



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

RELACIONES INTRAFAMILIARES Y MANIFESTACIONES DE
ESQUIZOFRENIA EN MUJERES ADOLESCENTES

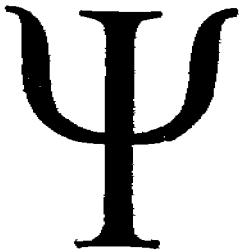
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

PEDRO CHAVARRIA JIMENEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
REVISORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS



MEXICO, D. F.

2005

m345122



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.

"LO IMPORTANTE NO ES ESCUCHAR

LO QUE SE DICE, SI NO AVERIGUAR

LO QUE SE PIENSA"

AGRADECIMIENTOS:

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Pedro Chavarría

Jiménez

FECHA: 8-Junio-2005

FIRMA: 

A MIS PADRES:

Por su apoyo incondicional,

Por el amor que me expresan todos los días

Y por darme ejemplo y estímulo de superación constante.

A MIS HERMANOS:

Ezequiel y Mariana.

Especialmente a Teresa.

Por su apoyo y guía en los momentos difíciles.

A LA MEMORIA DE:

Mi Abuela Catalina.

Mi tío Santiago.

Mi tía Sara.

Muchas gracias por su amor, confianza y ejemplo de
Calidad humana.

A MIS PROFESORES:

A la Dra. Bertha Blumm Grinberg y Eva Esparza.

Por su enseñanza y afecto.

A MIS AMIGAS:

Gabriela, Verónica, Licha y Araceli.

Por enseñarme que la amistad

es desinteresada y dura

todo la vida.

Agradezco la importante contribución
en diferentes momentos de la elaboración
de esta tesis a:

Dra. Patricia Andrade así como a Psic. Miriam Camacho.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	
I. FAMILIA Y ADOLESCENCIA	1 - 28
1.1 Origen y definiciones	
1.2 Familia y Sociedad	
1.3 La familia como Sistema	
1.3.1 Concepto de Homeostasis	
1.4 Adolescencia	
1.4.1 Cambios biológicos, psicológicos y cognitivos	
1.5 Psicopatología en el adolescente	
1.6 Psicoterapia y Familia	
II. ESQUIZOFRENIA	29 - 38
2.1 Origen del Concepto y Etiología	
2.2 El papel de la Familia en el Origen de la Esquizofrenia	
2.3 Esquizofrenia, Familia y Adolescencia	
III. MÉTODO	39 - 50
3.1 Pregunta de Investigación	
3.2 Objetivo general	
3.3 Variables	
3.4 Hipótesis	
3.5 Tipo de Estudio	
3.6 Diseño de Investigación	
3.7 Método	

- 3.7.1 Sujetos
- 3.7.2 Muestreo
- 3.7.3 Escenario
- 3.7.4 Instrumento
- 3.8 Procedimiento
- 3.9 Análisis Estadístico

IV. RESULTADOS 51 - 63

- 4.1 Descripción de la muestra
- 4.2 Características del Instrumento
- 4.3 Diferencias en la Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI)
- 4.4 Conclusiones
- 4.5 Limitaciones
- 4.6 Sugerencias

BIBLIOGRAFIA 64 - 70

ANEXO: Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI)

INTRODUCCION

La esquizofrenia es una enfermedad que en la actualidad cobra cada vez mayor relevancia, debido a que forma parte de los trastornos mentales más graves; pues existe el reconocimiento de que este padecimiento frecuentemente es crónico: es decir, deja incapacitado al individuo por años, o durante la mayor parte de su vida.

La esquizofrenia es una entidad nosológica que según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) se presenta universalmente en el 3% de la población.

Cabe mencionar que la esquizofrenia es un fenómeno multicausal, que parte desde el nacimiento hasta la muerte. En esta trayectoria se conjugan diversos aspectos, en donde la familia juega un papel importante ya que tiene una influencia decisiva en la producción de elementos que determinen en el individuo estados de salud y fuerza o bien de enfermedad psíquica.

En esta dirección se ha observado que una de las posibles causas que conducen a la esquizofrenia, se expresa dentro del núcleo familiar, donde se cuestiona no solo su estructura y su funcionamiento, sino también la forma como sobrevive dicha institución básica.

Por todo esto, la esquizofrenia ha sido considerada por la mayoría de la gente como una enfermedad que aterroriza, por parecer totalmente inexplicable. Pero hay algo más en este enigmático trastorno que ha generado enormes controversias científico-médicas y grandísimo interés entre psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras. Este algo más, que ha estimulado el interés, es que la esquizofrenia es el prototipo de la "Locura". La locura, la pérdida de las facultades mentales, el descontrol de nuestros

pensamientos y conducta, no es vivenciado como cualquier otra enfermedad, pues amenaza la esencia misma de nuestra personalidad y el núcleo de nuestro sentido de identidad (Paniagua, 1991).

Sin embargo existe todavía un desconocimiento sobre la enfermedad, no solo del público en general, sino también de los profesionistas de la salud mental y de la propia familia del paciente, que no reconoce la enfermedad como tal, por tanto no acuden de inmediato a buscar tratamiento médico, pues siguen tratando al enfermo como un ser maligno y no patológico.

En cuanto al sufrimiento humano causado por esta enfermedad hay que añadir su relativa frecuencia, su aparición en la juventud y su cronicidad, lo cual hacen de esta enfermedad un problema clínico y sanitario de enormes repercusiones (Paniagua, 1991).

Por esta razón surgió el interés por investigar sobre aquellos fenómenos, posible causa de la esquizofrenia, y principalmente enfocarnos al factor tan importante que representa la familia en el surgimiento y mantenimiento de la enfermedad .

Por lo tanto el principal objetivo de nuestra investigación fue conocer hasta donde la influencia de la familia y sus relaciones internas pueden ser causantes de esta enfermedad. Esto permitirá que el psicólogo pueda diseñar y planear una intervención oportuna, con técnicas pertinentes en el tratamiento del paciente que incluyan a la familia, ya que el abordaje psiquiátrico a través de medicamentos que remueven los síntomas no es suficiente.

Con este objetivo, la organización de esta tesis queda conformada de la siguiente forma:

CAPITULO I. FAMILIA Y ADOLESCENCIA: describe las principales definiciones, antecedentes y teorías sobre familia; asimismo, se presentan las

definiciones y los principales cambios de la etapa adolescente, y la relación entre adolescencia y familia.

CAPÍTULO II. ESQUIZOFRENIA: refiere a los orígenes del concepto de Esquizofrenia, la etiología y algunas explicaciones teóricas de su origen en la adolescencia.

CAPITULO III. METODOLOGÍA: presenta el método de esta investigación, los objetivos, la descripción de la muestra y características del instrumento, así como el procedimiento a través del cual se trabajarían los datos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS: describe las características de la muestra y los resultados obtenidos de los análisis estadísticos aplicados a los datos recaudados a través del instrumento, asimismo, se presentan los índices de confianza del cuestionario utilizado en la investigación. Además presenta las conclusiones, las limitaciones y sugerencias que se generaron de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA: presenta una lista de las referencias biblio-hemerográficas retomadas para sustentar el presente estudio

ANEXO: contiene el instrumento de Rivera y Andrade (en prensa) que se utilizó para obtener los datos del estudio.

I. FAMILIA Y ADOLESCENCIA

1.1 Origen y Definiciones.

Ningún ser humano puede vivir aislado. A través de la historia se puede observar como diferentes autores coinciden en que hay un desconocimiento respecto a los orígenes de la familia y de sus primeras formas de organización. Sin embargo, concuerdan en que el surgimiento de ésta debe ser paralelo al origen del hombre primitivo. En la historia de la humanidad se hace patente que el hombre ha sobrevivido gracias a la formación de grupos, situación que es inherente a la fragilidad de la condición humana.

Leñero (1992) considera que la raíz de lo familiar es de naturaleza biológica, ya que aparece como una respuesta a las necesidades básicas del hombre: protección, crianza, reproducción y reconocimiento.

De igual manera, Linton (1972) considera que la familia es "la más antigua de las instituciones humanas", institución que ha perdurado a través de los siglos debido a su función básica lo que le ha permitido permanecer inmutable, transmitiendo pautas de civilización de una generación a otra a través de la integración en los niños de los patrones culturales vigentes. En relación a esto, Gecas (1981), de acuerdo con Berger y Berger (1979), señala que la familia es el principal agente de socialización, ya que en su dinámica, el niño inicia el contacto con las normas, los roles y las expectativas sociales que de ellos se demandan.

Actualmente la familia, al igual que la sociedad, ha sufrido de múltiples cambios propiciados por las modificaciones en los patrones de trabajo y entretenimiento de la vida social y cultural. El avance tecnológico ha generado mayores interconexiones entre las personas y lo que ocurre alrededor del mundo, por lo que estamos expuestos a mayor información, así como a nuevos y diferentes estilos de vida, ideologías y valores. Existe un incremento en las tasas de divorcio

y segundas nupcias, así como de nuevos acuerdos para vivir, lo cual ha implicado que cada vez la definición de familia se vuelva más ambigua (Gergen, 1991).

Tradicionalmente se ha considerado que la familia es la unidad social básica encargada de facilitar y proteger los procesos de crecimiento y aprendizaje de los seres humanos, puesto que en ella se establecen las primeras experiencias en el ambiente, generándose los vínculos afectivos fundamentados. Se considera que la familia influye en la construcción tanto de las características de personalidad de sus integrantes como de la conformación de su identidad.

Minuchin y Fishman (1981) plantean que el principal propósito de la familia es el de apoyar la individualización de sus miembros y proporcionarles un sentimiento de pertenencia.

La familia da inicio al proceso de socialización al integrar al niño en la sociedad a través de la transmisión de sus valores y creencias, así como de las habilidades para adaptarse y sobrevivir en la misma. Lidz y Fleck (1985) consideran que el uso del lenguaje es un instrumento esencial para la adaptación humana que se desarrolla principalmente a través de la familia al transmitir los significados lingüísticos de las palabras, y con ellos la capacidad de conceptualizar, pensar, comunicar, predecir y planear. De igual manera, la familia es la encargada de proporcionarle al individuo las habilidades para relacionarse con los demás y para influir en el medio ambiente físico y social.

Por su parte, Leñero (1992) comenta la existencia de dos naturalezas intrínsecas en la familia, una de ellas tiene que ver con lo formal o público y se relaciona con el carácter institucional de la familia, regulado por leyes y normas para su creación o disolución, para su convivencia, y sobre sus derechos y obligaciones. La otra, es su naturaleza íntima o privada que tiene que ver con los vínculos que establecen sus miembros, con la regulación del afecto y la expresión de emociones.

Macías (1994) define a la familia como un "grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones." Este autor también señala que las funciones de la familia se llevan a cabo bajo el principio de complementariedad entre sus diferentes miembros contando con los recursos y potencialidades de cada uno de ellos y apoyándose a la vez en otras instituciones sociales como la escuela, grupo de amigos y familiares.

Aristóteles decía que la familia es una comunidad de todos los días "con el cometido de atender a las necesidades primarias y permanentes del hogar". Y Cicerón, fue el creador de la frase "La familia es principio de la ciudad y origen y semilla del Estado" (Macropedia Hispánica, VI). El primero resalta el aspecto de la naturaleza íntima o privada de la familia, mientras que el segundo, la naturaleza pública o institucional de la misma.

Etimológicamente, el vocablo "familia" es de origen latino y apareció en Italia derivado de *famulus*, que designaba al conjunto de los esclavos y servidores que no solo recibían dinero por su trabajo, sino que, su habitación, vestido y trabajo dependían de su señor, viviendo además bajo su mismo techo; después pasó a ser la casa en su totalidad: tanto el señor como la mujer, los hijos y los criados que vivían bajo su dominación. Posteriormente se extendió el sentido de la palabra familia a los *agnati* es decir, los parientes paternos y *cognati*, los parientes maternos y consanguíneos. También se convirtió en sinónimo de *gens*, que es la comunidad formada por todos los que descienden de un mismo antepasado. De esta forma, las raíces históricas del vocablo "familia" indican que de él emergieron al menos dos acepciones: la de coresidencia y la de parentesco (Diccionario de Ciencias Sociales, 1975; Tuirán, 1994).

Gergen (1991) comenta que como característica del momento histórico actual, las personas viven una "saturación social". Es decir, cada día se tienen más ocupaciones, actividades, informaciones, tanto por parte de los miembros de la familia, como de los amigos, compañeros de trabajo y medios de comunicación. La influencia de este conjunto impacta a todos los miembros de la familia sin importar sexo o edad, de tal manera que, existe una gran cantidad de perspectivas, ideas y conocimientos que se ponen en juego cada vez que se convive con los otros. Así como existen múltiples influencias externas, el mundo interno de los individuos está compuesto de diversidad de voces, deseos y experiencias. Este contexto implica que la vida familiar cada día es más compleja puesto que hay un número mayor de variables que influyen en el desarrollo de sus miembros, por lo que el concepto de familia, sus funciones y organización está cambiando.

La familia es el elemento primario en la estructura de la sociedad, esencialmente, es un sistema durable de interrelaciones humanas que opera como una banda de transmisión de la cultura y que presta a la sociedad servicios que le aseguran su supervivencia; facilita la reproducción de la especie y el mantenimiento físico de sus miembros, la localización social y la socialización de los niños.

En la familia, los padres, que han incorporado en su carácter las actitudes, los valores y las aspiraciones que corresponden al estrato social al que pertenecen o quisieran pertenecer, los transmiten a sus hijos. Esta continuidad es aún más aparente en las familias con problemas, donde es frecuente observar que la liga emocional entre las generaciones, no se interrumpe y los patrones morbosos tienden a reproducirse.

Hoy en día, la familia experimenta cambios profundos, que son más ostensibles si se comparan las dos generaciones en cuanto a las imágenes y expectativas que se tienen acerca del hombre y de la mujer, las oportunidades que éstas últimas

reclaman y los conflictos entre las generaciones particularmente expresados en las funciones sociales de los individuos, el cuidado de los hijos y las actitudes hacia la religión, el sexo y la autoridad.

Una pregunta se plantea con frecuencia: ¿En qué grado la familia está determinada biológicamente y en qué grado lo está socialmente? (De la Fuente, 2000).

La base biológica de la familia es la liga estrecha y prolongada entre la madre y el niño, liga que va más allá de la unión entre ambos miembros de la pareja ya que si el varón permanece ligado a la hembra esto ocurre más por razones psicológicas y socioculturales que por razones biológicas. La tarea que la familia cumple con los hijos es precisamente transformar a un organismo biológico "potencialmente humano" en un ser "realmente humano" y esta transformación requiere que durante años el niño, incapaz de cuidarse por sí mismo, sea alimentado, protegido y se le enseñe a vivir y a convivir con los demás (De la Fuente 2000).

Para que un niño recién nacido pueda sobrevivir, y por lo tanto también para que la sociedad misma sobreviva, es necesario que el niño sea socializado y que uno o más individuos lleven a cabo esta labor. Entre la herencia biológica y la herencia cultural hay un eslabón de tres generaciones, puesto que un niño no sobreviviría si los adultos que cuidan de él no hubieran sido a su vez socializados para hacerlo.

La continuidad biológica queda así asegurada a través de patrones culturales transmitidos en el proceso de socialización. Su plasticidad, permite al niño incorporar por aprendizaje e identificación estos patrones culturales.

La biología humana hace posible y necesario un sistema familiar y señala los límites a sus variaciones. A su vez, la familia cambia en su organización interna como consecuencia de las presiones sociales y culturales a las cuales está sujeta.

En principio, puede decirse que la sociedad transmite sus tensiones al sistema familiar y la familia refleja los valores prevalentes, las costumbres y las prohibiciones del grupo y de la clase social y el niño incorpora los valores, metas y prejuicios de su familia porque de ello resultan ventajas y recompensas.

1.2 Familia y Sociedad.

En la actual civilización, la familia cumple su función transmitiendo de una generación a otra los valores y las demandas de la cultura, tal como unos y otras son interpretadas por el grupo social. En sus actos y en su estilo cotidiano, los padres expresan en formas que son perceptibles para el niño, sus aspiraciones, esperanzas, temores y frustraciones. La conducta de los padres influye en el niño a través de innumerables manifestaciones de amor, cuidado, ternura, descuido, impaciencia, cólera, etc.

El niño a su vez reacciona a los padres y forma con ellos una unidad psicodinámica compleja. Los procesos psicodinámicos familiares, varían según el tipo de organización de la familia, en la familia patriarcal, tradicional típica; el papel de los padres está bien definido, el padre es fuerte, "infalible" y es el principal representante del código moral, la madre es la fuente principal de ternura y está sujeta a la autoridad de su marido. Ambos padres tienen una idea clara de sus funciones y están apoyados en el desempeño de las mismas por la autoridad religiosa y secular. En el logro de sus metas educativas, les guían principios simples y prohibiciones estrictas (De la Fuente, 2000).

En otras formas de organización familiar, las fuerzas dinámicas del triángulo familiar adoptan modalidades diferentes. A menudo ocurre que los padres renuncian demasiado tempranamente a sus derechos y responsabilidades de guiar al niño y le confunden acerca de sus poderes y limitaciones.

El niño se ve expuesto a conflictos que no es capaz de resolver siguiendo el ejemplo de sus padres. De hecho, algunos padres obstaculizan la individualización del niño, en lugar de favorecerla.

Se reconoce que es, precisamente, dentro de la familia, que el ser humano podrá cubrir sus requerimientos tanto de supervivencia y desarrollo, así como de relación con el mundo circundante. En la cultura occidental, la familia nuclear está compuesta por un hombre y una mujer adultos que habitan bajo un mismo techo, conviven y participan de la abundancia o de la escasez y mantienen relaciones sexuales socialmente aceptadas. Comúnmente, esta pareja procrea o adopta hijos que se desarrollan en un seno. La relación de los padres es el eje alrededor del cual se establecen el resto de las relaciones familiares. Una relación conyugal satisfactoria determina que una familia sea sana y una relación conflictiva puede afectar las funciones de la familia y de sus miembros.

De esta forma, así como el individuo puede desarrollar o no sus potencialidades, la familia podrá o no cumplir con sus funciones; de hacerlo, facilitará el desarrollo sano de sus integrantes. Ackerman (1988) señala que la familia deberá ser concebida como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad. En relación con este último punto, se sabe que para la mayoría de los seres humanos, la familia constituye el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el desarrollo de la autoestima. De igual manera, para otros, la familia es el grupo en el que se experimentan los sentimientos más intensos, las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones.

Ahora bien, si se parte de la premisa de que la familia desempeña un papel trascendental tanto para el crecimiento como para el desarrollo del ser humano, se debe agregar que esta familia va a plasmar un sello característico a sus miembros. De hecho, la familia transmite una serie de actitudes, valores y reglas a cada uno

de los integrantes que la conforman, con el fin de asegurarse la continuidad a lo largo del tiempo.

Integración y desintegración de la familia

La familia reducida se adapta mejor a la sociedad industrial, la ilegitimidad, la separación de los padres, la muerte o la deserción; dejan con frecuencia huecos en la organización familiar. En la familia "bien integrada", la liga de los padres entre sí y de éstos y sus hijos, es estrecha, cálida y está basada en el respeto a la individualidad de sus miembros, un elemento de identidad familiar mantiene la unión afectiva; pero ocurre que muchos hogares no son sino lugares donde habitan personas que comparten la misma casa, sin que entre ellos haya una interacción real.

La fachada malamente encubre el divorcio emocional, el odio a la ausencia de relación entre sus miembros. Es más probable que niños criados en un hogar bien integrado, crezcan felices y psicológicamente sanos; en cambio hay una relación generalmente reconocida, entre delincuencia juvenil y desintegración familiar. La relación familiar entre la atmósfera familiar y las enfermedades mentales no es tan clara (De la Fuente, 2000).

El proceso de internalización de la familia.

Bengston y colaboradores (1986) señalan que por muchos años los teóricos sociales han considerado que el rol de la familia es mantener la continuidad de las ideologías sociales a través del tiempo.

Desde un punto de vista psicoanalítico ello se logra a través de los procesos de identificación e internalización.

Fairbain (1952, en Framo, 1992) comenta que el niño internaliza las características afectivas de los padres y de su relación de pareja, así como las distorsiones procedentes de su propia percepción, y las incorporan a la estructura de su self. De ahí que, los niños criados en un contexto familiar comparativamente seguro, sin grandes traumas o pérdidas podrán tener una sana autoestima, ideales y objetivos; en cambio, los que carecieron física o psíquicamente de figuras parentales, o fueron maltratados por éstas, engañados, víctimas de graves injusticias o de mensajes contradictorios, quedarán ligados a un mundo interno persecutorio. A medida que el niño recorre las distintas fases de su evolución, las introyecciones y sus afectos concomitantes, quedan intactos en el mundo interno y relativamente inaccesibles a los hechos externos. Por lo que a pesar de que entre la niñez y la adultez tienen lugar un número incalculable de acontecimientos, los cimientos para percibirlos e interpretarlos fueron establecidos desde muy temprano, quedando ligados a las figuras parentales interiorizadas, así hayan sido agradables o terroríficas.

Las investigaciones sobre los sentidos y el cerebro humano han demostrado que sólo se pueden percibir relaciones y pautas relacionadas, y que ellas constituyen la esencia de la experiencia. Incluso la percepción que el hombre tiene de sí mismo es, en esencia, una percepción de funciones, de vínculos, de relaciones en las que participa (Watzlawick y cols, 1991).

De ahí que la percepción que cada individuo tiene de su familia esté conformada por su percepción sobre las relaciones entre los miembros de la familia y por la integración del conjunto de las percepciones de cada uno de los otros miembros de la familia. Lo que se interioriza es la familia como un sistema formado por interrelaciones en el tiempo y en el espacio; se interiorizan las relaciones entre los individuos o cosas y no los individuos u objetos aislados (Laing, 1986).

Framo (1992) señala que cada una de las personas que están unidas por un vínculo estrecho posteriormente forman parte recíproca de la psicología de la otra

persona, creando un sistema de retroalimentación que regula y pauta sus conductas.

Laing (1986) considera que la experiencia que cada individuo tiene respecto a su familia puede ser representada por la imagen de un objeto, por ejemplo, de una flor, un castillo, un sepulcro, etc.; la función de la imagen es transmitir la experiencia de ser parte de un todo aún mayor, en el que, los miembros de la familia no se consideran como personas separadas, sino como integrantes de una estructura. Con frecuencia, la persona está más consciente de la imagen de la familia que de la familia en sí. La construcción de la imagen de la familia se logra mediante la síntesis de la recíproca incorporación, de las incorporaciones de cada uno de sus miembros.

Cada generación proyecta o traspone un conjunto de relaciones en la siguiente generación a través de elementos derivados del producto de por lo menos tres factores: lo que fue proyectado en ella por generaciones anteriores; inducido en ella por generaciones anteriores y su respuesta a esa proyección y esa inducción (Laing, 1988).

Boszormenyi-Nagy y Espark (1973) consideran que los derechos y los deberes de los miembros de una familia, junto con los conflictos no resueltos de la misma, son transmitidos de una generación a otra casi siempre de manera inconsciente, teniendo gran influencia en el comportamiento actual de una familia. Si los individuos quieren liberarse de sus repetitivos ciclos destructivos tendrán que descubrir recursos para sentirse que son dignos de confianza. Además deberán descubrir cómo preservar la lealtad a las generaciones pasadas a la vez que liberarse de yugos o deudas anteriores.

Por su parte, Leñero (1985), de acuerdo con Boszormenyi-Nagy y Ulrich (1981), afirma que la dinámica de la familia actual depende en gran parte de la historia intergeneracional y agrega que la repetición de pautas de comportamiento no se

da de forma exacta entre una generación y otra, debido a que las personas durante su desarrollo, no solamente introyectan las experiencias vividas dentro de la familia de origen, sino que las condiciones sociales, culturales, económicas y geográficas en que viven también son de gran importancia.

La familia internalizada está destinada a ser reproducida a través de las leyes de la sociedad, lo que garantiza la permanencia de la ideología vigente (Palomar, 1987).

1.3 La familia como sistema

En varias disciplinas de la ciencia moderna han ido surgiendo concepciones y puntos de vista semejantes que se ocupan del estudio de la *totalidad*, es decir, de problemas de organización, de relación entre las partes, de patrones de interacción, del estudio de varios órdenes simultáneos, de fenómenos no comprensibles cuando se investigan sus respectivas partes por separado, donde se consideran los eventos en el contexto en el cual ocurren en lugares aislados.

La Teoría General de Sistemas es producto de la tendencia general hacia la integración de las ciencias tanto naturales como sociales. Propone un paradigma general de la totalidad, y tiene como objeto de estudio las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo. Entendiéndose como sistema "el conjunto de elementos en interacción" (Von Bertalanffy, 1986).

La esencia del enfoque sistémico es la atención a la organización, es decir, a la relación entre las partes, a una concentración en las relaciones matizadas antes que en las lineales y a una consideración de los hechos en el contexto en el cual se dan y no aislado a un ambiente.

De esta manera el aspecto fundamental de un sistema, es precisamente, la coherencia de sus características de organización. Esto significa que los

elementos deben estar vinculados entre sí en forma descriptiva o predecible con coherencia. Dichos elementos son: el concepto de organización, el concepto de morfostasis (o regulación interna) y el concepto de morfogénesis (o crecimiento controlado).

El concepto de organización se encuentra en el centro de los principios orgánicos abrazado por la teoría de los sistemas cuyo concepto más importante es, que las características de organización del sistema producen un todo mayor que la suma de cada una de las partes.

De acuerdo con este postulado, no es posible pensar en un elemento o subgrupo de elementos que actúan de manera independiente. Por el contrario, se propone una identidad organizada en la cual el estado de cada unidad sea limitado por el de otras unidades, o condicionado por él, o depende de este estado (Miller, 1955; citado por Steinglass, 1989). En este sentido la conducta de los miembros de la familia es moldeada y/o limitada por las conductas simultáneas de todos sus miembros, por sí solos y en combinación (Steinglass, 1989).

En consecuencia, el concepto de organización es descriptivo. La teoría sistémica también ve los sistemas vivos como entidades dinámicas que responden al juego recíproco de las otras dos grandes fuerzas: 1) morfogénica vinculada al crecimiento, al cambio, al desarrollo, con la tendencia a hacerse organizativamente más complejos a lo largo del tiempo; y 2) morfostática (a menudo llamada homeostásis), conceptualizada por lo general, como un conjunto de mecanismos reguladores, útiles para mantener la estabilidad, el orden y el control de los sistemas en funcionamiento.

Aunque se considera que los sistemas vivos tales como las familias responden a las dos fuerzas, los mecanismos morfostáticos, en la medida que cumplen una función reguladora, tienden a equilibrar y a modelar el peso y la dirección de las características morfogénicas (Steinglass, 1989).

Relacionando estos conceptos con el de Familia, esto significa que siempre existe un vaivén entre el deseo de ésta por mantener su estabilidad, y su deseo de cambiar y crecer.

La familia "sana" es la que ha desarrollado un adecuado equilibrio entre la morfogénesis y la morfostasis, siendo la clave una adaptación coherente de los mecanismos reguladores y las diferentes etapas por las que va cruzando la familia durante su proceso de desarrollo.

Se pueden identificar tres aspectos de las teorías sistémicas que resultan de fundamental importancia al ser aplicadas a la familia:

1. La familia debe ser concebida como un sistema en constante transformación o como un sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (Minuchin, 1977).

Este doble proceso de continuidad y crecimiento, que ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos fuerzas aparentemente contradictorias, remite a la tendencia homeostática y a la capacidad de transformación implícitas en todo sistema. Se habla de que existen circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feed-back) orientado al mantenimiento de la homeostásis (Andolfi, 1990).

La verificación de la importancia de los mecanismos de retroalimentación destinados a proteger la homeostásis del sistema, en el ámbito de familias que presentan problemas de desajuste psicológico en general, ha representado uno de los cambios decisivos en el campo de la salud mental.

2. La familia es un sistema que se autogobierna mediante la creación de reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir, a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones (Minuchin, 1977).

Es así, como todo tipo de tensión originada por cambios dentro de la familia (cambios intrasistémicos: el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan o un luto) o provengan del exterior (cambios extrasistémicos: mudanzas, modificaciones del ambiente) repercutirá sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y de consentir el crecimiento de sus miembros por otro.

3. La familia debe ser entendida como un sistema de interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, institutos), lo cual significa que las relaciones familiares se podrán explicar en una relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: en la medida en que las condicionan y éstas a su vez son condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico (Andolfi, 1990).

Por tanto si se parte de la premisa de que la familia es un sistema entre otros sistemas, la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado, constituirá un elemento indispensable que facilitará la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de éstos.

Al pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de la explicación del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y entre la familia entendida como unidad y los otros sistemas que interactúan con ella.

La familia en la actualidad se encuentra sometida de una manera constante a una serie de desafíos potencialmente abrumadores durante su proceso de desarrollo. Por fuera es objeto de desafío de fuerzas económicas, de decisiones políticas y de las organizaciones más grandes de las cuales es miembro integrante. Y también es desafiada en su seno mismo. Sus integrantes tienen sus propios proyectos de vida, sus necesidades psicológicas y sus requisitos físicos, a pesar de vivir en un medio en constante cambio y de choques repentinos e impredecibles. Así, la familia logra mantener un sentido de equilibrio, una coherencia, una regularidad en su vida, razón por la cual se infiere que existen mecanismos incorporados que regulan la vida de la familia al proporcionar una estructura organizada y ayudar a determinar las reglas que gobiernan las secuencias de los procesos conductuales (Steinglass, 1989).

1.3.1 Concepto de homeostasis

El término Homeostasis en el tema de la familia fue acuñado por el terapeuta familiar Don Jackson (1957). Quien consideraba que el concepto fisiológico de homeostasis era excelente metáfora, asimismo, útil para los procesos reguladores de la familia (Cannon, 1939).

Jackson observó la tendencia de las familias a conducirse como si tuvieran mecanismos incorporados (conductas) que se ponen en marcha siempre que, la vida de las familias es quebrantada por fuerzas internas y externas y tales conductas, parecen llevar a la familia, de nuevo, a su estado de equilibrio.

Hay tres características esenciales del modelo homeostático de regulación fisiológica:

1. La necesidad de conservar el ambiente interno dentro de una esfera limitada, porque el funcionamiento óptimo se obtiene en esa esfera.
2. La existencia de dispositivos sensores para monitorear de manera continua importantes parámetros ambientales.
3. La presencia de mecanismos coordinados de entrada-salida, ordenados en una serie de lazos de repercusión circular (retroalimentación)

El modelo también sugiere tres maneras en que los mecanismos homeostáticos podrían funcionar mal:

- a) Falla en los sensores periféricos: Los sensores podrían encontrarse sencillamente agotados y ser incapaces de funcionar de manera adecuada. O bien, el cambio que se produce en el ambiente podría ser tal que los mecanismos sensores no estuviesen en condiciones de determinarlo.
- b) Las pautas de respuesta pueden ser ineficaces o inadecuadas. Esto podría deberse a una falla en la unidad procesadora central, en lo que se refiere a interpretar de modo correcto los datos que ingresan y a poner en marcha una respuesta adecuada, o bien ser la consecuencia de una falla del propio sistema de respuesta.
- c) Los sensores ambientales se encuentran calibrados de manera inadecuada.

Con respecto a la familia se pueden imaginar fallas de homeostasis nacidas de las tres mismas fuentes. Algunas familias no pueden sentir cuando se ha movido su ambiente interno a una distancia inaceptable de una gama óptica. Otras familias son capaces de sentir que algo anda mal, pero movilizan programas inadecuados o ineficaces, en respuesta a esa información. Por último, algunas familias han establecido límites ambientales inadecuadamente estrechos o amplios para la activación de los mecanismos homeostáticos.

En apariencia, tales familias interpretan mal los cambios del desarrollo y dan por entendido que son amenazas inaceptables para la homeostasis general. Las

respuestas son rápidas y parecen orientadas al mantenimiento del equilibrio. La familia y su conducta dan la impresión de encontrarse en torno de un objetivo principal: conservar la estabilidad a corto plazo. Como consecuencia de ello, los desafíos del desarrollo son mal interpretados y mal manejados. La familia muestra tener notable estabilidad, si se mide ésta en términos de predecibilidad de conducta, pero esa estabilidad se logra a expensas de la flexibilidad y de la adaptabilidad.

El efecto general es de una creciente rigidez frente a las exigencias del desarrollo o del ambiente. Cuando estas exigencias superan los poderes dictatoriales de los mecanismos homeostáticos de la familia, el resultado es casi siempre explosivo, es decir, conducen a su desintegración.

Ahora bien, al conceptualizarse a la familia como un sistema relacional intermediario entre la sociedad y el individuo e interactuante con ambos, se debe resaltar cómo se define la patología desde esta perspectiva.

1.4 Adolescencia

1.4.1 Cambios biológicos, psicológicos y cognitivos

La adolescencia es un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, y cuya duración, e incluso su existencia han sido discutidas definidas como época de crisis, en la que aspectos bio-psico-sociales del individuo se modifican substancialmente. En este sentido, su duración se encuentra influida por factores que tienen que ver con la cultura, las creencias, la raza, así como la ubicación geográfica o el clima.

Para algunos autores, la crisis por la que atraviesa el adolescente, determinada por aspectos sociológicos y culturales, toma más tiempo para alcanzar la genitalidad como meta, que el proceso de madurez fisiológica, ya que en otras etapas, el cambio se centra en algún aspecto, pero en la adolescencia, dicha crisis

se generaliza, es por ello que May (1964) la denomina "la etapa de un nuevo nacimiento.

Desde la perspectiva biológica, en la etapa de la adolescencia hay un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de las características sexuales secundarias. Alguno de los cambios ocurren en todos los jóvenes y jovencitas en relación a su aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor, propios de cada sexo. Las hormonas son las que se encargan de desencadenar dichos cambios. Las que afectan el crecimiento, son secretadas y producidas en cantidades mayores.

Cada hormona está destinada a influir en cierto grupo de blancos o receptores, así la testosterona, los estrógenos y la progesterona, por ejemplo, hormonas sexuales, afectan a zonas tan diversas como el cerebro, la piel, las células en los genitales o los cartílagos, etc. La secreción de las glándulas endocrinas está estrechamente relacionada con un equilibrio muy delicado y complejo, indispensable en un crecimiento y funcionamiento normales. Así, la hipófisis, productora de varias hormonas, como la del crecimiento, somatotropina y algunas hormonas secundarias que estimulan y regulan a su vez otras glándulas, como los testículos y ovarios que son las glándulas sexuales, cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides y óvulos) y segregar las hormonas sexuales indispensables para el desarrollo de los órganos reproductores, lo cual repercute no sólo en aspectos fisiológicos, sino a la vez en las emociones de manera significativa e importante.

El ritmo de desarrollo aún a pesar de manifestarse de forma distinta en cada género, alcanza a su punto máximo en las mujeres a los 12 años y en los varones a los 14 años. El sistema músculo esquelético es el primero en verse estimulado, seguido del desarrollo del sistema reproductor.

Una de las características en este contexto biológico, en el hombre es la manifestación de la primera polución y de los sueños húmedos, lo cual le confirma el arribo de la madurez sexual. En la mujer, la aparición de la menarca, constituye un evento importante ya que da inicio a la madurez física y de paso a la fertilidad. Ocurre sin previo aviso, lo cual produce impactos diferentes para la adolescente, de acuerdo a la información previa y la actitud interna y externa que se produce ante el evento, lo cual determina la llegada o el arribo a la mayoría de edad biológica, hecho que adquiere gran trascendencia para la adolescente.

En este interjuego de un organismo en constante cambio y en contacto permanente con el medio ambiente, se definirán los caracteres sexuales terciarios, que son, en su expresión manifiesta, aquellas actitudes corporales propias de cada sexo que implica un sustrato psicológico.

Con base en la teorización de Peter Blos (1980), el periodo de la adolescencia se caracteriza por fases o secuencias ordenadas de desarrollo psicológico, las cuales no pueden fijarse por un tiempo determinado o por la edad cronológica, pero sí son antecedente importante en proceso de madurez. Las fases que considera son: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y postadolescencia.

Para Blos (1980), el éxito en el inicio y desarrollo de la adolescencia se vincula con el período de latencia, mismo que proporciona al sujeto en términos generales, la diferenciación en el desarrollo de la inteligencia, entre el proceso primario y el secundario del pensamiento con el empleo de la generalización, la comprensión social, el control ambiental y la independencia; las funciones del Yo deberán haber adquirido mayor resistencia a la regresión y a la desintegración en lo cotidiano, la capacidad sintética del Yo debe ser efectiva y compleja, finalmente el Yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del exterior. Todos estos elementos permitirán el paso al aumento en la energía pulsional lo que dará paso a la adolescencia.

De acuerdo con Aberasturi (1994), la adolescencia se caracteriza por: 1) la búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) una tendencia grupal; 3) la necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) una desubicación temporal, 6) una evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7) una actitud social reivindicatoria con tendencias anti o sociales de diversa intensidad; 8) contraindicaciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de vida; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo.

Aunque la madurez física y el ajuste a la sexualidad son pasos importantes, en esta época ocurren cambios cognoscitivos trascendentes. Se presenta un aumento en la capacidad y estilo del pensamiento, lo cual enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y su penetración.

En la propuesta teórica de Piaget (1958) se señala que el cambio cognoscitivo del adolescente es la aparición del pensamiento de las operaciones formales. Este nuevo pensamiento intelectual es abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato.

1.5 Psicopatología adolescente

El niño y el adolescente no han sido sino hasta muy tarde, objeto de interés para los psiquiatras. Por lo general, la psiquiatría tendía a realizar descripciones y clasificaciones para la patología infantil basándose en las categorías que se tenían ya formuladas para los adultos.

Entre los primeros psiquiatras que en el siglo XIX comienzan a interesarse por el niño, se encuentra Moreau de Tours quien publicó en 1888 su libro titulado "La

locura de los niños". De igual manera, el estudio de la adolescencia en esa época carecía del interés y la importancia que actualmente tiene en la sociedad.

Es a principios del siglo XX que el psicoanálisis modifica radicalmente la aproximación a los trastornos mentales del niño, Freud comienza a describir la psiquis infantil de una forma novedosa basándose en los planteamientos de la cura psicoanalítica de los adultos, llegando incluso a describir la neurosis infantil, que según él aparecía de forma repetida en la neurosis de transferencia.

Minuchin (1977) plantea que "la patología puede ubicarse tanto en el interior, como en el exterior del paciente"; existen aspectos fundamentales que permitirán entender la esencia de esta perspectiva.

En primer lugar, debe considerarse que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno o aislado, en tanto que el individuo influye en su contexto y es influido por éste, por secuencias repetidas de interacción.

Asimismo, el individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas.

Por otra parte, el individuo responde a la tensión que se produce en otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir de manera significativa a la tensión de otros miembros del sistema. Finalmente, el individuo puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.

Desde este enfoque, la patología quedaría definida como "...una alteración en el equilibrio funcional y/o estructural de la familia, más que como un trastorno de algunos de los miembros..."(Macías, 1988). De aquí que, la comprensión de la

estructura y de los patrones de interacción de la familia constituyan el punto de partida que permitirá entender las alteraciones que ocurren dentro de una familia y en donde el "paciente identificado" estaría representando, únicamente, un síntoma de la disfunción familiar.

Sin embargo, se debe recordar que una situación de tensión, podrá estar determinada por factores intrapsíquicos, ante los cuales el individuo se siente incapaz de adoptar una solución que le permita, de alguna manera, resolver el conflicto.

Al respecto Minuchin (1977) agrega lo siguiente: "...El presente del individuo es su pasado más sus circunstancias actuales. Una parte de su pasado sobrevivirá para siempre, contenido y modificado por las interacciones actuales. Tanto su pasado como sus propiedades singulares forman parte de su contexto social, sobre el cual actúan del mismo modo en que éste actúa sobre él; al mismo tiempo, sus interacciones en sus circunstancias actuales apoyan, califican o modifican su experiencia...". lo anterior nos facilita identificar que un enfoque como éste, al no aislar al sujeto de su contexto, permite lograr una visión mucho más amplia y completa del fenómeno que se pretende investigar.

De lo hasta aquí expuesto, se puede desprender que, para lograr una mejor comprensión de los problemas humanos, será necesario entender a la familia como un sistema que desempeña un papel decisivo en la vida del ser humano, en tanto que constituye uno de los principales vínculos de unión entre la sociedad y el individuo, sin olvidar que entre el individuo, familia y sociedad se establecen complejas relaciones de interdependencia que a su vez matizan la calidad de la interacción.

De tal manera, una de las ventajas del enfoque sistémico es que podrá aplicarse a cualquier problema de salud mental, si realmente lo que se pretende es captar el fenómeno en su complejidad, al mismo tiempo que se reconocen sus

implicaciones, aunado a lo anterior, el modelo sistémico permite identificar con mayor claridad los recursos que pueden utilizarse para lograr una adecuada intervención.

1.6 Psicoterapia y familia

El campo de la psicoterapia es otra de las áreas que ha favorecido con su desarrollo a la investigación sobre familias, dado que empezó a visualizar la problemática de los pacientes dentro del contexto familiar, interrelacionándolos. El mismo Freud con su método clínico de estudios de caso señalaba la importancia de la relación establecida con los padres, hermanos y figuras significativas con respecto a la estructuración de la personalidad, asimismo, consideraba a la familia como un factor promotor de la salud o enfermedad mental de sus miembros, puesto que en ella se sostienen la permanencia de los síntomas a través de lo que él llamó "ganancias secundarias" (Freud, obras completas, 1988).

Al paso de los años y gracias a un cambio en el paradigma de salud mental, se empezó a pensar que la enfermedad mental puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en la interrelación de ambos. A partir de ello, surge una nueva modalidad de tratamiento en donde el conflicto intrapsíquico deja de ser el centro de atención y se enfoca el estudio de los síntomas como producto de una determinada estructura y estilo de interacción dentro de la familia.

Las nuevas maneras de ver y de pensar el comportamiento humano han conducido a una revolución epistemológica, que toca todas las ciencias y desafía muchos concretos tradicionales como los de causalidad lineal o los que atribuyen el comportamiento a motivaciones individuales.

La terapia familiar se basa en las nuevas suposiciones acerca del comportamiento humano y de la interacción humana que tienen implicaciones de gran importancia.

El concepto central de la nueva epistemología es la idea de circularidad. Tradicionalmente se ha pensado en la enfermedad mental en términos lineales, con explicaciones históricas y causales del padecimiento. Los esfuerzos por explicar el comportamiento sintomático se han basado, habitualmente, en un modelo médico o en un modelo psicodinámico, los cuales típicamente consideran el mal sintomático como una disfunción debida a causas biológicas o fisiológicas, o a un acontecimiento reprimido del pasado. En ambos modelos el individuo es el centro de disfunción y la etiología está conectada con una imperfección de sus genes, bioquímica o desarrollo intrapsíquico.

Después de décadas de estricta lealtad a estos modelos empezó a surgir una nueva conceptualización. Si alguien veía a una persona con una aflicción psiquiátrica en una clínica le sería fácil suponer que esa persona padecía un desorden intrapsíquico surgido de su pasado, pero si se veía a la misma persona con su familia, en el marco de las relaciones diarias, se empezaba a ver algo totalmente distinto: se observó una red sincronizada y estética de patrones recurrentes de comunicación y comportamiento que forman rizos circulares que avanzan y retroceden y en donde el paciente identificado forma tan solo una parte de la danza general (Hoffman, 1981).

Las figuras que parecen haber ejercido la mayor influencia sobre el campo de la psicoterapia de la familia, fueron inicialmente personas que trabajaban con enfoque psicodinámico como Nathan Ackerman, quien es considerado pionero en Terapia Familiar, dado que, desde 1937, publicó un artículo llamado "La familia como una unidad emocional y social" (*The family as a social and emocional unit*), donde hace mención al hecho de que ninguna persona vive su vida sólo, sino más bien continuamente está en relación con los otros, sobre todo durante los primeros años de vida, época en la que se vive casi exclusivamente con los miembros de la familia (Guerin, 1978). También con una formación inicial como psicoanalista se encuentran los trabajos sobre psicoterapia en familias de Murray Bowen, quien pensando que el problema no estaba ubicado únicamente en el

paciente identificado, acostumbraba hospitalizar a toda la familia. Destacan sus trabajos sobre los procesos de triangulación en la familia, sobre la perspectiva trigeracional como explicación para el surgimiento de la esquizofrenia y sus conceptos de fusión y diferenciación familiar.

Posteriormente, científicos de diferentes áreas como el teórico de la información Claude Shannon, el cibernético Norbert Wiener, el teórico en sistemas generales Ludwig Von Bertalanffy y el antropólogo estudioso de la comunicación humana, Gregory Bateson, destacan por sus aportaciones en el estudio de los sistemas, tanto abiertos como cerrados, y entre ellos los del ser humano y su familia.

La observación en vivo empezó a utilizarse tanto en la etología animal como con familias humanas en investigaciones formales o informales durante el decenio de 1950 cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat natural: en la familia.

Dado que en esa época prevalecían las ideas psicoanalíticas y entre ellas estaba prohibido "contaminar" el proceso de la terapia incluyendo a parientes en la misma, únicamente se trabajaba con familias experimentalmente a manera de investigación y casi siempre teniendo como marco el hogar de las mismas.

Se crearon dos principales modelos de pensamiento sobre familia dentro de la terapia familiar: el modelo cibernético, teniendo como pilar a Don D. Jackson. En dicho modelo se subrayaba la importancia de la función del síntoma como mantenedor del equilibrio o de la homeostasis en el sistema familiar.

Posteriormente surge, el modelo evolutivo, el cual incluye ideas de las aportaciones realizadas por el físico Ilya Prigogine y el biólogo Humberto Maturana. El teórico Paul Dell, de la Universidad de Texas, retoma lo anterior y conceptualiza a las familias y a todos los seres vivos como entidades en evolución y no en equilibrio que son capaces de transformaciones súbitas.

Philippe (1978) hace una revisión histórica del desarrollo de la terapia familiar, y considera que de 1950 a 1975 se constituye el primer cuarto de siglo en este campo, teniendo como contexto la Segunda Guerra Mundial y la Posguerra. Durante esta época los estudios realizados versaron sobre la relación entre la familia y el surgimiento de la enfermedad mental, sobre todo en los casos de esquizofrenia, delincuencia y problemas de conducta.

Con respecto al tema de la esquizofrenia, "el proyecto Bateson", también llamado "aprendiendo a apredender", puede considerarse el principal antecedente de aportaciones teóricas al nascente campo de la terapia y de la investigación familiar. Dicho proyecto tenía como objetivo el estudio de la comunicación humana. Encontraron que las familias enseñan a sus miembros determinado tipo de pautas de comunicación, en donde el comportamiento esquizofrénico es una respuesta adaptativa al estilo de comunicación de la familia (Hoffman, 1981). De ahí que en esa misma época, Bowen comenzó a hospitalizar a las familias completas de pacientes esquizofrénicos para estudiar a la familia como factor etiológico (Minuchin, 1974).

A partir de entonces, gran parte de los pioneros del movimiento familiar tomó como foco de investigación a las familias con un miembro esquizofrénico: Bateson, Jackson, Weakland y Haley en California; Bowen en Topeka y Washington; Lidz en Baltimore y después en New Heaven; Whitaker y Malone en Atlanta; Sheflen y Birdwhistle en Filadelfia, todos ellos en los Estados Unidos de Norteamérica.

Al paso del tiempo y como parte del proceso normal de la construcción del conocimiento fueron surgiendo diferentes visiones de los procesos de cambio y estabilidad en la familia, donde diferentes modelos fueron aplicados para el tratamiento de las mismas entre los que pueden mencionarse además del Enfoque Estructural, el Estratégico, las escuelas de Roma y Milán, las aportaciones del Instituto Ackerman, las corrientes narrativas, etc.

Entre algunos de los enfoques que han ampliado la comprensión de los fenómenos ocurridos en el interior de las familias, destaca la perspectiva de género, la cual está basada en el análisis de los procesos de socialización que parten del seno familiar y que están fundamentados en las premisas socioculturales sobre todo lo que es ser hombre y lo que es ser mujer. Walters y cols. (1991) señalaban que las mujeres son formadas con la expectativa de que su principal meta en la vida es cuidar de otros, por lo que sus vidas se centran en actividades que conducen al engrandecimiento de otros, y no de ellas. Dan mucha importancia a las relaciones interpersonales, desarrollando capacidades y cualidades de afectuosidad, expresividad emocional y empatía.

Olson (1991) menciona estar convencido de que la familia sufre transformaciones a lo largo del tiempo dado que las necesidades propias del desarrollo familiar cambian a medida que los hijos nacen, maduran y dejan el hogar.

Carter y McGoldrick (1980) mencionan que la "adolescencia" es algo que ocurre en toda la familia y no sólo a un individuo. Los vínculos familiares que se habían mantenido estables alrededor de la familia nuclear y extensa durante doce o trece años son forzados de repente a desarrollar la elasticidad necesaria para alternativamente permitir al adolescente que salga y regrese a la familia compartiendo y confrontando sus ideas con otras personas ajenas a ésta; en sí, la familia deberá aumentar la flexibilidad de los lazos familiares para dar cabida a la independencia del adolescente.

La adolescencia es un proceso universal de cambio y de desprendimiento que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene sobre sí mismo impulsándolo a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez.

Lo anterior, nos lleva, a un acercamiento a la comprensión y conceptualización de la familia en el desarrollo "normal" de las o los adolescentes; o en su caso como generadora de trastornos patológicos o síntomas esquizofrénicos.

Una vez abordado el tema de la familia, el siguiente capítulo, se enfocará a la relevancia del desarrollo de la esquizofrenia en la adolescencia dentro del núcleo familiar.

II. ESQUIZOFRENIA

2.1 Origen del Concepto y etiología

La enfermedad mental, ha existido desde los albores de la humanidad, la cual ha tenido diversas acepciones que varían de acuerdo a la evolución histórica del hombre y de la cultura de cada país (Videla, 1991).

En siglos anteriores, se pensaba que el enfermo mental era un ser divino, con poderes mágicos, más adelante se le consideraba como célula maligna, y se le apartaba de la sociedad, por ser considerado como un ente maléfico o perverso, ya que al no entender la manifestación de sus síntomas, era rechazado y temido por los demás. De esta forma podemos observar que la religión consideraba a la enfermedad mental como consecuencia de un castigo por haber infringido un código moral (Timio, 1986).

Más adelante, durante la mayor parte de la antigüedad y de la Edad Media; se concretaba la creencia de poderes mágicos o espíritus de signo diabólico. De acuerdo a ello, los medios utilizados para su curación, variaban desde la plegaria hasta la tortura (Es decir, los azotaban, los sumergían en agua hirviendo o los quemaban vivos, en el mejor de los casos los exorcizaban). Tales prácticas se llevaban a cabo por sacerdotes y brujos debido a su frecuente contacto con el misterio y los poderes ocultos, tanto del bien como del mal (Sarason, 1990).

Con el avance científico, los nuevos conocimientos fueron modificando estas concepciones, así como también los tratamientos utilizados para la enfermedad mental.

A finales del siglo XIX, a la enfermedad mental llamada "Locura" se le asignó el nombre de Psicosis. La cual se clasificó (por el DSM IV) de acuerdo a una sintomatología esencialmente psíquica (La Planche, 1983).

La existencia de alteraciones psicóticas en los adultos se puso de manifiesto en las clasificaciones de los trastornos mentales de comienzos del S. XX. Kraepelin, quien sentó las bases de las clasificaciones modernas, utilizó el término "dementia praecox", y atribuyó las psicosis a factores orgánicos. "Dementia" reflejaba la creencia de que se producía un deterioro progresivo, "praecox" indicaba que los trastornos se iniciaban pronto, normalmente en la primera juventud o en la adolescencia. Bleuler aplicó posteriormente a estos trastornos el término de Esquizofrenias.

Los conocimientos científicos que se tienen en la actualidad y los tratamientos farmacológicos y terapéuticos, no han disminuido su incidencia, por lo que resulta importante hacer una revisión exhaustiva de este padecimiento que tiene en mayor grado una repercusión en la vida del individuo, en el ámbito personal, familiar, económico y social, puesto que ataca a sus víctimas en los años más fructíferos de la vida. A pesar de que en raras ocasiones conduce a la muerte del paciente, su carácter destructivo es significativo, ya que acaba dejándolo incapacitado para su vida productiva y de relación (Jackson, 1980).

La esquizofrenia es una enfermedad bastante compleja, es por eso que resulta difícil poder distinguir una entidad etiológica específica que conlleve a la aparición de la misma.

En la actualidad todavía no se está seguro en lo que se refiere a la causa o causas exactas de la esquizofrenia. Existe cierto número de teorías y se han realizado considerable número de investigaciones sobre la índole del trastorno. Tanto los factores biológicos, genéticos, bioquímicos, psicológicos y familiares han sido explorados como posibles agentes causales. Se atribuye la esquizofrenia a la herencia, trastornos endocrinos y lesiones durante el parto. Estudios recientes se centran en las anomalías bioquímicas en relación con la transmisión de los impulsos nerviosos a través de las sinapsis cerebrales. A esto se le llama "hipótesis de la dopamina", aplicada a la esquizofrenia.

2.2 El papel de la Familia en el origen de la Esquizofrenia

Otras líneas de investigación ha subrayado la importancia de los factores psicológicos, los conflictos, las frustraciones y las perturbaciones en las relaciones familiares y las experiencias desagradables al principio de la vida (Frank, 1965).

Dentro del psicoanálisis, éste se centra en el funcionamiento psíquico del adulto a lo largo de varios años. Freud dejó señalados los posibles caminos que llevan al estudio del hombre, tanto en su estructura psíquica interna como en sus relaciones con el mundo exterior. Pero no fue sino hasta hace aproximadamente dos décadas que se desarrollo una de sus aplicaciones más importante; aquella que enfatiza la comprensión que encierra el psiquismo infantil. Es decir, aquel que abarca desde la concepción, hasta la aparición de la adolescencia y con ella la adultez.

Al observar este recorrido es difícil deducir que un enfoque meramente individual debió ampliarse para valorar los elementos que conciernen a los fenómenos de pareja. (Como es la diada madre-hijo). De aquí, que el enfoque individual tuviese que modificarse al de pareja, incluyendo más adelante al padre, hermanos etc. Entonces de ser en un principio un enfoque individual, paso al estudio de un enfoque global, es decir la formación de este complejo sistema que llamamos familia (Estrada, 1993).

Sin embargo, no fue sino hasta los años 1950-1960, con los trabajos de Laing, Basaglia y Cooper que se pone especial énfasis en la familia del paciente, particularmente del paciente Esquizofrénico, a partir de ahí se toma en cuenta la relación del enfermo con su familia.

Cabe mencionar que la esquizofrenia es un fenómeno multicausal que parte del nacimiento hasta la muerte. En esta trayectoria se conjugan diversos aspectos, en donde la familia juega un papel importante, ya que tiene una influencia decisiva en la producción de elementos que determinan en el individuo estados de salud y fuerza, o bien, de enfermedad psíquica.

En esta dirección se ha observado que una de las causas que conducen a la psicosis se expresa dentro del núcleo familiar donde se cuestiona no solo su estructura y su funcionamiento, sino también la forma como sobrevive dicha institución básica; puesto que el poder social ejercido sobre el individuo, como puede ser confundido mediante "roles confusos", "límites no esclarecidos", "dobles mensajes", etc. que se filtran a través de la familia y que repercuten en la experiencia real del individuo por medio de las actitudes contradictorias dirigidas hacia él, que más adelante determinan no solo el desarrollo de ciertos factores, sino también la influencia de determinadas perturbaciones mentales (Minuchin, 1968).

Ackerman (1966) señala la importancia de las relaciones familiares en la formación de la personalidad al decir que ningún individuo puede vivir solo, aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos porque la vida es una "experiencia compartida". En los primeros años se comparte casi exclusivamente con los miembros de la familia; por tanto, es considerada como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de enfermedad y salud.

Si bien es grande la complejidad del problema que plantea el estudio de la esquizofrenia, no es menos complejo el estudio de la dinámica familiar del esquizofrénico por el hecho de abordar el problema desde más de un solo ángulo. Las investigaciones sobre este asunto en particular enfatizan una o varias de las influencias familiares que más tarde pudieran conducir al paciente hacia la enfermedad; la mayoría hace hincapié en el papel que ha jugado la madre en la vida del esquizofrénico, lo que ha dado origen al concepto de la madre "esquizofrenizante".

Lidz y cols. (1965) señalan la importancia que tiene el papel del padre en la dinámica familiar del psicótico; algunas otras encaminan sus estudios hacia una valoración global de la dinámica familiar como grupo, otras más consideran que es el tipo de

relación que tienen los padres del esquizofrénico, como la causa principal de un ambiente familiar que predispone a la esquizofrenia, más que la patología particular que cada uno de los padres pueda presentar.

En 1939, Fromm-Reichmann introdujo el término de "Esquizofrenizante" para referirse a un tipo de madre que con sus actitudes hacia el hijo impide el adecuado desarrollo de éste. Piensa que el esquizofrénico es una persona "dolorosamente desconfiada" y resentida frente a otras personas debido a la deformación y al rechazo que ha sufrido desde su más temprana infancia por parte de las personas importantes en su niñez, y la figura más importante en nuestra cultura es generalmente la madre.

Estas experiencias traumáticas parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patógena de las frustraciones de años ulteriores pues causan más daño, ya que la psique del niño pequeño es más vulnerable cuanto menor es su edad y menos la haya desarrollado. Además tales experiencias traumáticas son un golpe a la autoestima del niño durante el único periodo de la vida en el cual un individuo tiene oportunidad de gozar de una completa seguridad, impidiendo así el almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en si mismo que le permita luchar más adelante en la vida y tolerar las frustraciones.

Para abordar el tema de la esquizofrenia en adolescentes y sus relaciones intrafamiliares como generadoras de la enfermedad mental, es necesario sustentarlo en investigaciones previas para un mejor conocimiento del mismo.

Mark, en 1953, empleó el Shoben Attitude Scale para investigar si las actitudes de las madres de los esquizofrénicos hacia la conducta del hijo diferían de las actitudes de las madres que no tenían hijos enfermos. Llega a la conclusión de que las madres de los esquizofrénicos son muy restrictivas en cuanto a los métodos para controlar a sus hijos, son madres que creen que no se le debe permitir al niño ninguna libertad, ni tampoco escoger sus actividades y que se le debe dirigir y canalizar muy cuidadosamente su conducta; tiene una actitud de rechazo hacia los

amigos de sus hijos y hacia los juegos sexuales y piensan que no se le debe dar al niño ninguna información sexual. Sienten que es su deber saber todo lo que el niño esta pensando.

Esta actitud restrictiva persiste durante la vida adulta del hijo, y aunque estas madres son partidarias de una disciplina estricta aprovechan los métodos permisivos si con ellos obtienen los fines deseados.

En 1965, Lidz encontró que el padre del esquizofrénico es un sujeto débil. Así pues, la combinación frecuente es: una madre dominante, sermoneosa y hostil que no le da al niño oportunidad de autoreafirmarse, casada con un hombre débil, el cual por esta característica no puede ayudar al niño.

La descripción sistemática de la familia del esquizofrénico se debe a Haley (1960). A la idea de una "madre psicótica", sigue el descubrimiento de un padre inadecuado para identificar finalmente la responsabilidad igual del paciente, sin dejar a un lado la de los ascendientes y colaterales. Lo esencial se ha vuelto la naturaleza funcional del comportamiento psicótico en el interior de un sistema familiar dado.

Vidal (1965), por su parte trató a la familia desde el concepto de individuación y la relación con un nuevo miembro dentro de ésta en su progresiva diferenciación y desprendimiento; el trastorno mental aparecería derivado de la contradicción entre la individuación respecto a la familia y el reclamo de la sociedad.

Ackerman (1965) hizo una descripción de la relación del individuo y la familia, así como salud mental y salud social; basado en consideraciones clínicas, estudió a la familia en crisis y sus mecanismos homeostáticos.

Bleger (1965) enfrentó el problema de la familia, desde sus ideas sobre la simbiosis; mencionando una simbiosis fundamental y normal que contiene la parte psiquiátrica de la personalidad de los integrantes del grupo, lo cual a su vez

respaldaba la actividad de ellos fuera del grupo; a su vez planteó la clasificación de familias aglutinadas y familias esquizoides o dispersas.

Watzlawick (1967) mencionó que en los estudios realizados sobre familias que incluyen un miembro psicótico quedan muy pocas dudas acerca de que la existencia del paciente es esencial para la estabilidad del sistema familiar.

La tarea psico-social fundamental de la familia - apoyar a sus miembros - ha alcanzado más importancia que nunca. Solo la familia, la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para la educación de los niños, que tendrán raíces suficientemente firmes para crecer y adaptarse.

En los procesos precoces de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño, y el sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos de la vida.

Jackson (1980) considera que el enfermo mental es un emergente del grupo familiar, exponente y consecuencia de las tensiones que se dan dentro del mismo, este planteamiento es de gran importancia ya que implica el concepto del enfermo como un problema individual y de la enfermedad como algo más que el resultado de procesos fisiopatológicos.

Para Glik y Kessler (1986), la familia es como una institución con sus características especiales únicas, donde se establecen el grupo de interacciones más importantes para sus miembros, en ella se encontrarán usualmente los afectos positivos o negativos más fuertes y las fuentes de interacción emocional y desarrollo más importantes.

2.3 Esquizofrenia, familia y adolescencia

Si la familia es medular para el individuo entonces el paciente es un síntoma de la patología familiar y los trastornos mentales guardan una relación estrecha con la existencia de la enfermedad mental o de la psicopatología en alguno de los padres. Siendo necesario estudiar al paciente Psiquiátrico desde el núcleo familiar y analizar sus sistemas de interacción.

Minuchin (1989) mencionó que la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces culturales universales.

En general, la unión de dos personas con la intención de formar una familia, constituye el comienzo formal de una nueva unidad familiar. Pero entre la iniciación formal de una familia y la creación de una unidad viable hay un gran trecho. Una de las tareas que enfrenta la nueva pareja es la negociación de su relación con la familia del cónyuge.

Además, cada familia de origen, debe adaptarse a la separación total o parcial de uno de sus miembros, la inclusión de un nuevo miembro y la asimilación del subsistema cónyuge en el marco del funcionamiento del sistema familiar. Si las estructuras de las familias de origen instauradas desde hace mucho tiempo no se modifican, es posible que lleguen a amenazar el proceso de constitución de una nueva unidad.

La familia también puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes.

Siendo ésta justamente la sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto. La familia puede ser en sí un elemento de salud o de origen y causa del problema, ya que la adolescencia es una fase crítica del

crecimiento. Durante ella la personalidad sufre una profunda transformación, habiendo un cambio fundamental en el equilibrio, caracterizado por tendencias simultáneas hacia una desorganización emocional y su reorganización.

En algunas familias un hijo parece haber sido "elegido" inconscientemente por los otros para que sufra la carga de una enfermedad psicótica de modo que los otros miembros de la familia se vean protegidos de volverse esquizofrénicos.

De acuerdo con Minuchin (1989), el sentido de identidad de cada individuo es influido por un sentido de pertenencia a diferentes grupos. Parte de la identidad de una persona se origina en el hecho de que es padre, esposo así como hijo de sus padres.

Huck (1990) propuso un programa de tratamiento basado en la terapia familiar sistémica, en la cual integró adolescentes con esquizofrenia, examinando los patrones y roles en una relación familiar, encontrando familias con extremo enlace de sistemas con un rígido y complementario rol de distribución.

Neuburger (1992) por su parte, realizó en Francia un estudio acerca de la importancia de entender la representación del adolescente en su vida familiar, como a su vez, las relaciones interpersonales dentro del entendimiento e interpretación de la esquizofrenia en los adolescentes. Haciendo hincapié en el significado funcional de los síntomas psicóticos entre el contexto familiar y las dificultades en las relaciones del adolescente y su familia.

Larmo (1994) realizó un estudio con 35 familias finlandesas en las cuales uno de los padres padecía esquizofrenia, descubriendo el significado de la esquizofrenia como un signo de interrupción en el desarrollo de la vida familiar; es decir, que si algún miembro de la familia manifestaba esta enfermedad la familia presenta problemas en su desarrollo como tal.

En México (1969) Radosh realizó un estudio sobre los factores psicodinámicos en la génesis de la esquizofrenia. Considera, como lo hace la escuela psicoanalítica, que es necesario realizar un intento de integrar los posibles factores orgánicos y psicológicos en un todo unitario.

Flores (1991) estudia a la familia del esquizofrénico; encontró en cuatro de las cinco familias estudiadas elementos de comunicación contradictorios (doble vínculo, mensaje contradictorio, etc.) en la comunicación de dichas familias, hacia el paciente identificado; por lo que afirma que la comunicación contradictoria contribuye a agregarse a la patología del cuadro así como desempeñar un factor fundamental en la evolución y patología de dichos pacientes esquizofrénicos.

III. METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con algunos antecedentes y autores que han trabajado el tema de la Familia (Fairbairn, 1952; Minuchin, 1977; Laing, 1986; Watzlawick, 1991; Ackerman 1998), parece que ésta tiene un papel primordial en la estructura y constitución de los individuos como sujetos sanos o enfermos dentro de una sociedad; así como de lo que ocurre al interior de la misma, es esa relación tan cercana, incluso, la única en los primeros años de vida quien dota de los recursos necesarios para enfrentar satisfactoriamente las dificultades de la vida, a sus miembros.

No obstante, la postura teórica de varios autores y los resultados de investigaciones realizadas (Boszormenyi-Nagy y Espark, 1973; Leñero, 1985; Andolfi, 1990), manifiestan que también es una institución que puede, con frecuencia, gestar la enfermedad. Al respecto, Macías (1988) considera que una esquizofrenia se gesta en el seno familiar. No sólo en el caso de pacientes esquizofrénicos se hace necesario conocer a fondo las causas del padecimiento, también es indispensable investigar sobre el desarrollo de nuevos instrumentos sobre el estudio de la familia que hagan posible conocer la influencia de ésta en el surgimiento y en el mantenimiento de la enfermedad (Rivera y Andrade 1999).

Con el propósito de evaluar si las relaciones intrafamiliares en un grupo de mujeres adolescentes que se encuentran hospitalizadas por diagnóstico de esquizofrenia son diferentes a las de las adolescentes no consultantes ni tienen tal diagnóstico, se realizó la presente investigación. Los resultados ampliarán información respecto a la posibilidad que tengan las familias de prevenir gestar mujeres adolescentes con dicho padecimiento, en la medida en que se les incluya en las diferentes acciones de intervención psicológica.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Diferirán las relaciones intrafamiliares entre las adolescentes que padecen esquizofrenia, de aquellas que no manifiestan esta patología?

3.2 OBJETIVO GENERAL.

Determinar si existen diferencias en las relaciones intrafamiliares de las adolescentes que padecen esquizofrenia y de aquellas adolescentes que no presentan ninguno de los criterios establecidos por el DSM-V para este síndrome.

3.3 VARIABLES.

V. D. ESQUIZOFRENIA.

Definición Conceptual: Es la pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad; la presencia en un mes de dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, poca emoción, expresión verbal abundante sin dar información (Bleuler, 1911); (Cantor, 1988),(Wing, 1992); (DSM-IV, 1999).

Definición operacional: Diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, en pacientes internas en la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM) del Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N: Navarro de la ciudad de México.

V. I. RELACIONES INTRAFAMILIARES.

Definición conceptual: las relaciones intrafamiliares son aquellos procesos que ocurren al interior de la familia, entendiendo por procesos la expresión, dificultades y unión entre sus miembros, se propusieron estas tres dimensiones con base en la validez de constructo que las autoras del instrumento de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI), a través del análisis factorial (Rivera y Andrade, 1999).

Definición operacional: las relaciones intrafamiliares fueron evaluadas a través de las respuestas que ambos grupos de adolescentes dieron a las dimensiones de Expresión, Dificultades y Unión que integran el instrumento referido: ERI (Evaluación de las relaciones intrafamiliares), que más adelante se describe.

3.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de las relaciones intrafamiliares de las mujeres adolescentes que manifiestan rasgos esquizofrénicos y las que no manifiestan este trastorno.

Hipótesis Alterna

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en la **expresión, dificultades y unión** intrafamiliar entre las adolescentes que manifiestan rasgos esquizofrénicos y las que no los manifiestan.

Hipótesis Nula

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la **expresión, dificultades y unión** intrafamiliar entre las adolescentes que manifiestan rasgos esquizofrénicos y las que no los manifiestan.

3.5 TIPO DE ESTUDIO.

Fue un estudio descriptivo, ya que se describieron algunas características intrafamiliares de los sujetos; fue transversal, debido a que se hizo una sola medición a lo largo de todo el estudio con cada una de las adolescentes; fue un estudio comparativo, ya que se tomaron dos grupos diferentes, con trastorno esquizofrénico y sin dicho trastorno; de campo por el hecho de que se abordó a los sujetos en su ambiente natural; y exposfacto debido a que el evento (esquizofrenia) ya estaba presente en el momento del estudio.

3.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Es un diseño no experimental de dos muestras independientes con una sola medición.

3.7 MÉTODO

3.7.1 Sujetos

Grupo A: **HOSPITALIZADAS**

30 pacientes, cuyas edades fluctúen entre los 15 y los 18 años (cuya media de edad fue de 15.7 años), con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, internas en la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM) del Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N: Navarro de la ciudad de México.

Grupo B: **NO CONSULTANTES**

30 estudiantes, cuyas edades fluctúen entre los 15 y 18 años (cuya media de edad fue de 16.1), estudiantes regulares inscritas en el Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Sur, sin aparente alteración Psiquiátrica.

3.7.2 Muestreo

Grupo A: **HOSPITALIZADAS**

De acuerdo al diagnóstico realizado por el Psiquiatra responsable del área de mujeres adolescentes en el mencionado hospital, los siguientes criterios de inclusión para conformar este grupo fueron:

1. SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante el periodo de un mes:

- a) Ideas delirantes
- b) Alucinaciones
- c) Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- d) Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico
- e) Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogía o abulia)

Nota: Sólo se requiere un síntoma del criterio 1, 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 (DSM IV).

2. 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 personal están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

3. DURACIÓN: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses, debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio 1 (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 la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio 1, presentes de forma atenuada (creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

4. EXCLUSIÓN DE LOS TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVO Y DEL ESTADO DE ÁNIMO: El trastorno esquizo-afectivo y el trastorno del 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; ó 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.

5. EXCLUSIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DE ENFERMEDAD MEDICA: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (una droga de abuso, un medicamento) o de alguna enfermedad médica.

6. 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).

NOTA. Estos son los criterios de clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos.- son los episodios que están determinados por la aparición de síntomas psicóticos destacados; especificar también si: Con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos continuo.- es la 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 uno no especificado en menos de un año, desde el inicio de los primeros síntomas de la fase activa.

Grupo B: NO CONSULTANTES

La técnica de muestreo que se empleó fue no probabilística, intencional y por cuota. Los criterios de inclusión para conformar el grupo B fueron: que no presentaran aparentemente ninguno de los criterios establecidos para el diagnóstico de esquizofrenia descritos anteriormente (DSM-IV).

Además, se les preguntó a los profesores tutores responsables de algunos grupos que seleccionaran a las adolescentes que no hubieran presentado algún problema

de conducta o algún problema de adicción, y que fueran alumnas regulares en los años anteriores al 5º semestre que cursaban. Y así, se obtuvo el grupo de 30 no consultantes.

3.7.3 ESCENARIO

En el caso de las pacientes con manifestaciones esquizofrénicas, el instrumento de Rivera y Andrade (en prensa) para la Evaluación de las Relaciones Familiares se aplicó en el área de Psicología de la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en un consultorio con iluminación y ventilación adecuadas. Y en el caso de las estudiantes de CCH, el instrumento se aplicó en forma individual, controlando la edad de los sujetos y los criterios mencionados.

3.7.4 INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue el ERI (Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares) de Rivera y Andrade (en prensa). Dicho instrumento evalúa las relaciones intrafamiliares en tres aspectos: Expresión, Dificultades y Unión. Está integrado por 56 reactivos distribuidos en tres grupos claramente definidos, que se presentan a continuación, así como los valores de consistencia interna que obtuvieron las autoras, así como los obtenidos en la presente investigación:

Dimensión	ALFA Rívera y Andrade (en prensa)	ALFA (Chavarría, 2004)
EXPRESIÓN (22 reactivos)	.95	.94
DIFICULTADES (23 reactivos)	.94	.90
UNIÓN (11 reactivos)	.92	.89

A continuación se definen las afirmaciones que conforman las dimensiones del ERI (Evaluación de Relaciones Intrafamiliares), y se presentan los reactivos que integran cada una de ellas. El rango de respuesta va de 1= Totalmente en Desacuerdo, hasta 5= Totalmente de Acuerdo

Dimensión de EXPRESIÓN (22 reactivos).- mide la posibilidad de expresar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de aceptación de los miembros e ideas de los demás.

Los reactivos que la conforman son:

1. En mi familia hablamos con franqueza.
3. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.
6. En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas.
8. En nuestra familia es importantes para todos expresar nuestras opiniones.
11. Mi familia me escucha.
13. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.
16. En mi familia yo me siento libre de expresar mis opiniones.
18. Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.
21. Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares.
23. En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.
26. Nosotros somos francos unos con otros.
28. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.
31. En mi familia yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.
33. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.
36. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.
38. Nos contamos nuestros problemas unos a otros.
41. En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.
43. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.
46. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.

- 48. Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz.
- 51. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.
- 53. Todo funciona en nuestra familia.

Dimensión de DIFICULTADES (23 reactivos).- incluye aquellos aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles.

Los reactivos que la conforman son:

- 2. Nuestra familia no hace las cosas junta.
- 4. Hay muchos malos sentimientos en la familia.
- 7. Me avergüenza mostrar mis emociones.
- 9. Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.
- 12. Es difícil llegar a un acuerdo.
- 14. En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.
- 17. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.
- 19. Generalmente, nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.
- 22. Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.
- 24. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.
- 27. Es difícil saber cuales son las reglas que se siguen en nuestra familia.
- 29. Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.
- 32. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.
- 34. Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.
- 37. Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos.
- 39. Generalmente, cuando surge un problema cada miembro de la familia confía en sí mismo.

- 42. Nuestra familia no habla de sus problemas.
- 44. El tomar decisiones es un problema en mi familia.
- 47. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.
- 49. Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.
- 52. Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.
- 54. Peleamos mucho en nuestra familia.
- 56. Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.

Dimensión de UNIÓN (11 reactivos).- mide la tendencia a realizar actividades en conjunto a convivir y apoyarse mutuamente.

Los reactivos que la conforman son:

- 5. Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.
- 10. Somos una familia cariñosa.
- 15. En nuestra familia hay un sentimiento de unión.
- 20. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.
- 25. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.
- 30. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.
- 35. Las comidas en mi casa usualmente son amigables y placenteras.
- 40. Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.
- 45. Los miembros de la familia realmente se apoyan.
- 50. La gente de mi familia generalmente se disculpa de sus errores.
- 55. Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.

Este cuestionario fue elaborado (Rivera y Andrade, en prensa) con el objetivo de contar con un instrumento confiable y válido para medir los procesos que ocurren al interior de la familia, para lo cual se aplicó en una muestra de 676 estudiantes

de ambos sexos, con una media de edad de 17 años, de nivel medio superior que radican en la ciudad de México y zona Metropolitana.

Se logró reunir un conjunto de 326 reactivos retomados de los siguientes instrumentos: "Family environment Scale" (FES), "Family of Origin Scale" (FOS), "Family Adaptación and Cohesión Evaluation Escala" (FACES II), "Family Functioning" (BLOOM) y "Family Assesment Scale" (FAD) (Rivera y Andrade, 2002).

Dichos reactivos fueron probados en un estudio piloto y en otro final (Rivera y Andrade, 2002), realizándoles diversas pruebas estadísticas tales como análisis de la distribución de los reactivos mediante la comparación de grupos extremos, análisis de frecuencias, correlación ítem total, análisis de varianza y análisis factorial.

3.8 PROCEDIMIENTO.

Ya con las pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, seleccionadas por el mismo personal especializado del Hospital, se procedió a aplicar el instrumento a las 30 mujeres adolescentes, siempre y cuando se nos señalara que estuvieran en condiciones para contestar el ERI (Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares) de manera individual.

Por otro lado, las 30 adolescentes que conformaron el grupo B, se integró con las criterios y características señaladas en la muestra y que los profesores no comunicaron que estas adolescentes los cubrían: edad entre 15 y 18 años, sexo femenino, estudiante regular, que no haya tenido rasgos aparentes de esquizofrenia, y que no haya tenido problemas de conducta adictiva o antisocial. Y una vez conformado el grupo por los profesores del CCH responsables, se aplicó el ERI (Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares) de manera grupal, y voluntaria, ya que solo participaron sólo aquellas que estaban dispuestas a hacerlo.

3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez teniendo las 60 aplicaciones de ambos grupos (30 hospitalizadas y 30 no consultantes), se procedió a revisar las respuestas del instrumento para su tratamiento estadístico.

Se aplicó un análisis de frecuencias para conocer la distribución de las muestras, así como cada uno de los reactivos del ERI. Posteriormente, se aplicó un análisis de consistencia interna (a través del Alfa de Cronbach) a los 56 reactivos del instrumento, así como a cada una de las subescalas, ya que la validación estadística la realizaron Rivera y Andrade (2002) a través del análisis factorial. Y finalmente, como la muestra era de 60 sujetos y el instrumento era de respuestas intervalares, se aplicó un análisis de varianza (a través de la Prueba T de Student) con el fin de conocer las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de hospitalizadas y no consultantes en cada una de las dimensiones del ERI: Expresión, Dificultades y Unión.

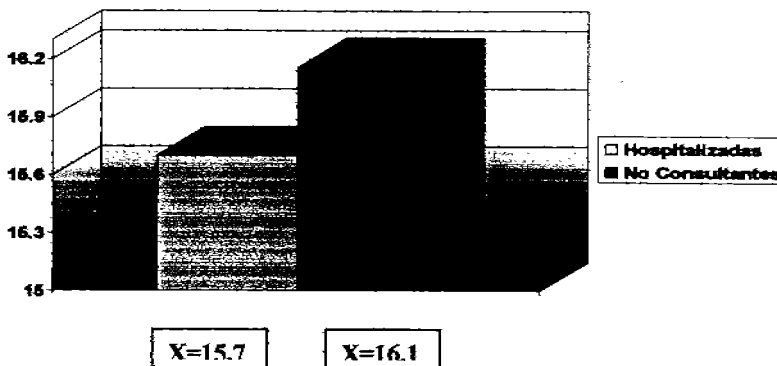
IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra. A continuación se presentan tanto en tablas como en gráficas la edad, la escolaridad y el tipo de familia de acuerdo a los grupos de estudio.

TABLA 1. Distribución de la muestra por edad

HOSPITALIZADAS			NO CONSULTANTES		
Edad	N	Porcentaje	Edad	N	Porcentaje
13	1	3.3%	13	—	—
14	5	16.7%	14	—	—
15	5	16.7%	15	4	13.3%
16	8	26.7%	16	17	56.7%
17	11	36.7%	17	9	30%
18	—	—	18	—	—
X= 15.7			X= 16.1		

Gráfica 1. Media de edad



Como se puede observar, en la gráfica anterior, el grupo de las adolescentes no consultantes presenta una media ($X= 16.1$) de edad, ligeramente mayor a la del grupo de las adolescentes hospitalizadas ($X= 15.7$). Dado que en el afán de igualar esta variable se seleccionó el nivel bachillerato, que normalmente se inician a partir de los 15 años de edad.

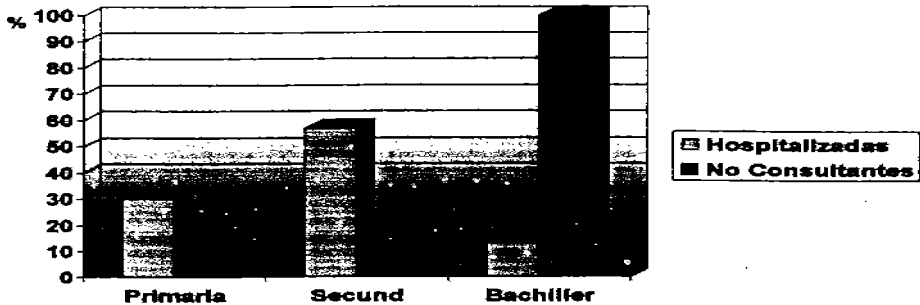
Tanto la Tabla como La Gráfica 2 muestran que las adolescentes Hospitalizadas no tienen un nivel de escolaridad acorde a su edad, y se distribuyen en los 3 niveles educativos, presente solo una minoría en el bachillerato, primaria, y la mayoría con secundaria; mientras, que en el grupo de las No consultantes, el 100% cursa el bachillerato, actualmente, como corresponde a su promedio de edad.

TABLA 2. Distribución de la muestra por escolaridad

HOSPITALIZADAS			NO CONSULTANTES		
Escolaridad	N	Porcentaje	Edad	N	Porcentaje
Primaria	9	30%	Primaria	—	—
Secundaria	17	56.7%	Secundaria	—	—
Bachillerato	4	13.3%	Bachillerato	30	100%

Respecto a esta variable, la clara diferencia entre los grupos parece indicar que el rezago y la deserción escolar presente en el grupo experimental podrían estar asociado al curso y proceso del trastorno; en tanto, que en el grupo control, el adecuado aprovechamiento escolar parece ser una expresión de funcionalidad.

Gráfica 2. Escolaridad

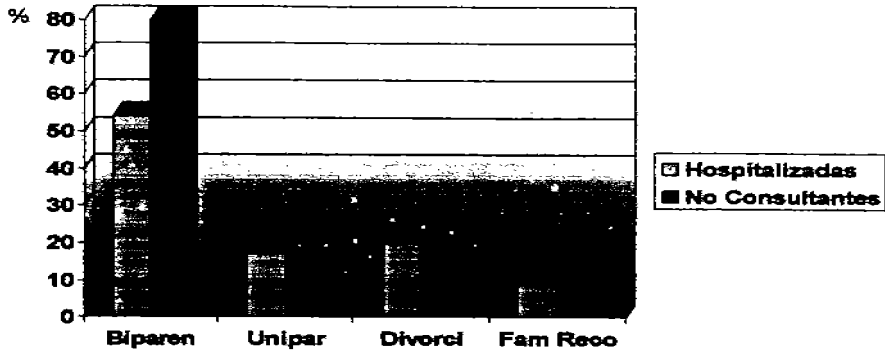


Por otra parte, respecto al tipo de familia a la que pertenecen, tanto en la Tabla como en la Gráfica 3 se puede observar que el 80% de las adolescentes No Consultantes pertenecen a familias Biparentales, a diferencia del grupo de las adolescentes Hospitalizadas, quienes sólo el 53% pertenece a este tipo de familia, y el resto a familia uniparental (16.7%), divorciadas (20%) o reconstruidas (10%). Condiciones que permiten establecer una interrelación entre el tipo de estructura familiar y la manera en que los grupo evalúan sus relaciones intrafamiliares.

TABLA 3. Distribución de la muestra por Tipo de Familia

HOSPITALIZADAS			NO CONSULTANTES		
Escolaridad	N	Porcentaje	Edad	N	Porcentaje
Biparental	16	53%	Biparental	24	80%
Uniparental	5	16.7%	Uniparental	2	6.7%
Padres Divorciados	6	20%	Padres Divorciados	4	13.3%
Familia Reconstruida	3	10%	Familia Reconstruida	—	—

Gráfica 3. Tipo de Familia



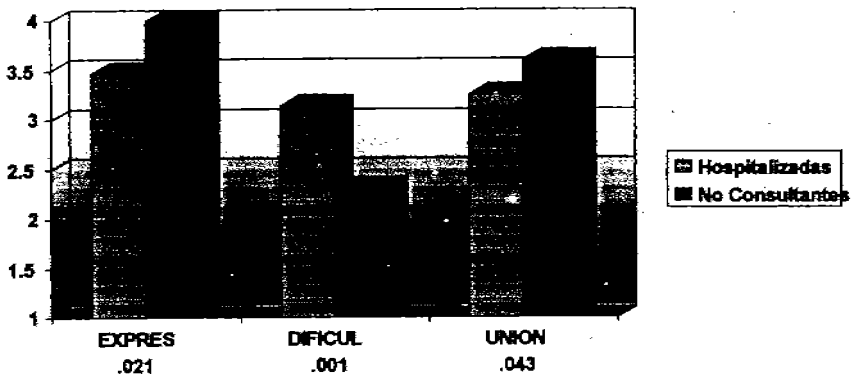
4.2 Diferencias en la escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (ERI). En la siguiente Tabla se presentan los resultados del Análisis de Varianza y en la Gráfica 4, se representan las Medias para cada una de las dimensiones del ERI, de acuerdo a los dos grupos de mujeres adolescentes.

TABLA 4. Diferencias en las Relaciones Intrafamiliares en los grupos de adolescentes hospitalizadas y no consultantes

Dimensiones	Medias Hospitalizadas	Medias No Consultantes	T	Nivel Significancia
Expresión	3.50	4.01	2.36	.021
Dificultades	3.13	2.30	-4.78	.001
Unión	3.60	4.03	2.07	.043

Respecto al análisis estadístico de las diferencias entre los grupos en cuanto a la evaluación de las relaciones intrafamiliares, en la Tabla 4 se muestran las medias obtenidas para cada grupo, así como el valor t y el nivel de Significancia al .05; denotándose diferencias estadísticamente significativas entre las muestras en las tres dimensiones evaluadas por el E. R. I., resultando aún más tangible esta diferencia en la dimensión de Dificultades.


Gráfica 4. DIFERENCIAS EN LA EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES



Como muestra la Gráfica 4, de acuerdo con las diferencias en las medias para cada escala en los 2 grupos, señalan que el grupo de adolescentes hospitalizadas con diagnóstico de esquizofrenia presentan mayores diferencias para EXPRESAR verbalmente emociones, ideas y acontecimientos, dado que perciben un ambiente familiar de poca aceptación y respeto a las ideas de los demás; admiten dificultades en su núcleo familiar cuyas relaciones entre los miembros se definen como negativas, problemáticas y difíciles; por último, respecto a la dimensión UNION reflejan tener una menor tendencia a actividades en grupo, a convivir y apoyarse mutuamente.

A diferencia de ello, el grupo de adolescentes no consultantes parece tener mayores facilidades para expresarse, menores dificultades y un mayor grado de unión dentro del grupo familiar.

4.3 Discusión y Conclusiones.

De acuerdo al planteamiento de esta investigación que tuvo el propósito de evaluar si las relaciones intrafamiliares en un grupo de mujeres adolescentes que se encuentran hospitalizadas por diagnóstico de esquizofrenia son diferentes a las de relaciones intrafamiliares de las adolescentes no consultantes, se puede concluir, que sí se cubrió el objetivo propuesto.  *Determinar si existen diferencias en las relaciones intrafamiliares de las adolescentes que padecen esquizofrenia y aquellas adolescentes que no presentan ninguno de los criterios establecidos por el DSM-V para este síndrome*.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, se puede afirmar que se acepta la Hipótesis Alterna, la cual señala que: *“Existen diferencias estadísticamente significativas en las Dimensiones de expresión, dificultades y unión intrafamiliar entre las adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y las que no lo manifiestan”*.

Agregándose a estos resultados, en los datos estadísticos de las variables sociodemográficas se observaron claras tendencias diferenciales tanto en las edades como en el nivel de escolaridad y el tipo de familia de los grupos comparados. Lo que refleja que el trastorno de esquizofrenia no es del adolescente en sí, o de manera aislada, sino que el trastorno es una manifestación multifactorial, es decir que este es sólo un signo de toda una estructura disfuncional en los ámbitos en los que la adolescente se desarrolla.

Cabe señalar, que respecto a las variables sociodemográficas, se pudo observar que en el grupo de las adolescentes Hospitalizadas, tanto en la escolaridad como

A diferencia de ello, el grupo de adolescentes no consultantes parece tener mayores facilidades para expresarse, menores dificultades y un mayor grado de unión dentro del grupo familiar.

4.3 Discusión y Conclusiones.

De acuerdo al planteamiento de esta investigación que tuvo el propósito de evaluar si las relaciones intrafamiliares en un grupo de mujeres adolescentes que se encuentran hospitalizadas por diagnóstico de esquizofrenia son diferentes a las de relaciones intrafamiliares de las adolescentes no consultantes, se puede concluir, que sí se cubrió el objetivo propuesto: *“Determinar si existen diferencias en las relaciones intrafamiliares de las adolescentes que padecen esquizofrenia y aquellas adolescentes que no presentan ninguno de los criterios establecidos por el DSM-V para este síndrome”.*

De acuerdo a las hipótesis planteadas, se puede afirmar que se acepta la Hipótesis Alterna, la cual señala que: *“Existen diferencias estadísticamente significativas en las Dimensiones de expresión, dificultades y unión intrafamiliar entre las adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia y las que no lo manifiestan”.*

Agregándose a estos resultados, en los datos estadísticos de las variables sociodemográficas se observaron claras tendencias diferenciales tanto en las edades como en el nivel de escolaridad y el tipo de familia de los grupos comparados. Lo que refleja que el trastorno de esquizofrenia no es del adolescente en sí, o de manera aislada, sino que el trastorno es una manifestación multifactorial, es decir que este es sólo un signo de toda una estructura disfuncional en los ámbitos en los que la adolescente se desarrolla.

Cabe señalar, que respecto a las variables sociodemográficas, se pudo observar que en el grupo de las adolescentes Hospitalizadas, tanto en la escolaridad como

en el tipo de familia se presentaron diferencias marcadas en comparación con las adolescentes No Consultantes.

Lo anterior refleja claramente lo que señala Minuchin (1968), que la esquizofrenia es un fenómeno multicausal, donde se conjugan diversos aspectos, y la familia juega un papel determinante, ya que tiene una influencia decisiva en la producción de elementos que determinan en el individuo estados de salud y fuerza, o bien, de enfermedad psíquica. Agrega, que se ha observado que una de las causas que conducen a la psicosis se expresa dentro del núcleo familiar donde se cuestiona no solo su estructura y su funcionamiento, sino también la forma como sobrevive dicha institución básica; puesto que el poder social ejercido sobre el individuo, como puede ser confundido mediante "roles confusos", "límites no esclarecidos", "dobles mensajes", etc. que se filtran a través de la familia y que repercuten en la experiencia real del individuo por medio de las actitudes contradictorias dirigidas hacia él, que más adelante determinan no solo el desarrollo de ciertos factores, sino también la influencia de determinadas perturbaciones mentales.

Además de estas diferencias en el tipo de familia y en la escolaridad de las adolescentes en ambos grupos, refuerzan lo que señala Andolfi (1990), respecto a que todo tipo de tensión originada por cambios dentro de la familia o que provengan del exterior pero que afectan su dinámica, como mudanzas, o modificaciones del ambiente, o nuevos miembros en las relaciones intrafamiliares repercutirá sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá de un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de esta interacciones, capaz de mantener la continuidad de la familia y colaborar en el crecimiento de sus miembros. Porque la familia es un sistema en interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, institutos), lo cual significa que las relaciones familiares se podrán explicar en una relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales.

Estas afirmaciones coinciden con lo que Gergen (1991) señala respecto a que actualmente la familia, al igual que la sociedad, ha sufrido múltiples cambios propiciados por las modificaciones en los patrones de trabajo y entretenimiento de la vida social y cultural. El autor agrega que uno de los motivos de estos cambios es el avance tecnológico que ha generado mayores interconexiones entre las personas y lo que ocurre alrededor del mundo, por lo que los miembros de la familia están expuestos a mayor información, así como a nuevos y diferentes estilos de vida, de interacción, ideologías y valores. Lo que trae como consecuencia un incremento en las tasas de divorcio y segundas nupcias, así como de nuevos acuerdos para vivir, lo cual ha implicado que cada vez la definición de familia se vuelva más ambigua.

En los resultados respecto al tipo de familia se denota que en el grupo de adolescentes hospitalizadas hay una tendencia al tipo de familia reestructurada y monoparental, lo que tiene como consecuencia problemas en las relaciones intrafamiliares de estas adolescentes en las tres dimensiones, además de un desfase de la edad con el nivel de escolaridad. A diferencia de las adolescentes no consultantes quienes muestran que el tipo de su familia es biparental en el 80% de los casos, lo que tiene como consecuencia el cuadro social de que su edad coincide con el nivel de escolaridad que le corresponde cursar.

También en los resultados obtenidos se observó que el grupo de las adolescentes que padecen esquizofrenia tienen menos ($X= 3.47$) posibilidad de manifestar verbalmente sus emociones, ideas, opiniones, decisiones, problemas y acontecimientos o eventos con los miembros de la familia en un ambiente franco, de aceptación y abierto; mientras que en las adolescentes que no padecen el síndrome, muestran una mayor posibilidad ($X=3.98$) para lograr tener una mejor comunicación dentro del sistema.

Estos datos se pueden explicar a partir de lo que señalan Miller (1955), Minuchin (1977) y Steinglass (1989) respecto a que la conducta de los miembros es moldeada y/o limitada por las conductas simultáneas de todos los integrantes de la familia, ya sea por sí solos o en combinación; y que todo tipo de tensión repercutirá en el sistema de funcionamiento familiar, por lo cual requerirá de una transformación constante en las interacciones familiares.

Esto quiere decir, que en la familia de las adolescentes que padecen esquizofrenia se presenta una tensión entre los miembros lo que impide que pueda haber una forma de expresión abierta, franca y de respeto entre los integrantes de ésta. Otro elemento para explicar estos resultados, es el de la influencia simultánea de las conductas entre los miembros de la familia. Ya que si las adolescentes con el síndrome no pueden comunicarse con el resto de los integrantes, la familia tampoco mantiene comunicación con ella. A diferencia de las familias de las adolescentes que no manifiestan este síndrome, y su expresión de sentimientos, opiniones, problemas y decisiones es mayor entre sus miembros.

Los resultados en esta escala destacan que la relación con la familia que mantiene el grupo de las adolescentes que padecen esquizofrenia ($X= 3.14$), es más indeseable, negativa, problemática y difícil, que la que mantiene el grupo de las adolescentes que no padecen el síndrome ($X= 2.31$). Esto es, que el primer grupo no acostumbra realizar actividades con la familia junta, no pueden llegar a acuerdos, los conflictos no se resuelven, y cuando hay problemas cada miembro solo puede confiar en sí mismo, además de que no se preocupan por los sentimientos de los demás; lo que parece no sucede con el grupo de las adolescentes que no padecen el síndrome.

Estos datos coinciden con lo que señalan Ackerman (1966), Minuchin (1968, 1977), Bloss (1980) y Freud (1988) respecto a que la familia como un sistema desempeña un papel decisivo en la vida del ser humano, ya que constituye uno de los principales vínculos entre la sociedad y el individuo, que a su vez matizan la

calidad de su interacción en un determinado ambiente; que el presente del individuo es su pasado más que sus circunstancias actuales, y la importancia de la relación con padres y hermanos determina la estructuración de la personalidad y promoción de la salud y enfermedad mental; y que a pesar de que el origen de la esquizofrenia es multicausal, estos autores señalan la relación de este padecimiento, más estrecha con el núcleo familiar, a lo que se agrega la etapa en la que se encuentran las adolescentes, que pasan por fases y secuencias de mayor resistencia a la regresión, y a la desintegración en lo cotidiano.

Esto quiere decir, que además de que las adolescentes están pasando por una etapa difícil en su desarrollo, la relación entre los integrantes de la familia ha generado su salud mental; que posiblemente este tipo de ambiente familiar pudo haber sido un facilitador para el desencadenamiento de los síntomas característicos de la esquizofrenia, ya que se mantiene un ambiente desagradable, poco confortable y de constantes dificultades dentro de la dinámica familiar. Lo que no sucede en el caso de las relaciones intrafamiliares de las adolescentes que no padecen el síndrome.

Los resultados en esta escala reflejan que en el grupo de las adolescentes hospitalizadas es menor ($X= 3.25$) la convivencia, apoyo y cooperación entre los miembros de la familia; a diferencia del grupo de las adolescentes no consultantes ($X= 3.60$), quienes manifiestan que hay mayor calidez, con una interacción más placentera, y los miembros de la familia cuando cometen errores son capaces de pedir disculpa.

Estos datos se pueden explicar a partir de lo que señalan Lidz y cols. (1965), Ackerman (1966), Minuchin (1968) y Guerin (1978), que para prevenir problemas de salud mental es necesaria la interacción y apoyo entre los miembros de la familia; que ninguna persona puede vivir su vida sola; que a pesar de que la mayoría de las investigaciones enfatizan que depende de la dinámica familiar la prevención de este síndrome en los adolescentes, los teóricos enfatizan el papel

de la madre para que esta enfermedad se desencadene, de ahí, el termino "madres esquizofrenisantes"; y paralela a esta información señalan la importancia de la figura del padre en la unión familiar para prevenir el síndrome.

Esto quiere decir que en el caso de las adolescentes con esquizofrenia, se refleja la desunión en la dinámica familiar, además de que se observó que a diferencia del grupo de adolescentes no consultantes, el tipo de familia tendía a ser más monoparental o con padres divorciados, o familia reconstruida. Lo cual coincide con lo señalado con los autores citados, y puede explicar los resultados obtenidos.

Con estas tres áreas descritas, se concluye que hoy por hoy, la familia sigue siendo el núcleo de la sociedad y la que puede prevenir problemas de salud mental, aunque cuando el vínculo no sea consanguíneo. Lo que importa para una buena salud mental, una actitud y una conducta productiva es la calidad de la interacción cotidiana entre los miembros de una familia.

Y finalmente, las diferencias significativas en las relaciones intrafamiliares que se observaron, destacan que en las familias del grupo de las Hospitalizadas se presentan constantemente relaciones indeseables, negativas, problemáticas y difíciles; que este ambiente no puede permitir la manifestación verbal de emociones, ideas y acontecimientos de los miembros; y que no realizan actividades en conjunto, no conviven, ni se apoyan mutuamente. Mientras que en el grupo de las No consultantes, los resultados muestran que sus relaciones intrafamiliares permiten la manifestación verbal de emociones, ideas y acontecimientos, además de que realizan actividades en conjunto, conviven, y se apoyan mutuamente; y no hay una tendencia a las relaciones indeseables, negativas, problemáticas y difíciles.

Con los datos descritos en el párrafo anterior, se puede concluir que la familia debe ser concebida como un sistema en constante transformación o como un sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de

desarrollo de cada uno de sus miembros, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a quienes la componen (Minuchin, 1977).

Este doble proceso de continuidad y crecimiento, remite a la tendencia homeostática y a la capacidad de transformación implícitas en todo sistema. Y es necesario hacer énfasis en que existen circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feed-back) orientado al mantenimiento de la homeostasis, en este caso particular, del sistema familia que presenta problemas de desajuste psicológico en general y cambios decisivos en el campo de la salud mental (Andoff, 1990).

Por tanto si se parte de la premisa de que la familia es un sistema entre otros sistemas, la exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en los que el individuo está más arraigado, constituirá un elemento indispensable que facilitará la comprensión de los comportamientos de quienes forman parte de éstos.

Y como lo señala Steinglass (1989), la familia en la actualidad se encuentra sometida de una manera constante a una serie de desafíos potencialmente abrumadores durante su proceso de desarrollo. Por fuera, es objeto de desafío de fuerzas económicas, de decisiones políticas y de las organizaciones más grandes de las cuales es miembro integrante. Pero también es desafiada en su seno mismo. Sus integrantes tienen sus propios proyectos de vida, sus necesidades psicológicas y sus requisitos físicos, constantes cambios y choques repentinos e impredecibles, pero sólo así, la familia logra mantener un sentido de equilibrio, una coherencia, una regularidad en su vida, razón por la cual se infiere que existen mecanismos incorporados que regulan la vida de la familia al proporcionar una estructura organizada y ayudar a determinar las reglas que gobiernan las secuencias de los procesos conductuales

4.4 Limitaciones

- La muestra de las adolescentes no consultantes fue muy sesgada, respecto a la escolaridad, ya que fueron sólo estudiantes de bachillerato. La selección de esta muestra se llevó a cabo debido a que las características de adolescentes hospitalizadas coincidían en la edad con las estudiantes de bachillerato; además, después de haber solicitado permiso en otras instituciones educativas para realizar la aplicación de acuerdo a cada una de las edades que se requerían, no se autorizó el acceso, a excepción del CCH plantel Sur, cuya selección de mujeres fue respetando el promedio de edad de las mujeres hospitalizadas.
- No se conformaron grupos equitativos de acuerdo al tipo de familia, para comparar las interacciones familiares de acuerdo a esta variable.
- No se conocieron las relaciones con los pares o con otras personas que interactúan con la adolescente.

4.5 Sugerencias

- Que se incremente la muestra.
- Que se controlen con más cuidado las variables sociales como escolaridad, número de hermanos, con quien vive, con quien pasa la mayor parte del tiempo, etc.
- Conformar grupos de comparación a partir del tipo de familia, para conocer sus relaciones intrafamiliares.
- En otro estudio conocer que pasa con los adolescentes hombres.
- Identificar si hay diferencias cuando el padre está ausente y/o cuando la madre está ausente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. y Knobel, M (1998). La Adolescencia Normal, México: Paidós.
- Aberastury, A. (1978). Psicosis infantiles.
- Allport, G. W. (1974). Psicología de la personalidad. Ed, Paidós, Buenos Aires.
- Alonso, F. (1978). Compendio de Psiquiatría, Madrid: Oteo.
- Andrade, P. P. (1994). El significado de la familia, *La Psicología Social en México*, V, México: AMEPSO.
- Anthony, E.J. (1978). El niño neurótico, sociópata y psicótico.
- Bandura, A (1980). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza: Madrid, España.
- Barnes, M. (1974). Viaje a través de la locura, Barcelona: Martínez Roca.
- Barrera Moncada J. (1978). El adolescente y sus problemas en la practica. Caracas Monte Avila.
- Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., Lidz, T., Weckland, J., Wynns, L., y Zuck, G. (1974). Interacción familiar. Apuntes fundamentales sobre teoría y técnica. Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- Benoit, Jean-Claude. (1985). El doble vinculo.
- Bernstein, N. (1988). Introducción a la Psicología Clínica, México: Mc Graw Hill.

- Bertelson, A. (1992). Libro de casos de la CIE-10, México: Meditor.
- Bertoglio, J. (1994). Introducción a la teoría General de los Sistemas, México: Limusa.
- Beutner, C. (1964). Guía para la familia del enfermo mental, Buenos Aires: Paidós
- Birchwood, M. y Terrier, N. (1995). Tratamiento psicológico de la Esquizofrenia, Barcelona, Ariel.
- Bleuler, Eugen. (1939). Demencia precoz.
- Blos, P. (1962). Psicoanálisis y adolescencia, Buenos Aires: Amorrortu.
- Blos, P. (1973). Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Blos, P. (1979). La transición adolescente, Buenos Aires: Amorrortu.
- Braverman, S. (1986). Tipología Familiar relacionada con aspectos psicopedagógicos, UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de Licenciatura.
- Caballo, Vicente. E; Gualberto Buela Casal (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos.
- Carneiro, L.A. (1960). Adolescencia: sus problemas y su educación, México: Unión Tipográfica.
- Centro de Estudios y Asistencia Medico-Psicologico. (1986). Temas de Psicología y Psiquiatría de la niñez y la adolescencia.
- Colodrón. A. (1990). Las Esquizofrenias. (2ª Edición) Madrid S. XXI

- Corral, P. M. (1995). Comparación en la cohesión y adaptabilidad familiar entre familias clínicas y no clínicas, UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de Licenciatura.
- Cusinalo, M. (1992). *Psicología de las Relaciones Familiares*, España: Herder.
- Díaz Guerrero, R. (1975). Psicología del Mexicano, México: Trillas.
- Dicaprio, N. S. (1980). Teorías de la Personalidad, México: Mc Graw Hill.
- Erikson, E. (1972). Sociedad y Adolescencia, México: Siglo XX.
- Frazier, C. (1973). Introducción a la Psicopatología, México: Ateneo.
- Feinstein, S. (1973). Psicopatología y Psiquiatría del adolescente. Buenos Aires.
- Fernández Mouján, G. (1986). Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires.
- Florenzano, V. R. (1985). El desarrollo psicológico y los problemas de salud mental en el adolescente.
- Freud, A. (1974). El yo y los mecanismos de defensa, Buenos Aires Argentina Paidós.
- Freud, S. (1923). El yo y él ello: obras completas. México: Paidós.
- Frith, C.D. (1995). La Esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo. Barcelona
- Gesell, A. (1987). El adolescente de 10 a 16 años. Barcelona Paidós.

- Ham, F. R. (1964). Concepto y actitudes sobre la esquizofrenia. UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de Licenciatura.
- Horroks, J. (1984). Psicología de la adolescencia, México: Trillas.
- Hurlock, E. (1949). Psicología de la adolescencia, México: Paidós.
- Kendall, P y Norton-Ford, J (1988). Psicología clínica perspectivas científicas y profesionales. Ed, Limusa. México.
- Laing, R. y Esterson, A. (1986). Cordura, Locura y Familia, México: FCE.
- Leventon, E. G. (1987). El adolescente en crisis: su apoyo en terapia familiar, México: Pax.
- Lebovici, S. (1995). Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Biblioteca nueva: Madrid España. Tomo VII.
- López, J. (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, EUA: OMS.
- Mattheius, S. D. (1989). Familia contra enfermedad mental, España: Raíces.
- Masterson, J.F. (1972). El dilema psiquiátrico del adolescente (1ª Edición).
- Masterson J.F. (1975). Tratamiento del adolescente fronterizo. Buenos Aires.
- Mayer-Gross, W.(1967). Las enfermedades mentales en el niño y en el Adolescente. Buenos Aires. Paidós.
- Mc Card, C. (1966). El Psicópata, Buenos Aires: Horme.

- Mc Kinney, J. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México manual Moderno.
- Meinrad, P. (1992). Manual de Psicología Clínica, Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (1993). Técnicas de Terapia Familiar, México: Paidós.
- Mischel, W. (1988). Teorías de la personalidad. México, Mc Graw-Hill.
- Montt, M.E. y Ulloa, C.F.(1996). Autoestima y salud mental en el adolescente.
- Morales, B. R. (1993). La importancia del aspecto familiar como clave del comportamiento, UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de Licenciatura.
- Muss, R. E. (1986). Teorías de la Adolescencia, México: Paidós.
- Nissen, G. (1991). Trastornos psíquicos en la infancia y la adolescencia. Barcelona Herder.
- Obiols, J.E. y Obiols, J (1989). Esquizofrenia. Barcelona, Martínez Roca.
- Pepin, L. (1975). La psicología de los adolescentes. Barcelona: Oikos-tau.
- Peter, E. Nathan. Sandra I. Harris (1983). Psicopatología y sociedad.
- Pichón, P. y López, I. L. (1995). DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales, México: Masson.
- Resnick, C. (1973). Persona y Psicosis, Buenos Aires: Paidós.

- Rodríguez, P. I. (1991). Riesgos Predominantes de la familia de pacientes Esquizofrénicos, UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de Licenciatura.
- Rodríguez, D. E. (1995). La influencia de la dinámica Familiar sobre algunas manifestaciones conductuales: agresión, ansiedad y conducta antisocial en niños, UNAM, Facultad de Psicología, Tesis de Licenciatura.
- Rosenberg, M (1979). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Paidós Buenos Aires Argentina.
- Sandoval, Dolores M D. (1998). El mexicano. Psicodinámica de las relaciones Familiares.
- Sarason, (1983). Psicología anormal.
- Salomón, P. (1976). Manual de Psiquiatría, México: Manual Moderno.
- Schatzman, Morton. (1990). El asesinato del alma.
- Sterlin, S. (1976). Psicoanálisis y Terapia Familiar, Barcelona: Icarice.
- Stone, L. (1970). Psicología y psicopatología del desarrollo: desde el nacimiento hasta los 20 años. Buenos Aires Paidós
- Sours, J.A. (1972). Las perturbaciones psíquicas del adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- Sue, D. y Sue, D. (1994). Comportamiento Anormal, México: Mc Graw Hill.
- Unierte, V. (1997). Psicopatología, México: Ateneo.
- Von Bertalanffy, L. (1993). Teoría General de los Sistemas, México: FCE.

Weiner, I. (1976). Desarrollo normal y anormal del adolescente. Buenos Aires Paidós.

Wicks, Nelson R, Allen, C. Israel. (1997). Psicopatología del niño y el adolescente.

Wolff, W. Ch. (1970). Introducción a la psicología. México, fondo de cultura Económica.

Wolman, B. (1968). Teorías y sistemas contemporáneas en psicología. Barcelona España.

Zax, Melvin. (1983) Psicopatología.

ANEXO

Ayúdanos a conocer a las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que nos proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo que importa es conocer tu punto de vista. Trata de ser lo más sincero posible.

Gracias por tu colaboración

Las siguientes frases se refieren a aspectos relacionados con **TU FAMILIA**. Indica con una X (equis) el mejor número que se adecue a la forma de ser de tu familia. Las opciones de respuesta son:

TA = Totalmente de Acuerdo

A = De acuerdo

N = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

D = En Desacuerdo

TD = Totalmente en Desacuerdo

Frase relacionada con la familia	TA	A	N	D	TD
1. En mi familia hablamos con franqueza.					
2. Nuestra familia no hace las cosas junta.					
3. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.					
4. Hay muchos malos sentimientos en la familia.					
5. Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.					
6. En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas.					
7. Me avergüenza mostrar mis emociones.					
8. En nuestra familia es importantes para todos expresar nuestras opiniones.					
9. Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.					
10. Somos una familia cariñosa.					
11. Mi familia me escucha.					
12. Es difícil llegar a un acuerdo.					
13. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.					
14. En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.					

Frase relacionada con la familia	TA	A	N	D	TD
15. En nuestra familia hay un sentimiento de unión.					
16. En mi familia yo me siento libre de expresar mis opiniones.					
17. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.					
18. Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.					
19. Generalmente, nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.					
20. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.					
21. Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares.					
22. Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.					
23. En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.					
24. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.					
25. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.					
26. Nosotros somos francos unos con otros.					
27. Es difícil saber cuales son las reglas que se siguen en nuestra familia.					
28. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.					
29. Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.					
30. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.					
31. En mi familia yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.					
32. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.					
33. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.					
34. Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.					
35. Las comidas en mi casa usualmente son amigables y placenteras.					
36. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.					
37. Muchas veces los miembros de la familia se cañan sus sentimientos para ellos mismos.					
38. Nos contamos nuestros problemas unos a otros.					

Frase relacionada con la familia	TA	A	N	D	TD
39. Generalmente, cuando surge un problema cada miembro de la familia confía en sí mismo.					
40. Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.					
41. En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.					
42. Nuestra familia no habla de sus problemas.					
43. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.					
44. El tomar decisiones es un problema en mi familia.					
45. Los miembros de la familia realmente se apoyan.					
46. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.					
47. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.					
48. Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz.					
49. Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.					
50. La gente de mi familia generalmente se disculpa de sus errores.					
51. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.					
52. Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.					
53. Todo funciona en nuestra familia.					
54. Peleamos mucho en nuestra familia.					
55. Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.					
56. Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.					