempo en la casa, cuentan con pocos estudios, lo cual hace prever que sus condiciones para contender con el padecimiento de su hijo enfermo son muy pobres. Ésta situación se puede ver reflejada en el hecho de que a pesar de que son pacientes crónicos con tiempo prolongado de padecer la esquizofrenia, como se muestra en la tabla No. 7

donde se puede ver que como mínimo tienen más de un año y llegan a contar hasta de 30 años de enfermedad, solo el 63 % de las mujeres conoce el diagnóstico de esquizofrenia en el paciente y en los hombres el 55 % de ellos.

- Es importante hacer notar que también éstos familiares denotan el tiempo que llevan de padecer junto con el paciente la esquizofrenia, pues muchos de ellos dijeron estar enfermos de los nervios, padecer depresión, se aprecia también el típico aplanamiento afectivo y una actitud de resignación, otros reportaron ser portadores de hipertensión arterial, cefaleas continuas y otros padecimientos propios de la vejez, etc. Quienes han estado en contacto con estos pacientes conocen lo difícil, embrollado y desgastante que resulta el trato con ellos, sí a esto se agrega la característica personalidad compleja de la madre, como ha sido descrita en la bibliografía, la poca información que tienen sobre el padecimiento, es posible comprender las condiciones ambientales de estas familias y la forma en que se favorecen considerables niveles de patología en todos sus miembros, siendo el esquizofrénico crónico la evidencia mayor.

- Con base en los datos aportados en la respuesta sobre la experiencia de vivir con el paciente, se concluye que en general los familiares presentan severos trastornos emocionales tales como: Depresión, ansiedad, labilidad emocional, ira, apatía e indiferencia. Algunas madres sugirieron ser demasiado sobreprotectoras, con lo cual fomentan la incapacidad del hijo; y otras al contrario son punitivas en exceso, con una marcada idea de que el paciente es extremadamente peligroso, por lo cual se encierran bajo llave cuando se encuentran a solas con el paciente o viceversa, ponen bajo llave al enfermo, manteniéndose en ambos casos un marcado distanciamiento con el hijo esquizofrénico. De esto se infiere que el esquizofrénico sólo es el miembro de la familia que desarrolla una patología mayor, pero el resto de la familia también presenta patología. Es decir, todos los miembros de la familia de un esquizofrénico están afectados.

Por otro lado, este estudio nos permitió ver que el fenómeno de la esquizofrenia es aun indescifrable e impredecible en aspectos tales como su etiología, la heterogeneidad de los síntomas, el pronóstico y la evolución.

Finalmente podemos afirmar que el estudio nos llevó a interesantes reflexiones a nivel clínico, las cuales se exponen a continuación como aportaciones del mismo.

## Reflexiones Finales

Las reflexiones de este estudio pretenden ser una aportación que facilite la comprensión de la esquizofrenia, a la vez que de la compleja dinámica que se establece entre el paciente y su grupo familiar.

Este estudio se inició con la premisa de que los familiares tenían actitudes negativas hacia el paciente con esquizofrenia crónica, sin embargo a medida que fue avanzando la investigación se pudo observar una serie de fenómenos que más allá de confirmar o negar nuestra hipótesis inicial, mostró una desesperanzada realidad en las relaciones entre el enfermo y los familiares con los que vive.

- Sin embargo ésta puede transformarse en la medida en que el tratamiento incluya a la familia como parte del problema a tratar y no únicamente como medida de enseñar a los familiares una serie de conocimientos para que atiendan mejor al paciente.

- El estudio estimuló la búsqueda de respuestas a las interrogantes que plantea la esquizofrenia, fue así como nos encontramos con la novedosa teoría de los procesos psicopatológicos, la cual resulta reveladora de las condiciones que dan lugar a la aparición de los procesos patológicos, uno de los cuales es la esquizofrenia, esta es la llamada **Psicopatología del Desarrollo** (Sroufe, 1989), la cual se interesa en estudiar los orígenes y curso de patrones de adaptación de conducta. Presentándose ésta como una tercera forma de explicar los procesos psicopatológicos, diferente a la psicopatología que ha sido descrita por la clínica y los síntomas, así como de las explicaciones de la teoría psicoanalítica ortodoxa.

- Es así, que se puede establecer el puente necesario entre las teorías biológicas y psicológicas que han tratado de explicar la etiología de la esquizofrenia. Nos percatamos que la psicopatología del Desarrollo supera las deficiencias que hasta ahora han resultado insalvables para otras teorías, de acuerdo con dicha teoría podemos afirmar que:

a), La heterogeneidad de los síntomas en la esquizofrenia se debe a que cada individuo esquizofrénico biológicamente es diferente y se ubica en un medio ambiente que hace desde luego, que su desarrollo precedente sea también único. Por lo cual desarrolla síntomas de la enfermedad propios a su estructura biológica y a su ambiente dado.

b). Como consecuencia de lo anterior no puede existir un tratamiento dogmáticamente establecido, mismo que pueda aplicarse en todos los casos con igualdad de resultados, sino que es necesario considerar estos tres factores: El biológico o genético, el ambiental y el desarrollo precedente del sujeto. A partir de esta concepción de como se genera el padecimiento, podemos estar en condiciones de establecer el tipo de tratamiento idóneo en cada caso.

- El estudio permite una comparación entre la visión medico-psiquiátrico y la visión psicológica de la esquizofrenia.

- Los esquizofrénicos de cualquier institución hospitalaria, cuyo tratamiento no contempla alguna modificación del medio familiar, se ven envueltos en una dinámica por la cual reiteradamente ingresan al hospital, lugar en donde generalmente presentan alguna leve mejoría, para posteriormente reintegrarse al mismo ambiente perturbador que los conducirá inexorablemente a la cronicidad. De esta manera, mientras se siga tratando solamente al esquizofrénico, son nulas las posibilidades reales de recuperación, ésta dependerá del azar, o de la buena suerte que tenga algún esquizofrénico para que el destino modifique de forma importante su ambiente.

- Debemos tener una visión de la esquizofrenia como un problema familiar, puesto que la familia y el paciente están inmersos en un medio ambiente propicio para desarrollar patologías de la conducta.

- El tratamiento de la esquizofrenia debe plantear el estudio del ambiente familiar, localizando las causas medio ambientales que han hecho propicio el surgimiento del padecimiento, ya que es el único factor que es posible modificar para encaminar al enfermo hacia condiciones menos graves que la cronicidad y el deterioro.

Este estudio pretendió ser un acercamiento esperanzador para quienes viéndose afectados por esta enfermedad, no parecen tener opciones de acceder a una mejoría en sus condiciones de vida. El estudio solo ha iniciado un trabajo que debe ser ampliado y complementado en investigaciones posteriores.

## Limitaciones

Una limitación de este estudio es en base a nuestra afiliación a la Teoría de la Psicopatología del desarrollo, la cual no tiene una explicación específica de la esquizofrenia, sino que es posible entender su origen y curso de lo que define como patrones desadaptativos de conducta, algunas de cuyas formas representan a los padecimientos psiquiátricos como la esquizofrenia.

No obstante, el peso de esta teoría se basa en estudios con riguroso control en psicología experimental y valoración empírica de los recorridos de desarrollo que son precursores de los padecimientos tanto en los niños como en los adultos. Incluye además el estudio del curso de los padecimientos ya manifiestos (sus fases y sus secuelas). Así como comparaciones entre cursos de desarrollo normal y desadaptativos, siendo esta la mayor singularidad de la aproximación evolutiva a la psicopatología.

- Aunado a que la psicopatología del desarrollo aun esta en proceso de consolidarse como la tercera opción, después de la psicopatología que ha sido descrita por la clínica y los síntomas y de las explicaciones de la teoría psicoanalítica ortodoxa esta el antecedente de que la esquizofrenia ha sido por tanto tiempo preferentemente vista con el enfoque medico; todo esto puede ser un obstáculo para ser aceptado este enfoque dual en las posibilidades de cambio a pesar de la temprana adversidad por una parte y la continuidad en los patrones de desadaptación que se dan en la esquizofrenia.
- Otra de las limitantes es la actitud típica de las familias de esquizofrénicos, las cuales son de difícil acceso a conseguir su confianza para que aporten información; así, algunas personas argumentaron que solo al médico le proporcionan información. Es posible que lo digan por estar dispuestos sólo a dar la información que ellos relacionan con el estado de salud de su paciente, pero no la que involucre las emociones y las pasiones que se establecen entre ellos, sin embargo una vez que aceptaron, hablaron libremente de su relación con el paciente, aunque predominaron las quejas de la conducta del enfermo.
- Otra limitante la encontramos en la realidad de las condiciones económicas y sociales de nuestro país, ya que considerar a la familia completa representa una ambiciosa idea que no puede ser llevada a la practica fácilmente porque la mayoría de

las instituciones públicas no cuenta siquiera con las condiciones físicas para atender más que al portador de los síntomas de la enfermedad.

- **Sugerencias:**

Como psicólogos buscar alternativas de explicación de lo que nos resulta incomprensible de la esquizofrenia, en el ámbito de la psicología y no dejarnos convencer fácilmente por los preceptos que corresponden a otra forma de entender el problema.

Una alternativa es la novedosa "teoría de los procesos psicopatológicos", la cual resulta reveladora de las condiciones que dan lugar a la aparición de esquizofrenia, mediante los conceptos de dicha teoría es posible dar respuesta a preguntas tales como ¿por qué alguien ha llegado a ser esquizofrénico? ¿cuales son las variaciones que evita que los otros hijos de una familia, bajo las mismas condiciones biológicas y ambientales no desarrollen esquizofrenia? Este modelo sugiere una continuidad en el desarrollo, la cual se deriva de factores ambientales, individuales y del interjuego de ambos; de esta manera se establece el puente entre las teorías biológicas y las medioambientalistas que han tratado de explicar la etiología de la esquizofrenia.

Solamente cuando hemos alcanzado a comprender cual ha sido el origen del problema, podemos estar en posibilidades de plantear alternativas de solución al mismo.

Ya que el incremento de las enfermedades mentales va en aumento y el tratamiento es cada vez más con un enfoque multidisciplinario, una sugerencia es que se lleven a cabo investigaciones que apunten hacia la etapa de prevención de enfermedades tan graves y limitantes como es la esquizofrenia, así, en lugar de una intervención multidisciplinaria sea una prevención multidisciplinaria de las enfermedades mentales. Las investigaciones empíricas de la psicopatología del desarrollo y de apego proveen sustento para este tipo de acciones de prevención.

## Bibliografía

1.- Ackerman, N. (1994). Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. (10a. Edic.). Argentina. : Hormé.

2.- Ainswoth, M. , Salter, D. , Blehar, M. (1978) Antecedentes teoricos: apego y conductas de apego: En Patterns of attachment. A psyshological study of the strage situation. (Trad. C. Juárez) New Jersey: Erlbaum. Cap. 1.

3.- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. Ed.) Washington, DC, EE. UU.:

DSM-III-R (1987) Tercera edición, revisada.

DSM-IV (1994) cuarta edición.

4.- Andreasen, N. (1986). Evaluation of Positive and Negative Symtoms in Schizophrenia. Psychiatric & Psychobiologie,2, 108 - 121.

5.- Andreasen, N. (1989). The Ameriacan concept of schizophrenia. Schizophrenia Bullefin, 4, 519-531.

6.- Arieti, S. (1965). Interpretación de la esquizofrenia. México: Labor.

7.- Armendariz, Y. & Mendieta, D., IV. (1995). Sistema límbico y esquizofrenia. Psiquis,6, 106-111.

8.- Avilés, S. (1994). Actitud del trabajador hacia prestaciones e incentivos. México, D.F.:Tesis, Escuela de Psicología, Universidad Del Valle De México.

9.- Bateson, G. Haley, J. Jackson, D. y Weakland (1985). El doble vínculo afectivo. México: Fondo de Cultura Económica.

10.- Berger, M. (1993). Más allá del doble vínculo. Barcelona, España: Paidós.

11.- Bettelheim, B., Rosenfeld, A. (1994). El arte de lo obvio. Barcelona, España: Crítica Grupo Grijalbo-Mondadori.

- 12.- Birchwood, M. & Tarrier, N. (1995). El tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia. Barcelona, España: Ariel.
- 13.- Bleuler, E. (1908). Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias. (D. R. Wagner, Trad.). (Bleuler, 1908/ 1960). Buenos Aires, Argentina
- 14.- Broustra, J. (1979). La esquizofrenia. Hormé (Ed.). Barcelona, España: Herder.
- 15.- Borgoños, E., Morcillo, L. & Barcia, D. (1995). Tratamiento farmacológico y calidad de vida en la esquizofrenia. Psiquis, 3, 11-19. España.
- 16.- Bowlby (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego. (1a. Edición) México: Paidós.
- 17.-Bustos, O. L., Bedolla, P., Bustos, M. & Lopez, M. E. (1982) Curso de prácticas del tercer nivel. Social unidimensional. Universidad Nacional Autónoma de México (Ed). D. F.
- 18.- Caballo, V., Buela-Cazal y Carrobes, J. A. (1995) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos México: Siglo XXI
- 19.- Cabrero, L. (1988). Cronicidad: esquizofrenia y familia. Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona, 6, 314-319.
- 20.- Cardamone, G. & Sisti, E. (1996) Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica. Psiquis, 5, 110 - 119.
- 21.- Colonia, A. (1992). La hospitalización psiquiátrica: mi experiencia. Revista del Residente de Psiquiatría, 4, 3-4.
- 22.- Colodrón (1990). Las esquizofrenias. (2a. Ed. Ampliada). España: Siglo veintiuno.
- 23.- Cooper, D. (1985). Psiquiatría y Antipsiquiatría. (1a. Reimpresión). España: Paidós.
- 24.- Cuello, M.A. (1992). El paradigma de los síndromes tipo I y II de la esquizofrenia: un gran generador. Revista del Residente de Psiquiatría, 3, 20-23.

25.- Chamorro, A. & Clusa, D. (1997). Valoración clínica de enfermos esquizofrénicos de larga evolución. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 6, 156-162.

26.- Chapa, R. (1992). Tratamiento no somático de la esquizofrenia. Psiquis, 4, 7-12. México.

27.- Daniel, D. G. & Williams, R.N. (1994). La risperidona y la resistencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia. L. Spaniol, et. al. (eds.), (folleto), La Risperidona (pp. 5 - 7). San Diego, EE. UU.: Department of Psychiatry, University of California.

28.- Davison, G. C. & Neale, J.M. (1983) Psicología de la conducta Anormal Enfoque clínico experimental ( H. Levesque, Trad.). (1a reimpresión). México. : LIMUSA.

29.- De las Cuevas, C. & Gonzalez de Rivera, J. L. (1994). Cumplimiento con la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. Psiquis, 3, 11-20. España.

30.- Díaz Martínez, R., Murow, E., Ortega, H., Valencia, M., Rascón, M. L. & Ramírez, I. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud Mental, 4, 1-7.

31.-Donnoli, V. F., Salvatore, A., Basotto, J., Ventura, A., Cohen, D., Fantin Graiño, A., Oliva, D. & Martins, J. (1995). Esquizofrenia: Relación entre síntomas negativos y rasgos esquizotípicos de personalidad. Acta psiquiát. Psicol. Am lat., 3, 214-218.

32.- Enciclopedia Microfoff Encarta CD-ROM. (1999). EE. UU.: Encarta.

33.- Fazio R. H. (1995). El modelo oportunidad - motivación. Ma. de la Luz Javiedes Romero (Trad). Universidad Nacional Autónoma de México (Ed), (folleto), D. F.

34.- Fitton, A. & Benfield, P. (1993) Evolución farmacoeconómica del medicamento. Adis internacional Ltd. Auckland, N. Z. 131-156.

35.- Fenichel, O. (1987) Teoría psicoanalítica de las neurosis. (2a. Reimpresión) México: Paidós.

36.- Fernández, F. A. (1993). El laberinto de los trastornos esquizoafectivos. Revista del Residente de Psiquiatría, 1, 2-5.

- 37.- Fromm, E. (1998). Anatomía de la destructividad humana. (decimosexta edic.) México: Siglo veintiuno.
- 38.- Fromm, E. (1995). El arte de escuchar. (Obra postuma 4 Edición Rainer Funk.) México: Paidós.
- 39.- Garrabé, Jean. (1996). Sabina Spierein: El nacimiento de la esquizofrenia (1906- 1912). Salud Mental, 4, 43-51.
- 40.- Garnica, R. & Moisés S. B. (1989). Los dos tipos clínicos de esquizofrenia. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 3 y 4, 37-45.
- 41.- Greenberg, J. & Mitchell, S. (Eds.), (1983). Object Relations in Psychoanalytic Theory. (Barroso, A.M. Trad.). (Harvard University Press.). Cambridge, Massachusetts, London, England.
- 42.- Guerra, C. M. (1992). Reporte de un caso clínico de esquizofrenia familiar. Revista del Residente de Psiquiatría, 2, 23-26.
- 43.- Haley, J. (1969). Tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos. (Machiavello, D. Trad. ). Buenos Aires, Argentina: Editorial Tiempo Contemporaneo.
- 44.- Jackson, D. (1960). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires Argentina: Amorrortu.
- 45.- Jalife-Rahme, A. (1995). Cuidado antes que curación (ensayo). Psiquis (México), 6, 116-119.
- 46.- Javiedes M. (1995) Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes. Universidad Nacional Autónoma de México. (Ed). (folleto).
- 47.- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, Fanari, Fauster, Roussillon & Vidal. (1996). La institución y las instituciones. (2a. Reimpresión). México. : Paidós.
- 48.- Kaplan, H. & Sadock, B. (1988). (2a. Reimpresión). México. : Salvat.
- 49.- Keats, J. (1974) Introducción a la psicología cuantitativa. México: Limusa
- 50.- Laing, R. D. (1994). El Yo dividido Gonzalez, F. Trad.). (6a. Reimpresión). (Laing 1960/ 1994). México. : Fondo de cultura económica.

- 51.- Laing, R. D. & Esterson, A. (1986). Cordura, locura y familia (3a. Reimpresión). México. :Fondo de cultura económica.
- 52.- Logomarsino, A. J. (1995). Sintomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Acta psiquiát. Psicol Am lat., 2, 141- 147.
- 53.- López, A. (1995, octubre). Manejo psicológico del paciente con Requerimientos físicos. Documento presentado en el curso dado en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, S.S.A. Mexico; D.F.
- 54.- Lucas, R., Salcedo, A., Susín, C., Roca, B., Moreno, M., Zimmer, M., Jordá, E., Guillén, A., Garrido, I. & Puche, J. (1997). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos y en parientes de esquizofrénicos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona., 6, 143- 155.
- 55.- Microsoft Bookshelf 2000 CD-ROOM (2000). EE. UU.
- 56.- Millán, S. (mayo, 1998). Como facilitar el desarrollo para enfrentar la regresión. Comentarios sobre estrategias terapéuticas. Documento presentado en el X International Forum of Psychoanalysis, Madrid, España.
- 57.- National Alliance for the Mentally Ill. (1999). Exper Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia: A Guide for Patients and Families. Disponible en: [www.psychguides.com](http://www.psychguides.com).
- 58.- Obiols, J.E. & Obiols, J. (1989) Esquizofrenia Barcelona España. : Martínez Roca.
- 59.- Oceano uno. (1973) Diccionario enciclopédico ilustrado España: Oceano uno.
- 60.- Ordoñez, S. & Garnica, R. (1995). Estado actual nosológico de la esquizofrenia. Revista del Hosp. Psiquiatrico de la Habana., 1, 7-11.
- 61.- Organización Mundial de la Salud. (1992) Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y Del comportamiento. (10a. Ed.). (J. J. López Ibor, Trad.). España.
- 62.- Pankow, G. (1979). Estructura familiar y psicosis. Buenos Aires Argentina.: Paidós.
- 63.- Patiño, J.L. (1980). Psiquiatría Clínica. México. : Salvat.

- 64.- Pratkanis A. R. (1994). El modelo sociocognitivo de la estructura y función de la actitud. Ma. de la Luz Javiedes Romero (Trad). Universidad Nacional Autónoma de México (Ed), (folleto), D. F.
- 65.- Rascón, M.L., Díaz, R., López, J.L. & Reyes, C. (1997) La Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Salud Mental, 20, 55-63.
- 66.- Rascón, R., Arredondo, A., Tirado, L. & López, M. (1998). Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. Salud Mental, 1, 43-47.
- 67.- Reig, E. (1993). Análisis Semiótico de la construcción de un delirio en un esquizofrénico paranoide, estudio de un caso. Psiquis, 6, 7 - 9.
- 68.- Rojas, R. (1996). Guía para Realizar Investigaciones Sociales. (18 edición). México. : Ed. Plaza y Valdés.
- 69.- Rodríguez, I.R. (1991) Rasgos Predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos. México. D.F.: Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.
- 70.- Satir, V. (1986). Psicoterapia familiar conjunta. (2a. Edic.). México.: La Prensa Medica Mexicana.
- 71.- Schehaye, M. (1958). El diario de una esquizofrénica. México: Fondo de cultura económica
- 72.- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1988). Paradoja y Contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica. ( S. Frondizi de Bullrich & I. Pardal, Trans.). (1a. Ed.). México. :Paidós.
- 73.- Shatzman, M. (1993). El asesinato del alma. (11a. ed.). España.:Siglo veintiuno.
- 74.- Searles, H. (1980). Escritos sobre esquizofrenia. (Rosenblatt, N. Trad.). (1a. Ed.). Barcelona España.: Editorial Gedisa.
- 75.- Sroufe, A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental desviation. (Gojman, S. (Trad.). In the emergence of a dicipline: Rochester symposium on developmental psychopaloty: University of Rochester

76.- Sroufe, A., Carlson E. A., Levy A, Egeland B., (1999). Implicaciones de la teoría del apego para la psicopatología del desarrollo. Sonia Gojman (Trad). Development and Psychopathology, (pp 1-13), EE.UU.: Cambridge University Press.

77.- Stierlin, H., Rücker-Embsden, I., Wetzel, N. & Wirsching (1981) Terapia de Familia Barcelona España.: Edit. Gedisa.

78.- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1995) Comportamiento anormal (Houghton Mifflin Company, Trads.). (4a. ed.). México. : McGraw-Hill.

79.- Vega González, L. S., Fernández Martínez, R. & Pedreira Massa, J. L. (1994). Hijos/as de padres con psicosis severas: posibilidades de comprensión e intervención/ y II. Psiquis, 10, 21- 27. España.

80.- Valencia, M., Saldivar, G. & Rivera, E. (1997). Funcionamiento psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. Salud Mental, 2, 28-37.

81.- Villaseñor, S. J. (1993). El concepto de la "bouffée délirante" dentro de las clasificaciones de las enfermedades mentales. Revista del Residente de Psiquiatría, 1, 26 - 30.

82.- Zacarias, R.M. (1995) Factores Etiológicos de la psicosis esquizofrénica. México. D.F.: Tesis, Facultad de Psicología, UNAM.

83.- Zasz, T. (1984). Esquizofrenia: El Símbolo Sagrado de la Psiquiatría. (3.a ed.). México: Edit. Premia.

## Anexo 1.

### Construcción del Instrumento

El instrumento se inicio considerando las actitudes observadas con mayor frecuencia en los familiares de estos pacientes como son: expresar temor de ser agredidos por el paciente, visitarle poco, prolongar la estancia hospitalaria el mayor tiempo posible bajo diversos argumentos como no poder hacerse cargo del paciente, no saber como tratarlo, etc. Todas estas actitudes parecen sugerir actitudes de "rechazo". Además se consideró un trabajo de tesis precedente en la misma institución (Rodríguez, 1991), en la que se manejo como hipótesis Ho. "La familia como generadora de cronicidad por rechazo en el paciente esquizofrénico". La cual fue aceptada en dicha trabajo.

De esta manera se tomo el rechazo como categoría de actitudes desfavorables y la opuesta al rechazo, de actitud de aceptación, por lo tanto de actitud favorable.

Se definió conceptualmente ambas categorías

Rechazo = No aceptar a una persona <sup>59</sup>

Aceptar = Recibir uno voluntariamente lo que se le da o encarga. Aprobar, dar por bueno. Admitir conformarse: acepto sus errores. <sup>32</sup>

Así, el cuestionario fue estructurado con 75 reactivos, 35 de categoría favorable y 35 de desfavorable, las cuales fueron hechas en base a los cuatro tipos de actitudes más frecuentemente observadas, mismos que fueron considerados como indicadores del tipo de actitud dada, tales indicadores son:

Miedo, desinterés, intolerancia y desconocimiento del padecimiento.

De esta manera el cuestionario inicial quedo constituido como se muestra a continuación:

## Cuestionario Preliminar

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN FERNANDO

I.M.S.S.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Se solicita su valiosa colaboración para llevar a cabo una investigación sobre actitudes.

### INSTRUCCIONES:

Se le presentará una serie de afirmaciones a continuación hay cinco alternativas de respuesta que son:

- 1 - Totalmente de acuerdo (TA)
- 2 - Acuerdo (A)
- 3 - Indiferente ( I )
- 4 - Desacuerdo (D)
- 5 - Totalmente en desacuerdo (TD)

Marque con una x el cuadro que corresponda a la respuesta que mejor exprese su sentir en cada afirmación, no hay respuestas correctas e incorrectas. Solamente conteste con sinceridad, no deje sin contestar ninguna afirmación, la opción numero 3 utilícela como ultima opción.

**CUESTIONARIO:**

	TA	A	I	D	TD
1. La familia no puede hacerse responsable del paciente.					
2. El enfermo puede curarse si toma los medicamentos.					
3. Es preferible que el paciente este en el hospital que en casa.					
4. La cercanía del paciente inspira temor.					
5. Es peligroso negarle al enfermo lo que pide.					
6. La pereza es parte de los síntomas de la enfermedad.					
7. Es imposible visitar regularmente al paciente.					
8. Sabe lo que hace el paciente, pero finge no saberlo.					
9. Es peligroso dejar a los niños acercarse al enfermo.					
10. Los hábitos y costumbres familiares influyen en la enfermedad					
11. Al paciente le agrada permanecer en el hospital.					
12. Hay que evitar estar a solas con el paciente.					
13. La hospitalización prolongada daña al paciente					
14. Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos.					
15. Al enfermo le da lo mismo que la familia acuda a visitarlo o no.					
16. El enfermo es raro y algunas veces difícil, pero no peligroso.					
17. Lo más conveniente para el paciente es permanecer hospitalizado.					
18. Cuando dice incoherencias el paciente, es porque así percibe la realidad él.					

19. Es arriesgado que el paciente acuda a fiestas.					
20. Al paciente le gusta estar solo, pero hay que evitar que se aisle.					
21. Es inútil esperar que el paciente se recupere.					
22. El enfermo no puede evitar actuar como lo hace la enfermedad lo ocasiona.					
23. Es una exageración tener miedo al paciente.					
24. Si la enfermedad no se cura, el enfermo debe permanecer hospitalizado.					
25. Los familiares no pueden hacerse cargo de dar los medicamentos al paciente.					
26. El enfermo puede contagiar a alguien más de la familia.					
27. Los familiares deben acudir a tratamiento junto con su paciente.					
28. Es necesario que alguien de la familia le de los medicamentos al paciente.					
29. El paciente no mejora porque no sigue las indicaciones medicas.					
30. Vivir con el paciente es tener el constante temor de ser agredido.					
31. El paciente no puede hacerse responsable de nada, por lo que no se le puede proporcionar objetos personales.					
32. El enfermo debe hacerse responsable de tomar sus medicinas.					
33. El paciente responde agresivamente solamente si es provocado a hacerlo.					
34. La familia nada puede hacer por librar al paciente de la enfermedad.					
35. El paciente puede sufrir efectos desagradables por acción de algunos medicamentos.					
36. Acudir a visitar al paciente favorece su recuperación.					
37. Si la enfermedad es incurable, el hospital tiene la responsabilidad del paciente.					
38. Es difícil vivir de por vida con el enfermo, pero necesita de su familia.					

	TA	A	I	D	TD
39. No puede participar el paciente en las decisiones familiares, porque no tiene juicio.					
40. El enfermo es peligroso cuando esta enojado.					
41. Es preferible decir una mentira, que enfrentarse al enojo del paciente.					
42. No hay remedio para la enfermedad del paciente, solo queda la resignación.					
43. El paciente necesita que sus familiares se instruyan sobre su enfermedad.					
44. Convivir continuamente con el enfermo ocasiona que uno enferme también.					
45. Hay que llevar al paciente al hospital mediante engaños, porque de otra manera no acude.					
46. El paciente puede llegar a causar la muerte de alguna persona.					
47. Es preferible no salir de casa, que hacerlo en compañía del paciente.					
48. La enfermedad del paciente es hereditaria					
49. Cuando el paciente se niega a hacer algo, es mejor no insistir.					
50. Para evitar fricciones con el enfermo lo mejor es evadirlo.					
51. Por seguridad, el enfermo debe permanecer encerrado en su cuarto cuando todos duermen.					
52. Es común que el paciente agreda sin motivo.					
53. No se puede conversar con el paciente, no tiene sentido lo que dice.					
54. Algunas veces es preferible no hacer caso a lo que dice el paciente.					
55. Es inadmisibles que una persona joven y en apariencia sana, no tenga deseos de hacer nada.					
56. Frecuentemente la familia vive la zozobra de ser dañados por el paciente.					

57. Es una pesada carga el paciente, pero su familia es quien lo puede sobrellevar.					
58. El enfermo no es responsable de su persona, la familia debe responsabilizarse.					
59. Es imposible llevar una vida normal teniendo en casa al paciente.					
60. Toda actitud de enojo y rebeldía del paciente es indicio de la enfermedad.					
61. El apoyo familiar al enfermo disminuye el riesgo de las recaídas.					
62. Es preferible tener un enfermo grave que con esta enfermedad.					
63. Ya no es posible esperar que el enfermo se restablezca.					
64. Omitir lo que dice el enfermo, evita problemas.					
65. Es imposible convivir con vecinos teniendo un enfermo así, es preferible evitarlo.					
66. Las muestras de afecto le son indiferentes al paciente.					
67. La falta de interés en el aseo personal, no es parte de la enfermedad.					
68. Cuando el paciente afirma cosas que no son realidad, hay que sacarlo de su error.					
69. El paciente se escuda en su enfermedad para no hacer nada, pero puede hacerlo.					
70. El enfermo se da cuenta cuando lo rechazan, aunque no se lo digan.					

57. Es una pesada carga el paciente, pero su familia es quien lo puede sobrellevar.					
58. El enfermo no es responsable de su persona, la familia debe responsabilizarse.					
59. Es imposible llevar una vida normal teniendo en casa al paciente.					
60. Toda actitud de enojo y rebeldía del paciente es indicio de la enfermedad.					
61. El apoyo familiar al enfermo disminuye el riesgo de las recaídas.					
62. Es preferible tener un enfermo grave que con esta enfermedad.					
63. Ya no es posible esperar que el enfermo se restablezca.					
64. Omitir lo que dice el enfermo, evita problemas.					
65. Es imposible convivir con vecinos teniendo un enfermo así, es preferible evitarlo.					
66. Las muestras de afecto le son indiferentes al paciente.					
67. La falta de interés en el aseo personal, no es parte de la enfermedad.					
68. Cuando el paciente afirma cosas que no son realidad, hay que sacarlo de su error.					
69. El paciente se escuda en su enfermedad para no hacer nada, pero puede hacerlo.					
70. El enfermo se da cuenta cuando lo rechazan, aunque no se lo digan.					

## Anexo 2

### Validez de contenido del instrumento

Una vez construido el cuestionario preliminar (contenido en el apartado 1), se llevo a cabo la validación del instrumento mediante el método de interjueces, ya que de acuerdo Brown (1991) citado por Avilés, "si a un juez experto le parece que los reactivos representan adecuadamente el dominio, la prueba tendrá validez de contenido (Avilés, 1994. P. 62). La ventaja de tal método es que se realiza en un tiempo breve.

Se presento el instrumento a cada juez y se les dijo lo siguiente:

Este cuestionario forma parte de una investigación para la realización de una tesis, acerca de las actitudes que tienen los familiares hacia el paciente con esquizofrenia crónica. Se solicita a Ud. su valiosa colaboración para la validación de contenido del mismo.

El grupo de jueces estuvo formado de:

6 psicólogos que laboran en el Hospital Psiquiátrico San Fernando y 2 maestras de la facultad de psicología de la U.N.A.M.

Con el propósito de facilitar la calificación de la escala se opto por colocar los reactivos favorables en los números pares y los desfavorables en los nones. Ya que no se encontró una contraindicación importante para ello, pues la forma en que se estructuran los reactivos, evita que sea percibida la tendencia de los mismos.

Además, se pretende incluir en el cuestionario cinco preguntas de tipo socio demográfico del familiar que conteste dicho cuestionario; por favor emita también su evaluación de las mismas.

**Datos Socio-demográficos de quien conteste el cuestionario:**

1. Edad \_\_\_\_\_

2. Sexo \_\_\_\_\_

3. Escolaridad  
\_\_\_\_\_

4. Profesión u oficio  
\_\_\_\_\_

5. Parentesco con el paciente  
\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REACTIVO	CATEGORÍA	CLASE
1. La familia no puede hacerse responsable del paciente.		
2. El enfermo puede curarse si toma los medicamentos.		
3. Es preferible que el paciente este en el hospital.		
4. La cercanía del paciente inspira temor.		
5. Es peligroso negarle al enfermo lo que pide.		
6. La pereza es parte de los síntomas de la enfermedad.		
7. Es imposible visitar regularmente al paciente.		
8. Sabe lo que hace el paciente, pero finge no saberlo.		
9. Es peligroso dejar a los niños acercarse al enfermo.		
10. Los hábitos y costumbres familiares influyen en la enfermedad		
11. Al paciente le agrada permanecer en el hospital.		
12. Hay que evitar estar a solas con el paciente.		
13. La hospitalización prolongada daña al paciente.		
14. Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos.		
15. Al enfermo le da lo mismo que la familia acuda a visitarlo o no.		
16. El enfermo es raro y algunas veces difícil, pero no peligroso.		
17. Lo más conveniente para el paciente es permanecer hospitalizado.		
18. Cuando el enfermo dice incoherencias, es porque así percibe la realidad.		

REACTIVO	CATEGORÍA	CLASE
19. Es arriesgado que el paciente acuda a fiestas.		
20. Al paciente le gusta estar solo, pero hay que evitar que se aisle.		
21. Es inútil esperar que el paciente se recupere.		
22. El enfermo no puede evitar actuar como lo hace la enfermedad lo ocasiona.		
23. Es una exageración tener miedo al paciente.		
24. La enfermedad no se cura el enfermo debería permanecer hospitalizado.		
25. Los familiares no pueden hacerse cargo de dar los medicamentos al paciente.		
26. El enfermo puede contagiar a alguien más de la familia.		
27. Los familiares deben acudir a tratamiento junto con su paciente.		
28. Es necesario que alguien de la familia le de los medicamentos al paciente.		
29. El paciente no mejora porque no sigue las indicaciones medicas.		
30. Vivir con el paciente es tener el constante temor de ser agredido.		
31. El paciente no es responsable de nada, no se le puede proporcionar objetos personales.		
32. El enfermo debe hacerse responsable de tomar sus medicinas.		
33. El paciente responde agresivamente solamente si es provocado a hacerlo.		
34. La familia nada puede hacer por librar al paciente de la enfermedad.		
35. El paciente puede sufrir efectos desagradables por acción de algunos medicamentos.		

REACTIVO	CATEGORÍA	CLASE
36. Acudir a visitar al paciente favorece su recuperación.		
37. Si la enfermedad es incurable, el hospital tiene la responsabilidad del paciente.		
38. Es difícil vivir de por vida con el enfermo, pero necesita de su familia.		
39. El paciente no participa en las decisiones familiares, porque no tiene juicio.		
40. El enfermo es peligroso cuando esta enojado.		
41. Es preferible decir una mentira, que enfrentarse al enojo del paciente.		
42. No hay remedio para la enfermedad del paciente, solo queda la resignación.		
43. El paciente necesita que sus familiares se instruyan sobre su enfermedad.		
44. Convivir continuamente con el enfermo ocasiona que uno enferme también.		
45. Hay que llevar al paciente al hospital mediante engaños, porque de otra manera no acude.		
46. El paciente puede llegar a causar la muerte de alguna persona.		
47. Es preferible no salir de casa que hacerlo en compañía del paciente.		
48. La enfermedad del paciente es hereditaria		
49. Cuando el paciente se niega a hacer algo, es mejor no insistir.		
50. Para evitar fricciones con el enfermo lo mejor es evitarlo.		
51. Por seguridad el enfermo debe permanecer encerrado en su cuarto cuando todos duermen.		
52. Es común que el paciente agrade sin motivo.		

REACTIVO	CATEGORÍA	CLASE
53. No se puede conversar con el paciente, no tiene sentido lo que dice.		
54. Algunas veces es preferible no hacer caso a lo que dice el paciente.		
55. Es inadmisibles que una persona joven no desee hacer nada.		
56. La familia vive la zozobra de ser dañados por el paciente.		
57. Es una pesada carga el paciente y su familia es quien la soporta.		
58. El enfermo no es responsable de su persona, la familia debe.		
59. Es imposible llevar una vida normal teniendo en casa al paciente.		
60. Enojo y rebeldía del paciente es indicio de la enfermedad.		
61. Sí el enfermo pone empeño en su tratamiento puede evitar las recaídas.		
62. Es preferible tener un enfermo grave que con esta enfermedad.		
63. Ya no es posible esperar que el enfermo se restablezca.		
64. Omitir lo que dice el enfermo, evita problemas.		
65. Es imposible convivir con vecinos teniendo un enfermo así, es preferible evitarlo.		
66. Las muestras de afecto le son indiferentes al paciente.		
67. La falta de interés en el aseo personal no es parte de la enfermedad		
68. Cuando el paciente afirma cosas irreales hay que sacarlo de su error.		
69. El paciente se escuda en su enfermedad para no hacer nada.		
70. El enfermo se da cuenta cuando lo rechazan, aunque no se lo digan.		

Después de obtener la valides de contenido, de los 70 reactivos fueron desechados 30 y aceptados como buenos 40, con los cuales se construyó el cuestionario.

En cuanto a las preguntas de tipo demográfico los jueces sugirieron que las preguntas de tipo demográfico deberían colocarse al inicio del cuestionario y a continuación la escala de Lickert, formada de 20 reactivos favorables y 20 desfavorables.

Con el propósito de facilitar la calificación de la escala se opto por colocar los reactivos favorables en los números pares y los desfavorables en los nones. Ya que no se encontró una contraindicación importante para ello, pues la forma en que se estructuran los reactivos, evita que sea percibida la tendencia de los mismos. El instrumento quedo estructurado como se muestra en el anexo 3.

## Anexo 3

### Cuestionario Corregido

Hospital Psiquiátrico San Fernando I.M.S.S.

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de psicología

Se solicita su valiosa colaboración en una investigación de psicología.

El cuestionario consta de dos partes; la primera formada por datos de tipo socio-demográficos de quien contesta el cuestionario, los cuales son únicamente para fines estadísticos y la segunda de 20 reactivos, que no son preguntas sino afirmaciones que deben ser contestadas con una de las cinco opciones de respuesta dadas para tal fin. No se requiere de su identificación personal, solamente contestar con absoluta sinceridad.

#### Datos Socio-demográficos de quien conteste el cuestionario:

1. Edad \_\_\_\_\_

2. Sexo \_\_\_\_\_

3. Escolaridad  
\_\_\_\_\_

4. Profesión u oficio  
\_\_\_\_\_

5. Parentesco con el paciente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presenta una serie de afirmaciones; no son preguntas, por lo que su contestación debe ser emitida en función de su actitud hacia la expresión planteada con cualquiera de las cinco alternativas dadas, no hay respuestas correctas e incorrectas.

Marque con una (x) el número de la opción de respuesta que mejor exprese su sentir, hacia la afirmación planteada. La respuesta número 3 utilícela como última opción.

Ejemplo:

1. Totalmente de acuerdo
2. acuerdo
3. indiferente
4. desacuerdo
5. totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4	5
Es bastante agotador trabajar por la noche.	x				

"Yo" estoy totalmente de acuerdo, por lo que mi respuesta es (1).

## CUESTIONARIO

	1	2	3	4	5
1. Hay que evitar estar a solas con el paciente.					
2. El paciente sabe lo que hace, y se escuda en la enfermedad.					
3. La hospitalización prolongada daña más la salud mental del paciente.					
4. Si el paciente toma sus medicamentos puede recuperarse.					
5. Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos.					
6. Para la familia es una pesada carga el paciente.					
7. La forma de ser del paciente es extraña y difícil, pero no peligrosa.					
8. El enfermo se expresa como percibe la realidad.					
9. La hospitalización definitiva es lo más conveniente para el paciente.					
10. La realidad es que el enfermo nunca se recupera					
11. El enfermo no puede evitar actuar como lo hace, la enfermedad lo ocasiona.					
12. Un enfermo hace y dice cosas raras por su enfermedad					
13. Asistir a reuniones con el paciente es arriesgado, mejor evitarlo.					
14. El enfermo puede relacionarse con cualquier persona que este dispuesta a hacerlo.					
15. Al paciente le gusta estar solo, pero hay que evitar que se aisle.					
16. Estar mucho tiempo en el hospital es contraproducente en el paciente.					
17. Es inútil esperar que el paciente se recupere.					
18. Al estar en contacto continuo con el paciente hace que también uno necesite atención.					
19. Tener miedo al paciente es una exageración.					
20. El enfermo parece no sentir ninguna emoción y le da lo mismo todo.					
21. La enfermedad no se cura, el enfermo debe permanecer hospitalizado.					

22. Es necesario que alguien de la familia se haga cargo del tratamiento del paciente.					
23. Vivir con el enfermo es estar en constante temor de ser agredido.					
24. Estar cerca del paciente inspira temor.					
25. Acudir a visitar al paciente cuando esta en el hospital lo reconforta.					
26. El paciente no mejora porque no sigue el tratamiento					
27. El paciente esta más seguro en el hospital que en casa.					
28. Que acuda a reuniones sociales el paciente, no es recomendable					
29. Es difícil vivir con el enfermo, pero necesita estar entre la familia.					
30. El paciente es quien debe hacerse cargo de tomar sus medicamentos.					
31. La enfermedad del paciente puede ser peligrosa.					
32. La familia nada puede hacer para que el paciente mejore.					
33. Toda la familia debe acudir a tratamiento con el paciente.					
34. Los medicamentos le producen molestias muy desagradables por eso se niega a tomarlos.					
35. Es muy cansado convivir de forma continua con el enfermo.					
36. Hay que hacer que el paciente tome sus medicamentos aunque sea a la fuerza.					
37. Apoyar y estimular al paciente para que realice su aseo personal, evita que deje de hacerlo regularmente.					
38. Para llevar al paciente al hospital hay que hacerlo por engaños porque de otra manera no es posible hacerlo.					
39. Por seguridad de la familia el paciente debe ser separado en una habitación para el solo.					
40. Es muy difícil convivir con el paciente pero quien más que su familia lo puede aguantar					

## **Anexo 4.**

### **Piloteo del instrumento**

Una vez que el instrumento quedo estructurado (Anexo 3), se procedió a pilotear 30 cuestionarios, ya que según Nadelticher se pueden utilizar 30 aunque no son suficientes (Nadelticher, 1983 p. 21.).

#### Procedimiento.

Se planeo abordar a los familiar cuando proporcionara el pase de autorización de la visita con los datos del paciente, ya que previamente se habían captado los datos de los pacientes identificados. El primer paso fue pedir su colaboración, posteriormente preguntar si habitaba en el mismo domicilio que el paciente. La edad no fue necesario en este momento ya que el reglamento del hospital solamente permite la visita de personas mayores de 18 años.

Una vez que acepto colaborar, se les explico que se realizaría la aplicación al finalizar el tiempo de su visita al paciente.

El primero fue un hombre joven, hermano de uno de los pacientes y la segunda la mamá del paciente. Ambos aceptaron contestar el cuestionario de la forma planteada. Ese primer día también una paciente mujer fue visitada por una hermana, una mujer joven a quien se le pregunto si vivía con la paciente, contesto que si y en seguida se le pidió su colaboración, acepto y convenimos que después de visitar a la paciente daría el pase a su madre, ya que eran tres las personas que visitarían a la paciente y entonces retornaría para llevar a cabo la aplicación del cuestionario.

Como se había convenido con los otros dos familiares que se realizaría su aplicación al concluir el tiempo de visita, se mantenía la atención en la hermana de la paciente pretendiendo llevar a cabo el cuestionario en cuanto entregara el pase a la siguiente persona que visitaría a la paciente. Así que en cuanto salió se le informo que esperaría su regreso en el pasillo para decirle al

vigilante de la entrada, le permitiera pasar sin la pase, ya que no estaría en visita. Después de esperar largo rato por su regreso y ver que no retornaba, regrese a la área de visita. La paciente ya se encontraba en compañía de otra persona, al parecer se trataba de la mamá. Espere a que concluyera su visita y cuando salió le solicite su colaboración para contestar el cuestionario; aun no terminaba bien de decirlo cuando me contesto muy cortante que no me daría ninguna información, que ella solo trataría con el medico, trate de explicarle que no le preguntaría nada relacionado con la vida personal de la paciente, sino más bien de ella; esto hizo que se mostrara aun más desconfiada y casi sin detenerse dijo que no estaba interesada en hablar de nada.

Se fue y entro la otra hermana quien parecía más joven, insistí en pedir su colaboración como si no se hubiera dado ninguna comunicación con las otras dos personas, se mostró evasiva, no dejo que le explicara siquiera de que se trataba, pero su actitud era menos hostil que la de la señora anterior, dijo: "yo no se nada, la que sabe es mi mamá y se fue hacia donde estaba la paciente. No fue posible obtener la colaboración de ninguna.

Las otras dos personas estuvieron con su familiar hasta finalizar el tiempo de visita. En cuanto los pacientes entraron al área de hospitalización dichos familiares se presentaron dispuestos a realizar el cuestionario. Una vez que desalojaron la sala tanto familiares como pacientes, se llevo a cabo la realización del cuestionario.

Cada uno tomo lugar en una mesa, y procedió a dar contestación al cuestionario. La señora pregunto nuevamente como contestar, leí el primer reactivo y le pedí que me dijera con cual de esas cinco opciones de respuesta se identificaba más. Después de esto, se dedico a contestar el cuestionario sin pedir más aclaraciones.

El familiar hombre no pidió ninguna aclaración, llevo a cabo la contestación del cuestionario en 20 minutos. Cuando concluyo dijo que era largo, además de que algunas de las cosas planteadas ahí, nunca se había detenido a pensarlas. Le pregunte que como cuales y me dijo "como si el estar hospitalizado mucho tiempo le hace más mal que bien", "si podemos enfermar también de lo mismo o algo parecido, sobre todo porque a ciencia cierta no se exactamente cual es la enfermedad de mi hermano".

La señora tardó 35 minutos y dijo "a ver si lo hice bien". Le pregunté ¿tiene duda?, me contestó: es que es la primera vez que lo hago, es mejor cuando solo hay que poner sí o no. Parecía preocupada de no haber hecho un buen desempeño.

El siguiente día de visita solo acudió un familiar que reunía los requisitos de inclusión, pero no aceptó realizar el cuestionario, dijo que había pedido permiso en su trabajo solo por una hora y no tenía tiempo más que para visitar brevemente a su paciente.

Los subsiguientes días se continuó revisando el censo de pacientes captando a los datos de quienes ingresaron con diagnóstico de esquizofrenia crónica, hacerles el seguimiento de su evolución y estar pendientes del momento en que le fuera autorizada la visita familiar.

Durante otro día de visita se dio la siguiente situación:

Dos familiares que acudieron a visitar a pacientes esquizofrénicos crónicos fueron un hombre joven y una mujer madura, ambos de parentesco hermanos, ella de una paciente y él de un hombre. El hermano del paciente dijo al estar realizándolo "es muy extenso y hay que pensar un poco para contestar, sugiero que se lo entregue contestado la siguiente visita". La otra persona al escuchar esto le apoyó; puesto que se trataba del piloteo se optó por ver que pasaba. Así que se les permitió llevarse el cuestionario y se convino que para la siguiente visita lo entregarían contestado.

A la siguiente visita ninguno de las dos personas acudió; pareció interesante saber que sucedería con un tercer cuestionario aplicado en las mismas condiciones. De esta manera se proporcionó el cuestionario a una mujer madura que dijo "le gustaría participar pero no tenía tiempo para contestarlo". Ninguno de los tres cuestionarios fue recuperado.

Después de estas experiencias, se optó por aplicar 15 cuestionarios en forma personalizada, como si se tratará de una entrevista estructurada. Se describen algunas de las experiencias obtenidas, a fin de poder dar evidencia de las conclusiones a las que se llegó a partir del piloteo.

1.- Se trata de una mujer madura, madre de un paciente de sexo masculino, a quien solamente ella visita de forma regular y

por lo general solo algunos minutos antes de que termine el tiempo de la visita.

Se inicio la aplicación del cuestionario, e inmediatamente empezó a aportar abundante información a la pregunta que se le hacia. Por ejemplo, cuanto se le pregunto estado civil dijo: yo no cuenta con el apoyo de nadie, tengo un hijo y una hija más, pero se casaron, formaron su familia y viven distantes de nosotros, "esta bien por ellos y su familia porque están libres de que se vean afectados también," yo como quiera ya me resigne, no estoy en paz ni de día ni de noche, cuando esta bien, ni ruido hace pero cuando anda mal esta discutiendo todo el tiempo, no duerme, ni yo. En cuanto hizo una leve pausa se le planteo la siguiente pregunta. ¿Cual es su estado civil? A lo que contesto "para el caso da lo mismo, sola", No espero y ella misma pidió "la que sigue". En las siguientes preguntas también se exployo.

Al llegar a las preguntas de la escala de Likert se le leyeron las instrucciones y se le pregunto si tenia alguna duda, a lo que contesto que no, se inicio la aplicación del cuestionario cuidando de darle entonación de afirmación y a continuación se le leían las opciones de respuesta. Ella contestaba en seguida y solo en una ocasiones pidió que se le explicara el reactivo, dicho reactivo fue el numero 18, dijo que desconocía si eso se realizaba en el hospital o en alguna otra institución; en general contesto rápido.

2.- En el segundo caso se trata de un hombre maduro que visito a su esposa, quien acepto de buen grado que se le aplicara el cuestionario. En la parte de datos sociodemográficos se concreto a contestar lo que se le pregunto. En la segunda parte del cuestionario a medida que avanzábamos empezó a hacer comentarios, así por ejemplo cuando se le expreso el reactivo 4 dijo:

*Si usted supiera en los problemas que me he visto con el cuidado de mi hija pequeña, ahora tiene casi dos años, pero desde su nacimiento su mamá tubo una recaída y ha sido un verdadero problema su cuidado, imagínese que insistía en amamantarla, el doctor dijo que no era conveniente por los medicamentos que toma ya que la niña los recibiría también, pero ella no lo entendía y lo hacia. Contrate a una sirvienta que atendiera a la niña y ella decía que se le quería robar, que le daba veneno en la comida, ella misma le daba cosas que aun no podía digerir, le hacían daño y continuamente estaba enferma; acusaba a la sirvienta de todo lo malo que le pasaba a la niña, se quejaba con la familia de que "me entendía con la sirvienta". Con todo esto "¿usted que contestaría?*

A lo que se le respondió que para no alterar los resultados era muy importante no intervenir. Acepto la respuesta y continuo respondiendo a cada reactivo presentado, agregando algunos otros comentarios ocasionalmente, por ejemplo ante los reactivos 19 dijo "si supieran las que pasa uno, más que nada por los hijos".

Al finalizar dijo "Gracias por la atención que me dio".

3.- Se trato de una anciana de 62 años, madre de un paciente muy deteriorado a quien se ha observado en anteriores internamientos que es muy poco visitado. Cuando se pidió su colaboración, la señora contesto que no sabia leer ni escribir, se le explico que solo tendría que contestar con sinceridad, que no leería ni escribiría nada. Acepto en seguida, y dijo "de una vez". Se le explico que para no interferir con el tiempo asignado para estar con su hijo, sería al finalizar su visita. A lo que contesto "de todas maneras no estoy mucho tiempo con él, me da miedo, siento que en cualquier momento se va a poner alebrestado y no se que me va a hacer". Dijo que le diría a su hija que la había acompañado que pasara ella primero a visitar al paciente en tanto ella contestaba el cuestionario.

Durante la aplicación del cuestionario la señora se mostró muy colaboradora, ante cada reactivo agregaba mucha información; en la pregunta numero uno dijo: "claro que si, mucho miedo, por ese motivo le hemos hecho un cuarto con salida a la calle y con otra puerta al patio, pero ésta, la mantengo casi siempre serrada y le paso la comida por la ventana, solo cuando alguno de mis hijos llega, ellos la abren para que este con nosotros, pero cuando se van la cerramos porque constantemente se pega a la ventana y esta con el miembro de fuera manoseándose todo el tiempo, si no, esta pidiendo cigarros, cuando no le damos, les pide a los que pasan por la calle, lo bueno es que casi no se sale, le dan los cigarros y algunos muchachos también le dan cerveza. Yo le tengo mucho miedo, es capaz de hacerme cualquier cosa..." se ríe y se ruboriza.

Así, en cada reactivo proporcionaba información adicional que no dejaba duda de que lo que decía correspondía a su vivencia diaria. Algo que refuerza esta idea es que en el expediente constan los siguientes datos; el paciente vive con una hermana y su madre, tiene como antecedente importante para su manejo, que es agresivo especialmente con las mujeres. Sin embargo durante la estancia hospitalaria de éste paciente, en diferentes internamientos, no se han registrado conductas de agresión física, pero sí de mostrarse desinhibido sexualmente y de hacer requerimientos de tipo sexual a las mujeres. Esto da pie a pensar que

quizá fue reportado como agresivo contra las mujeres por los requerimientos que hace, pero no se preciso en que sentido.

4 . Es un medico especializado, jubilado de 65 años de edad, hermano de una paciente. Aporto los datos socio-demográficos y a continuación contesto rápidamente los reactivos del cuestionario, pero al finalizar se mostró interesado en proporcionar información adicional, como hablar de sus rasgos de carácter rígido cuando era más joven. Dijo "creo que mi padre fue muy exigente y rígido con todos nosotros, especialmente con mi hermana, quien es la única mujer y la más chica, lo que pudo haber influido en su enfermedad". Agregó, que él mismo pudo haber sido igual con sus hijos, porque en el trabajo tenia fama de ser muy exigente y enojón; lo lamenta y afirma categórico "ya he cambiado mucho." Cuando pregunte "estado civil" dijo "casado pero solo", parecía turbado y pedí explíqueme un poco como es eso, me contesto cortante "que no entiende, estar casado pero vivir solo".

5. Se trata de un hombre joven de parentesco con el paciente "amigo", quien dijo que vivía con el paciente desde hacia un año en que compartían gastos de la renta de un departamento. Colaboro de buen grado, la aplicación fue rápida y no hizo comentario alguno.

Después de conseguir aplicar 30 cuestionarios a los familiares de los pacientes con esquizofrenia crónica se obtuvo la siguiente información:

### **Resultados del piloteo**

La experiencia de la aplicación de los primeros seis cuestionarios parece indicar que el sistema de cuestionario tipo escala de Likert requiere de cierto nivel de cultura para poder comprender bien la funcionalidad de dicha escala, de otra manera se presta a errores al dar las respuestas, pues a menudo es tomado el reactivo como pregunta.

Aplicar los diez cuestionarios de forma personal permitió ver que de esta manera, se supera la posibilidad del error en su forma de responder. Así mismo, permitió apreciar las reacciones de quien contesta al ir presentándole cada reactivo del cuestionario, por ejemplo sus gestos, el tono de voz y lo que agrega como respuesta al reactivo planteado, lo cual da evidencia de la veracidad de su contestación.

Con relación a las expresiones observadas: es una gran gama de actitudes que hay que considerar como material valioso para la comprensión de la dinámica que existe entre el paciente y sus familiares con los que vive. Empezando por la simple solicitud de colaboración, pudimos apreciar que algunos familiares sobre todo padres, mostraban actitudes de enfado, hostilidad y desconfianza, como si se sintieran amenazados. Esto hizo traer a la memoria lo descrito por varios autores acerca de los mitos de la familia esquizofrénica "esconden uno o varios secretos graves que se refieren a temas cargados de intensos sentimientos de temor vergüenza y culpa" de los que no es permitido hablar; por lo general se relaciona con la vida sexual de los padres. Afirma Zacarías que se trata de sucesos o acciones que la sociedad en general considera vergonzosas y cuya revelación tendría dolorosas consecuencias para la auto estima de las personas implicadas (Zacarías, 1995).

En este sentido se pudo afirmar que quienes mostraron con más frecuencia actitud de desconfianza y enojo ante la solicitud de su colaboración para contestar el cuestionario fueron las madres del paciente y que cuanto más lejanos consanguíneamente eran de éste, menos resistencia tenían a colaborar.

También es importante señalar que se puede inferir que los reactivos estimulaban los recuerdos de las experiencias vividas con el paciente, ya que ante algunos reactivos las personas agregaron más información de la que se pedía.

Hay que puntualizar que resulto sumamente difícil poder mantenerse callada, sin intervenir y solo alentándolos a contestar dicho cuestionario, pues con todo esa información uno se ve tentado a preguntar algo más, sobre todo cuando resulta muy interesante y sorprendente lo que dicen. Por otro lado algunas personas pedían respuestas. Por lo tanto hay que estar preparada para no sucumbir a estos riesgos.

En conclusión el piloteo proporciono los elementos necesarios para tomar dos resoluciones para la configuración y aplicación del instrumento definitivo que son:

- 1) Aplicar el cuestionario de forma personal, pues aun cuando implica mucho más tiempo su aplicación, las respuestas son realmente derivadas de las reactivos de la escala, pues se puede cuidar incluso la entonación de la afirmación, además de que es factible de aplicarse aun a las personas ancianas que no pueden ver bien o que no saben leer y escribir.

2) Recabar la abundante información aportada por los familiares, relacionada con sus actitudes hacia el paciente con esquizofrenia crónica; mediante la inclusión de tres preguntas de tipo demográfico que consideramos relevantes y estas son: cual es la enfermedad del paciente, porque nos percatamos que pese a que la mayoría de los pacientes tiene muchos años de padecer la enfermedad, sus familiares no conocen el nombre de la enfermedad que sufren. La segunda es ¿Cuanto tiempo tiene de estar enfermo el paciente? Para corroborar la anterior; y finalmente una pregunta abierta: ¿Cual ha sido su experiencia conviviendo con el paciente?.

Considerando que frecuentemente los familiares argumentaron como dificultad para participar en el estudio, el poco tiempo de que disponen y lo extenso del cuestionario, se opto por disminuir al mínimo permitido, el numero de reactivos de la escala.

A criterio personal como psicóloga clínica, el más preponderante de todas los beneficios obtenidos a partir del piloteo del cuestionario fue que permitió ver más de cerca las actitudes de quienes viven con un enfermo de esquizofrenia crónica," de observar parte de lo no hablado pero si actuado entre el paciente y sus familiares.

De esta manera el instrumento para la investigación quedo estructurado como se presenta en el anexo No. 5.

## Anexo 5.

### Cuestionario utilizado en el estudio

Hospital Psiquiátrico San Fernando I.M.S.S.

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de psicología

Se solicita su valiosa colaboración en una investigación de psicología.

El cuestionario consta de dos partes; la primera formada por datos de tipo socio-demográficos, los cuales son únicamente para fines estadísticos, no se requiere de su identificación personal, solamente contestar con absoluta sinceridad.

#### **Datos Socio-demográficos:**

A). Edad \_\_\_\_\_

B). Sexo \_\_\_\_\_

C). Escolaridad  
\_\_\_\_\_

D). Profesión u oficio  
\_\_\_\_\_

E). Parentesco con el paciente  
\_\_\_\_\_



Se presentan una serie de afirmaciones que deben ser contestadas con alguna de las cinco opciones de respuesta dadas para tal propósito que son:

- 1 - Totalmente de acuerdo
- 2 - Acuerdo
- 3 - Indiferente
- 4 - Desacuerdo
- 5 - Totalmente en desacuerdo

Marque con una (x) el número de la opción de respuesta que mejor exprese su sentir, hacia la afirmación planteada. La respuesta número 3 utilicela como última opción.

Ejemplo:

	1	2	3	4	5
Afirmación:					
Es bastante agotador trabajar por la noche.	x				

## CUESTIONARIO

Afirmación:	1	2	3	4	5
1. Hay que evitar estar a solas con el paciente.					
2. La hospitalización prolongada daña más la salud mental del paciente.					
3. Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos.					
4. Su forma de ser del paciente es extraña y difícil, pero no peligrosa.					
5. La hospitalización definitiva es lo más conveniente para el paciente.					
6. El enfermo no puede evitar actuar como lo hace, la enfermedad lo ocasiona.					
7. Acudir a reuniones con el paciente es arriesgado mejor evitarlo.					
8. Al paciente le gusta estar solo, pero hay que evitar que se aisle.					
9.- Es inútil esperar que el paciente se recupere.					
10. Es una exageración tener miedo al paciente.					
11. La enfermedad no se cura, el enfermo debe permanecer hospitalizado.					
12. Es necesario que un familiar se haga cargo del tratamiento del paciente.					
13. Vivir con el enfermo es estar en constante temor de ser agredido.					
14. Acudir a visitar al paciente forma parte del tratamiento.					
15. El paciente esta más seguro en el hospital que en casa.					
16. Es difícil vivir con el enfermo pero necesita estar entre la familia.					
17. El enfermo puede ser peligroso.					
18. Recibir tratamiento toda familia es lo más conveniente para tratar esta enfermedad.					
19. Es muy cansado convivir de forma continua con el enfermo.					
20. Apoyar y estimular al paciente a realizar su aseo personal evita que deje de hacerlo regularmente.					

## **Apartado A**

*Amigo\* - Es una persona que ha vivido con el paciente esquizofrénico por espacio de varios años con interrupciones de periodos cortos que han sido ocasionados la mayor parte de las veces por la intervención de los padres del paciente, quienes no aprueban la relación, se niegan a aceptarla como esposa de su hijo, por lo que ella prefiere decir que son amigos que pareja, ya que el paciente mismo la presenta como su amiga y no como su esposa.*

*Se trata de una persona de 38 años de edad con discapacidad física de ambas piernas usa muletas pero es auto suficiente y labora en una institución como técnico capturista de datos, por lo que la manutención de ambos corre a cargo de ella.*

*Amigo\* - Se trata de un hombre de 65 años de edad, viudo desde hace 20 y conoce al paciente desde hace más de 30 años, refiere que el paciente no se caso, sus padres fallecieron, sus hermanos se casaron y una de ellas se quedo a vivir en la casa paterna para hacerse responsable del cuidado del paciente; surgieron entre ellos serias peleas, por lo que el paciente le pidió asilo en una ocasión y ya no quiso regresar a su casa con la hermana. Por tal motivo viven juntos desde hace 13 años. Solamente cuando sobreviene una recaída, llama a alguno de sus hermanos para que lo ingresen al hospital, por ser un requisito administrativo que solamente un familiar puede firmar los documentos que autorizan su internamiento.*

*Durante el tiempo que el paciente permaneció hospitalizado solamente fue visitado por es éste amigo.*

## Apartado B

### Caso 1.

La madre y su hijo llegaron en una ambulancia proveniente de una lejana ciudad del norte del país. El paciente fue trasladado en ambulancia, venía sujeto y bajo efectos de sedación, el médico y el paramédico lo reportaron como muy agresivo. La madre dijo lo siguiente:

*"No se que voy a hacer con él, le tengo miedo, soy capaz de pagar toda mi pensión que me da el Seguro Social, para que lo tengan hospitalizado, yo no puedo continuar viviendo con él así, porque un día me va a matar".*

Por las condiciones que presentaba el paciente, el médico no pudo efectuarle el examen mental, sólo entrevistó a la madre y conversó con el personal médico que efectuó el traslado, quienes le entregaron la nota de envío. Así que se hospitalizó con las siguientes indicaciones médicas:

- Sujeción y aislamiento
- Medicación antipsicótica
- No visita familiar

El paciente se mostraba atetargado y un poco inquieto, al percatarse de que ingresaba a la área de hospitalización (que conoce muy bien), trataba de incorporarse y decía:

*"por su culpa, a ella también méntala"*

Una vez en la cama se sujetó no solo por la "agresividad" referida, sino porque su equilibrio estaba afectado por la medicación. Esta medida aumentó su enojo por lo que gritaba ofensas a todo aquel que se le acercaba. Después de la medicación prescrita durmió varias horas y poco a poco fue disminuyendo su enojo y su poca disposición a relacionarse con el personal.

Para referirnos al paciente se le asignará con la letra "F". Al día siguiente de ser ingresado "F" se mostraba desconfiado, cortante hablaba poco, aun mantenía expresión de enojo, aunque

ya no era necesario mantenerle con sujeción. Ese día, era uno de los cuales los pacientes reciben visita familiar. La madre de " F " estaba enterada de que su hijo no tenía indicación de recibir visitas. Sin embargo acudió al hospital desde antes de la hora de visita. Al concluir la visita y tuve que salir para encontrarme con el familiar de otro paciente a quien le aplicaría el cuestionario, la madre de "F" me abordó diciéndome.

*¿Como esta mi hijo? Vine porque sin mi hijo estoy muy triste, no se que va a ser de él, cuando yo falte".*

Esta frase tan corta nos muestra mucho: primero es un enunciado que resulta paradójico "ella es quien esta triste", sin el hijo, pero parece dar a entender que su hijo debiera estar más triste. Por otro lado expresa muy bien el tipo de relación que mantienen, de co-dependencia, estará más triste cuando ella ya no este, porque al parecer ahora que el no esta, ella lo esta.

Por otro lado resulta también paradójica por lo expresado el día anterior, "era capaz de pagar todo su ingreso porque se le mantuviera hospitalizado", ella no puede seguir viviendo con él, por temor a que la mate.

Vale la pena mencionar la opinión de Broustra con respecto a este tipo de familias se da "una situación contradictoria entre dos personas que tienen relaciones intensas y continuas (el sujeto y su madre), tal situación es repetitiva y generalmente comenzó en la primera infancia del paciente" (Broustra, 1978). Así mismo también tiene cabida lo que Haley afirmo con respecto a que no pueden estar juntos ni separados.

Después de algunos días, el paciente relato lo siguiente con respecto lo que sucedió previo a su ingreso:

*Era domingo, desperté pensando en ir a comer atole y tamales que la noche anterior había preparado mi mamá, cuando quise abrir la puerta no pude, me di cuenta que estaba cerrado con llave, empecé a gritar a mi mamá, pero nadie contestó; me dio miedo, pensé no se que, algo les paso. Entonces agarré la silla y golpee la puerta, se rompió pero aun no podía salir, cuando llego mi mamá y mi abuelita, ellas empezaron a dar de gritos y los vecinos vinieron y me llevaron a la comandancia (cárcel), eso me dio más coraje, "eso no se hace con un hijo, eso no se hace..." estuve ahí tres días. Después me trajeron para acá en la ambulancia.*

En tanto que su madre explico;

*Mi mamá y yo fuimos a misa, "F" estaba dormido por eso le cerré con llave, por seguridad, pues "F" mete a cualquiera a la casa, o se sale a andar por la calle y no tiene cuidado de cerrar bien la puerta; confiaba en que normalmente se despierta tarde. Cuando llegamos mi mamá y yo de misa, él ya había hecho destrozos, dos vecinos vinieron a ayudarnos para que lo pudiéramos sacar del cuarto y ellos dijeron que lo mejor era ponerlo en la comisario, mientras hacía los tramites para traerlo.*

Uno puede preguntarse, ¿porque cerrarle la puerta de su recamara con llave?, ¿porque no la puerta de acceso a la calle?, ¿porque no dejarle un mensaje en un lugar visible?.

Después de una semana de estar internado "F" se pudieron encontrar madre e hijo. Mientras se llamo al paciente, ella preguntó como había estado "F" como se había portado, pues tenia temor de que continuara enojado con ella. En cuanto "F" vio a su madre le sonrió y le saludo con un beso, ella solo le pregunto como estaba, se encaminaron hacia una de las mesas y el le paso el brazo sobre los hombros, se observaba entusiasmado, su tono de voz sonaba muy alto y se podía escuchar lo que él decía a su madre. Después de un corto rato se levantaron y se encaminaron a la puerta de entrada por donde "F" debía regresar al área de hospitalización. Al despedirse "F" nuevamente le beso la mejilla, ella se limito a decirle que se portara bien; en seguida se dirigió a la enfermera que estaba cerca para decirle que le encargaba a su hijo porque ella no podía estar mucho tiempo con él, ya que debía regresar a donde se quedaba, antes de que fuera muy tarde. Se había encaminado "F" hacia la puerta de entrada a la área de hospitalización y retrocedió para preguntar a su madre:

*¿vienes la próxima visita?*

*m si Dios no dispone otra cosa.*

*F ¿pero vienes, he?*

El insistía, tratando de arrancarle una respuesta afirmativa, asegurarse de que vendría, pero ella repita lo mismo.

Quando retorno de la visita se fue al control de enfermeras y expreso lo siguiente:

Vino mi mamá ha verme, ella es muy buena, no que mi papá, no, él con su otra familia ni nos da nada. Se fue pronto porque hace cuatro horas de camino, yo preferiría que no viniera para que no se exponga a que la puedan asaltar, pues llega cuando ya esta obscuro.

Esta madre no faltó a ninguna visita, pero el día en que fue dado de alta se negó a llevárselo. Ese día no preguntó como estaba, cuando mostró su pase para pedir que llamaran a su hijo, se le comunico que estaba dado de alta, ella respondió:

M- ya se que "F" ésta dado de alta, pero no me lo voy a llevar, hasta que hable con su doctor, mañana voy a venir por la mañana para hablar con él.

En ese momento llegó "F" delante de ella y se dio la siguiente escena:

F - estoy dado de alta, ya vamonos

m - el doctor me dijo que todavía no, (volteo hacia mi y dijo) ¿verdad que sí?

Yo - estoy enterada de lo mismo, es decir que "F" esta dado de alta.

Sin decir más se dirigieron al jardín, algunos minutos después retorno "F" con actitud de reto y enojo, muy exaltado gritando:

F- Ustedes están más locos, quien los entiende dicen una cosa y después dicen otra, están jugando con uno, ¿me voy a ir hoy o no?.

Yo - Se que estas dado de alta, pero no puedo decir si te vas o no, ¿quieres hablar con el médico de guardia?

F - Ustedes nunca saben nada.

Dio media vuelta y se fue de la sala de visita.

M- ya ve usted, no esta bien, así no me lo puedo llevar, yo voy a hablar con el director mañana. Mi primo que también es doctor, dice que ustedes me tienen que ayudar, que me lo pueden trasladar a un hospital de larga estancia, porque yo sola no

*puedo con él. Que más quisiera que tener a mi hijo con migo, pero esta mal.*

Se le avisó al médico de guardia sobre el incidente, pero en cuanto llegó a la sala de visita y se enteró de que el paciente había entrado a la área de hospitalización se regresó y ya no hizo caso de hablar con "F". Éste, al salir de la sala de visita se fue a sentar frente al control de enfermería, como generalmente lo hacía; permaneció sin decir nada, con actitud de enojo, la mirada fija hacia el control de enfermeras. De pronto, tomo un pesado bote de basura que estaba a un costado del control y lo estrello en repetidas ocasiones hasta que rompió las gruesas micas, con los fuertes golpes y los gritos de quienes estaban dentro del control, acudieron otros pacientes, quienes le pudieron quitar el bote que aun mantenía en las manos, y le sujetaron los brazos mientras venían los asistentes y vigilantes para poderlo controlar; opuso resistencia, repartió algunos golpes y amenazó con vengarse de aquellos que trataban de someterle. Acudió el mismo médico de guardia para valorarlo y prescribirle los medicamentos necesarios. Se le sujeto, aisló y le fue ministrado medicamento, después se calmo y durmió un par de horas. Cuando despertó estaba tranquilo, se disculpo por su conducta y dijo:

*No es contra ustedes. Pero para que me provocan, ¿porqué me engañan?.*

Como puede apreciarse en esta respuesta, no puede ubicar la culpa, primero dice que la agresión no es contra quien la lanzó y en seguida generaliza la causa de su reacción; no puede situar la agresión proveniente de su madre, el causante es extraño, no tiene personalidad en el lenguaje del paciente. Además nos ilustra las situaciones contradictorias en las que se enredan estas relaciones entre madre e hijo esquizofrénico, así mismo se pueden advertir las manifestaciones del fenómeno que Haley ha observado como esfuerzo individual y colectivo por desbaratar cualquier mejoría. Su madre asegura que esta mal y él hace todo para confirmarlo.

Finalmente después de tres semanas más en la institución "F" fue trasladado al hospital de larga estancia que solicitó su madre.

## Caso 2:

Se trata de un paciente esquizofrénico crónico de muchos años, su estado mental es bastante deteriorado. Ingreso durante el tiempo en que se estaba llevando a cabo la aplicación del cuestionario. A la primera visita que tuvo este paciente, acudieron su madre y una hermana; se les solicitó su colaboración para contestar el cuestionario, contestaron:

La próxima visita

La siguiente visita acudió solamente un hijo de la hermana del paciente, ellas no volvieron más.

El sobrino llegó, le llevo uno calzoncillo, le dijo:

*cámbiate y en la misma bolsa pones el sucio*

El paciente tomó la bolsa y fue a cambiarse, volvió trayendo la misma bolsa con la prenda sucia; extendió el brazo sin decir palabra, el sobrino la tomo y se retiro.

Cuando pregunte por las señoras, el joven dijo:

*No pueden venir y yo no se nada, apenas lo he visto, él vive en el estado de Hidalgo.*

El paciente es asiduo fumador de muchos años según consta en la historia clínica. Por tal motivo constantemente buscaba cigarros, hurgando las pertenencias de otros pacientes en busca del ansiado cigarro. Un día tubo la fortuna de encontrar lo que buscaba pero en cuanto el dueño se entero, le propino un duro golpe en la cara, le dejo el ojo casi serrado, era muy evidente la lesión.

Cuando se presento el mismo muchacho a la visita siguiente; lo vio, se río y le dijo:

*¿Que te paso?*

A lo que el paciente no contesto nada y solo hizo una mueca de poco interés por la pregunta.

Le entrego la pequeña bolsa con la prenda intima acostumbrada y el paciente se fue a cambiar, en tanto que el sobrino se fue a sentar. Me dirigí a donde estaba y le explique como

fue que se había dado el incidente. Escucho y no dijo nada solo se sonrió. Cuando regreso el paciente; tomo la bolsa sin decir más y se fue.

El paciente estuvo en el hospital por un poco más de cuatro semanas y no fue visitado por nadie más que el sobrino, y en ningún día de visita note que el paciente recibiera nada distinto al calzón limpio. En el expediente había una nota que hacia referencia a que la familia del paciente solicitaba su traslado a un hospital para enfermos crónicos, al cual fue trasladado al ser dado de alta.

La actitud de estas dos mujeres, de no visitar al paciente pudo haberse dado como reacción a la solicitud de contestar el cuestionario, pero la indiferencia ante el sufrimiento del paciente era muy evidente, por lo que me inclino más a pensar que se trata de una conducta derivada de la actitud que el resto de los familiares tienen por el paciente.

*puedo con él. Que más quisiera que tener a mi hijo con migo, pero esta mal.*

Se le avisó al médico de guardia sobre el incidente, pero en cuanto llegó a la sala de visita y se enteró de que el paciente había entrado a la área de hospitalización se regresó y ya no hizo caso de hablar con "F". Éste, al salir de la sala de visita se fue a sentar frente al control de enfermería, como generalmente lo hacía; permaneció sin decir nada, con actitud de enojo, la mirada fija hacia el control de enfermeras. De pronto, tomó un pesado bote de basura que estaba a un costado del control y lo estrello en repetidas ocasiones hasta que rompió las gruesas micas, con los fuertes golpes y los gritos de quienes estaban dentro del control, acudieron otros pacientes, quienes le pudieron quitar el bote que aun mantenía en las manos, y le sujetaron los brazos mientras venían los asistentes y vigilantes para poderlo controlar; opuso resistencia, repartió algunos golpes y amenazó con vengarse de aquellos que trataban de someterle. Acudió el mismo médico de guardia para valorarlo y prescribirle los medicamentos necesarios. Se le sujetó, aisló y le fue ministrado medicamento, después se calmó y durmió un par de horas. Cuando despertó estaba tranquilo, se disculpó por su conducta y dijo:

*No es contra ustedes. Pero para que me provocan, ¿porqué me engañan?*

Como puede apreciarse en esta respuesta, no puede ubicar la culpa, primero dice que la agresión no es contra quien la lanzó y en seguida generaliza la causa de su reacción; no puede situar la agresión proveniente de su madre, el causante es extraño, no tiene personalidad en el lenguaje del paciente. Además nos ilustra las situaciones contradictorias en las que se enredan estas relaciones entre madre e hijo esquizofrénico, así mismo se pueden advertir las manifestaciones del fenómeno que Haley ha observado como esfuerzo individual y colectivo por desbaratar cualquier mejoría. Su madre asegura que esta mal y él hace todo para confirmarlo.

Finalmente después de tres semanas más en la institución "F" fue trasladado al hospital de larga estancia que solicitó su madre.

Caso 2:

Se trata de un paciente esquizofrénico crónico de muchos años, su estado mental es bastante deteriorado. Ingreso durante el tiempo en que se estaba llevando a cabo la aplicación del cuestionario. A la primera visita que tuvo este paciente, acudieron su madre y una hermana; se les solicitó su colaboración para contestar el cuestionario, contestaron:

La próxima visita

La siguiente visita acudió solamente un hijo de la hermana del paciente, ellas no volvieron más.

El sobrino llegó, le llevo uno calzoncillo, le dijo:

*cámbiate y en la misma bolsa pones el sucio*

El paciente tomó la bolsa y fue a cambiarse, volvió trayendo la misma bolsa con la prenda sucia; extendió el brazo sin decir palabra, el sobrino la tomo y se retiro.

Cuando pregunte por las señoras, el joven dijo:

*No pueden venir y yo no se nada, apenas lo he visto, él vive en el estado de Hidalgo.*

El paciente es asiduo fumador de muchos años según consta en la historia clínica. Por tal motivo constantemente buscaba cigarros, hurgando las pertenencias de otros pacientes en busca del ansiado cigarro. Un día tubo la fortuna de encontrar lo que buscaba pero en cuanto el dueño se entero, le propino un duro golpe en la cara, le dejo el ojo casi serrado, era muy evidente la lesión.

Cuando se presento el mismo muchacho a la visita siguiente; lo vio, se río y le dijo:

*¿Que te paso?*

A lo que el paciente no contesto nada y solo hizo una mueca de poco interés por la pregunta.

Le entrego la pequeña bolsa con la prenda intima acostumbrada y el paciente se fue a cambiar, en tanto que el sobrino se fue a sentar. Me dirigí a donde estaba y le explique como fue que se había dado el incidente. Escucho y no dijo nada solo se

sonrió. Cuando regreso el paciente; tomo la bolsa sin decir más y se fue.

El paciente estuvo en el hospital por un poco más de cuatro semanas y no fue visitado por nadie más que el sobrino, y en ningún día de visita note que el paciente recibiera nada distinto al calzón limpio. En el expediente había una nota que hacia referencia a que la familia del paciente solicitaba su traslado a un hospital para enfermos crónicos, al cual fue trasladado al ser dado de alta.

La actitud de estas dos mujeres, de no visitar al paciente pudo haberse dado como reacción a la solicitud de contestar el cuestionario, pero la indiferencia ante el sufrimiento del paciente era muy evidente, por lo que me inclino más a pensar que se trata de una conducta derivada de la actitud que el resto de los familiares tienen por el paciente.