



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“LA FIGURA PATERNA EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LAURA MARIA JULIETA RIVERA GARFIAS

DIRECTOR: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
REVISOR: MTRO. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL



MEXICO, D. F.

2005

m349229

... ..en una época donde la verdad y la certeza están ausentes y abundan la angustia y la desesperación, ninguna mujer debería avergonzarse de intentar, a través de su obra, que el mundo recobrara parte de su corazón perdido.

Louise Bogan

A Antonio, Toda la vida.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Psicología

Al Maestro Sotero Moreno Camacho y
Al Maestro Juan Carlos Muños Bojalil

Miembros del Jurado:

Dr. Mario A. Cicero Franco
Dr. Gilberto Limon Arce
Dra. Georgina Martínez Montes de Oca.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
A la Clínica San Rafael
A A.F.A.P.E.

Dedicatoria

- A mis queridos hijos, por el apoyo y paciencia que mostraron cuando más lo necesité
Gracias Aldo y Jonathan
- A mi madre y hermanos que han sido parte de esta historia
- A Katya y a la familia por creer en mi. Gracias
- Para mis amigas Leticia Serrano, Martha Chávez y Gloria Jiménez, por compartir conmigo este sueño y acompañarme en esta aventura que también es la de cada una.
- Y a todos aquellos que de una u otra forma me acompañaron a lo largo de esta gratificante travesía.

A mi querida Denisse

*Por tu sensibilidad, entusiasmo
e invaluable motivación y apoyo*

¡Gracias!

Índice

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo I Familia	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Importancia de las figuras parentales.....	10
1.3 Identificación como Proceso Psicológico.....	14
1.4 Desarrollo de la Identificación.....	17
1.5 La formación de la Identidad del Yo.....	19
1.6 Identificación con la Figura Paterna y Materna.....	21
1.7 Ausencia de las Figuras Parentales.....	25
1.8 Identificación con Figuras Sustitutas.....	28
Capítulo II Esquizofrenia	31
2.1 Antecedentes.....	31
2.2 Definición.....	35
2.3 Estado de la esquizofrenia.....	37
2.4 Etiología.....	39
2.4.1 Factores ambientales en la esquizofrenia.....	41
2.4.2 La Teoría del Doble Vínculo Afectivo.....	43
2.4.3 Modelo Diátesis- Estrés de la esquizofrenia.....	46
2.4.4 Psicopatología del desarrollo.....	47
2.5 Epidemiología.....	48
2.6 Sintomatología.....	53
2.7 Subtipos.....	57
2.8 Diagnóstico.....	58
2.9 Pronóstico.....	59
2.10 Tratamiento.....	60
2.11 Curso.....	62
Capítulo III Familia y Esquizofrenia	64
3.1 Antecedentes.....	64
3.2 Familia y Figura Paterna.....	65
3.3 Familia y Figura Materna.....	66
3.4 La familia como posible desencadenante de esquizofrenia.....	69
3.5 Rasgos y conductas de la familia de pacientes esquizofrénicos.....	70

Capítulo IV El Paciente Esquizofrénico.....	74
4.1 Cuidados y Supervisión del Paciente esquizofrénico.....	74
4.2 El enfermo ante la ley	76
4.3 Correlatos.....	80
4.4 Ética.....	83
Capítulo V Proceso Metodológico.....	85
5.1 Planteamiento del problema.....	85
Justificación.....	85
5.2 Objetivos.....	87
5.2.1 Objetivo General.....	87
5.2.2 Objetivos específicos.....	87
5.3 Hipótesis.....	88
5.4 Definición de variables.....	88
5.5 Definición conceptual.....	88
5.6 Definición operacional.....	89
5.7 Sujetos.....	89
Criterios de Inclusión.....	89
Criterios de Exclusión.....	89
5.8 Muestreo.....	89
5.9 Tipo de estudio.....	90
5.10 Diseño.....	90
5.11 Instrumento y Materiales.....	90
5.12 Procedimiento.....	93
Capítulo VI Análisis de Resultados	94
6.1 Análisis de frecuencias.....	94
6.2 Análisis de discurso.....	99
6.3 Análisis Factorial.....	102
6.4 Interpretación.....	103
Discusión.....	104
Sugerencias.....	111
Limitaciones.....	112
Referencias.....	113
Anexos.....	123

Resumen

La enfermedad de la esquizofrenia no afecta solo al paciente identificado sino a la familia en general, y esto en la mayoría provoca que las familias se desintegren. Los estudios que se han hecho (Rascón, M; Díaz, R y Reyes, C; 1997 y González, 1996) han mostrado el fuerte impacto que esta enfermedad provoca en la familia. Así mismo González (1996), ha estudiado como afecta la participación del padre o la ausencia de éste en cuanto a las enfermedades mentales. Así afirman que la función del padre es muy importante en cuanto a los vínculos emocionales, además influye en el desarrollo social y sexual del individuo moldeando la personalidad de sus hijos, siendo un elemento activo en el desarrollo psicológico, actividad que no sólo se restringe a la de ser un mediador que con su autoridad trasmite las reglas sociales o que con sus prohibiciones fortalece su conciencia.

La presencia del padre no se limita a ser una figura solamente de identificación psicosexual e introyección de normas y reglas morales, es fundamental a lo largo de la vida del niño, habiendo momentos en los que adquiere un carácter especial como determinante para que el niño pueda solucionar sus conflictos (Parke, 1985).

Al brindar protección se ofrece como objeto que se internaliza y, de esta forma, en el futuro da protección desde el interior del individuo. Kuri (1988) en Vázquez (2002) menciona que la función rescatadora del padre al asimilar las cargas agresivas, sexuales y eróticas que la madre desplaza hacia el hijo varón y al prohibir que la relación simbiótico-feminizante permite la integración de la identidad masculina, son algunas de las funciones centrales del padre, igualmente ayuda al hijo en el control de impulsos.

Se retomaron dos corrientes teóricas que sustentan la tesis de que las familias pueden ser generadoras de esquizofrenia como son: la "*Teoría del Doble Vínculo Afectivo*", que implica la comunicación en la familia con mensajes contradictorios que inevitablemente desarrollan una patología en el paciente (Bateson, 1985; Berger, 1993; Haley, 1969; Jackson, 1960), y la "*Teoría Psicopatología del Desarrollo*", que contempla a la esquizofrenia desde la perspectiva en donde los familiares juegan un rol esencial en cuanto a las causas que

generan la esquizofrenia y muestra nuevos aspectos para el posible tratamiento de dicho padecimiento (Millán, 1998; Sroufe, 1989).

Se aplicó el cuestionario Vázquez (2002), elaborado en la Facultad de Psicología, tipo escala likert, a cien padres de familia que asistían al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Con el objetivo de entender *¿Cuál es la actitud del padre ante el hijo con esquizofrenia?*

Por lo tanto, el presente estudio se abordó desde la relación de la figura paterna de estas familias, ya que comúnmente es la madre la encargada del cuidado y tratamiento de los pacientes, siendo en la mayoría de los casos el padre una figura periférica en la relación familiar, dejando que la madre asuma la responsabilidad de la atención del hijo, e impidiendo de alguna manera que el padre se haga cargo, lo cual se convierte en un círculo vicioso que no termina.

Se encontró que aunque es la madre la encargada del cuidado y atención hacia el hijo, pero es también la más hostilizada por éste. En el transcurso de la investigación se observó en la dinámica con las familias que la actitud del padre era distante y fría siendo ellos mismos los que descalificaban su capacidad de cuidado, mostrando en algunos casos frustración e intolerancia para con el hijo, lo que repercute principalmente en el tratamiento.

Con estos resultados y observaciones, se propone para estudios posteriores tomar en cuenta las siguientes interrogantes, preguntarse del paciente, *¿Cómo sería la evolución del paciente durante su estancia en el hospital si se involucrara el padre en los cuidados y atención del mismo?, ¿Qué pasaría en la dinámica familiar si la madre sobre involucrada permitiera al padre la cercanía con el hijo?, ¿Qué sería diferente en la identidad que como padres han desarrollado los varones si el personal de salud les reconociera sus capacidades afectivas en el cuidado de su hijo?*

Por lo tanto es relevante que no sólo se haga partícipe al padre sino a la familia en general y a los miembros que conviven con él, para brindarle al paciente una atención que

integre la parte de salud física, emocional y ambiental necesaria para lograr en la medida de lo posible una calidad de vida digna.

Introducción

La noción de “*esquizofrenia*” abre perspectivas para un amplio grupo de pacientes, pues abarca no sólo los síntomas del enfermo, sino también la actitud que se tiene hacia él y la conducta que deben tener los psiquiatras y terapeutas.

El trastorno esencial de la esquizofrenia está constituido por la pérdida de contacto vital con la realidad. Este trastorno se manifiesta en un desfallecimiento de los factores dinámicos de la vida psíquica y afecta, sobre todo, el ciclo de la actividad personal o el desarrollo de la personalidad.

Los trastornos de la ideación, de la afectividad y de las manifestaciones de la volición, de los que Bleuler (1960), afirma como los síntomas elementales de la esquizofrenia y cuyo carácter principal es la discordancia, permiten ser deducidos de la pérdida de contacto vital con la realidad.

Minkowski (2001), menciona que en sus construcciones delirantes o alucinatorias, o también en su ensoñación mórbida, el paciente realiza sus deseos y sus esperanzas frustradas, como a menudo lo hace el hombre dormido en los sueños. El delirio se manifiesta entonces como, una compensación de los tropiezos y de las decepciones de la vida. Esta concepción, al hacer de la compensación afectiva el factor esencial de la psicosis, da lugar fácilmente a una psicogénesis de los trastornos mentales.

Han surgido diversas teorías acerca de su causalidad, en las que se destacan los estudios sobre la familia que se abocaron a la investigación de la herencia y el ambiente que tuvieron sus inicios a principios de siglo, en los que Bleuler (1960), observó frecuentemente que los padres de esquizofrénicos presentaban trastornos patológicos.

integre la parte de salud física, emocional y ambiental necesaria para lograr en la medida de lo posible una calidad de vida digna.

Introducción

La noción de “*esquizofrenia*” abre perspectivas para un amplio grupo de pacientes, pues abarca no sólo los síntomas del enfermo, sino también la actitud que se tiene hacia él y la conducta que deben tener los psiquiatras y terapeutas.

El trastorno esencial de la esquizofrenia está constituido por la pérdida de contacto vital con la realidad. Este trastorno se manifiesta en un desfallecimiento de los factores dinámicos de la vida psíquica y afecta, sobre todo, el ciclo de la actividad personal o el desarrollo de la personalidad.

Los trastornos de la ideación, de la afectividad y de las manifestaciones de la volición, de los que Bleuler (1960), afirma como los síntomas elementales de la esquizofrenia y cuyo carácter principal es la discordancia, permiten ser deducidos de la pérdida de contacto vital con la realidad.

Minkowski (2001), menciona que en sus construcciones delirantes o alucinatorias, o también en su ensoñación mórbida, el paciente realiza sus deseos y sus esperanzas frustradas, como a menudo lo hace el hombre dormido en los sueños. El delirio se manifiesta entonces como, una compensación de los tropiezos y de las decepciones de la vida. Esta concepción, al hacer de la compensación afectiva el factor esencial de la psicosis, da lugar fácilmente a una psicogénesis de los trastornos mentales.

Han surgido diversas teorías acerca de su causalidad, en las que se destacan los estudios sobre la familia que se abocaron a la investigación de la herencia y el ambiente que tuvieron sus inicios a principios de siglo, en los que Bleuler (1960), observó frecuentemente que los padres de esquizofrénicos presentaban trastornos patológicos.

En la década de los 60's se observó que la familia era parte del problema especialmente la madre por lo que Frieda Fromm-Reichmann (1981), utilizó el término particular “madre esquizofrenizante” para referir la interacción entre madre-hijo, dentro de esta dinámica.

Se desarrolló una teoría basada en la comunicación postulada por Bateson, Jackson, Haley y Weakland, (1956), sobre el origen de la esquizofrenia en donde los mensajes que se dan al interior de la familia, son contradictorios y representan un problema en las relaciones familiares produciendo confusión y deterioro, nombrados como dobles mensajes.

Por otro lado Bowen (1979), postula la teoría de la tríada interdependiente en la cual el paciente es visto como incapacitado, la madre como sobre-protectora y el padre como periférico, estos roles llevan al individuo a desarrollar esquizofrenia. Esto es que los padres son incapaces de tomar decisiones. La madre en este tipo de relación está haciendo dos demandas contradictorias sobre el niño, para que permanezca incapacitado y para volverlo una persona exitosa y madura. Ella deposita excesivamente en el paciente, preocupaciones acerca de él, y atribuye los afectos no queridos de sí misma en él.

Aunque la esquizofrenia no es una enfermedad que conduzca a la muerte, si produce deterioro no sólo del mismo paciente sino de la familia en general, creando en muchos casos que la familia se desintegre y se produzca el caos y por lo tanto un deterioro de vida de todo el grupo familiar, en otras tantas situaciones el padre se aleja de la familia lo cual crea problemas de todo tipo, principalmente económico lo cual fomenta el abandono del propio paciente en algún hospital psiquiátrico por la incapacidad de poder solventar el gasto farmacológico que se requiere (Rascón, 1997).

Investigaciones realizadas por Brown, (1959), proponían que había una relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes, al ser dados de alta en el hospital, y su riesgo de sufrir una recaída, el riesgo aumentaba en aquellos que retornaban al mismo hogar parental o conyugal, con quienes regresaban a otras condiciones de vida.

Se observó que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta no sólo al que la padece sino al resto de la familia por la dinámica particular que se da a través de actos o palabras, es por esto importante trabajar con el contexto familiar.

Este trabajo se centró principalmente en conocer la relación de la figura paterna, por considerar que en el trascurso de la enfermedad es la madre hasta ahora la que se encarga de los cuidados del enfermo.

Lo característico del padre mexicano es que representa una figura temida, ausente tanto física como emocionalmente, sin embargo, por ser temido y estar casi siempre ausente, es anhelado. A su vez espera y condiciona que la mujer sea recatada, poco expresiva en su sexualidad, muy trabajadora, abnegada y muy maternal, pero debido a que el padre pasa menos tiempo con ellos ejerce una influencia menor, aunque el tiempo en el que se convive con los hijos no es determinadamente significativo ni de la madre ni del padre, pero si es relevante la calidad de la interacción (González, 1984).

Entre las tareas que el padre tendría que realizar se encuentran la de limitar y la de suministrar nuevos modelos, más maduros y realistas. Para enfrentar esa limitación, convirtiéndose en un momento dado en un sustituto de la madre (Salas, 1970).

La relación padre-hijo es un proceso bilateral, en donde tanto los hijos ejercen una influencia sobre su padre, como él sobre su desarrollo. Los hijos influyen de manera directa sobre la forma en que su padre los trata, determinando, por consiguiente, el modo en que son socializados. El padre al captar las señales que el niño emite, esta en condiciones de responder, ya sea favoreciendo, reprimiendo o inhibiendo aquellos aspectos que potencialmente se encuentren en él (Ackerman, 1977).

Desde una visión psicológica, la esquizofrenia no es un proceso que emerja dentro de un organismo individual; sino una reacción a los eventos y procesos que tienen lugar entre el individuo y su entorno, fundamentalmente en las personas significativas con quienes interactúa, en donde también intervienen los valores culturales y sociales que estas personas le

trasmitem. El conocer como interactúa el paciente con la familia y ésta con él es un factor determinante para orientar el cuidado y tratamiento del enfermo. Así el tratamiento no sólo debe estar dirigido al paciente sino a cada uno de los miembros de la familia. (Vázquez, 2002).

Se han llevado a cabo investigaciones que hasta ahora no han dilucidado la etiología del padecimiento, tampoco se ha llegado a un consenso en los criterios para diagnosticarla, aunque por otro lado el DSM-IV-TR, tiene categorizados algunos tipos de esquizofrenia y por lo tanto el tratamiento para cada caso, en algunas situaciones esta descripción no alcanza para comprender el trastorno de cada individuo, por lo que no se ha logrado un tratamiento eficaz, pero lo que si se sabe sobre el pronóstico en la esquizofrenia es la cronicidad, situación que acentúa la problemática tanto para el paciente como para la familia.

La esquizofrenia es un trastorno que involucra las relaciones fundamentalmente con los progenitores, se engendra en la familia y afecta a los que conviven con él. La atención que se le da al paciente influye directamente en el rumbo que la enfermedad tome, ya que si los familiares no entienden como tratarlo esto conlleva al deterioro de la misma. Así, la esquizofrenia es un trastorno de las relaciones y de la comunicación, en donde se desarrollan ciertos problemas emocionales y cognitivos como consecuencia del trastorno inicial.

Si en lo sucesivo los tratamientos se siguen dirigiendo sólo al paciente, no será de mucha ayuda, ya que la familia debe ser tratada como parte integrante de este padecimiento, considerando a la familia como un sistema, en el cual si una parte de la estructura es afectada repercute en los demás. Lo que se observa en las instituciones es que cuando el paciente ha sido tratado y regresa a su ambiente, no pasa mucho tiempo en volver a recaer, por que la familia resiste modificar las conductas que tenían antes (Scheider, 1975).

Capítulo I: Familia

1.1 Antecedentes

La forma en la que una familia se desenvuelve en el espacio y en el tiempo, en qué espacio, en qué tiempo, que cosas son privadas o son compartidas, por quiénes, ésta y muchas otras cuestiones se dilucidan mejor si se ve qué clase de mundo ha adoptado para sí la familia, tanto en su conjunto como, diferencialmente, para cada uno de sus miembros.

La familia es un grupo de individuos típicamente representados por el padre, la madre y los hijos, pero que incluye también grupos en donde falta uno de los padres, o grupos que abarcan a otros parientes, hijos adoptivos, y, en algunas culturas, esclavos y sirvientes (Warren, 2000).

La familia es una organización de diversos individuos basada en un origen común y destinada a conservar y transmitir determinados rasgos, posiciones, aptitudes y pautas de vida, físicas, mentales y morales.

La función cultural de la madre o del padre puede recaer en una persona biológicamente alejada del descendiente, sin que esta sustitución del parentesco natural por el institucional de lugar a ningún prejuicio sobre el papel fundamental de la familia.

La familia se designa de dos maneras; familia conyugal y familia consanguínea, todas las sociedades actuales reconocen ambos tipos familiares. El tipo conyugal de familia, como unidad funcional fue el primero en la historia humana que se integró en las estructuras sociales. La relación consanguínea se refiere al vínculo que surge como resultado de la relación sexual y la reproducción.

La relación continua de un hombre y una mujer constituye la base de toda unidad familiar conyugal, entran también la relación padres con hijos e hijos entre sí. En lo que a la relación padre-hijo concierne, la madre constituye el punto central. El grupo formado por el

padre, la madre y los descendientes se mantiene unido por la vinculación del padre a la madre y por la dependencia física del hijo respecto a ésta, reforzada en un periodo posterior por los lazos de afecto y de dependencia emocional que se desarrollan durante el período infantil.

La asociación del padre y del hijo es secundaria y proviene de su interés común por la madre. La función básica de la familia consiste en satisfacer las necesidades psicológicas de los individuos que contraen la relación matrimonial, estas necesidades pueden ser la de afecto, seguridad y adecuada correspondencia emocional (Linton, 1978).

La familia es la célula fundamental de la sociedad pero no es el pilar de ésta, más bien es la sociedad la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr su mayor utilidad. En la sociedad la familia es considerada como la más importante unidad social y dentro de ella se da la salud y la enfermedad (Ackerman, 1994).

González (1996), dice que al hablar de infancia implica hablar de la madre principalmente, porque en casi todas las culturas una de las funciones de la madre es cuidar de los hijos en sus primeros años de vida, recayendo sobre ellas la labor de educarlos y darles las primeras enseñanzas en cuanto a aspectos emocionales, muy pocas culturas dejan en manos del padre el cuidado de los hijos, sobretodo en la adolescencia, si es varón. El adecuado desempeño de la imagen paterna trae como consecuencia una mejor estructura de la familia y, por lo tanto, más saludable, lo que influye positivamente como efecto retroalimentador en la salud mental de la familia y del individuo.

Tanto el desarrollo emocional como el desarrollo social y mental de los niños está influido por el rol de los padres, la estimulación social es muy importante. El niño al nacer, establece sus relaciones de afecto, sus necesidades de satisfacción, protección y apoyo con la madre. Al principio tales necesidades son fundamentalmente alimenticias pero también de contacto, de ternura y cercanía. En una familia el niño va a encontrar una madre preparada para satisfacer las demandas señaladas.

La mayoría de las sociedades de padres de familia en las escuelas, se encuentra compuesta principalmente por la madre, el padre no participa en los problemas pedagógicos, de crecimiento, ni de crianza de sus hijos.

Lo fundamental en la cultura ha sido la relación con la madre, el padre ausente y por esto es anhelado. Lo que caracteriza a la familia mexicana es el exceso de madre y la ausencia de padre. El hombre mexicano carente de un padre que le brinde estructura va a buscar en aspectos formales externos aquello que no ha incorporado en su interioridad.

Ramírez (2003) menciona que el problema de la organización familiar en México es sustantivamente la ausencia del padre y el exceso de madre, es preciso que la mujer y el hombre no interpongan más entre su relación recíproca a los hijos.

El padre representa una figura que tendrá que considerarse con más cuidado con el estudio del comportamiento humano. No solamente es necesaria su presencia, sino su participación en la crianza. Sin embargo la influencia social obstaculiza su participación, las presiones dentro del ámbito familiar, social y hasta educativo de la propia pareja fuerzan su participación a segundo término. El padre es necesario e igualmente capaz que la madre para propiciar una relación estrecha y adecuada con sus hijos (Bernstein, 1976).

Lamb (1979), afirma que el padre influye sobre la salud psicológica de sus hijos cuando participa con interés en el cuidado y educación de éstos, al mismo tiempo influye su presencia si ofrece apoyo y seguridad a la madre, mediando así indirectamente en la relación madre-hijo. Con el objeto de derivar recomendaciones encaminadas a promover no sólo la presencia del padre en la vida familiar, sino su participación activa y positiva en la educación de sus hijos, es importante indagar los factores que favorecen su participación.

En México, al *hombre-padre* le resulta difícil no sólo funcionar como integrador de la familia, sino como proveedor de los lazos afectivos que pueden proporcionar seguridad emocional a sus hijos. Los aspectos “suaves” y cariñosos le han sido prohibidos desde

temprana edad y va a ser difícil cambiar su coraza cuando se le necesita como proveedor de afecto (Guerrero, 1977).

1.2 Importancia de las figuras parentales

Las primeras relaciones sociales que tiene el niño son con sus padres, primero esta relación se restringe a la madre y posteriormente pasa a una relación con el padre y hermanos (Brenner, 1964).

La madre es la intermediaria necesaria entre el hijo y el padre con vistas a elaborar y desarrollar el sentimiento del padre hacia el hijo, el padre separa al hijo de su madre y la madre une al hijo con el padre, así que el sentimiento paternal pasa por una relación entre tres y la importancia del padre aumenta a medida que el hijo crece y se socializa.

Para entender la función del padre a lo largo de la historia, hay que entender el concepto de familia, porque hablar del padre aisladamente puede resultar una abstracción más que una realidad. Sin duda hablar del padre es hablar de la familia y hablar del padre sin familia es hablar del padre únicamente en sentido biológico.

El padre es el que corta el cordón umbilical psicológico, que el nacimiento ha dado entre la madre y el hijo, él regulariza la distancia entre el niño y la madre en esta función de separación se encuentra la noción de prohibición y de autoridad, también separa al niño de la madre y garantiza la regulación de la distancia entre madre e hijo; ofreciendo protección al niño hace que obtenga características de un ser social preparándolo para la adaptación. La madre por tener un contacto directo, inmediato y sensual, estimula el mundo emocional y el padre por su relación indirecta y conjetural, inaugura el mundo del pensamiento. (Ackerman, 1994).

Cuando se piensa en el padre parecería sinónimo de protección, de bienestar, de enseñanza; en la figura de un líder, de un ganador, de un hombre que todo lo puede, todo lo enfrenta, que tendrá soluciones y respuestas a todas las incógnitas de los hijos; se piensa en

una persona atrevida, valiente, sin miedo, con gran espíritu de lucha, con todo el cariño y el afecto para dar, con la disposición para enseñar, con toda la alegría y el bienestar; se piensa en un hombre que ha enfrentado la vida, que ha pasado por mil penurias, las ha resuelto y ha obtenido ganancias y ventajas de sus experiencias.

El hijo ha estado bajo el cuidado de la madre, donde sus necesidades básicas son resueltas. El padre hasta la edad de los seis años ha sido una figura periférica para él. La sociedad le ha dicho que “un padre es la autoridad; provee casa, escuela y sustento económico”, y él lo cumple; sin embargo, para el hijo esto no es suficiente. Los primeros años lo vive como “el que compra, y el que da el sustento para la casa”. El contacto es el de una figura “ausente” que sin embargo ha estado “presente”. No se puede contar con él “como el resto del día con la madre”.

En el padre surgen dos aspectos importantes: la de ser autoridad que ordena, controla y enseña, en el hijo, la de crecer, aprender, desarrollarse y conocer el mundo. Al enseñar la autoridad, su finalidad consiste para el hijo en un sentido moral propio, para que crezca, se desarrolle, sea responsable, y para que alcance logros profesionales y económicos.

Lo paradójico es que la autoridad es aprendida con amenazas, sobornos, sarcasmos, chantajes, humillaciones y hasta golpes provocando en el niño sentimientos de rencor, coraje y deseos de venganza y temor. El padre ante esta respuesta le da la connotación de rebeldía y desobediencia, el niño crece con estos conceptos introyectados. El conflicto se recrudece durante la adolescencia, época de cambios y de renuncias a pautas infantiles, para buscar reconocer y adoptar nuevas pautas (Jiménez, 1995).

El contacto directo del padre con el niño o la niña provee de ternura masculina que se reconoce y asimila. Desgraciadamente la ternura masculina se reprime social y culturalmente; al padre y a los hijos varones se les ha educado con frecuencia con el mito de que “los hombres son más hombres cuando menos expresen sus afectos”.

Los niños que se desarrollan en un hogar “sin padre”, en donde la cabeza de familia es la madre, pueden verse afectados por muchas causas y factores: estructura familiar alterada, con las consecuentes diferencias en el comportamiento del papel materno; escasa o distinta calidad de la interacción de un niño con un adulto; mayor interacción con su madre; presencia de cuidados sustitutos, debido a la actividad laboral de la madre fuera del hogar. Los afectos de la ausencia del padre en el desarrollo psicológico del niño, pueden ir desde trastornos pequeños hasta graves psicológicos (Parke, 1986).

El padre cumple una función especial en la enseñanza de los respectivos papeles sexuales. González (1984), plantea que la adquisición del papel sexual esta dado por el padre, tanto en hombres como en mujeres. Se ha observado que en familias donde el padre se encuentra ausente por un período largo o alejado de la familia, los hijos pueden mostrar una desorganización en su identidad sexual.

Whaibe (1988) en González (1996), concluyó que los adolescentes sin padre desde los primeros siete años de edad se les dificulta consolidar una identificación psicosexual adecuada en la adolescencia. Cuando una madre enfrenta sola la educación y la formación de un hijo varón, éste se ve limitado para identificarse con patrones masculinos. Su alternativa se dará a través de sustitutos simbólicos, lo que guarda una íntima relación con las posibilidades que a cada uno le brinde su medio ambiente.

Muy tempranamente, antes incluso de que el niño haya desarrollado vinculaciones específicas con sus progenitores, la calidad de la relación con su padre parece afectar las interacciones sociales del niño con otros adultos, quizá, sobretodo si se trata de un niño varón.

En el campo psicoanalítico, la noción de padre está cargada de una connotación muy particular. El padre permanece sustraído en ciertos aspectos a la acepción común que nos hacemos de él inicial y cotidianamente, como agente de la paternidad ordinaria. En el campo conceptual del psicoanálisis la noción de padre interviene como un operador simbólico anhistórico. Esto es que presenta la particularidad esencial de no ser asignable a una historia, por lo menos en el sentido de una ordenación cronológica. Este padre simbólico es universal.

El padre en lo real de su encarnación es aquel que representa al gobierno del padre simbólico, estando a su cargo asumir la delegación de esta autoridad ante la comunidad extranjera madre-hijo.

La prescripción simbólica de la *Ley del Padre* supone la condición previa de una negociación imaginaria que se despliega entre los diversos protagonistas familiares: padre-madre-hijo, reunidos bajo la triangulación edípica. Los tres protagonistas sólo logran discriminarse en esta triangulación en la medida en que son referidos todos a un cuarto elemento: el *falo*. Sólo este cuarto elemento constituye el parámetro fundador susceptible de inferir la investidura del Padre simbólico a partir del Padre real, por el sesgo del Padre imaginario.

Como tal, el *falo* constituye el centro de gravedad de la función paterna que permitirá a un padre real llegar a asumir su representación simbólica. Bastará con que sepa dar la prueba, en un momento dado, de que él es precisamente capaz de actualizar la incidencia fálica como el único agente regulador de la economía del deseo y de su circulación respecto de la madre y del hijo (Dor, 1989).

Tanto los padres como las madres pueden influir sobre el desarrollo mental de su hijo. Un modo de influencia importante es el realizado mediante estimulación directa; a través del tacto, el habla y el juego.

González (1989) explica que la presencia o ausencia del padre en el hogar no es simplemente lo que marca la diferencia en el desarrollo intelectual de los niños varones. Asimismo, es importante la cantidad de estimulación proporcionada por el padre que vive con su hijo. En niñas, se dice que ni la ausencia del padre ni el grado de contacto que mantiene con él, cuando conviven parecen actuar sobre el progreso cognitivo; pero esta influencia va a manifestarse más tarde sobre la evolución intelectual.

La habilidad del padre como compañero de juego sobre todo si es físicamente estimulante, está más correlacionada con el desarrollo intelectual de los varones que con el de

las mujeres. En cambio el padre influía sobre el progreso cognitivo de las hijas mediante estimulación verbal, tal como hablarles, halagarlas, alabarlas y mostrándose capaz de responder a sus iniciativas sociales. Las madres influyen principalmente sobre sus hijas mediante estimulación verbal e intelectual (Craig, 2001).

El niño tiene las mismas experiencias de amor y de odio, en relación con sus padres, pero pronto descubre que el padre no es en modo alguno, la figura poderosa “el juez imparcial, el protector generoso que se le quiere presentar”. El niño adopta una visión realista y prescinde de las exigencias de las esperanzas con que la familia, aplazaba su ajuste radical al mundo exterior. La debilidad del padre, socialmente condicionada, no compensada por sus explosiones ocasionales de masculinidad, impide que el niño se identifique realmente con él.

Horkheimer (1997), menciona que el poder del padre sobre los miembros de la familia siempre se había basado en la necesidad social de la forma de dependencia directa, con la desaparición de este factor esencial se esfumaron también el respeto de los miembros de la familia y por el jefe de la casa, su vinculación a la entidad familiar y la lealtad a sus símbolos. Las ideas morales y religiosas, las imágenes espirituales que provienen de la estructura de la familia patriarcal siguen constituyendo el núcleo básico de la cultura. El respeto por la ley y el orden en el Estado parece inseparablemente ligado al respeto de los niños por los mayores. Las emociones, las actitudes y las creencias enraizadas en la familia explican la coherencia del sistema cultural, constituyendo un verdadero cemento social.

1.3 Identificación como Proceso Psicológico

Freud (1972), sostenía que ya desde la infancia los niños tenían impulsos sexuales y agresivos activos. Los intentos del niño por dar satisfacción a esos instintos básicos formaban, según Freud, el fundamento de los conflictos, angustias y predisposiciones únicas que se irían repitiendo de continuo durante el resto de la vida. Una de las funciones más importantes que tienen los padres con sus hijos es servir como modelos de identificación para los hijos del mismo sexo. “La identificación es la interiorización de los valores e ideales de otras personas”. Para el desarrollo del papel sexual, la identificación con los adultos del mismo sexo da a los

niños una perspectiva más profunda de cómo los hombres y las mujeres viven sus papeles relacionados con el sexo, en especial como padre o madre, como marido o esposa. El aprendizaje de los modelos de comportamiento sexual implica el conocimiento de una serie de expectativas externas (Torres, 1993).

La identificación con el padre del mismo sexo consiste en tratar de ser como él o ella es. El mecanismo más obvio que provoca la identificación del papel sexual, es la similitud percibida. Desde que los niños tienen dos años, comienzan a darse cuenta de las semejanzas que tienen con el padre del mismo sexo, ya que con frecuencia los niños conviven con sus padres en ciertos momentos sin ropa y podrían ver las semejanzas existentes entre ellos mismos y el padre del mismo sexo. Cuanto más frecuente sean las ocasiones en las que los niños vean a sus padres, tanto más los niños pueden darse cuenta de las diferencias sexuales. La semejanza genital que existe entre el niño y el padre de su mismo sexo aumenta para descubrir las semejanzas en apariencia físicas, temperamento y valores.

Para Erickson (1976), los niños que se dan cuenta que su padre del mismo sexo tiene cualidades valiosas, tiene oportunidad de desarrollar actitudes semejantes para aumentar su autoestima. El contenido inicial de la identidad sexual está formado, sobre todo, por las cualidades del padre del mismo sexo que el niño intenta emular deliberadamente. .

El proceso de identificación no se desarrolla en forma exclusivamente unidireccional, como podría sugerirlo la hipótesis de "similitud percibida". Dependiendo de la interacción que existe entre los padres y sus hijos se desarrollan fuertes lazos de apego con el padre y con la madre.

Machtlinger (1976), está de acuerdo en que para que se establezca la identidad del papel sexual es necesario un cierto acercamiento consciente o catexis con el padre del mismo sexo, y una decatexis con el padre del otro sexo.

Ávila (1976), enfatiza que la diferenciación de roles al interior de la familia es importante para la formación de la personalidad de los hijos: el varón romperá en algún

momento con su identificación con la madre y se identificará con el padre asumiendo su patrón de masculinidad. La niña se unirá a la madre y representará con ella un rol esencial en la esfera expresiva. La familia, basada en la diferenciación de los roles de los padres, tiene para el niño un fuerte contenido emocional. Pues la identificación con los padres constituye la primera y más importante identificación de personalidad.

El papel de los padres en la identificación sexual positiva de los hijos es esencial y esto es relevante cuando la pareja paterna es amorosa. Si el padre básicamente valoriza a la mujer, contribuye con esto a que su hija acepte su condición femenina; si por el contrario, consagra todos sus cuidados a los varones, esa frustración de amor hará que la hija se torne agresiva con respecto a él y desee cambiar de sexo. Su evolución edípica se detendrá y ella de mantendrá en esos estadios preedípicos en donde predomina la agresividad.

Badaines (1976), considera que en aquellas familias donde el hijo vive más con la madre que con el padre, se da un proceso de discontinuación de la identificación masculina en beneficio de la femenina. Otros han señalado que niños y adolescentes con padres ausentes manifiestan, a veces un tipo de comportamiento denominado “masculinidad compensatoria” o “hipermasculinidad”, lo que se puede considerar como una actitud defensiva debido a la identificación femenina que ha tenido.

Los estudios psicológicos muestran que un niño sin padre, o que ha crecido junto a un padre psicológicamente ausente o débil, presenta trastornos psíquicos u orgánicos. Se ve claramente cómo esta relación del niño varón, con su padre, es uno de los elementos que moldea su personalidad e interviene en su integración. La niña también necesita de la figura del padre. Si ella aprende a relacionarse con él, se formará una idea de lo que es un hombre. Si para ella sus relaciones y las vivencias que tuvo con esta figura fueron agradables, se podría pensar que en el futuro establecerá un tipo de relación similar con otro hombre. (Biller, 1971).

1.4 Desarrollo de la Identificación

Flugel (1972), afirma que el desarrollo psíquico normal implica una emergencia gradual, en la que el individuo, a partir de una condición de dependencia y cuidado paterno pase a depender, en mayor o menor grado, de sus propios esfuerzos en lo que toca a su existencia, y de su propio juicio en lo que respecta a su conducta.

El fracaso en tal desarrollo tendrá como resultado una personalidad adulta relativamente débil, personalidad que todavía buscará el apoyo de sus padres o sustitutos, en una época en que deberá ya haber aprendido a bastarse por sí solo.

La personalidad del niño se va conformando a través de la socialización y las influencias del ambiente, y dentro de éste el hogar es en donde recibe la primera y en muchos aspectos la más fuerte influencia educativa para la formación de su carácter. (Biehler, 1980).

Para el niño el padre es el primer intruso en los sentimientos de unidad con la madre, y el niño debe desarrollar un sentido de identificación con el padre y para la hija debe ser un objeto placentero de amor temprano, así que ella puede ganar el amor del hombre cuando crezca. El padre juega un rol esencial en el desarrollo del niño, y el niño que crece con una imagen inadaptada del padre tiene serias dificultades en madurar apropiadamente (Lidz, 1975).

Romo (1978), señala que los estudios clínicos demuestran que la atmósfera del hogar se relaciona asimismo con la adaptación emocional en general. Identificándose con sus padres, el niño adquiere muchas de sus características y formas importantes de conducta de pensar y de sentir; a través de este tipo de identificación el niño adquiere el tipo familiar de conducta.

Lebovici (1973), refiere que el hogar es un mundo en miniatura para el niño en el cual obtiene práctica y experiencia; es aquí donde aprende sucesivas adaptaciones como compartir, aguardar turno, enfrentar dificultades, sufrir rivalidades, aprender el dominio de sí mismo, la paciencia y la consideración para con los demás.

El niño generalmente, para llegar a ser adulto, evoluciona sobre tres planos paralelos y profundamente intrincados: Físico, Intelectual y Afectivo. El libre actuar de las grandes funciones y la satisfacción de las necesidades orgánicas permiten su desarrollo físico. La educación y la instrucción, en el más amplio sentido de la palabra, favorecen su desarrollo intelectual, y de sus relaciones con el ambiente, exclusivamente con su familia, sobre todo en su temprana edad, depende el equilibrio y la evolución normal de su afectividad. Con base a esto, Bowlby (1983) dice que la actitud del hombre frente a la sociedad dependerá en gran parte de su experiencia familiar.

Así, menciona Sandoval (1984) que el grupo familiar es de gran importancia en el desarrollo instintivo del niño, porque impulsado por factores emocionales aprenden a respetar los requerimientos de sus padres y hermanos, si esta relación es adecuada entre sus miembros, el niño no tropezará con dificultades en adaptarse al siguiente grupo que es la escuela, siempre que la autoridad tanto de los padres como del maestro sea moderada, justa y jerárquica, así sucesivamente en todas las etapas de su vida.

El temperamento del niño influye en el comportamiento de los padres. Los padres adecuan sus comportamientos y formas de interactuar con su hijo de acuerdo con las características temperamentales del mismo, que según Thomas y Chess (1987) en Goldsmit (1987) incluyen ritmicidad biológica, irritabilidad, umbral de respuestas, lapsos de atención, perseverancia, nivel de actividad, distractibilidad, fuerza de la respuesta y calidad de ánimo. Además propusieron clasificar a los niños según las características cualitativas de su temperamento, en niños fáciles, difíciles. Los niños emiten conductas que los padres captan e interpretan, y actúan en consecuencia, regulándose tanto el comportamiento del infante como el de los padres.

Esta situación repercute directamente en lo que Bowlby (1983), denominó Conducta de Apego. Este autor basa su explicación de la conducta de apego en la teoría de Darwin, proponiendo que en el curso de la evolución determinados miembros de la especie sobrevivieron porque tanto la madre como el hijo poseían una tendencia a estar juntos,

asegurando su supervivencia. En estos términos, el apego es cualquier comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con otro individuo diferenciado y preferido, formando la base para las futuras relaciones interpersonales del niño.

Igualmente, McGovern (1988) explica que los padres participan más en las actividades sociales que en las necesidades físicas o de cuidado. Los hijos permanecen bajo la influencia de que la madre debe tener la mayor responsabilidad de los cuidados del niño. Sin embargo comienza a gestarse un cambio que atrae a los padres a compartir tareas que se consideraban propias de la madre.

Se había pensado que el padre por condiciones propias de su género, tendría una serie de limitaciones en general para la crianza infantil. Hasta hace relativamente poco tiempo, las parejas han optado por intercambiar papeles obligados por circunstancias económicas y psicológicas. El padre posee la sensibilidad y capacidad para responder y captar las señales de los hijos. Generalmente los factores de tipo social y cultural son los que obstruyen la participación en la crianza. El papel del padre no se limita a la relación padre-hijo, su influencia es más amplia, interviene indirectamente en la relación madre-hijo, proporcionando una atmósfera de seguridad y confianza en la madre, que repercute en la relación de ésta con su hijo (Salas, 1970).

1.5 La formación de la Identidad del Yo

Anna Freud (2001), menciona que toda conducta humana está condicionada dinámicamente y configurada, por las actividades conscientes del yo, que es el núcleo organizado en el que se integran funcionalmente los otros sectores del aparato anímico. La identificación precipita, tanto en el sentido químico del término como en el de “premura” una “forma primordial”. Es decir, la identificación imaginaria es eficaz porque otorga forma a lo que no la tiene. La función del estadio del espejo es un caso particular de la función de la imagen que da forma al yo y le confiere una identidad narcisista.

El desarrollo del yo es la resultante de tres grupos de factores: las características hereditarias del yo y sus interacciones; las influencias de los impulsos instintivos y las influencias de la realidad exterior. Con respecto al desarrollo y al crecimiento de las características autónomas del yo, se produjeron como resultado del aprendizaje, pero también en parte por la maduración de procesos en los que intervienen impulsos sexuales.

Freud ha subrayado la importancia del yo corporal, en el desarrollo del yo. Lo que indica por una parte, la influencia de la imagen corporal, particularmente en la diferenciación del yo del mundo de objetos; pero también apunta al hecho de que las funciones de esos órganos que establecen el contacto con el mundo externo vienen gradualmente a quedar bajo el control del yo (Hartmann, 1950).

Pero el yo no es igual a su imagen, aunque él lo ignore; el yo no es igual a sí mismo. Son muchos los elementos que no pasan a la imagen y, a la inversa, son varios los atributos de la imagen que no se corresponden con la realidad de la persona. La identidad significa autoconciencia, transparencia y respeto de uno mismo. En términos de la psicología del yo, un yo sano y fuerte debe ser todo él un área libre de conflictos. Sin embargo, si la constitución del yo tiene que ver con el estadio del espejo, es necesario hablar de desconocimiento, ajenidad y primacía de la imagen ideal por sobre cualquier conocimiento supuestamente desapasionado (Magan, 2003).

Entre los cinco y los doce años aproximadamente, es decir, en la declinación del complejo de Edipo y el comienzo de la pubertad, hay una detención aparente de la evolución sexual, cierta *desexualización* de las relaciones de objeto y de los sentimientos, se observa un predominio de la ternura sobre los deseos sexuales y la aparición de sentimientos como el pudor, así como las aspiraciones morales, estéticas e intelectuales la cual permite el desarrollo del Yo.

La adolescencia es la etapa de la vida que está situada entre la infancia, de la que es continuación y la edad adulta. Suele comenzar entre los doce y trece años y tiene su terminación entre los dieciocho o veinte años. Este periodo varía en sus límites según el sexo, la condición geográfica y medio socioeconómico. Psicológicamente se caracteriza por la

reactivación y florecimiento del impulso sexual hay afirmación de intereses vocacionales, y un deseo de autonomía. La inteligencia se incrementa y se afina con la abstracción; las aptitudes se precisan. En lo emocional se descubre a sí mismo y establece nuevos lazos afectivos (Papalia, 1985).

En la medida que el padre cuente con una imagen adecuada de sí mismo es que va a brindar al niño la posibilidad de que tenga un desarrollo adecuado para su propio yo. Asimismo las funciones que desempeñe como padre incrementarían la comunicación entre los miembros de la familia.

Psicoanalíticamente, Klein (1976) considera que las personas que posean un Yo fuerte son capaces de vivir en armonía con su mundo interno y estar satisfechas con su mundo externo, con el ambiente natural y con quienes le rodean, junto con poseer un diálogo emocional adecuado consigo mismos y con los demás, quedándoles todavía energía para amar y trabajar.

Desde el punto de vista de la psicología del Yo, Erickson (1977) menciona que estudiar al padre como objeto resulta complicado, porque no hay que olvidar también los aspectos superyoicos y sus funciones, que son las más plenamente identificables con la figura paterna. Entre las funciones superyoicas se encuentran, las reglas internalizadas, la función del autoaprecio y la función del castigo, la culpa y el aburrimiento, como formas de castigo.

1.6 Identificación con la Figura Paterna y Materna

El primer objeto erótico de un niño, es el pecho de la madre que lo alimenta; el amor tiene su origen en la dependencia de satisfacer la necesidad de alimento (Freud, 2001). En un principio el niño no distingue el pecho materno de su propio cuerpo. Cuando el pecho ha de ser separado del cuerpo y aislado en el exterior, el niño percibe su ausencia repetidas veces como un objeto. Este primer objeto llega a completarse más tarde hasta formar la persona de la madre, que no sólo alimenta al niño sino que cuida de él, provocándole, así un cierto número de sensaciones físicas, placenteras o penosas. (González, 1978).

Mahler (1975), ha enfatizado que el ser humano es el resultado de la interacción madre-hijo, siendo la madre la que imprime su estilo personal, en el ser incipiente y en desarrollo que es el niño. El potencial de la madre esta determinado por su historial personal: por la madre que tuvo y por la niña que fue; pero también, se va enfatizando conforme a los apoyos que vaya recibiendo.

Como al nacer, la primera persona con la cual el niño tiene contacto es la madre, va a recibir de ella prácticamente todo, en sus primeros meses de vida; el olor, el sabor, la textura, la temperatura, etc., con estos estímulos el hijo establece una comunicación con su madre y responderá con un alto grado de sensibilidad. Posteriormente el niño será capaz de recibir, percibir e introyectar, los estados emocionales más sutiles de ella. Las emociones y fantasías inconscientes de la madre, captadas por el hijo, se realizan fundamentalmente a través del lenguaje preverbal de consciente a inconsciente. Es a través de ella que el niño tiene noticias de su padre con mensajes preverbales, conscientes o inconscientes (Segal, 1977).

En cierta medida en la interacción con el padre, es quien también imprime su estilo personal en el niño, lo que contribuye al desarrollo de éste. El padre al captar ciertas señales que el niño emite contribuye a que se desarrollen ciertos aspectos de su personalidad, al no responder a otras señales contribuye a que no surjan o se desarrollen plenamente otros aspectos, que potencialmente se encuentran en él. El niño estimula y responde a ciertas señales del padre, y en muchas ocasiones son los niños quienes moldean ciertos comportamientos en éste. Así, el potencial paternal está determinado por su historia personal, por el padre que tuvo y por el niño que fue.

El contacto real con el padre hace que tanto los mensajes transmitidos por la madre, como la fantasía que el niño se ha formado se modifiquen, dando lugar a rectificaciones o ratificaciones. El padre también envía mensajes, unos conscientes y otros no. La función del padre se robustece a partir de la etapa edípica; en la mujer para remarcar la diferenciación psicosexual, y en el hombre para dar identidad.

Es indispensable que el padre desempeñe funciones propias de su figura paterna, que varían según el tipo de familia y el tipo de sociedad en la que viva. La madre es quien da la seguridad al hijo en los primeros meses de vida, así como la sensación de protección que da el padre (Rosalato, 1971).

Al dar protección el padre, se ofrece como un objeto que se internaliza y protege desde dentro, relevando a la madre esa función, permitiéndole así sentirse querido y apreciado por el padre, desarrollando por consiguiente una buena autoestima. Es en este sentido que el padre ayuda al hijo en el control de sus impulsos.

Participando con el hijo en el control de los impulsos, el padre colabora a que el niño aprenda a regirse mediante el proceso secundario y establezca así la capacidad de demora, para adaptarse a la realidad. Para Suárez (1978), desde el punto de vista social, el padre es ese ser que pone límites, desde afuera al hijo da reglas y exige su cumplimiento.

González (1996), menciona que es importante estudiar al padre desde diferentes puntos de vista, como son el biológico, económico, psicológico, médico, sociológico antropológico, religioso, etcétera.

Es cierto que el psicoanálisis desde Blos (1971), menciona que es una psicología centrada alrededor de la madre, también es cierto que nunca ha sido descuidado el estudio del padre, puesto que es el segundo objeto, y en muchos casos el primero, que tiene influencia en la motivación individual.

Hablar de la infancia implica hablar de la madre, principalmente porque en casi todas las culturas una de las funciones de la madre es cuidar de los hijos en sus primeros años de vida, recayendo sobre ellas la labor de educarlos y darles las primeras enseñanzas, en cuanto a aspectos emocionales.

Muy pocas culturas dejan en manos del padre este cuidado de los hijos. No es por casualidad, que las “guarderías infantiles” “estancias infantiles” y los “kinders”, los primeros

años formativos de los niños, sean por lo general atendidos por mujeres, preferentemente con experiencia materna.

La familia básicamente se compone de padres e hijos y las relaciones se establecen de acuerdo a dichos roles. Los hijos crecen y se preparan para jugar un nuevo papel, que es el de padres. Así el rol de los hijos y padres se repite una vez más. De esta manera los roles se convierten en algo automático. En México no existe un periodo de transición donde los hijos vivan alejados del núcleo familiar. La formación del lazo entre padre e hijo se gesta desde antes del nacimiento, manteniéndose simplemente la participación e interés que el hombre tenga hacia su pareja y hacia su hijo (Ramírez, 2001).

Lamb (1980), menciona que el padre es capaz de atender y responder ante las necesidades de los hijos, al estudiar la sensibilidad paterna, definida como “la capacidad de darse cuenta de las necesidades del niño y responder adecuadamente a ellas”, observó que el padre es tan capaz como la madre para responder de manera adecuada a las exigencias y necesidades de los hijos.

Igualmente, es tan perceptivo como ella para captar estas señales, sin embargo la influencia social obstaculiza su participación en la crianza. Las presiones sociales dentro del ámbito familiar, social y hasta educativo de la propia pareja fuerzan su participación a segundo término. El padre es igualmente capaz que la madre de propiciar una relación estrecha y adecuada con sus hijos.

El padre cumple una importante función desde varios aspectos (biológico, social, psicológico, sexual, cognitivo, emocional, etc.) y de ninguna manera implica un papel pasivo en el desarrollo de sus hijos (González, 1984).

Su actividad no se limita a ser una autoridad que trasmite reglas sociales o establece en los hijos el tipo de comportamiento apropiado, de acuerdo a su sexo; su función y presencia, mas propiamente, no sólo es la de ser una figura de identificación psicosexual y de

introyección de normas y reglas morales, además, es un objeto de admiración, identificación y amor.

El asumir la paternidad puede ser más o menos difícil y nunca se da de forma definitiva y espontánea, siendo un proceso que avanza, se alimenta y crece desde el momento mismo de la concepción. Además la totalidad de las experiencias con los padres y con el mundo externo influyen en la forma de anhelar y de recibir a un hijo, confluyendo en este proceso aspectos psicológicos y socioculturales (Ortega, 1980).

El padre tiende a reemplazarse directamente por entidades colectivas: la escuela, el equipo deportivo, el club, el estado. Cuanto más se reduce la dependencia familiar a una simple función psicológica en el alma del niño, más abstracta y general resulta en la mente del adolescente; lleva así de modo gradual a aceptar con facilidad toda forma de autoridad, mientras sea lo bastante fuerte (Horkheimer, 1977).

1.7 Ausencia de las Figuras Parentales

Los niños de familias sin padre tienden a presentar problemas emocionales, bajo aprovechamiento escolar y conductas inadaptadas, con mayor frecuencia que los niños con padre. La mayoría de estudios sobre la ausencia de padre tienden a incluir con mayor frecuencia, a sujetos varones. No obstante, existen datos que indican que las niñas también sufren en su desarrollo intelectual y su rendimiento escolar cuando no hay padre. Shinn (1979), lo sugiere a partir de una revisión de la investigación, concluyendo que tanto niños como niñas sin padre obtienen calificaciones más bajas en cociente intelectual, y desempeño escolar.

La ausencia del padre parece que repercute sobre el comportamiento llamado *Moral* (Kolberg, 1976, en Papalia, 1985). Hoffman (1971) estudió el desarrollo moral en cuanto a la ausencia del padre. Evaluó los siete atributos morales propuestos por Kolberg (1976): intensidad de la culpa por transgredir una regla, emisión de juicios morales acerca de otros, tendencia a aceptar la responsabilidad por faltas colectivas, demostraciones de consideración

hacia otros, conformidad con las reglas, aceptación verbal de valores morales, y agresividad explícita.

No son raras las familias en donde se observa un solo progenitor, siendo México un país con alta incidencia de ausencia paterna. Las causas de esta ausencia paterna se puede atribuir a una gran cantidad de factores, tales como separación, abandono, divorcio, infidelidad, muerte, alcoholismo, etcétera (González, 1984).

Ramírez (1977), comenta que la ausencia del padre en la familia mexicana es uno de los problemas principales. En México la imagen del padre ha permanecido ostentando rasgos machistas, es por eso que existe la necesidad de tratar de cambiarla, para que ya no sea el intruso, el ausente y el temido, sino que sea el que regresa, el que alimenta y el que da apoyo y seguridad, para favorecer el desarrollo mental de sus hijos.

Así, en México una de las características de la familia es la indiferencia del padre, lo que no es otra cosa más que una especie de ausencia, incluso aunque el padre este físicamente presente, pero ausente emocionalmente. En una familia sin padre la mujer concibe a los hijos para satisfacer, a través de ellos, sus necesidades afectivas. Ante esta situación no se cuenta con alguien a quien depositarlas. Durante el conflicto edípico no se da la triangulación edípica. De esta manera, la identificación psicosexual de la niña no depende solamente de la madre sino también de su relación preedípica con el padre (Mahler, 1979).

En algunos casos, la falta del padre reclama su idealización en la fantasía del niño, quien puede pensar que es la madre la que no ha sido capaz de retenerlo o incluso lo ha hecho huir. Para el muchacho la falta de padre tiene una repercusión negativa en el momento mismo de su identificación con el personaje masculino que requiere para encontrarle salida a su conflicto edípico (Ávila, 1976).

González (1996) explica que con esta ausencia del padre no permite al niño una corroboración de su fantasía, mediante la experiencia con un padre real vivo, presente y concreto, la presencia del padre contribuye en el conflicto edípico y los niños que no lo tienen

no presentan las mismas fantasías de castración que aquellos que sí cuentan permanentemente con él. Sin el padre, la imagen rol de una madre sola no permite la estructuración de la identidad genérica.

Padilla (1984) investigó el nivel de desarrollo psicológico de un grupo de niños de guardería. Comparó a los hijos de las madres solteras con los hijos de familias integradas, encontrando que la ausencia del padre influía de manera significativa en su desarrollo. Los hijos de madres solteras mostraron un menor desarrollo, sobre todo en el área del lenguaje.

Cuando una madre tiene una relación muy estrecha con el hijo, por ausencia del padre tiende a sobreprotegerlo, y probablemente el hijo sustituirá en ella a una pareja, aunque en otro sentido la relación le provoca sentimientos de culpa. Si bien en esta relación el padre ha quedado al margen, definitivamente ausente, continúa presente en el lugar ocupado por “la palabra del padre en la madre”; es decir, por la forma cómo la madre se expresa del padre. La introducción del “Nombre del Padre” es determinante, en los límites que le permiten al niño diferenciarse del deseo materno y separarse de la madre. La madre requiere reconocer al padre, al igual que su Ley; y el niño, a su vez, aceptar la presencia del padre en la madre: esto viene a ser “la Ley” (Mannoni, 1975, 1979; Braunstein, 1987).

Los efectos de la ausencia paterna en el desarrollo psicológico del niño, pueden ir desde trastornos pequeños hasta graves psicopatologías. Por lo mismo, es importante profundizar en los procesos emocionales que sufren los niños que han padecido la ausencia de sus padres.

Ortega (1985), menciona que la carencia de contacto con el padre, fundamentalmente contactos corporales, deja un déficit emocional que se encuentra en la base misma del anhelo hacia el padre. Esta carencia de contacto con el padre es una de las raíces del rechazo del hijo y deja una secuela que podría ser el origen de una posterior y desesperada búsqueda de sustitutos paternos, a lo largo de toda la vida.

De esta manera la madre puede buscar en el niño la satisfacción emocional que no tuvo con su esposo o pareja, sobreprotegiéndolo y agobiándolo con demostraciones posesivas de afecto, que éste no puede corresponder. Por otro lado, a pesar de la gran cantidad de manifestaciones de afirmación y seguridad, por parte de la madre, el niño se va dando cuenta de que él y ella, solos, no cuentan con la capacidad para satisfacer todas sus necesidades.

Así, la ausencia del padre puede suponer un factor de perturbación para la identidad sexual de las niñas. Si el padre permanece alejado de la hija, o bien no se preocupa por ella o se muestra hostil, esto puede ser motivo para que la niña, siendo ya mujer, tenga problemas en cuanto a establecer relaciones heterosexuales permanentes (González, 1996).

1.8 Identificación con Figuras Sustitutas

Desde el punto de vista de Klein (1976), en Lebovici (1973), cuando un niño nace efectúa un vínculo inicial con su madre o sustituto materno. El primer objeto de deseo, tanto para el varón como para la niña, es el pecho de la madre por lo que el padre se percibe, como rival. Posteriormente se presenta la “fase depresiva”, que se inicia con el proceso de duelo y desprendimiento del pecho, logrando al final la separación de las cargas puestas en éste, desplazadas hacia otro objeto. En el desarrollo normal del niño, las cargas puestas en un principio en el pecho materno se desplazan hacia el pene del padre. La niña dirige esto hacia la heterosexualidad y, el varón hacia la homosexualidad, lo que se ha denominado “fase pasivo-femenino”. Esta situación se produce alrededor de la segunda mitad del primer año y es un desplazamiento que se realiza en el plano oral, pasando el niño del deseo de succión del pecho al deseo de succión del pene.

Se observa con frecuencia un solo progenitor, sobretudo en México es común encontrar una alta incidencia de ausencia paterna. Hay una mayor demanda de figuras parentales sustitutivas en los niños sin padres. Surgen en el niño la necesidad de compensar la falta de figuras intentando establecer una relación en donde se involucra tanto el sentimiento de poseer a alguien, como el de ser poseído; o bien el de pertenecer a alguien (Parke, 1986).

El padre ausente obliga al hijo a asumir su figura en un proceso de identificación. El niño o niña siente que se le exige reemplazar al padre, lo que le es imposible biológica y psicológicamente. Como dice Anna Freud (1955), cuando los niños son separados de los progenitores es más probable encontrar una figura paterna sustitutiva, porque al vivir en una sociedad patriarcal, donde las funciones de la mujer se asocian preferentemente con el cuidado de los hijos, resulta fácil para ella fungir como figura sustitutiva.

Cámara (1987), menciona que los niños pueden sustituir a hermanos, abuelos y otros modelos, pero es muy importante que su interés en los hombres sea sostenido por la madre y que alimente la interacción del niño con el sexo masculino. Hay niños que, a falta del padre, saben aprovechar la relación con el maestro, el padrino, el tío, el sacerdote, el médico, etc.

En investigaciones que llevaron a cabo (Amato 1987; y Chapman 1977), donde se compararon retrospectivamente jóvenes entre 17 y 23 años de ambos sexos, provenientes de familias intactas, sin padre y de padre sustituto. Corroboraron los datos de estudios anteriores la superioridad intelectual de los hijos de padres presente sobre los de padre ausente, encontrándose que los hijos de padre sustituto se ubicaron por debajo de los hijos de padre presente, pero por encima de los de padre ausente. Este resultado no fue tan claro en las mujeres, mostrando los puntajes más altos las de padre sustituto.

El padre sustituto también disminuye los efectos de la ausencia del padre con respecto al autoconcepto del individuo. El autoconcepto es una variable a la que se le ha concedido gran importancia para el desarrollo sano de la persona.

Amato (1983) menciona que, con respecto a los hijos de padre sustituto el autoconcepto depende de la relación con los padres, siendo aparentemente de más influencia la figura paterna. Los sujetos sin padre tienden a mostrar un autoconcepto más deprimido que los hijos de familias integrales.

Se ha observado una mayor demanda de figuras parentales sustitutivas en los niños sin padres, por lo que creemos que esto se debe a que dichos niños no cuentan con figuras

parentales reales. De aquí surge en el niño la necesidad de compensar la falta de dichas figuras intentando establecer una relación donde se involucra tanto el sentimiento de poseer a alguien, como el de ser poseído o bien el de pertenecer a alguien. Esta búsqueda se da también a través de la continua actividad mágica, con la finalidad de restituir al padre muerto o que abandonó a su madre.

La ausencia del padre no le permite al niño corroborar su fantasía mediante la confrontación con un padre vivo, real, presente y concreto. Por ello la madre debe permitir al hijo que tenga contacto con otras figuras masculinas, para que a través de ellos, construya su propia identidad.

Horkheimer (1977), cree que la base de la autonomía moral del individuo era la imitación amorosa del padre seguro de sí mismo, prudente, totalmente entregado a sus deberes. Hoy, en cambio, el niño, que en vez de la imagen del padre, recibe sólo la imagen abstracta de un poder arbitrario, busca un padre más fuerte, más poderoso, “un superpadre”. Cuando el padre no podía desempeñar un papel directo en la educación de los hijos su lugar en la vida emocional de éstos era ocupado por un tío, un tutor, un maestro o algún otro individuo. Por dura que fuera esta persona, tenía por lo menos, algunos rasgos humanos, algunos gestos y características personales que podían imitarse, algunas ideas que podían servir de base.

La importancia de la presencia y función del padre no es sólo la de ser una figura de identificación psicosexual e introyección de normas y reglas morales; es un objeto de amor, admiración y estímulos. La imagen paterna es básica para una mejor identidad y para una adecuada integración familiar, debido a que genera una gran cantidad de satisfacciones en tanto el padre cumpla o no con su responsabilidad, consistencia y constancia en el hogar. Actitudes y afectos negativos hacia la figura paterna, dejan profundas heridas y serias repercusiones en el desarrollo de la personalidad, no siempre fáciles de ocultar, negar, remediar u olvidar (González, 1979).

Capítulo II: Esquizofrenia

2.1 Antecedentes

La esquizofrenia es una entidad que presenta una gran variedad de síntomas y signos. El reconocimiento de tales síntomas y signos además de la importancia que se le atribuye, han variado ostensiblemente a lo largo del tiempo.

Kraepelin (1882), le otorgaba especial importancia al debilitamiento de la voluntad, la que traía como consecuencia una alteración de la actividad mental y del impulso al trabajo. Al perder la dirección sobre la voluntad se pierde también la capacidad de actuar en forma independiente; se destruye así la esencia de la personalidad. Al aniquilar el impulso personal se frustra la posibilidad de desarrollo futuro, ya que éste depende de la voluntad. Sólo permanecen las adquisiciones previas en el dominio del conocimiento y del trabajo práctico, pero al progresar la enfermedad, éstas también se pierden.

Durante muchos siglos, a las personas que mostraban conductas aberrantes se les consideraba desde poseídos por malos espíritus, brujos, o hasta ser poseedores de poderes sobrenaturales, y otras denominaciones de moda en el momento en que se observaba. Todo parece indicar que muchos de estas personas pudieron haber padecido esquizofrenia.

En 1856, Benedict Agustín Morel, describió el cuadro clínico de un adolescente caracterizado por indiferencia y apatía tras una historia de brillantez y actividad normal, a partir de 1860, Morel llamó "*démense precoce*" a este desorden siendo esta la primera definición de la esquizofrenia; en 1870 Hecker identificó la demencia de un joven, o psicosis postpubertaria como lo que denominaría Hebefrénia, por su parte Kahlbaum en 1874 describió los síntomas de catatonía. En 1868 aparece Sander, que en sus estudios encontró a pacientes con delirios persistentes desde muy temprana edad, los cuales no podían ser atribuidos a otras patologías, a lo que llamó paranoia (Rascón, 1999).

Emil Kraepelin, en 1899, publicó un libro sobre la “Esquizofrenia,” fue el primero en identificar el trastorno e introdujo una distinción simple entre las condiciones caracterizadas por el deterioro mental (demencia precoz) y trastornos más episódicos como la manía y la melancolía. Lo hizo en los años del cambio de siglo agrupando las entidades ya conocidas y descritas previamente: la catatonía, la hebefrenia y la “demencia paranoides”. El nexo común que daba unidad al conjunto era, según Kraepelin, un inicio precoz de la enfermedad y un curso crónico tendiente al deterioro. A esta enfermedad la llamo “Dementia Praecox” (Obiols y Obiols, 1989).

En 1911, Eugen Bleuler introdujo el término de esquizofrenia para sustituir al de “demencia precoz.” Bleuler consideró esta escisión de la personalidad, más que el resultado, como el rasgo central de la enfermedad. Para él, la esquizofrenia era tanto una entidad patológica como una reacción psicopatológica, un síndrome. Pensaba que la enfermedad era un estado de desarmonía de la mente, con tendencias, pensamientos y posibilidades contradictorios, lo que daba a la personalidad la característica de estar dividida (Kaplan y cols. 1994).

En 1913, Bleuler alegó que los síntomas principales de los tipos de deterioro mental eran cognitivos: un relajamiento de las asociaciones entre pensamientos, los sentimientos y la conducta (este era el significado de esquizofrenia). Así, abordó los orígenes biológicos y también los procesos intrapsíquicos de los trastornos del afecto, la motivación y del pensamiento, que consideraba secundarios. Pensaba que los síntomas principales eran los observables en cada caso: las ideas delirantes, las alucinaciones y las perturbaciones de conducta las consideraba secundarias o accesorias, porque podían ocurrir en otros trastornos (Caballo y cols. 1995).

Las aportaciones más importantes de Bleuler al conocimiento de la psiquiatría son:

1. Consideró el síndrome esquizofrénico no como una progresión hacia la demencia, sino como una situación particular, caracterizada principalmente por el trastorno de la asociación y por el desdoblamiento de las funciones básicas de la personalidad.
2. Amplió los límites de lo que se debía incluir en este síndrome.

3. Diferenció un nuevo tipo: el simple.
4. Destacó que en la esquizofrenia no falta la afectividad; además que tiene más importancia de lo que se pensó.
5. Intentó no sólo describir, sino también explicar los síntomas. Respecto a su contenido psicológico, aceptó las ideas de Freud, en cuanto al punto de vista formal.
6. Aportó a la psiquiatría los conceptos del pensamiento autista y de ambivalencia.
7. Enriqueció la terminología psiquiátrica al conceptualizar las siguientes palabras aceptadas: esquizofrenia, psicología profunda, autismo, ambivalencia y dereísmo.

Bleuler dividió los síntomas de la esquizofrenia en fundamentales y accesorios. Los primeros estarían presentes en todos los casos y durante todos los períodos de la enfermedad, aunque deben alcanzar cierto grado de intensidad para poder ser reconocidos con certeza. Los accesorios pueden no estar presentes, o estarlo sólo durante algunos períodos de la enfermedad.

Los síntomas fundamentales serían cuatro:

1. La perturbación de la asociación
2. El trastorno de la afectividad (discordancia afectiva)
3. La ambivalencia
4. El autismo

(Tales síntomas se corresponden con los síntomas negativos)

Los síntomas accesorios constituyen un grupo amplio y variado. Entre ellos cabe destacar las ideas delirantes y las alucinaciones, las alteraciones del lenguaje y de la escritura, los síntomas somáticos y catatónicos y los llamados síndromes agudos. Estos últimos constituyen formas particulares o estados transitorios de presentación; por ejemplo, estados maníacos o melancólicos, estados crepusculares, etcétera.

Mientras los síntomas fundamentales serían propios de la esquizofrenia, los síntomas accesorios pueden presentarse en otras enfermedades.

Tanto Kraepelin como Bleuler destacaron la importancia de las alteraciones cognoscitivas, afectivas, volitivas y atencionales en la esquizofrenia. Kraepelin consideraba que podían ser los síntomas más debilitantes y los más importantes de la enfermedad, en tanto Bleuler les otorgó un carácter prácticamente patognomónico. Durante mucho tiempo, el criterio de Bleuler predominó en la psiquiatría y el diagnóstico de esquizofrenia se basó en la presencia de los síntomas fundamentales, tales como la laxitud de las asociaciones y la discordancia afectiva (Andreasen, 1982).

Schneider (1975), consideró que algunas de las alteraciones de la vivencia del yo son de una máxima especificidad esquizofrénica. Se trata de las alteraciones de la pertenencia al yo, en virtud de las cuales los propios actos y estados no son vividos como propios, sino como dirigidos o influidos por otros. Empleando este criterio, destacó algunos síntomas esquizofrénicos a los que otorgó un especial valor para el diagnóstico denominándolos síntomas de primer orden. Se trata de algunos tipos específicos de alteraciones de la percepción, del pensamiento y de la vivencia del yo.

Los síntomas de primer orden de Schneider son:

1. Sonorización del pensamiento.
2. Oír voces que dialogan entre sí.
3. Oír voces que acompañan con comentarios los propios actos.
4. Robo del pensamiento y otras influencias sobre el pensamiento.
5. Divulgación del pensamiento.
6. Percepción delirante.
7. Influencia corporal, y todo lo vivido como hecho o influenciado por otros en el sector del sentir, de las tendencias y de la voluntad.

Los conceptos de Schneider influyeron poderosamente en la psiquiatría europea, especialmente en la inglesa y fueron determinantes en su concepción de la esquizofrenia.

El nuevo énfasis en los síntomas positivos de la esquizofrenia y particularmente en los síntomas de primer orden de Schneider, obedeció a varias razones. Una de las más importantes

fue que los síntomas fundamentales de Bleuler resultaban difíciles de definir y de evaluar confiablemente.

Schneider (1989), describió estos síntomas particulares, no con un propósito teórico, sino porque pensaba que estos síntomas eran “primarios”, en el sentido de que no pueden derivarse de otros síntomas. Según él la presencia conjunta de estos síntomas, cuando se daba, aseguraba el diagnóstico de esquizofrenia. “The International Pilot Study of Schizophrenia” este IPSS se llevó al cabo en 1973, acabó con el mito de los criterios específicos, en especial los de los síntomas de primer rango, que también se dan en psicosis maníacas, depresivas, etc. (Obiols y Obiols, 1989). Su aporte fue sobresimplificado e incluso mal interpretado. Desde su perspectiva fenomenológica. Estaba profundamente interesado en el mundo vivencial de los pacientes. Consideraba que el núcleo fundamental de la enfermedad no lo constituían los síntomas de primer orden por sí mismos, sino las vivencias cognoscitivas y afectivas que ellos reflejaban. Por este motivo, resulta una ironía que un autor complejo y profundo como él se haya convertido en el símbolo de la cuantificación y del reduccionismo objetivante.

El desarrollo de criterios diagnósticos tuvo ventajas y desventajas. Cuando se desarrolló el DSM-III se le consideró un acuerdo consensuado provisorio, basado en la experiencia clínica y en los datos de la investigación disponibles en ese momento. Pretendía establecer criterios para incluir o excluir pacientes en determinadas categorías diagnósticas, pero no pretendía entregar una descripción completa de la enfermedad. Lamentablemente, en la actualidad suele ser considerado como un verdadero texto de psiquiatría y se le otorga a sus criterios una importancia mayor de la que nunca se pretendió (Andreasen, 1997).

2.2 Definición

Según el DSM-IV-TR, la raíz etimológica de esquizofrenia, proviene del griego “*skhizo*” que quiere decir disociar y, “*fren*” que significa inteligencia. El término Esquizofrenia está clasificado psiquiátricamente junto con otros trastornos psicóticos que también incluyen a las alucinaciones y delirios.

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido aceptada universalmente. La definición más restrictiva se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una menos restrictiva incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas por el sujeto como experiencias alucinatorias. La definición más amplia incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Un trastorno mental se denomina psicótico si ocasiona un deterioro que interfiera en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. El término se había también definido como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa por ejemplo, dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) (DSM-IV-TR, 2001).

El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (ej., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional. Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares, tanto positivos como negativos, que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante al menos 6 meses). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de trastornos autista u otro trastorno generalizado del desarrollo; el

diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

2.3 Estado de la esquizofrenia

La esquizofrenia es considerada como un trastorno por excelencia dentro de las psicosis crónicas y por lo tanto ha sido objeto de estudio desde el siglo pasado, tratando de encontrar el origen de dicha enfermedad así como la cura y el tratamiento más adecuado para aquellos que la padecen.

Se ha designado a los trastornos mentales con el término de psicosis que se caracterizan por alteraciones profundas del estado de ánimo, desorganización del pensamiento y aislamiento del mundo real refugiándose en un mundo de preocupaciones personalizadas.

Las psicosis se caracterizan por sentimientos penetrantes de tristeza, culpa e imperfección, excitación y excentricidad desordenada acompañada de una producción verbal y motora excesiva, regresión autista, modales de lenguaje y de la conducta, ideas delirantes, indiferencia a las expectativas sociales, actitudes de defensa, desconfianza o grandiosidad, estados de confusión con desorientación y alucinaciones.

Todas las características antes mencionadas entran dentro del cuadro clínico de la esquizofrenia y todas son atribuibles a funciones del cerebro como son: diferenciar lo subjetivo de lo objetivo, la capacidad de planear, de querer, de asimilar estímulos ambientales de tipo social y utilizarlo para una correcta adaptación al medio, la de integrar todas las funciones superiores en un todo armónico que llamamos persona, identidad o Yo.

El punto de partida para establecer la distinción entre síntomas positivos y negativos fue la comprobación de que existe una gran variabilidad en la respuesta de los esquizofrénicos al empleo de neurolépticos, lo que dificulta constituir grupos homogéneos para los estudios psicofarmacológicos.

El objetivo de distinguir entre síntomas positivos y negativos fue establecer subtipos de esquizofrenia. Crow (1980), fue el primero en proponer que era distinción fuera empleada para crear una tipología que facilitara el estudio de la etiología y patogenia. Este autor propuso la existencia de dos síndromes en la esquizofrenia, a los que denominó tipo I y tipo II. El tipo I se caracterizaría por la presencia de síntomas positivos (delirio, alucinaciones y trastornos del pensamiento) los que son potencialmente reversibles, responden al tratamiento con neurolépticos y se asociarían a una disfunción de la neurotransmisión dopaminérgica. El tipo II se caracterizaría por la presencia de síntomas negativos (aplanamiento afectivo y pobreza del discurso) los que serían irreversibles, no responden al tratamiento con neurolépticos y se asociarían a cambios estructurales del cerebro.

Por otro lado, Andreasen (1996), consideró que éstos se sitúan en un continuo, con una mezcla de síntomas positivos y negativos en una proporción variable. De esta manera llegó a determinar la existencia de tres subgrupos de esquizofrenia: positiva, negativa y mixta. Siendo la positiva caracterizada por el predominio de alucinaciones, delirio o marcados trastornos del pensamiento, con escasos o nulos síntomas negativos. La negativa estaría definida por el predominio de síntomas como pobreza del discurso, del afecto y del contenido del pensamiento, retardo psicomotor y anhedonia, con síntomas positivos mínimos o ausentes. La esquizofrenia mixta sería aquella en que los pacientes no alcanzan a cumplir los criterios para alguna de las dos series de síntomas o que tienen un número significativo de ambas.

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

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

En el concepto del autor no existen dos enfermedades distintas, sino dos componentes de la misma, condicionados por diferentes fisiopatologías. En un momento dado, puede predominar uno de los dos síndromes, o pueden coincidir ambos (Obiols y Obiols 1989).

El tipo I es típico de los episodios agudos y puede ser la configuración inicial del trastorno. El síndrome tipo II es típico de los estados crónicos y coincide con el estado defectuoso de la esquizofrenia. Crow (1980), propuso inicialmente que si bien la presencia del síndrome tipo I era reversible, la evolución a un cuadro tipo II, con síntomas negativos instaurados, era un camino sin retorno.

2.4 Etiología

“La etiología de la esquizofrenia, aún permanece desconocida. Sin embargo, se han encontrado factores asociados a la enfermedad cuyo grado de participación aún se investiga. Estos factores son genéticos y ambientales.”

Se ha establecido una etiología psicodinámica, originada por la reacción a la psicosis, al sufrimiento por la pérdida de los mecanismos para hacerle frente a la vida y por la mala manera adaptativa para vivir o por las dificultades que encuentran para efectuar cambios. Sin embargo, lo que se ha llegado a visualizar con mayor claridad es la etiología biológica, que se refiere a los mecanismos de adaptación de los receptores en el sistema serotoninérgico.

Se puede decir que la esquizofrenia es un trastorno mental psicótico que se caracteriza por la ruptura del contacto con la realidad, manifestándose con alucinaciones, delirios y comportamiento desorganizado. Implica una disfunción en una o más de las áreas de actividad como son: las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de sí mismo y

tiene su aparición en la adolescencia o en la adultez temprana sin discriminación de sexo o cultura.

Se ha tratado de explicar la etiología de la esquizofrenia a través de investigaciones y estudios realizados por varios autores, pero aún se desconoce la causa que origina dicha enfermedad. Desde lo biológico a lo ambiental, sin descartar el factor genético, en general se ha llegado a determinar que no es debido a un solo factor sino más bien al conjunto de éstos.

Las teorías genéticas de la esquizofrenia tienen su origen en observaciones en familias en donde el riesgo de padecerla se incrementa si uno de los individuos la padece, desde el punto de vista científico, la investigación genética de la esquizofrenia presenta varios problemas al elaborar el diagnóstico.

Son tres tipos de estudios realizados, a través del campo genético para determinar la etiología de la esquizofrenia: estudios de familias, estudios de gemelos y estudios de adopción.

Por mucho tiempo se ha considerado a la esquizofrenia como una enfermedad familiar, pues no es raro encontrar a más de un miembro de familia con esquizofrenia. Otras veces se ha observado que presentan otros trastornos psicóticos, anomalías de carácter y de la personalidad, que los hacen vulnerables de sufrir una forma leve o latente de la enfermedad.

Los riesgos que se presentan entre los familiares son superiores al de la población en general y éste aumenta con la proximidad de parentesco. Esto podría sugerir que haya una transmisión genética, pero las cifras no prueban tal cosa, pues existen trastornos y enfermedades que se agrupan en familias sin tener ninguna causa genética. Se podría pensar más bien en una situación ambiental compartida, o el tipo de educación, por lo que los estudios realizados sobre la herencia no confirman el hecho (Obiols y Obiols, 1989).

Los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo para la esquizofrenia aproximadamente diez veces superior al de la población en general. Las tasas de concordancia para la esquizofrenia son más altas en gemelos

monocigotos que en dicigotos. Los estudios de adopción han demostrado que los familiares biológicos de los sujetos con esquizofrenia tienen un riesgo sustancialmente elevado para desarrollar esquizofrenia, mientras que los familiares adoptivos no tienen aumentado el riesgo. A pesar de la importancia que tiene el factor genético, también es importante mencionar los factores ambientales (DSM IV TR, 2001).

La hipótesis genética de la esquizofrenia en gemelos monocigóticos será superior al de los gemelos dicigóticos el riesgo en estos últimos debe ser similar al de los hermanos normales.

Los primeros estudios de adopción y esquizofrenia fueron llevados a cabo a finales del '68 y la década de los '70. Se estudiaron 5,483 adoptados. De estos 507 tenían antecedentes psiquiátricos y fueron evaluados, a través de las historias clínicas, por dos psiquiatras daneses. El diagnóstico podría ser: 1) esquizofrénico 2) probable esquizofrénico y 3) no esquizofrénico. Se detectaron así 33 casos de esquizofrenia, que fueron emparejados con 33 adoptados normales de características similares. Se detectaron 470 familiares, que se dividían en cuatro categorías básicas: familiares biológicos de esquizofrénicos, familiares biológicos de casos normales, familiares adoptivos de esquizofrénicos, familiares adoptivos de casos normales.

La hipótesis genética de la esquizofrenia predice que, de los cuatro grupos, sólo el primero debe mostrar cifras de riesgo esquizofrénico superior a las normales. Los resultados apoyan la hipótesis genética: 21% de los familiares biológicos de los esquizofrénicos adoptados caían en el espectro esquizofrénico, en tanto que solo un 11% en los familiares biológicos de los adoptados controles (Obiols y Obiols. 1989).

2.4.1 Factores ambientales en la esquizofrenia

La forma en la que una familia se desenvuelve en el espacio y en el tiempo, en qué espacio, en qué tiempo, qué cosas son privadas o son compartidas, y por quiénes, ésta y muchas otras cuestiones se dilucidan mejor si se ve qué clase de mundo ha adoptado para sí la

familia, tanto en su conjunto como, diferencialmente, para cada uno de sus miembros. Parte del problema es la aparente discontinuidad entre los procesos del sistema y las acciones de los agentes que constituyen el sistema. Sucesos, incidentes, acontecimientos pueden ser actos realizados por actores, o pueden ser el resultado de una serie continua de operaciones que no tienen ninguna agente como responsable.

Hasta ahora no se ha podido establecer la etiología de la esquizofrenia, sólo con los factores genéticos y fisiológicos, así surgen consideraciones de cómo inciden los factores ambientales en la enfermedad, éstos son considerados como la dinámica familiar, el estrés y las diferencias culturales y sociales.

En lo que se refiere a la influencia de la familia, los teóricos han sugerido dos formas en que la interacción familiar puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia: las Teorías Psicodinámicas y la Teoría del Doble Vínculo Afectivo.

Las teorías psicodinámicas, establecen que ciertos patrones de conducta de los padres pueden inhibir el desarrollo apropiado del yo en el niño, que tendría el efecto de vulnerabilidad a la regresión grave, lo cual es característico de la esquizofrenia. La atención se centra sobre todo en la madre, quien por lo general tiene un mayor contacto con el niño.

Haley (1972), afirma que la madre es la figura central en el desarrollo de la esquizofrenia y la describe como poseedora de una personalidad de actriz, capaz de dramatizar las relaciones interpersonales en una amplia gama de actitudes opuestas, sin embargo este autor hace hincapié en que la interacción con la personalidad de la madre no es suficiente, se requiere de un padre ausente, con una terquedad sin igual y con la habilidad de mantener a su mujer en un estado de desesperación exasperada que la empuja a poner en juego toda la gama de conductas que posee.

Además de las investigaciones realizadas por Sullivan, Laing y Esterson (1986), citado en Greenberg y Mitchel (1983) buscaron demostrar que el medio ambiente del esquizofrénico es una de las causas generadoras de la esquizofrenia, si bien no explican en forma totalmente

satisfactoria el surgimiento del padecimiento, si demuestran que la esquizofrenia no es un proceso que emerja dentro de un organismo como un proceso biológico, sino psicológico.

2.4.2 La Teoría del Doble Vínculo Afectivo

Bateson y cols. (1956), enfocaron sus investigaciones sobre la comunicación esquizofrénica, desde un punto de vista radicalmente distinto de aquellas hipótesis según las cuales la esquizofrenia constituye primariamente un trastorno intrapsíquico (un trastorno del pensamiento, una función yoica débil, una inundación de la conciencia por material del proceso primario, etc.), que afecta secundariamente las relaciones del paciente con las demás personas y, eventualmente, las de éstas con él. Un grupo de investigadores adoptaron el enfoque contrario y se preguntaron qué secuencias de la experiencia interpersonal provocarían (en lugar de ser el efecto) una conducta capaz de justificar el diagnóstico de esquizofrenia. Supusieron que el esquizofrénico “debe vivir en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no convencionales resulten en cierto sentido adecuados”. Esto los llevó a postular e identificar ciertas características esenciales de tal interacción, para las cuales crearon el término *doble vínculo*.

Los componentes de un doble vínculo pueden describirse de la siguiente manera:

- 1) Dos o más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas. Situaciones en las que esas relaciones intensas existen e incluyen pero no se limita a la vida familiar (en particular la interacción parento-filial): también abarcan, entre otras, la situación de enfermedad; la dependencia material; el cautiverio; la amistad; el amor; la lealtad hacia un credo, una causa o una ideología; los contextos que están bajo la influencia de las normas sociales o la tradición, y la situación psicoterapéutica.
- 2) En ese contexto se da un mensaje que está estructurado de tal modo que: a) afirma algo, b) afirma algo de su propia afirmación y c) ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes. Así, si el mensaje es una instrucción, es necesario desobedecerlo para obedecerlo; si es una definición del self o del otro, a persona así definida es esa clase

de persona sólo si no lo es, y no lo es si lo es. Así, el significado del mensaje es indeterminado en el sentido descrito.

- 3) Por último, se impide que el receptor del mensaje se evada del marco establecido por ese mensaje, sea metacomunicándose (comentando) sobre él o retrayéndose. Por lo tanto, aunque el mensaje carezca de sentido desde el punto de vista lógico, constituye una realidad pragmática: el receptor no puede dejar de reaccionar pero tampoco puede reaccionar a él en forma apropiada (no paradójica), pues el mensaje mismo es paradójico. Esta situación suele estar determinada por la prohibición más o menos explícita de manifestar que se tiene conciencia de la contradicción o del verdadero problema implícito. Por lo tanto es probable que una persona en una situación de doble vínculo se vea castigada (o al menos se sienta culpable) por tener percepciones correctas, y sea definida como “mala” o “loca” incluso por insinuar que puede haber una discrepancia entre lo que realmente ve y lo “debería” ver.

Jonhson y cols. (1956) mencionan que cuando los niños percibían el enojo y la hostilidad de un progenitor, como sucedía en numerosas ocasiones, aquél negaba su enojo e insistía en que el niño hiciera lo mismo, de modo que éste se veía en el dilema de creer al progenitor o a sus propios sentidos. Si confiaba en sus sentidos, mantenía un firme contacto con la realidad; si creía al progenitor, conservaba la relación que necesitaba, pero distorsionaba su percepción de la realidad.

El doble vínculo da lugar a conducta paradójica, lo que a su vez, crea un doble vínculo para quien lo estableció. Una vez que dicho patrón ha comenzado a actuar, virtualmente carece de sentido preguntar cuándo, cómo y por qué se estableció, pues, los sistemas patológicos exhiben una cualidad de tipo círculo vicioso, curiosamente autoperpetuadora.

El problema de la patogenicidad del doble vínculo no puede resolverse en términos de una relación causa-efecto el vínculo no causa esquizofrenia. Lo que puede decirse es que, cuando el doble vínculo se ha convertido en el patrón predominante de comunicación, y cuando la atención diagnóstica está limitada al individuo manifiestamente más perturbado, la conducta de este individuo, según se comprobará, satisface los criterios diagnósticos de la

esquizofrenia. Sólo en este sentido puede considerarse el doble vínculo como agente causal y, por ende, patógeno.

Esta teoría fue propuesta por Bateson, Haley y Weakland desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto, California (1956) en la cual sugiere que en el desarrollo de la esquizofrenia la constante es la sujeción del individuo a una situación llamada doble vínculo, en la que el paciente esquizofrénico se enfrenta a formas de comunicación (dobles mensajes) dentro de la familia que le causan conflictos internos, pero que tiene que resolver. La hipótesis de Bateson fue que cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de discriminar entre tipos lógicos de comunicación.

Las características de doble vínculo con respecto a la comunicación son tres:

1. El individuo siente que en la relación él es de vital importancia, para poder distinguir con exactitud el tipo de mensaje que se le está comunicando, y poder responder adecuadamente.
2. El individuo está atrapado en una situación en la que el otro está expresando dos clases de mensajes, en la cual uno niega al otro.
3. Por último, el individuo es incapaz de comentar los mensajes que le están siendo mandados para corregir su discriminación de la clase de mensaje al que debe responder.

Esta situación se da entre el preesquizofrénico y su madre, pero también con el padre o con uno o más miembros de la familia. La madre mantiene al niño en una situación de simbiosis a través de mandatos contradictorios, de modo tal que el niño se siente reprobado si dice o hace una cosa determinada e igualmente reprobado si no la hace. Searle (1980), quien ha seguido esta teoría, afirma que existe una razón aun más poderosa para la prolongación de esta simbiosis hasta la edad de adulto del hijo, y esa razón es el sacrificio esencialmente amoroso y leal que el hijo realiza para preservar el inestable equilibrio de su madre.

Berger (1993), apoya lo anterior, mencionando que el hijo siente que su propia personalidad enferma funciona acoplada con la de su madre, a la que mantiene a salvo. Lo que

encontraron los autores fue que ciertos aspectos de la personalidad de los padres y la interacción de todos los miembros de la familia determinaban gran parte de los que se consideraban fenómenos característicos de los individuos diagnosticados como esquizofrénicos.

2.4.3 Modelo Diátesis – Estrés de la Esquizofrenia

Este modelo implica una vulnerabilidad al trastorno, la cual puede ser heredada o adquirida, combinada con el impacto de los agentes estresantes. La falta de evidencia que señale una etiología única para la esquizofrenia ha llevado a los investigadores a proponer un modelo general que enfatiza la interacción entre la genética y los factores estresantes ambientales en la esquizofrenia.

Zubin y Spring (1977) plantean que existen dos componentes para que se desarrolle el trastorno de esquizofrenia, pudiendo ser: el innato y el adquirido lo que puede ser un importante factor de vulnerabilidad para el sujeto. El innato o congénito se encuentra en los genes y se refleja en el ambiente interno y en la neurofisiología del organismo; mientras que el adquirido, se debe a la influencia de: traumas, enfermedades específicas, complicaciones perinatales, experiencias familiares, interacción con el medio y otros sucesos de la vida.

La vulnerabilidad de un individuo es la capacidad que éste tenga para lograr una homeostasis, pero si se desequilibra por alguno de los sucesos anteriores, es posible que desarrollar un desorden o trastorno. Por lo que cualquier evento o contingencia en su vida son suficientes para provocar un episodio. Existen dos clases de eventos que intervienen en la vulnerabilidad: los sucesos endógenos y los exógenos.

Los endógenos pueden ser producidos por efectos bioquímicos o neurofisiológicos. Los exógenos son sucesos de la vida que pueden ser eventos estresantes y que juegan un papel importante en la génesis de un trastorno mental (Brown, 1968).

Si el estrés causado por los sucesos exógenos permanece abajo del umbral de la vulnerabilidad, el individuo responde al estresor de una manera homeostática elástica y permanece bien dentro de los límites de normalidad. Pero si el estrés excede el umbral, la persona está propensa a desarrollar episodios psicopatológicos de algún tipo.

Según este modelo, la esquizofrenia se desarrolla cuando una persona vulnerable se encuentra con estrés y carece de acceso a los recursos o sistema de apoyo social que necesita para afrontarlos. Una persona vulnerable puede no experimentar episodios psicóticos, si tiene buenas habilidades de afrontamiento, toma medicamentos antipsicóticos o es criado en una familia que le brinda sostén y tiene buenos apoyos sociales. Así, este modelo integra factores biológicos, psicosociales y ambientales, una persona puede tener vulnerabilidad específica (diátesis) que cuando se activa por algún factor ambiental estresante, permite que aparezcan síntomas de esquizofrenia. La base biológica de una diátesis puede tomar forma mediante influencias epigenéticas como el abuso de sustancias, el estrés psicosocial y los traumatismos. (Sue, 1995; Kaplan y cols., 1994).

Otros factores que involucran el estrés son los acontecimientos vitales que podrían interactuar con índices de vulnerabilidad personal para desencadenar la esquizofrenia, donde el ambiente familiar parece ser el más importante, ya que como se ha visto las familias de esquizofrénicos se caracterizan por formas peculiares de organización y relación. La importancia que ha adquirido el estudio de las familias y el ambiente que genera tensión en éstas ha hecho que se clasifiquen las actitudes como EE (emoción expresada). Esta teoría propone, que algunas familias experimentan elevados niveles de malestar y dejan que sus pensamientos y rutinas de la vida diaria les abrumen, una de las formas que afrontan estos problemas es invadiendo en exceso la vida diaria y las decisiones del más débil, así como un exceso de críticas u hostilidad hacia el miembro de la familia (Miklowitz y Goldstein, 1983).

2.4.4 Psicopatología del desarrollo

Se interesa en estudiar los orígenes y curso de patrones desadaptativos de conducta, entre los cuales se puede considerar a la esquizofrenia. Esta teoría establece como su campo de

acción el descubrimiento y estudio de todos los recorridos de desarrollo en el individuo, realizando comparaciones entre lo que se puede llamar cursos normales y desadaptativos del desarrollo, y es aquí donde estriba la mayor singularidad de la aproximación evolutiva a la Psicopatología: los padecimientos son vistos como una desviación del desarrollo. Busca definir, seguir y entender las líneas normales del desarrollo de las personas, especificar cuales son las desviaciones secuenciales de las conductas que ocurren en tanto los individuos siguen esos cursos atípicos de desarrollo y descubriendo los factores que desvían y regresan a los individuos a cualquier tipo de recorrido (Vázquez, 2002).

Los genes y el ambiente deben, ser considerados juntos. Pero estos no bastan para explicar la patología o el desarrollo normal, hay un tercer factor determinante que es el desarrollo precedente en sí mismo. Este modelo sugiere una continuidad en el desarrollo. Tal continuidad, se deriva de factores ambientales, individuales y del ínter juego de ambos. De esta manera se establece el puente necesario entre las teorías biológicas y las medioambientalistas que han tratado de explicar la etiología de la esquizofrenia.

Así mismo, Sroufe (1989), menciona que los padecimientos mentales tradicionales, que se estudian en base a sus orígenes y el curso de los patrones desadaptativos de la conducta se centran en aquellos individuos, que habiéndose desviado de los recorridos del desarrollo normal finalmente remiten y alcanzan una adaptación adecuada. Y por otra parte, aquellos que consistentemente en su recorrido derivan en patología se sitúan en una tercera opción después de la psicopatología que ha sido descrita por la clínica y los síntomas de las explicaciones de la teoría psicoanalítica ortodoxa.

2.5 Epidemiología

Existe un factor hereditario en la aparición de la enfermedad. Los estudios han sido epidemiológicos en general y de adopción. Se acepta que la transmisión de de la enfermedad no obedece a las leyes mendelianas simples y no ha sido posible identificar el gen responsable del padecimiento.

Por otro lado sólo se encuentra el 50% en los estudios de gemelos idénticos, por ello, se considera que existen algunos factores ambientales (biológicos y sociales), cuya presencia resulta indispensable para que se manifieste la enfermedad.

Con base en los estudios realizados en familias se ha podido calcular el riesgo de sufrir esquizofrenia de acuerdo a la consanguinidad con el paciente. Así, se observa que la tasa de concordancia más alta se da en el gemelo monocigoto (48%) y la más baja en la población general (1%). Ver cuadro 1.

Riesgo Genético en la Esquizofrenia

Parentesco	Riesgo de padecer la enfermedad
Gemelo monocigoto	48%
Gemelo dicigoto	18%
Ambos padres	35%
Un padre	12%
Hermano	12%
Tíos o primos	4%
Población general	1%

Cuadro 1

Fuente: <http://www.ual.es/personal/lfuentes/esquizo.pdf>

Acerca de la predisposición a padecer esquizofrenia los principales factores ambientales biológicos que se han asociado a un mayor riesgo de padecer esquizofrenia, son el trauma obstétrico, la infección viral de la madre en etapa prenatal (2do trimestre del embarazo), la incompatibilidad a RH o grupo sanguíneo y la desnutrición prenatal. De éstos, el trauma obstétrico es el más estudiado; diversas investigaciones indican que incrementa en forma importante el riesgo de padecer la enfermedad.

El mecanismo fisiopatológico no es del todo claro. Se han realizado estudios en animales de laboratorio en los que se asocian hipoxia neonatal y cuya alteración consistente en

un aumento de dopamina en el sistema nigroestriatal (fisiopatología asociada a la esquizofrenia), se manifiesta en la edad juvenil de los animales. Estas y otras investigaciones han dado sustento a la hipótesis de que la esquizofrenia es un trastorno del neuro-desarrollo, propiciada por una lesión de causas diversas durante la fase crítica del crecimiento.

El riesgo de presentar esquizofrenia por alguno de los determinantes ambientales biológicos se ha calculado a través de estudios de seguimiento.

Los factores de riesgo además de la indispensable predisposición genética para la enfermedad son identificados en el Cuadro 2.

Factores de Riesgo Ambiental Biológico en la Esquizofrenia

Situación Ambiental Biológica	Riesgo
Preclampsia	9%
Trauma obstétrico	7%
Incompatibilidad Rh o grupo sanguíneo	3%
Desnutrición prenatal (2do trimestre)	2%
Infección Viral materna (2do Trimestre)	2%

Cuadro 2

Fuente: <http://www.ual.es/personal/lfuentes/esquizo.pdf>

En los factores sociales que predisponen a sufrir el padecimiento, la mayoría de los estudios coinciden en que si bien los estudios coinciden en que si bien los estresores sociales pueden desencadenar un episodio psicótico, se han descartado como etiología de la esquizofrenia el ambiente social o el familiar del paciente. Al respecto los estudios de adopción han respaldado esta tesis. Por muchos años, la idea de que el trato de la madre era el elemento que causaba la esquizofrenia, ocasionó una mayor desintegración familiar, sin embargo, la madre es la única persona que asume la responsabilidad en el cuidado del paciente.

En los últimos años se sabe que existen ambientes que son alterados por familiares que empeoraron la evolución del paciente. Se ha usado el concepto de familias con niveles altos de emoción expresada (EE), para identificar a aquéllos que propician un mayor número de recaídas en los pacientes con esquizofrenia (Rascon, 1999).

Con respecto al desencadenante de la esquizofrenia, no se ha determinado una causa única responsable del padecimiento, se acepta que la esquizofrenia es un padecimiento poligenético, o sea que debe existir una cierta interacción de varios genes para que un individuo presente una predisposición a padecerla; y multifactorial, ya que el inicio de la enfermedad no sólo se explica a través de la herencia. “Un individuo nace con predisposición genética y la exposición a los factores ambientales biológicos mencionados, lo convierte en un individuo vulnerable, que ante un evento estresor podrá desarrollar la enfermedad manifestándose a través de un primer episodio psicótico”.

Los análisis de estudios epidemiológicos llevados a cabo a nivel mundial, publicados durante los últimos 30 años, indican que la prevalencia de la esquizofrenia, definida como el número total de casos que se presentan en una población particular, en un momento determinado o durante periodos de tiempo dado, fluctúa de 0.6 a 8.3 casos por cada 1000 habitantes, aunque esta varía enormemente bajo la influencia de factores demográficos (Sue, 1988).

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población mundial mayor de 15 años, por lo que se calcula que en la actualidad la padecen más de 500 000 mexicanos. Su diagnóstico antes de esa edad es controversial, por ello, la apreciación de su magnitud debe estimarse en ese ajuste. Se calcula la aparición de un caso nuevo por cada 1000 habitantes, de seguir esta tendencia dentro de 10 años se podría duplicar el número de esquizofrénicos en México. El padecimiento afecta en igual proporción hombres y mujeres, sin embargo, tiene algunas diferencias genéricas: los hombres la inician entre 15 a 25 años, mientras que las mujeres, entre los 20 y 35 años; los primeros tienen una evolución severa.

Actualmente la esquizofrenia se observa más en los países en vías de desarrollo, lo que hace veinte años no sucedía, pues se consideraba que existía una distribución homogénea, afecta con mayor frecuencia a los grupos socioeconómicos más desprotegidos, dadas las limitaciones que han prevalecido en la atención.

Según el DSM-IV-TR (2001), estudios llevados a cabo en el Reino Unido y Estados Unidos sugieren que la esquizofrenia puede diagnosticarse más a menudo en individuos afroamericanos y asioamericanos que en otros grupos raciales. No queda claro si estos hallazgos representan diferencias reales entre razas o si son el resultado de un sesgo clínico o una falta de sensibilidad cultural.

En Sartorius y cols. (1986) en Fitton (1993), se encuentran los siguientes estimados a nivel mundial sobre la incidencia anual de esquizofrenia, basados en las primeras referencias para el cuidado de la salud; varían de 0.11 a 0.70 casos por cada 1000 habitantes. Al mismo tiempo indicaciones preliminares sugieren que la incidencia (basado en las tasas de primera admisión) ha declinado en los años recientes, y que la enfermedad es ahora menos severa en general, de lo que fue en los primeros años del siglo pasado.

Otro dato epidemiológico comprobado en múltiples estudios es que los esquizofrénicos tienden a nacer de forma desproporcionadamente alta en los meses más fríos del año. Este hecho es muy notorio en el hemisferio norte y se da también, aunque de forma menos marcada, en el hemisferio sur. Los estimados a nivel mundial de la incidencia anual de esquizofrenia, basados en las primeras referencias para el cuidado de la salud, varían de 0.11 a 0.70 casos por 1000 habitantes. De este modo, la tasa de incidencia es menor a un décimo la tasa de prevalencia. A pesar de las variaciones regionales en las prácticas de diagnóstico, las tasas de incidencia parecen comparables en las diversas poblaciones geográficas.

En general puede decirse que alrededor de un 1 % de la población se verá afectada por esquizofrenia en el curso de su vida, porcentaje válido transculturalmente (Buela-Cazal, 1995).

Según el DSM-IV-TR (2001), estudios llevados a cabo en el Reino Unido y Estados Unidos sugieren que la esquizofrenia puede diagnosticarse más a menudo en individuos afroamericanos y asioamericanos que en otros grupos raciales. No queda claro si estos hallazgos representan diferencias reales entre razas o si son el resultado de un sesgo clínico o una falta de sensibilidad cultural.

2.6 Sintomatología

El sujeto con esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado (ej., sonrisa, risa o expresión facial tonta en ausencia de estímulos apropiados), que es una de las características definitorias del tipo desorganizado. La anhedonia es frecuente y se manifiesta por una pérdida de interés o de placer. El humor disfórico puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira. Puede haber alteraciones del patrón del sueño (ej., dormir durante el día y actividad o intranquilidad nocturna). El sujeto puede mostrar una falta de interés en comer o rechazar los alimentos como consecuencia de sus creencias delirantes. A menudo se observan alteraciones de la actividad psicomotora (ej., alteración de la marcha, balanceo o inmovilidad apática). Dificultades de concentración, atención y memoria.

Kaplan y cols. (1994), mencionan que es importante basar los signos y síntomas de la esquizofrenia en tres principios:

1. Ningún síntoma o grupo de síntomas tiene valor diagnóstico específicamente para la esquizofrenia, es decir no se puede diagnosticar con base en el examen del estado mental, es esencial tomar en cuenta la historia del paciente.
2. Los síntomas de un paciente cambian con el tiempo, pueden aparecer diferentes síntomas o ser intermitentes a lo largo del curso.
3. Tomar en cuenta el nivel educacional del paciente, su capacidad intelectual, su grupo cultural de origen.

Andreasen (1996), menciona que durante un tiempo en la investigación y conceptualización de la esquizofrenia, la dicotomía síntomas positivos/síntomas negativos ha

ido demostrando sus limitaciones y cediendo gradualmente paso a otras formulaciones que consideran más de dos dimensiones en la sintomatología de la enfermedad.

Empíricamente, las escalas para evaluar síntomas positivos y negativos muestran coherencia interna, por lo que parecen representar agrupaciones coherentes de síntomas. Sin embargo, mientras las escalas para evaluar síntomas negativos en general muestran un buen grado de coherencia interna, las escalas de síntomas positivos tienen un grado de coherencia menor. Se requieren tres o más factores distintos para dar cuenta de la sintomatología esquizofrénica.

Strauss y cols. (1994) plantearon la hipótesis de que tres procesos independientes podrían dar cuenta de tres tipos de signos y síntomas en la esquizofrenia. Estos son:

1. Síntomas positivos: alucinaciones, delirios, trastornos del curso formal del pensamiento y conducta extravagante.
2. Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia y apatía.
3. Trastorno de las relaciones interpersonales y sociales.

Para estos autores, los síntomas positivos podrían constituir una reacción a una variedad de causas orgánicas, psicológicas o del ambiente familiar. Los síntomas negativos pueden ser reflejo de un trastorno primario crónico, un proceso originado en un tipo de experiencia familiar específico, o una respuesta a la reacción de la sociedad frente a los síntomas del enfermo. Los trastornos de las relaciones interpersonales parecen tener su propia historia longitudinal y consistencia como proceso patológico.

Los tres tipos de síntomas tendrían un valor pronóstico distinto: el trastorno en las relaciones interpersonales tendría la mayor importancia pronóstica, seguida por los síntomas negativos; en cambio, los síntomas positivos tendrían una importancia pronóstica relativamente escasa. Este modelo recibió apoyo empírico de un estudio efectuado por Lenzenweger en 1991 (Owen, 1996).

No obstante, si bien los estudios apoyan la existencia de un síntoma positivo y otro negativo, se requieren tres o más factores distintos para dar cuenta de la sintomatología esquizofrénica. Por consiguiente, un modelo de sólo dos dimensiones sería claramente insuficiente (Andreasen, 1996).

Liddle (1989), denominó un tercer grupo al que llamó síndrome de desorganización, después de aplicar un análisis factorial independientemente de las subescalas que la integran, identificó tres síndromes. Estos son:

1. Pobreza psicomotora (pobreza del discurso, aplanamiento afectivo y disminución de movimientos)
2. Distorsión de la realidad (delirios y alucinaciones variados).
3. Desorganización (trastornos formales del pensamiento, afecto inapropiado y pobreza del contenido del discurso).

Los pacientes individuales pueden presentar una o más de las agrupaciones de síntomas así establecidas; por ejemplo un paciente puede tener tanto un síndrome de pobreza psicomotora como uno de distorsión de la realidad. El autor supone que cada síndrome podría estar relacionado con una o más áreas cerebrales disfuncionales, afectando a un sistema que modula o controla mecanismos dopaminérgicos límbicos (Hirsch, 1988).

Silva (1993), comenta que se debía agregar un cuarto síndrome: el afectivo. Se consideraba que las manifestaciones afectivas formaban parte de la sintomatología esquizofrénica, incluso en algunas etapas de la enfermedad pueden ser las manifestaciones más relevantes.

Conrad (1963), por su parte, señaló que los pacientes esquizofrénicos pueden ser invadidos por un estado de ánimo de tinte melancólico que resulta indistinguible de la depresión endógena.

Los conceptos de los últimos años acerca de la sintomatología esquizofrénica han vuelto a acercarse a lo planteado por Kraepelin y Bleuler. El énfasis se otorgó a la dicotomía

síntomas positivos/síntomas negativos está dejando paso a un mayor interés por la totalidad de los síntomas esquizofrénicos. El desarrollo de los antipsicóticos atípicos, que tienen eficacia sobre un rango más amplio de síntomas esquizofrénicos ha estimulado fuertemente esta tendencia.

En cuanto a los síntomas negativos, se ha puesto especial énfasis en su diagnóstico diferencial. Tal como se ha señalado, los síntomas negativos pueden ser primarios, duraderos y representar manifestaciones nucleares de la enfermedad, o pueden ser secundarios. En el primer caso constituyen lo que Carpenter y Heinrichs (1985), llamó "*síndrome deficitario*". Los síntomas secundarios pueden ser el resultado de factores extrínsecos a la esquizofrenia, como efecto colateral de medicamentos y privación ambiental o consecuencia de otros síntomas como afecto disfórico.

El comienzo de un episodio psicótico, o la exacerbación de los síntomas positivos, suele asociarse a un aumento de los síntomas negativos. Este aumento puede deberse a una desorganización del funcionamiento psíquico del paciente o a la preocupación psicótica por las experiencias internas propias. El retraimiento social y emocional puede constituir maniobras defensivas para reducir el impacto de los estímulos externos y del estrés sobre los procesos cognoscitivos desorganizados (Buchanan y Gold, 1996).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se dividen en dos grupos: síntomas positivos, reflejan un exceso de distorsión de las funciones normales; incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Esta clase de síntomas incluyen dos dimensiones distintas que a su vez pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la dimensión psicótica, incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la dimensión de desorganización, incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizado.

Síntomas negativos, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento emocional), de la fluidez y de la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se reflejan en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. La abulia esta caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en particular en el trabajo o las actividades sociales. El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencias de un síntoma positivo (p. ejemplo, una idea delirante paranoide o una alucinación importante. (DSM-IV-TR-2001).

2.7 Subtipos

Los subtipos clásicos de la esquizofrenia han sido cuatro: el paranoide, el catatónico, el hebefrénico y el propuesto por Bleuler en 1950, la esquizofrenia simple. Los subtipos o formas clínicas fueron establecidas por Kraepelin, que consideraba su propia clasificación como provisional (Obiols y Obiols, 1989).

1. Esquizofrenia paranoide: consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.
2. Esquizofrenia catatónica: es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
3. Esquizofrenia hebefrénica: se manifiesta de esta forma es principalmente con trastornos afectivos, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias, también es frecuente el comportamiento irresponsable e

imprevisible. La afectividad es superficial e inadecuada, se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas, hace muecas y tiene modales de burlas, quejas hipocondríacas, pensamiento, desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente.

4. Esquizofrenia simple: es un trastorno que no es muy frecuente pero que siempre esta incidiendo en el desarrollo, manifestándose con comportamientos extravagantes. Existe también la imposibilidad para responder a las demandas que el medio ambiente exige. En general se presenta una disminución del rendimiento en todas las áreas de la vida del individuo. No presenta alucinaciones, ni ideas delirante. Su diagnóstico es difícil ya que no se manifiesta claramente como un trastorno psicótico.

2.8 Diagnóstico

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.

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

La diversidad de los fenómenos esquizofrénicos hace que su comprensión sea más difícil de alcanzar que en cualquier otra clase de trastornos mentales. La esquizofrenia no es una entidad nosológica definida, sino que abarca todo un grupo de enfermedades. Pero este grupo se caracteriza por ciertos rasgos que le son comunes, entre ellos, de carácter extraño y grotesco de los síntomas, lo absurdo e imprevisible de los afectos y las ideas intelectuales, y la conexión evidentemente inadecuada que se establece entre unas y otras (Fenichel, 1984).

2.9 Pronóstico

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

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

Los antecedentes de una buena adaptación en las áreas de funcionamiento social, sexual y ocupacional previo a la crisis también son indicadores de un pronóstico favorable. Se ha encontrado que los pacientes casados tienen un mejor pronóstico que los solteros. El hecho de que se encuentren casados es una posibilidad de mantener lazos interpersonales que puedan servir como puente para defenderse del aislamiento en el que comúnmente caen los pacientes. La presencia de depresión en el síndrome esquizofrénico tiene mejor pronóstico. El retraimiento emocional sostenido y las respuestas afectivas indiferentes o inapropiadas son signos de pronósticos bastante sombríos.

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

se ubica en el enfermo y únicamente en él se establece el diagnóstico, pronóstico y tratamiento se le toma de manera aislada al contexto en el que se encuentra.

Así se entiende que el buen ajuste premórbido de una persona es su ajuste socio-sexual antes de la aparición de los síntomas, necesariamente se tiene que ver que estas dependen del medio ambiente, de las experiencias relacionales (Greenberg y Mitchel, 1983).

2.10 Tratamiento

A lo largo de la historia se han recibido diversos tipos de tratamiento, desde el confinamiento en manicomios sobrepoblados, pasando por la lobotomía, los tratamientos insulínicos, el tratamiento electroconvulsivo y la terapia farmacológica utilizada desde la aparición de neurolépticos o antipsicóticos y el abordaje psicológico.

En México, el tratamiento es fundamentalmente farmacológico y en etapa de crisis hospitalización; en algunos casos en los cuales hay respuesta refractaria a la farmacoterapia aún se llega a utilizar el tratamiento electroconvulsivo (Vázquez, 2002).

Los avances de mayor importancia en el tratamiento de la esquizofrenia han significado una secuencia de soluciones a problemas relacionados con el síndrome esquizofrénico. Se ha buscado solucionar la sintomatología positiva que es la que en su momento llamó más la atención y causa los más notorios trastornos de conducta que exigen solución inmediata. Se ha estudiado la sintomatología negativa y se han hecho avances notables en el campo de la lucha contra ella como el componente más prominente del síndrome deficitario que puede aquejar a un paciente esquizofrénico. Se ha procurado que los estudios del factor cognitivo en la esquizofrenia se definan como uno de los principales pasos para conseguir la reintegración del paciente en plazos cuya duración se aspira a que sea cada vez más corta. Sin embargo, nada de lo anterior será posible si el cumplimiento de la medicación no se produce en la medida esperada, ya que la diversa mejoría de la sintomatología que los fármacos procuran, constituye la base de casi todo el resto de las intervenciones terapéuticas sobre la esquizofrenia como enfermedad deteriorante. El

cumplimiento refleja el grado en que los pacientes siguen las indicaciones del médico tratante (Damrosch, 1995).

El cumplimiento también puede definirse como la relación entre el tratamiento que realmente se lleva a cabo y el que fue prescrito. Los médicos con frecuencia sobrestiman la adherencia a los tratamientos que indican y no suelen explicar las fallas terapéuticas con el incumplimiento. Sin embargo, este es un problema importante en la práctica médica general que involucra el 20 y 80% de los pacientes según sus características y el tipo de enfermedad que tengan. Así por ejemplo quienes padecen enfermedades crónicas como la esquizofrenia, son más propensos a incumplir el tratamiento que aquellos con cuadros agudos (Fleischhacker y cols. 1994).

En psiquiatría, el incumplimiento tiene especial importancia porque los pacientes pueden rechazar la terapia y ésta generalmente es necesaria por períodos prolongados. Varios estudios han hallado altas tasas de incumplimiento en esquizofrénicos. Por ejemplo Weiden, (1995), encontró que el 74% de pacientes esquizofrénicos ambulatorios sensibles a los antipsicóticos (especialmente por sus efectos colaterales) abandonaban el tratamiento regular dentro de los 2 años luego de ser dados de alta. Esto conlleva consecuencias importantes. Como quienes no siguen el tratamiento tienen un riesgo marcadamente mayor de reinternación; sus recaídas son más frecuentes, más graves y de mayor duración; son más propensos a cometer suicidio, actos violentos y homicidio.

En el seguimiento a largo plazo de pacientes esquizofrénicos y en el análisis riguroso de los datos de cumplimiento, se ha observado que factores relacionados con la enfermedad, e inclusive las variables sociodemográficas pueden no explicar el incumplimiento. Una de las pocas variables que explican el incumplimiento a largo plazo están ligadas a la conciencia de enfermedad (Linden, 1998).

Un factor importante que hay que considerar es la evolución de los pacientes en el curso natural de la enfermedad. El estudio IOWA 500, que siguió la historia natural de esquizofrénicos en la etapa prefarmacológica señala que hacia los 5 años de evolución de la

enfermedad, el porcentaje de pacientes que se pueden considerar recuperados es de 14%, y hacia los 10-20 años, la cifra se eleva sólo a 19% (Winokur, 1996).

Se ha puesto de manifiesto que un alto porcentaje de esquizofrénicos no mejoran o se recuperan parcialmente a pesar de la terapéutica psicofarmacológica. Estos autores afirman que a pesar de la indudable eficacia terapéutica de los neurolépticos, éstos lo son especialmente para el brote agudo pero que la eficacia baja considerablemente a medida que avanza la enfermedad (Cabrero, 1988; Borgoños, Morcillo y Barcia, 1995).

Para Sullivan (1947), en Greenberg y Mitchell (1983), que inició sus investigaciones sobre esquizofrenia observó la disparidad entre sus pacientes, cuya patología parecía reflejar una adaptación a las circunstancias y cuyo lenguaje podía ser comprensible en ciertos contextos familiares. Así, se convenció de que la esquizofrenia no era un proceso que emergiera dentro de un organismo individual, sino como una reacción a los eventos y procesos que tienen lugar entre el individuo y su entorno, fundamentalmente con las personas significativas con quienes el paciente interactúa, así como los valores culturales y sociales que estas personas le transmiten.

2.11 Curso

La edad media de inicio para el primer episodio de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los hombres y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (por ejemplo: aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira).

Este dato puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los sujetos con una edad más temprana suelen ser hombres y tienen peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado

neuropsicológicamente y peor evolución. Por el contrario, los sujetos con una inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anomalías cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución.

La mayoría de los estudios del curso y evolución de la esquizofrenia sugieren que el curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos.

Al comienzo de la enfermedad los síntomas negativos pueden ser acusados, apareciendo primariamente como características prodrómicas. Los síntomas positivos aparecen después. Puesto que estos síntomas positivos son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos (DSM-IV-TR, 2001).

Capítulo III: Familia y Esquizofrenia

3.1 Antecedentes

La familia es considerada como la unidad social más importante y dentro de ésta se da la salud y la enfermedad. De esta manera no se puede separar a la familia y una enfermedad mental producida dentro de ésta, en la sociedad. Así, la esquizofrenia se debe considerar como un producto del ambiente social y la cultura en la que se desarrolla.

“Los criterios para la enfermedad y salud emocional no pueden restringirse al individuo, deben abarcar al individuo dentro del grupo. Puesto que los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo” (Ackerman 1978). La enfermedad mental se puede analizar en tres niveles: 1) lo que está pasando psíquicamente dentro de una persona 2) lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano y, 3) lo que está perturbado en el proceso social del ambiente mismo. Es decir, que la enfermedad mental se entiende como un proceso de enfermedad que tiene lugar en parte dentro de la persona y en parte fuera de ella. Por tal razón es importante observar como la percibe el medio donde se desarrolla.

Fromm (1991), expresa que la idea de Sullivan (1947), sobre el problema del esquizofrénico era “lo enfermo de las relaciones personales de su familia”, lo que aclara explicando que: una familia no malvada, sino aburrida, donde reina un absoluto vacío mortecino, sin relación verdadera de unos con otros, el niño puede ser un futuro esquizofrénico, al padece de “*hambre de relación personal*”.

Sullivan abandonó el modelo médico y con su estudio dio inicio a una nueva forma de explicar la esquizofrenia, su aportación más importante es haberse dado cuenta de que la característica fundamental de la patología esquizofrénica era una severa dificultad en la capacidad para relacionarse con otra gente y que ésta dificultad era producto no de un proceso biológico irreversible, sino de la historia de las interacciones del paciente con los otros (Sullivan, 1974).

Considerando a la familia como un sistema abierto donde existen interacciones entre sus componentes con la sociedad, y está ejerce influencia en el estado emocional de cada uno de los miembros que la integran se puede suponer que si la familia tiene un enfermo mental, entonces esta tiene un importante papel en el origen, desarrollo, rehabilitación y posible cura del enfermo. La mayoría de la gente no quisiera tener un enfermo mental en la familia, pero se ha observado que un gran número de familias tiene un integrante con algún tipo de enfermedad mental.

En la formación de este complejo sistema existen otras personas que van a influir como hermanos, tíos, abuelos, vecinos, etc., y para que se dé es necesario que se combinen diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos; por tal razón es necesario darle un enfoque global y no sólo individual. Se puede decir que la familia es una pequeña organización social descrita como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades entrelazadas entre sí, de la más profunda naturaleza, de tal manera que se supone que sus integrantes buscarán la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales (Estrada, 1975).

3.2 Familia y Figura Paterna

Es indudable que el tipo conyugal de familia, como unidad funcional, fue el primero en la historia humana, el primero que se integró en las estructuras sociales. La relación consanguínea es, desde luego, tan antigua como la relación sexual y la reproducción, pero su reconocimiento, y su utilización como criterio para delimitar la pertenencia de grupos sociales organizados, funcionales, deben haber exigido un grado considerable de refinamiento, de civilización.

La relación continúa de un hombre y una mujer constituye la base de toda unidad familiar conyugal, pero en estas unidades entran también otras relaciones: la de los padres con los hijos y la de los hijos entre sí. En lo que a la relación padre-hijo concierne, la madre constituye el punto central. La asociación del padre y del hijo es secundaria y proviene de su interés común por la madre y de su residencia común con ella (Linton, 1978).

El poder del padre sobre los miembros de la familia, siempre se había basado en la necesidad social, de la forma de dependencia directa. La significación del marco legal que protege a la familia radica en la importancia social de lo que protege. La participación futura del hijo en la propiedad del padre ha sido un motivo tan poderoso para la obediencia como la amenaza de desheredación.

Las emociones, las actitudes y las creencias enraizadas en la familia explican la coherencia del sistema cultural, constituyen un verdadero fundamento social. Parece pues necesario que la sociedad las mantenga vivas porque de ello depende la vida y la muerte de la civilización en su forma actual.

En el pasado, cuando el padre no podía desempeñar un papel directo en la educación de los hijos su lugar en la vida emocional de éstos era ocupado por un tío, un tutor, un maestro o algún otro individuo. La debilidad del padre, socialmente condicionada, y no compensada por sus explosiones ocasionales de masculinidad, impide que el niño se identifique realmente con él. El niño que en vez de la imagen del padre recibe sólo la imagen abstracta de un poder arbitrario, busca un padre más fuerte, más poderoso, un superpadre.

El niño tiene las mismas experiencias de amor y odio, en relación con sus padres, y pronto descubre que el padre no es, en modo alguno, la figura poderosa, el juez imparcial, el protector generoso que se le quiere presentar por lo que adopta una visión realista y prescinde de las exigencias y de las esperanzas con que la familia, aplazaba su ajuste radical al mundo exterior (Horkheimer, 1978).

3.3 Familia y figura materna

La madre planifica casi científicamente la educación del hijo, desde la dieta equilibrada hasta la proporción igualmente equilibrada entre la reprimenda y las manifestaciones de cariño, tal como recomienda la literatura psicológica popular. Toda su actitud hacia el niño se racionaliza; incluso el amor se administra como un ingrediente de higiene pedagógica. Consideran la maternidad como una profesión y adoptan hacia los hijos una actitud

pragmática. Desde esta postura la espontaneidad de la madre y su cariño, su sentimiento protector, natural e ilimitado tiende a desaparecer. La imagen de la madre pierde, por consiguiente, en las mentes de los hijos, su imagen mística y el culto por ella por parte de los adultos deja de ser una mitología, en el sentido estricto de la palabra, para convertirse en un conjunto de rígidas convenciones.

Las mujeres han sido admitidas en el mundo económico del hombre a costa de adoptar las pautas de comportamiento de una sociedad profundamente reedificada. La madre, separada de la comunidad de los hombres y obligada, a pesar de una idealización injustificada, a permanecer en una situación subordinada, representaba un principio distinto de la realidad.

La autoridad decisiva de la casa estaba representada por el padre y se afirmaba, en parte por lo menos, a través de una interacción intelectual. A la vez, el papel de la madre impedía que el ajuste se llevase a cabo en forma demasiado súbita y radical, a expensas de la individualización.

La glorificación abstracta de la familia se ve completada por una ausencia casi total de vínculos emocionales concretos, positivos o negativos, con los padres. En consecuencia, la vida emocional del temperamento autoritario se caracteriza por una serie de rasgos de superficialidad y de frialdad que se parecen a menudo a los fenómenos observados entre algunos psicópatas. (Horkheimer, 1978).

Fromm, (1998), explica que entre los muchachos, el desprecio consciente del amor por la madre resulta también muy importante, en cuanto a las exigencias de la vida, el niño tiene la impresión de que la madre es a causa de su sexo, algo débil, nota la ambivalencia de su exaltación y la ve como miembro de una raza inferior. La frialdad y la superficialidad del carácter autoritario pueden considerarse, en parte como la consecuencia emocional de este rechazo. La falta de una auténtica relación con la madre provoca dureza, violencia y manifestaciones brutales de masculinidad en los individuos.

Así pues, el niño entra al principio, en contacto directo con la sociedad, estableciendo contacto a través de sus padres. Este autor se pregunta ¿Qué le ocurrió al niño en relación con sus padres? ya que conoce a través de ellos la autoridad que prevalece en la sociedad. Un tipo de sociedad que tiende a destruir su voluntad, su espontaneidad, y su independencia.

Sullivan (1978) dice que el hombre no nace para ser destruido y por esto el niño lucha contra la autoridad representada en los padres, pero en esta lucha no todos triunfan y la mayoría son derrotados, en formas muy diversas; p. Ej. En las neurosis y algún tipo de psicosis. Lo que en un principio se manifiesta en forma de síndrome con rasgos de; debilitamiento o paralización de la originalidad y la espontaneidad del individuo, debilitamiento del yo y sustitución de éste por un “pseudos-yo” en el que se embota el sentimiento de “yo soy” y se ve reemplazado por una experiencia del yo como suma de las expectativas de los otros sobre el yo y una cualidad paratáxica en todas las experiencias interpersonales.

Clausen y Kohn (1960), plantearon en sus estudios que la madre expresa sentimientos básicos de afecto y cuidado hacia el niño teñidos a su vez de hostilidad o ansiedad, pero su incapacidad para enfrentar tales sentimientos la lleva a negarlos y a expresar una conducta amorosa y sobreprotectora; La Teoría del Doble Vínculo propuesta por Bateson y cols. (1956), que refiere que los mensajes contradictorios o dobles mensajes de la madre dan como resultado una situación que pone en conflicto al individuo el cual desencadenará pánico o irritabilidad, e incluso alucinaciones y como lo planteó Bowen (1969) en Guirguis (1980), la madre hace dos demandas contradictorias; una está dirigida a que el hijo permanezca incapacitado y otra a que sea exitoso y capaz.

Como lo reportó Valencia y cols. (1993) en México cuando llevó a cabo un estudio de pacientes esquizofrénicos donde encontró que 88% de ellos viven con su familia y esta interviene en todas las etapas de la enfermedad, Así, la familia es un sistema abierto donde existen interacciones entre sus componentes con la sociedad, y está ejerce influencia en el estado emocional de cada uno de los que la integran. En consecuencia se puede inferir que si

la familia tiene un enfermo mental, esta tiene un papel importante en el origen, desarrollo, rehabilitación y posible cura del enfermo.

3.4 La Familia como posible desencadenante de Esquizofrenia

La locura del otro se vuelve propiedad común, el problema es determinar cual es el mejor modo de relegar la locura a un lugar seguro, un lugar donde quede confinada, conteniendo en alguna parte (Cooper, 1976).

Aunque es evidente que existe un factor genético, no se puede afirmar con certeza, por lo que el patrón familiar de la esquizofrenia podría deberse a un mismo ambiente familiar compartido, a una educación o quizá a determinados hábitos alimentarios nocivos, etc., En las familias disfuncionales, se pueden apreciar pautas de conducta que llevan a algunos de los miembros a comportarse de manera desadaptada, dentro de las formas más severas estarían los diferentes tipos de esquizofrenias (Obiols y Obiols, 1989).

La estructura familiar del paciente esquizofrénico depende de las personalidades de los padres los cuales presentan dos pautas divergentes; la extrema escisión del matrimonio, con desconfianza y denigración mutua, y el enmascaramiento del conflicto y la discrepancia para alcanzar lo que Wynne y cols. (1956), llamaron *Pseudomutualidad*. En estas familias ambos padres tienden a humillarse y a denigrarse mutuamente compitiendo por la atención y el afecto de los hijos.

Algunas madres de esquizofrénicos muestran un pensamiento gravemente disperso, y la mayoría son frías, rígidas o muy indulgentes en relación con su hijo. También resalta su impermeabilidad con respecto a los sentimientos de los demás El integrante de la familia afectado por una enfermedad mental aparece como el más vulnerable, el que desarrollará la patología de la familia como un representante de esta, de tal forma que el paciente detectado es quien lleva la etiqueta (Lidz 1958).

Zacarías (1995), dice que los familiares de un paciente esquizofrénico racionalizan y ocultan lo que se hacen unos a otros para evitar el dolor, además de que los secretos familiares que guardan celosamente se refieren a temas cargados de intensos sentimientos de temor, vergüenza y culpa, por lo que está prohibido hablar abiertamente de ellos, aunque toda la familia los conoce.

Las familias de esquizofrénicos convierten en fetiche lo que podría llamarse seudomutualidad, ocultando con frecuencia las verdaderas diferencias individuales de los miembros de la familia, de modo tal que la familia no ofrece al niño individuos reales generalmente reconocidos con los que pueda identificarse. Crece en el supuesto de que sería una deslealtad imperdonable y una total falta de amor por la familia, diferenciarse de ella. En una familia así, la interacción bipersonal significativa que todo niño necesita establecer con los otros miembros no puede florecer ni reconocerse como tal, pues esto también implica la deslealtad mutua de los dos individuos hacia la familia. Así, esa interacción que carece de validación por acuerdo mutuo, suele quedar disociada, tal como los desacuerdos existentes en la familia que el paciente tiende a introyectar (Searle, 1980).

Por lo tanto, es de suma importancia tomar en consideración que la familia juega un papel determinante en el desarrollo psicológico, en las etapas más importantes de los individuos, lo que más tarde puede verse afectado en la interacción con el medio en el que participe. La esquizofrenia es un padecimiento que tiene que ver sobretodo con la imposibilidad para establecer relaciones interpersonales con el medio ambiente, además de mantener una actitud hostil y de aislamiento hacia sus padres y familiares fundamentalmente.

3.2 Rasgos y conductas de la familia de pacientes esquizofrénicos

Los rasgos predominantes de los miembros de la familia: la madre del paciente descrita como manipuladora afectivamente, dominante, sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, mientras el padre era descrito débil, pasivo, preocupado, enfermo o en algún otro sentido ausente como miembro efectivo de la familia (Cooper, 1985).

Zacarias (1995), menciona aportaciones de otros autores con respecto a los rasgos de personalidad de los padres de los pacientes esquizofrénicos; en el que se señalan actitudes negativas para el niño, como las de la madre; y las del padre como pasivo, inmaduro y retraído; dominante y sádico; distante, pomposo y narcisista. Entre las conductas más frecuentes de estos padres dominantes, están las que denigran a la esposa y a los hijos constantemente, y se vuelven rivales de los hijos por la atención de la madre. En tanto que la madre es descrita impregnada de angustia, inseguridad y sentimientos de culpa: trilogía sobre la cual se le denominó de personalidad del denominado “madre esquizofrenógena”. Las teorías psicodinámicas establecen que ciertos patrones de conducta de los padres pueden inhibir el desarrollo apropiado del Yo en el niño, que tendría el efecto de vulnerabilidad a la regresión grave, lo cual es característico de la esquizofrenia. La atención se centra sobre todo en la madre, quien por lo general tiene un mayor contacto con el niño. Este punto de vista es tan popular que de él surgió el término de “madre esquizofrenogénica”, para denotar a la madre fría y sobreprotectora, rechazadora y dominante, de manera simultánea o alternativa. También se les ha descrito como rechazadoras, sobreprotectoras, sacrificadas, insensibles a los sentimientos de los demás, rígidas y moralizadoras respecto al sexo y temerosas de cualquier tipo de intimidad (Davison y Neale, 1983; Sue y cols, 1995 y Zacarias, 1995).

Haley (1972) afirma que la madre es la figura central en el desarrollo de la esquizofrenia y la describe como poseedora de una personalidad de actriz, capaz de dramatizar las relaciones interpersonales en una amplia gama de actitudes opuestas, sin embargo este autor hace hincapié en que la interacción con la personalidad de la madre no es suficiente, se requiere de un padre ausente, con una terquedad sin igual y con la habilidad de mantener a su mujer en un estado de desesperación exasperada que la empuja a poner en juego toda la gama de conductas que posee. Además refiere el autor la presencia de un hermano que hace bien todo y que sirve de contraste con el paciente que fracasa en todo, pero eso no es todo, el paciente debe cumplir el papel de fracasado para llamar la atención de los padres.

La Teoría del Doble Vínculo Afectivo desarrollada por Bateson (1956), implica la interacción familiar que sugiere que en el desarrollo de la esquizofrenia la constante es la

sujeción del individuo a una llamada situación de doble vínculo en la cual se dan las siguientes características:

- El individuo participa en una relación intensa, es decir, en una relación en la que es vital para él distinguir con exactitud qué tipo de mensaje se le está comunicando, para poder responder de manera adecuada.
- Al hacer una afirmación la otra persona expresa dos mensajes a la vez, y uno de ellos desmiente al otro.
- El individuo es incapaz de comentar los mensajes que están siendo expresados para corregir su discriminación de la clase de mensajes a la que debe responder, como tampoco puede evadir la situación ni hacer caso omiso de dichos mensajes.

Searle (1980) y Berger (1993) autores que han continuado esta teoría mencionan que la madre mantiene al niño en una situación de simbiosis a través de mandatos contradictorios, de modo tal que el niño se siente reprobado si dice o hace una cosa determinada e igualmente reprobado si no la dice o no la hace. Así mismo, afirma que existe una razón aún más poderosa para la prolongación de esta simbiosis hasta la edad de adulto del hijo, que es el sacrificio esencialmente amoroso y leal que el hijo realiza para preservar el inestable equilibrio de su madre. El siente que su propia personalidad enferma funciona acoplada con la de su madre, a la que mantiene a salvo. Los hallazgos a largo plazo fueron que ciertos aspectos de la personalidad de los padres y la interacción de todos los miembros de la familia determinaban gran parte de los que se consideraban fenómenos característicos de los individuos diagnosticados como esquizofrénicos.

Han surgido importantes e interesantes conocimientos sobre el ambiente familiar, el estrés y las tensiones que se generan en estos hogares de pacientes esquizofrénicos, clasificando tales actitudes como “Emoción Expresada” (EE). Esta teoría propone que algunas familias experimentan elevados niveles de malestar y dejan que sus pensamientos y rutinas de la vida diaria les abrumen, una de las formas que afrontan estos problemas es invadiendo en exceso la vida diaria y las decisiones del más débil, así como un exceso de críticas u hostilidad hacia este miembro de la familia. El índice de emoción expresada se determina por el número

de comentarios críticos de un pariente, de declaraciones de disgusto o resentimiento hacia el paciente por los miembros de la familia (hostilidad) y una estimación de declaraciones que reflejan una implicación emocional y preocupación excesivas o sobre protección para el paciente (Rascon, 1999).

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

Capítulo IV: El Paciente Esquizofrénico

4.1 Cuidados y supervisión del paciente esquizofrénico

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

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

La familia del paciente puede afectar positiva o negativamente el cumplimiento del tratamiento. Los parientes pueden tener prejuicios respecto de la medicación e influir negativamente sobre la aceptación del tratamiento por parte del paciente esquizofrénico. El bajo nivel educativo de los familiares de los pacientes en general, y en particular respecto de la enfermedad, se asocia con actitudes negativas frente al uso de los antipsicóticos clásicos (Mantonakis, 1985 y Marder, 1998).

La educación de los pacientes y sus familiares respecto de la enfermedad mental y de los efectos benéficos y adversos de los fármacos podría mejorar el cumplimiento en esquizofrénicos independientemente del análisis de la situación familiar, la probable existencia de psicopatología o la presencia de emoción expresada.

Las intervenciones de educación para la salud en pacientes psiquiátricos ambulatorios han mostrado ser útiles para mejorar la adherencia. Sin embargo, además de lo dicho, también es importante considerar la educación de los prestadores de servicios ya que esto permitirá una mejor administración de los avances en psicofarmacología y las intervenciones en pacientes y familiares afectados por la esquizofrenia (Farde, 1997).

Bebbington (1994), menciona que la colaboración de la familia es fundamental. Para que el cumplimiento del tratamiento se cumpla es necesario que la familia con quien convive supervise estrechamente su uso. Otro aspecto importante respecto del medio del paciente es el grado de emoción expresada en la familia. Los sujetos que conviven con altos grados de emoción expresada tienen mayor riesgo de recaídas que aquellos que lo hacen con bajos niveles, aún cuando se encuentren en tratamiento farmacológico regular.

Algunas características culturales tales como ciertas creencias mágico-religiosas pueden tener una influencia adversa sobre el cumplimiento en el tratamiento; por ejemplo, en algunas culturas las enfermedades psiquiátricas son atribuidas a fenómenos sobrenaturales por lo que los enfermos mentales acuden con frecuencia al curandero quien habitualmente recomienda la suspensión de los medicamentos. La falta de recursos económicos y el alto costo de los fármacos son factores que motivan una baja adherencia al tratamiento (Weiden, 1995).

El tratamiento de este trastorno requiere la combinación de psicoeducación, correcto control de la medicación, rehabilitación y terapia de apoyo para que el individuo mejore su actuación en las actividades de su vida diaria y, asimismo, aumenten sus habilidades sociales.

Los estudios hacen hincapié en la importancia crucial del mantenimiento de las dosis adecuadas de neurolépticos, aunque a veces se requieren y son viables estrategias de dosis menores, sobre todo en los sujetos sensibles a los efectos secundarios y que seguramente no cumplirían con la medicación o pueden sustituirla por una psicofarmacología de calle, como son las sustancias que incrementan la dopamina, como la cocaína (Vaughn y Leff, 1976; Macmillan y cols. 1986).

Estas sustancias tienen el efecto opuesto al de los neurolépticos, que reducen la actividad del sistema dopaminérgico. Normalmente, los pacientes prefieren actuar sobre los síntomas negativos del trastorno o los efectos secundarios inducidos por la medicación, mientras que los clínicos se centran más en el riesgo de síntomas positivos.

Selvini y cols. (1988), comentaron que la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros miembros, por lo que es erróneo no considerar el comportamiento como la causa del de los demás, debido al hecho de que cada miembro influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás; la familia es un sistema, cada miembro actúa sobre el sistema, pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema.

Los enfermos son llevados a hospitalización generalmente por sus familiares más cercanos (padres, hermanos, cónyuge, hijos), ocasionalmente son llevados por alguna persona fuera de la familia y excepcionalmente puede acudir el paciente solo, tanto los familiares como el paciente denotan sentimientos de angustia, temor, ansiedad, enojo.

En ocasiones el internamiento se hace de forma forzada o engañosa pues el paciente se niega, por lo que el médico se ve orillado a seguir la indicación de los familiares diciendo al paciente que solo le será efectuado un chequeo, otras veces puede ser usada la fuerza porque suelen mostrarse agresivos.

Por estas razones, en algunos casos el médico indica tratamiento farmacológico, medidas de aislamiento y sujeción en tanto disminuye su agresividad. Algunas veces el paciente argumenta ser víctima de provocaciones por parte de los familiares, pero no son tomados en consideración porque dichos argumentos son evaluados como de “no confiables”, debido a la propia sintomatología del padecimiento.

4.2 El enfermo ante la ley

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (Saldaña, 2001).

Con esto, México se ajustaba a los lineamientos de los organismos internacionales, principalmente la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; así como para estar de acuerdo con los principios enunciados en los convenios internacionales de derechos humanos ratificados por México y, en ese sentido, ley suprema de la Unión según el artículo 133 constitucional.

La ley encargada de desarrollar los principios enunciados en el artículo 4º constitucional es la Ley General de Salud. Promulgada el 7 de febrero de 1984, modificada el 14 de julio de 1999, en la cual, al señalarse las finalidades del derecho de protección a la salud, se asume ésta como un factor determinante para el desarrollo integral del ser humano y, por lo tanto, de la sociedad (Roccatti, 1999).

Dicha legislación a lo largo de toda su normatividad hace referencia expresa a disposiciones sobre las incapacidades mentales. En el artículo 2º señala que el derecho a la salud tiene las siguientes finalidades:

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.
- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan, eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afecten la salud mental, las causas de alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

El artículo 73 señala que para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud.
- La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.
- La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.
- Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

En el artículo 76 señala que la Secretaría de Salud establecerá las normas técnicas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

En cuanto a los internamientos en centros, de acuerdo con los principios para la protección de los enfermos mentales de la Organización de las Naciones Unidas, una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica cuando un médico calificado y autorizado por la ley a esos efectos determine que esa persona padece una enfermedad mental y considere que debido a ésta existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona y para terceros, o que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se le admita puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

La enfermedad mental se refiere a aquellos trastornos afectivos como pueden ser ciertas depresiones, el retraso mental, el daño cerebral, la psicosis motivada por diferentes causas como puede ser la esquizofrenia, y las demencias, entre otras.

Saldaña (2001) define al enfermo mental como aquella persona que por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas. Estas capacidades y lesiones psíquicas son principalmente, la afectación en su razonamiento e inteligencia, en su voluntad y comportamiento, en su memoria y capacidad de aprehensión y en su atención.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha establecido que se reconoce como pacientes psiquiátricos a aquellas personas que sufren alguna enfermedad mental y que reciben tratamiento médico especializado tanto en internamiento como en externación, ya sea en forma voluntaria o involuntaria, esta última regida por los principios de supremacía de la voluntad del paciente y de la opción menos restrictiva.

Las personas que padecen de alguna enfermedad mental han sido uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos de la sociedad. Su calificación de enfermos mentales los hace un grupo particularmente indefenso y, no les permite estar en capacidad de reclamar derechos.

Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

- Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley
- A la vida privada; libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución
- Libertad de enviar y recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, a la prensa, la radio y la televisión.
- Igualmente toda persona tiene derecho a la libertad religiosa.

En este mismo principio se establece que: el medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse, en la mayor medida posible, a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán:

- Áreas para actividades de recreo y esparcimiento.
- Instalaciones educativas.
- Lugares específicos donde pueden acudir para recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación.
- Espacios donde reciben, el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad.

Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

El artículo 450, de los derechos del Enfermo Mental, publicado por la UNAM, menciona que, las personas que sufran alguna enfermedad mental pueden ser consideradas incapaces. Éstas serían: las personas privadas o disminuidas, aunque tengan intervalos lúcidos; los individuos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico, o los estupefacientes, siempre que debido a la limitación, o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismas, o manifestar su voluntad por algún medio (Saldaña, 2001).

4.3 Correlatos

La situación que enfrenta una familia con un paciente esquizofrénico, es muy grave ya que no sólo esta involucrado el paciente sino todos los miembros de la familia, los que conviven con él como los que no, además de considerar que el curso de la misma enfermedad va minando la salud del enfermo y la de la familia también. Esto a dado como consecuencia que los encargados de la salud mental como son los psiquiatras y los terapeutas familiares,

pongan mayor énfasis en la interacción familiar, y no sólo traten al paciente identificado sin considerar la afectación que los miembros en general padecen. Es por esto que el comportamiento individual ya no puede considerarse unidimensionalmente como causa del comportamiento de los demás: *cada integrante influye en los demás y es influido a su vez por éstos* (Stierling, 1981).

El paciente es descrito por sus familiares como muy agresivo, pero en el curso de la hospitalización no se observan tales conductas, las personas consideradas como esquizofrénicas parecen describir durante su enfermedad, mediante símbolos situaciones sociales pasadas y presentes. Sus familiares, y también los profesionales, no hacen caso de sus palabras por considerarlas signos o síntomas de enfermedad y por consiguiente sin validez. Los médicos, ajenos al mundo social en el que se produce la “enfermedad”, hacen otro tanto, La idea de que alguien esta mentalmente enfermo faculta para invalidar lo que dice el paciente (Schatzman, 1993).

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

Referente a estas situaciones cabe mencionar lo que Rodríguez (1991), describe con respecto a la familia disfuncional del paciente esquizofrénico: El enfermo no puede separarse de su madre, pero no le dirige más que palabras de odio, ella es a la vez perseguida como objeto amoroso y prohibida como objeto incestuoso. El padre entra en la misma ambivalencia, detestado y respetado: es temido y adorado. Los hermanos y su existencia puede ser negada o supervalorada.

También puede apreciarse que la relación del paciente con sus familiares es cercana, aunque con muchas dificultades en la interacción entre ellos. Por lo que además se pueden percibir algunas manifestaciones de afecto y cuidado para con el paciente.

Borgoños (1995) explica que cuando el paciente se niega a ingresar al hospital, se utiliza el sometimiento físico, con amarraduras de manos y pies, sedado y en ocasiones con la ayuda de patrullas policías. En estas condiciones es muy complicado que sea valorado por un médico por la agresividad que presenta, así que se le pasa directamente a hospitalización.

Laing (1974), comento que una paciente narra como le afligía ver su rostro en el espejo, pues le parecía que era el rostro de su madre al cual ella aborrecía, así mismo veía en el rostro de su madre el odio que ésta sentía por la paciente. Este autor describe que ella se identificaba con la madre y que a través de la mirada de ésta, la paciente veía el odio que la madre tenía hacia ella.

La relación con la madre consistía en una protección excesiva, en un consentimiento y una dependencia por parte de la madre, por lo que la paciente no podía tolerar la posibilidad, en la realidad de aborrecerla, pero tampoco podía permitirse reconocer la presencia de ésta, y negaba el odio que sentía por ella misma. En ella, la obediencia y sumisión normal de un niño no sólo se convirtieron en una pasiva aquiescencia a cada uno de los deseos de su madre, sino que pasaron a ser la negación completa de sí misma y luego se convirtieron en una parodia de todo lo que su madre hubiese deseado conscientemente de su hija.

De tal modo, que el odio que siente por la otra persona se enfoca sobre aquellos rasgos de la misma que el individuo ha metido en su propio ser, y sin embargo al mismo tiempo, la asunción transitoria o prolongada de la personalidad del otro es una manera de no ser uno mismo, que parece ofrecer seguridad.

Broustra (1978), comenta que en las familias se da una situación contradictoria entre dos personas que tienen relaciones intensas y continuas (el sujeto y la madre), tal situación es repetitiva y generalmente comenzó en la primera infancia del paciente.

4.4 Ética

El comportamiento ético de un ser vivo, en particular de un hombre está, fundamentado en que sus estructuras biológicas al interactuar con su ambiente busca, por ser este un sistema natural conservarse como tal. En el caso de un sistema natural complejo, independientemente del grado de resistencia o de habilidad que haya desarrollado para conservarse como sistema natural ante agentes físicos o químicos, es susceptible a las acciones de agentes variados y variantes de nivel biológico, social, psicológico y simbólico y por lo tanto también desarrolla defensas contra estos para mantenerse a sí mismo como tal en ese ambiente.

La bioética tiende a no estar ligada a la ética “socialmente inmanente” porque en ésta sus normas, prohibiciones y mandatos tienen la transitoriedad igual que pueden tener sociedades y culturas, que para sobrevivir un determinado período de la historia las formularon y que buscan moldear a los sujetos para que estos quieran hacer lo que las circunstancias existentes requieren para que esa sociedad prevalezca (Cicero, 1996).

En la medida de sus posibilidades los enfermos mentales tienen derecho a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerada además de formar parte de organizaciones gremiales. También de contar con el beneficio de una asistencia legal competente, cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y de sus bienes.

A continuación se menciona algunos de los derechos básicos de las personas que sufren alguna enfermedad mental:

1. Derecho a la mejor atención posible en materia de salud mental. Ésta será parte del sistema de asistencia sanitaria y social
2. Un trato humanitario, con observancia y respeto pleno a su dignidad como persona.
3. Derecho a no ser explotado económica y sexualmente.
4. No sufrir maltrato físico o cualquier otro que sea degradante.

5. Toda persona que padezca alguna enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible en la comunidad.
6. El tratamiento médico se apegará siempre a lo dispuesto en las normas de ética pertinentes a los profesionales de salud mental.
7. El enfermo mental tendrá derecho a la medicación, la cual corresponderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente.
8. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria, salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio posible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a un tercero.
9. Toda persona recluida en una institución Psiquiátrica será informada de los derechos que le corresponden.
10. Mientras el paciente no este en condiciones de comprender sus derechos, éstos serán comunicados a su representante.

Los principales derechos que en el terreno civil tienen los enfermos mentales se encuentran en el Código Civil para el Distrito Federal en materia común, y para toda la República en Materia Federal.

El ejercicio de cualquier derecho en el terreno civil, parte del reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas. Ésta establece en los artículos 22 y 23 del propio Código Civil, que: *La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código* (Saldaña, 2001).

Capítulo V: Proceso Metodológico

5.1 Planteamiento del problema

Conocer si la actitud del padre es un factor que influye en el paciente con trastorno esquizofrénico. Para ello se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud del padre ante el hijo con esquizofrenia?

Justificación

Kraepelin, (1899), integró el cuadro clínico en su tratado al que llamó “*Demencia precoz*”, que reunía a la *démence précoce* de Morel, a la hebefrenia de Hecker, a la catatonía de Kahlbaum y a la paranoia de Sander.

Más tarde, Eugen Bleuler en 1911, creó el nombre de esquizofrenia en sustitución de la “*Demencia precoz*”, resaltando el concepto de la disgregación del pensamiento. Pensaba que la enfermedad era un estado de desarmonía de la mente, con tendencias, pensamientos y posibilidades contradictorias, lo que daba a la personalidad la característica de estar dividida.

Al introducir el término esquizofrenia, Bleuler intenta poner de manifiesto lo que para él, constituye el síntoma fundamental de estas psicosis. Clínicamente, la esquizofrenia aparece diversificada en formas aparentemente muy distintas.

Las tres formas antes mencionadas comparten las siguientes características: incoherencia en el pensamiento, en la acción y en la afectividad; la escisión con la realidad, el repliegamiento sobre sí mismo con predominio de una vida interior focalizada hacia las producciones de la fantasía, actividad delirante más o menos acentuada y siempre mal sistematizada; por último es importante puntualizar que el carácter crónico de esta enfermedad la hace evolucionar con ritmos muy diversos hacia un deterioro intelectual y afectivo.

Las investigaciones que se han realizado indican que el contexto familiar es un factor que desencadena este trastorno (Lebell y cols., 1993, Warner y Atkinson, 1988; Scott, Fagin y Winter, 1993; Leff y Vaughn, 1980).

Por lo regular, las familias de esquizofrénicos muestran una distorsión conyugal o una escisión conyugal, esto es, en el primer caso el padre y la madre aparentan compartir alguna opinión más bien peculiar respecto del matrimonio y la vida familiar. Y en el segundo caso, se encuentra una ideación distorsionada de uno de los cónyuges que es aceptada o compartida por el otro (*folie a deux*). En ambos casos el consenso al que llegan es *aparentemente* real, por lo tanto hay una discrepancia en la transmisión de mensajes, esto conflictúa a los hijos por la vía de dobles mensajes. (Watzlawick, 1987).

El progenitor principal en la primera infancia es la madre, puesto que es la que lo alimenta y lo cuida con esto ayuda a ponerlo en contacto con el mundo. Esta relación si bien es innegable, provoca un descuido hacia la influencia que tiene el padre en el desarrollo infantil. Es importante que el padre tenga una participación activa durante los primeros años de su desarrollo psicológico, para que haya un equilibrio en cuanto a los cuidados, a la toma de decisiones, de intereses y así evitar mensajes contradictorios.

En el contexto familiar, el padre como figura representa la autoridad, el poder y el sostén de la familia, esto hace de forma indirecta que los hijos lo perciban menos involucrado dentro de los cuidados, lejano y emocionalmente distante.

La relación madre-hijo se ha enfatizado mucho más que la relación padre-hijo, pero ha empezado a destacarse la importancia que tiene la figura del padre en los primeros años de vida del niño. En la actualidad, no se coloca a la paternidad en un papel secundario dentro del cuidado del niño, ni existen motivos para creer que un progenitor, de uno u otro sexo, ejerza mayor influencia que el otro sobre el desarrollo del niño

De esta manera surge la necesidad de conocer cual es la actitud del padre frente a la situación de enfrentar la enfermedad del hijo, siendo esta una propuesta que explore los esquemas familiares que afectan actualmente el funcionamiento psicosocial de cada uno de los miembros dentro del sistema familiar (González, 1996).

Por lo tanto el presente estudio puede ser de gran apoyo para orientar a las familias y a las instituciones, para que se considere la relevancia que tiene la percepción de la figura paterna en el paciente esquizofrénico, y se involucre al padre como parte importante del tratamiento.

Es por esta razón que la investigación que se llevó a cabo fue relevante. El propósito es comprender la función del padre ya sea presente o ausente. La paternidad puede asumir distintas formas, y esto puede ser por influencias sociales exteriores. El papel del padre es importante no sólo en lo que respecta a los vínculos emocionales, sino que también en el desarrollo social, sexual y cognoscitivo. Además modela la personalidad de sus hijos y es un elemento activo en su desarrollo psicológico, de tal forma que su actividad no se restringe a la de ser un mediador que, con su autoridad, trasmite las reglas sociales; o que con su prohibición fortalece su conciencia.

Cabe mencionar que se contó con todos los elementos necesarios para llevar a cabo esta investigación; desde disposición de parte de la institución para acceder a las instalaciones, como el tiempo que se requirió para llevar a cabo las entrevistas con los padres.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General

- Conocer la actitud del padre ante el hijo con esquizofrenia.

5.2.2 Objetivos específicos

- Identificar si la actitud del padre es de rechazo o de aceptación hacia el paciente con esquizofrenia, con base en el cuestionario de actitudes para familiares de pacientes esquizofrénicos (Vázquez, 2002).
- Describir en que consiste la “actitud de rechazo” y la “actitud de aceptación” ante el hijo con esquizofrenia.
- Conocer la opinión del padre con respecto al hijo con esquizofrenia

5.3 Hipótesis

Hipótesis Nulas y de Trabajo

Hi : El padre expresa una actitud de rechazo ante el hijo

Ho: El padre no expresa una actitud de rechazo ante el hijo

Hi : El padre carece de la suficiente información para involucrarse en el trastorno del hijo

Ho: El padre no carece de la suficiente información para involucrarse en el trastorno del hijo.

Hi: La opinión del padre es afectada por la enfermedad del hijo con esquizofrenia

Ho: La opinión del padre no es afectada por la enfermedad del hijo con esquizofrenia

5.4 Definición de Variables

VI: Padres (varones) de un hijo con trastorno esquizofrénico

VI: Cuestionarios de “actitudes” (Vázquez, 2002)

VD: La actitud del padre

5.5 Definición Conceptual

Variable Independiente

Padre: Principal y cabeza de una descendencia familia o pueblo; jefe o cabeza de una casa o familia tenga o no hijos (Argos, 1984).

Cuestionario: serie de preguntas que se refieren a algún tema o grupo de temas relacionados, enviados o dados a un grupo escogido de individuos con objeto de reunir datos acerca del asunto o problema que se estudia (Warren, 2000).

Variable Dependiente

Actitud: disposición psíquica específica hacia una experiencia naciente, mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad (Warren, 2000).

5.6 Definición Operacional

V.I. Cuestionario de “actitudes” construido por Cortéz Vázquez, Angélica (2002). Elaborado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Instrumento de reactivos que evalúa características configuradas por 10 reactivos estructurados como afirmaciones favorables y 10 afirmaciones desfavorables; los indicadores de las actitudes son: miedo, desconocimiento del padecimiento, interés y tolerancia.

V.D. Actitud del Padre: tristeza, enojo, angustia, desesperación, miedo, dolor, impotencia culpa, temor.

5.7 Sujetos

Participaron en el estudio 100 padres (varones) de los pacientes hospitalizados que acuden al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la S.S.A. a visitar a sus hijos diagnosticados con esquizofrenia.

Criterios de inclusión

- Ser el padre del paciente que esta hospitalizado, sin considerar la edad de éstos.
- Que conviva cotidianamente con el paciente
- Que resida en cualquier lugar de la República Mexicana
- No se consideró escolaridad ni profesión, tampoco la clase social a la que pertenecían

Criterios de exclusión

- Que el trastorno que padezca no sea esquizofrenia
- Que el padre no conviva con el paciente
- Cualquier figura sustituta al cuidado del paciente

5.8 Muestreo

Muestra No probabilística (sujetos voluntarios)de tipo intencional por cuota.

5.9 Tipo de estudio

Estudio exploratorio, descriptivo de campo y ex post facto. Por ser una búsqueda sistemática, empírica, en la cual no se tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables (Kerlinger, 1986).

5.10 Diseño

Diseño cuasi-experimental de un solo grupo. Se trabajó sólo con el padre de cada paciente.

5.11 Instrumento y Materiales

5.11.1 Cuestionario de actitudes (Vázquez, 2002), personal y anónimo; que consta de los siguientes componentes:

- Hoja de datos sociodemográficos como: edad, escolaridad, profesión, parentesco con el paciente, ¿Cuál es la enfermedad del paciente?, ¿Cuánto tiempo ha vivido con su familiar enfermo?, ¿Cuál ha sido su experiencia al vivir con él?
- 20 reactivos redactados como oraciones, que se califican con escala tipo Likert (1 – totalmente de acuerdo; 2 – acuerdo; 3 – indiferente; 4 – desacuerdo; 5 – totalmente en desacuerdo).

De los cuales, 10 hacen referencia a las actitudes favorables y los otros 10 restantes hacia actitudes desfavorables.

5.11.2 Lápices con goma, hojas blancas, copias de los cuestionarios, folders.

NOTA: la autora del cuestionario no especifica los reactivos que consideró para cada tipo de actitud (favorable / desfavorable), con respecto a lo que cada oración decía se agruparon de la siguiente manera:

Clasificación de Reactivos: Favorables y Desfavorables y el valor que adquieren en función de la opción de respuesta.

Totalmente de Acuerdo	Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Favorables REACTIVOS
1	2	3	4	5	2, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 18, 20
5	4	3	2	1	Desfavorables REACTIVOS
Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo		Acuerdo	Totalmente de Acuerdo	1, 3, 5, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19

El criterio adoptado al hacer la conversión de los puntajes fue el siguiente:

- (1) Muy desfavorable = MD
- (2) Desfavorable = D
- (3) Indiferente = I
- (4) Favorable = F
- (5) Muy Favorable = MF

La opción (3) se anuló cuando fue marcada.

Los 20 reactivos del cuestionario están configurados por 10 reactivos estructurados como afirmaciones favorables y 10 desfavorables: los indicadores de las actitudes son: miedo, desconocimiento del padecimiento, interés y tolerancia.

Los cuales se distribuyen de la siguiente forma:

1. Miedo al paciente.

Reactivos: 1- 4- 10- 17

2. Desconocimiento del padecimiento.

Reactivos: 2- 5- 8- 11- 18

3. Interés en todo lo relacionado con el paciente.

Reactivos: 3- 9- 12- 14- 20

4. Tolerancia a la conducta del paciente.

Reactivos: 6- 7- 15- 16- 19

1. Miedo al paciente

Reactivos

- 1. Hay que evitar estar a solas con el paciente
- 4. Su forma de ser del paciente es extraña y difícil
- 10. Es una exageración tener miedo al paciente
- 17. El enfermo puede ser peligroso

2. Desconocimiento del padecimiento

Reactivos

- 2. La hospitalización prolongada daña más la salud mental del paciente
- 5. La hospitalización definitiva es lo más conveniente para el paciente
- 8. Al paciente le gusta estar solo, pero hay que evitar que se aisle
- 11. La enfermedad no se cura, el enfermo debe permanecer hospitalizado
- 18. recibir tratamiento toda la familia es lo más conveniente

3. Interés en todo lo relacionado con el paciente

Reactivos

- 3. Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos
- 9. Es inútil esperar que el paciente se recupere
- 12. Es necesario que un familiar se haga cargo del tratamiento del paciente
- 14 Acudir a visitar al paciente forma parte del tratamiento
- 20. Apoyar y estimular al paciente a realizar su aseo, evita que deje de hacerlo

4. Tolerancia a la conducta del paciente

Reactivos

- 6. El enfermo no puede evitar actuar como lo hace, la enfermedad lo ocasiona
- 7. Acudir a reuniones con el paciente es arriesgado, mejor evitarlo
- 15. El paciente esta más seguro en el hospital que en casa
- 16. Es difícil vivir con el enfermo pero necesita estar entre familia
- 19. Es muy cansado vivir de forma continúa con el enfermo.

NOTA: los datos de confiabilidad y validez no son reportados por la autora del cuestionario.

5.12 Procedimiento

1. Se solicitó la participación de los padres de los pacientes que están internados en dicha institución, y se les pidió que contestaran un cuestionario con datos socioeconómicos y con veinte reactivos.
2. Se entrevistó al responsable de cada piso donde se pretendía trabajar, explicándole el objetivo de dicho estudio.
3. Se asistió a las reuniones que tenían lugar en cada piso, esto es tres veces a la semana, en las cuales se reunían los familiares de los pacientes esquizofrénicos, durante 6 meses.
4. A cada uno de los padres (sólo la figura masculina), se les explicaba la razón por la que se les solicitaba su colaboración.
5. La entrevista que se realizó fue individual, y cada padre llenó el cuestionario que se le solicitó; cerciorándose de que comprendiera con claridad las instrucciones del mismo.
6. Se seleccionaron solamente los padres de los pacientes, de ambas secciones: hombres y mujeres. Se les explicó que era un cuestionario para los padres únicamente y que la madre no participaba, por ser un instrumento que solo evaluaba las actitudes de ellos para una investigación de la Facultad de Psicología, situación cabe señalar que comentaron que les incomoda un poco por no sentirse “capaces de contestar por ellos mismos” dijeron que el cuidado diario de los pacientes era más de responsabilidad de la madre, aunque finalmente accedían a contestar por ellos mismos entendiendo que el estudio podría servir para ayudar a su paciente, a posteriores investigaciones sobre como mejorar las condiciones de los mismos familiares así como de los pacientes.
7. Se recopilaron los 100 cuestionarios y se creó una base de datos en el estadístico SPSS versión 9.0
8. Se realizó un análisis de las frecuencias en los datos sociodemográficos para la pregunta abierta se hizo un análisis de discurso, categorizando las respuestas.
9. Se llevó a cabo el análisis factorial, con la confiabilidad y validez del instrumento.
10. Se analizaron los resultados y se elaboraron las conclusiones.

Capítulo VI: Resultados

Análisis estadístico de datos

Se realizó un Análisis de frecuencias para conocer la distribución de la muestra, el Análisis de Discurso y el Análisis Factorial.

6.1 Análisis de frecuencias

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

- Edad

- Escolaridad

- Ocupación

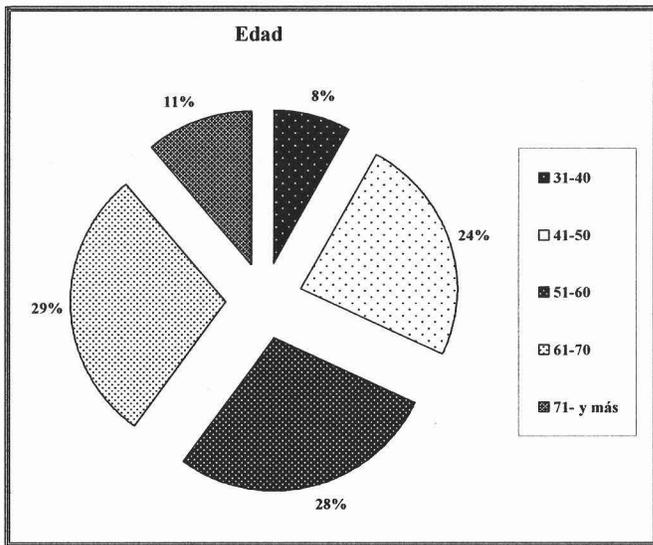
- Parentesco con el paciente

- Enfermedad del paciente

- Tiempo de convivir con el paciente.

Tabla 1. Edad de los entrevistados

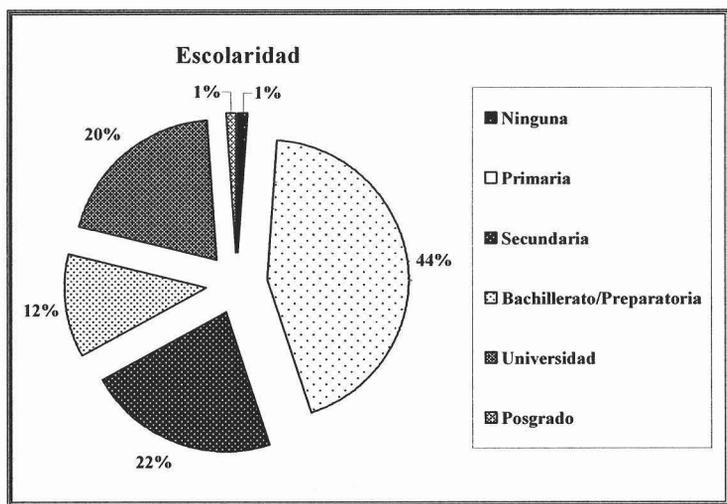
Rangos de edades	Frecuencia	%
31-40	8	8
41-50	24	24
51-60	28	28
61-70	29	29
71- y más	11	11
Total	100	100



Entre las edades de los entrevistados, se observa una concentración mayor entre los 50 y 70 años de edad. Aunque la edad no fue un factor relevante para esta investigación, es importante notar que los padres de más de 56 años aceptan la enfermedad de su hijo en un 97% a comparación de los de menor edad.

Tabla 2. Escolaridad

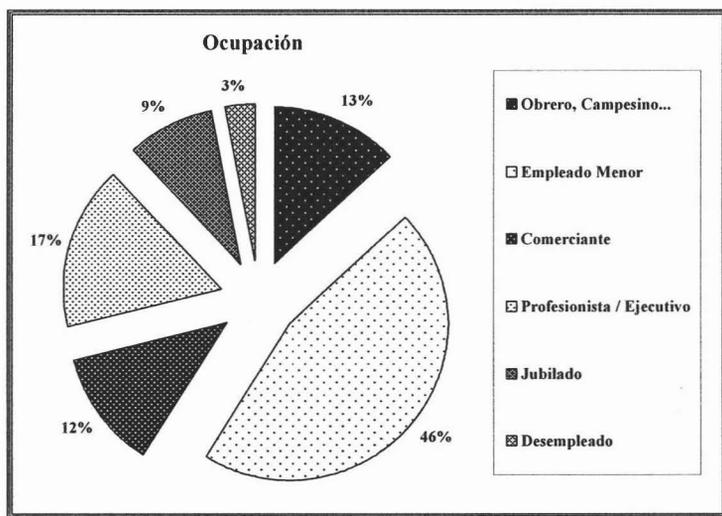
Escolaridad	Número	%
Ninguna	1	1
Primaria	44	44
Secundaria	22	22
Bachillerato/Preparatoria	12	12
Universidad	20	20
Posgrado	1	1
Total	100	100



El 44% de los padres entrevistados, tienen educación primaria, mientras que el 22% cuenta con educación media.

Tabla 3. Ocupación

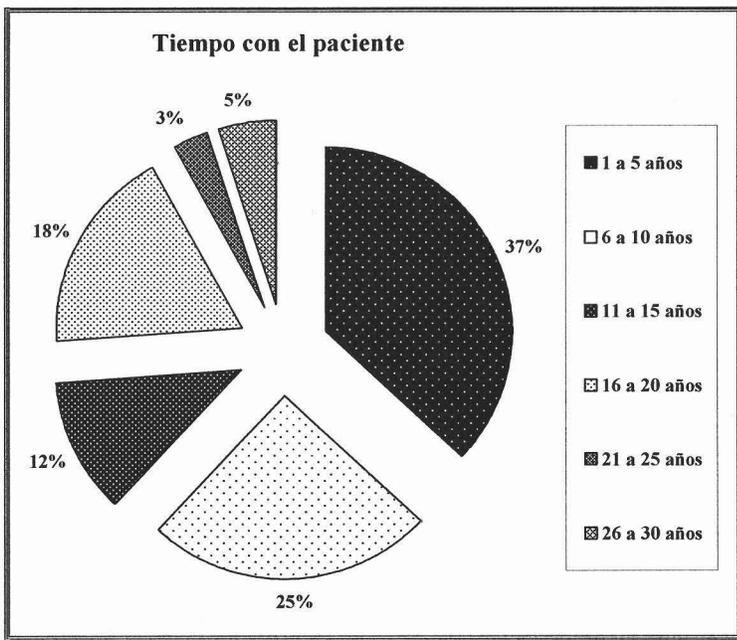
Ocupación	Número	%
Obrero, Campesino...	13	13
Empleado Menor	46	46
Comerciante	12	12
Profesionista / Ejecutivo	17	17
Jubilado	9	9
Desempleado	3	3
Total	100	100



El 46% de los entrevistados son empleados menores en diferentes ramos laborales y el 17% son profesionistas. Lo cual tiene una estrecha relación con el nivel de estudios.

Tabla 4. Tiempo con el paciente

Tiempo con el paciente	Número	%
1-5	37	37
6-10	25	25
11-15	12	12
16-20	18	18
21-25	3	3
26-30	5	5
Total	100	100



La tabla No. 4, representa que el 37% de los entrevistados no tiene más de cinco años conviviendo con el paciente esquizofrénico. Entre mayor es el tiempo de convivencia el número de casos disminuye, relación que se puede observar en la tabla 5.

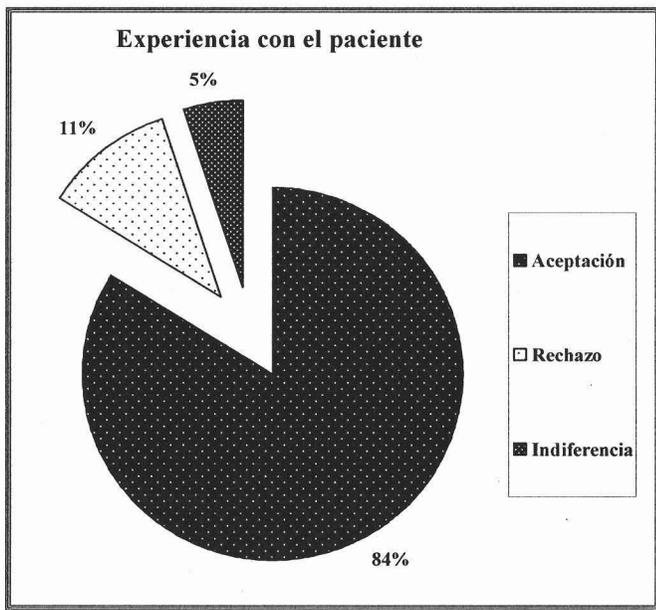
6.2 Análisis de discurso

Pregunta G. *¿Cuál ha sido su experiencia al vivir con el paciente?*

Con base a las respuestas proporcionadas se categorizaron en tres: aceptación, rechazo e indiferencia.

Tabla 5. Experiencia con el paciente

Experiencia con el Paciente	Número	%
Aceptación	84	84
Rechazo	11	11
Indiferencia	5	5
Total	100	100



La información recabada en esta pregunta fue muy abundante y a menudo contradictoria, por lo que se utilizó la estrategia que Rojas (1996), recomienda, que es cerrar la pregunta abierta. Siguiendo esta recomendación la pregunta se cerró con las respuestas más

frecuentes. De lo cual se obtuvo que el 84% de los padres que conviven con los hijos no los rechazan.

Se eligieron tres conceptos; aceptación, rechazo e indiferencia; tomando en cuenta principalmente la emoción expresada por los padres en las entrevistas personales que se les hicieron a cada uno. Algunas respuestas de las más significativas y con mayor frecuencia fueron:

1. Tristeza por el paciente

Ocasionada por la impotencia que siente el padre de ver el deterioro que sufre y el poco efecto que hacen los medicamentos, lo que ocasiona que una y otra vez regrese al hospital, la carencia de medios para una buena atención y la falta de medios económicos para adquirir los medicamentos que rebasan sus posibilidades es uno de los factores de los que mayormente se encuentran y lo que ocasiona “pena” como muchos lo expresan.

2. Miedo por la conducta del paciente

Las conductas bizarras del paciente provocan peleas continuas entre los miembros de la familia, ya que les resulta incomprensible y atemorizante el proceder impulsivo que algunas veces tienen. El temor constante de que agredan a algún familiar o que salgan a la calle y no regresen, que cometan algún delito, provoca constante preocupación.

3. Desesperación por que no ven resultados de cura del paciente

Evitan la interacción con el paciente en lo posible, porque no les gusta verlo “así” le asignan un espacio fuera de los demás miembros de la familia eludiendo de esta manera su presencia, algunos padres comentaron que prefieren encerrarlo con llave cuando se encuentra solo con el paciente. Otros manifestaron que preferían que estuviera hospitalizado porque en casa era difícil seguir el tratamiento ya que no quería tomar los medicamentos. Otro argumento es que se niega a asistir a consulta por temor a ser hospitalizado, lo que fomenta constantes recaídas.

4. Angustia por lo que puede pasar en el futuro

Esta situación de desesperanza por no saber si se van a curar o cuanto tiempo va a durar ese estado, les impide que lleven una vida “normal”, y provoca cambios en todos los familiares, lo que en muchos casos evita el aislamiento de sus otros parientes de los que se sienten desplazados y hasta rechazados, algunos padres prefieren ocultar la enfermedad de su hijo por vergüenza, por que aún hoy tener un hijo enfermo mental es un síntoma de discriminación social y un estigma para toda la familia, situación que indudablemente afecta mayormente al paciente que percibe esta situación.

5. Culpa que comparten los padres

Este sentimiento es de los más dañinos, ya que provoca muchos conflictos entre la pareja, que en varios casos optan por la separación. Se culpan así mismos y culpan a la pareja también. La culpa es un sentimiento que hace estragos en la familia, lo que lejos de ayudar y entender, procuran evitar la situación incluso sintiéndose castigados o abandonados por “Dios”. Esto se extiende a los otros hijos, los cuales se sienten culpables por estar sanos, y otros temerosos de que también enfermen.

6. Temor y preocupación

Este temor se manifiesta sobre todo en los padres de edad avanzada, al pensar en la desprotección en la que se quedan si ellos faltan. Saben que mantener esa situación es muy difícil y en algunos casos hasta peligrosa, ya que algunos padres han sido agredidos por los hijos y les preocupa que va a pasar con los otros hijos. Lo que más temen es no poder seguir costearo el tratamiento que les han dicho es de por vida.

7. Enojo e impotencia

La falta de información por parte de los especialistas en el área de salud mental, produce cansancio, desesperación, desgaste, amargura, decepción entre otros tantos sentimientos, por no encontrar respuestas sobre lo que provoca esta enfermedad, la incertidumbre provocada por la falta de conocimiento con frecuencia se manifiesta en enfermedades de los demás miembros de familia, que no saben como tratar al paciente y no saben como van a vivir en esta circunstancia. Lo que más manifiestan es la impotencia que les

produce no saber como relacionarse con el paciente y como interactuar con el y con los otros hijo cuando los hay.

6.3 Análisis Factorial

El análisis de la escala total arrojó los siguientes factores, se les asignó nombre con respecto al contenido de los ítems.

La confiabilidad de la Escala Total: *.60* Al correr el análisis eliminando los reactivos que la disminuyen, ésta subió a *.66*

Se corrió la confiabilidad para cada factor arrojado.

Factor 1: *Percepción de riesgo al estar en contacto con el paciente*

Confiabilidad= *.79*

Con los siguientes reactivos:

- 1.- Hay que evitar estar a solas con el paciente
- 3.- Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos
- 5.- La hospitalización definitiva es lo más conveniente para el paciente
- 7.-Acudir a reuniones con el paciente es arriesgado, mejor evitarlo
- 11.-La enfermedad no se cura, el enfermo debe permanecer hospitalizado
- 13.-Vivir con el enfermo es estar en constante temor de ser agredido
- 17.-El enfermo puede ser peligroso

Factor 2: *Apoyo Familiar*

Confiabilidad= *.59*

Con los siguientes reactivos:

- 12.- Es necesario que un familiar se haga cargo del tratamiento del paciente
- 14.- Acudir a visitar al paciente forma parte del tratamiento
- 16.- Es difícil vivir con el enfermo pero necesita estar entre familia
- 18.- Recibir tratamiento toda la familia es lo más conveniente

Al final se corrió la confiabilidad con los reactivos que quedaron y se obtuvo de *.74*

NOTA: Ver anexos

6.4 Interpretación

Hi: El padre expresa una actitud de rechazo ante el hijo

Ho: El padre no expresa una actitud de rechazo ante el hijo

Con los datos obtenidos, en los reactivos se observó que no existe una actitud de rechazo ante el hijo porque el padre en su discurso habla del intento de cercanía y comunicación con su hijo a pesar de la frustración que le causa el verlo en ese estado, en general los padres se recriminan en silencio su impotencia lo que los lleva a alejarse más convirtiéndose en una pauta de interacción familiar que se va perpetuando.

Hi: El padre carece de la suficiente información para involucrarse en el trastorno del hijo

Ho: El padre no carece de la suficiente información para involucrarse en el trastorno del hijo.

Con respecto a lo arrojado en las entrevistas se observó que el padre mantiene enterado aunque no se involucra dejando que la madre cargue toda la responsabilidad del cuidado y la medicación del hijo, el padre sólo asume funciones instrumentales (dinero, alimentación, medicación, vestido). Se piensa que el nivel de escolaridad en la mayoría de los padres es de educación básica y que esto podría contribuir en gran medida al desconocimiento de la esquizofrenia y sobre los cuidados adecuados para su tratamiento.

Hi: La opinión del padre es afectada por la enfermedad del hijo con esquizofrenia

Ho: La opinión del padre no es afectada por la enfermedad del hijo con esquizofrenia

El cuestionario contenía una pregunta abierta sobre la experiencia de cada padre con respecto al paciente, lo que permitió expresar los sentimientos en cuanto a la relación familiar y al lugar que ocupan como figura paterna. En la convivencia cotidiana de los padres con sus hijos, manifestaron que éstos tendían a aislarse y ser hostiles, por lo que abandonaban la intención de ayudar y comunicarse. Los padres que tienen menor tiempo de convivencia con el paciente asumen mayor participación con la expectativa de que el paciente mejore y por lo tanto su opinión hacia ellos es otra, en el sentido de buscar involucrarse en su tratamiento y en observar mejoras en su estado físico y emocional.

Discusión

Sullivan (1974) abandonó el modelo médico y con su estudio dio inicio a una nueva forma de explicar la Esquizofrenia, su aportación más importante es haberse dado cuenta de que la característica fundamental de la patología esquizofrénica es una severa dificultad en la capacidad de *relacionarse* con otra gente y que ésta era producto, no de un proceso biológico irreversible, sino de la historia de las interacciones del paciente con los otros.

La glorificación abstracta de la familia se ve completada por una ausencia casi total de vínculos emocionales concretos, positivos o negativos, con los padres. En consecuencia, la vida emocional del temperamento autoritario se caracteriza por una serie de rasgos de superficialidad y de frialdad que se parecen a menudo a los fenómenos observados entre algunos psicópatas (Horkheimer, 1978).

Las familias de esquizofrénicos convierten en fetiche lo que podría llamarse *pseudomutualidad*, ocultando con frecuencia las verdaderas diferencias individuales de los miembros de la familia, de modo tal que la familia no ofrece al niño individuos reales generalmente reconocidos con los que pueda identificarse. El niño crece en el supuesto de que sería una deslealtad imperdonable y una total falta de amor por la familia, diferenciarse de ella. En una familia así, la interacción bipersonal significativa que todo niño necesita establecer con los otros miembros, no puede florecer ni reconocerse como tal, pues esto también implica la deslealtad mutua de los dos individuos hacia la familia. Así, esa interacción que carece de validación por acuerdo mutuo, suele quedar disociada, tal como los desacuerdos existentes en la familia que el paciente tiende a introyectar. (Searle, 1980).

Zacarías (1995), menciona aportaciones de otros autores con respecto a los rasgos de personalidad de los padres de los pacientes esquizofrénicos; en las que señala actitudes negativas para el niño, como las de la madre y las del padre como pasivo, inmaduro y retraído; dominante y sádico; distante; ostentoso y narcisista. Entre las conductas más frecuentes de estos padres dominantes, están las que denigran a la esposa y a los hijos. El padre compite con los hijos por la atención de la madre. En tanto que la madre es descrita impregnada de

angustia, inseguridad y sentimientos de culpa (trilogía sobre la cual se le denominó de personalidad esquizofrenógena).

Las teorías psicodinámicas establecen que ciertos patrones de conducta de los padres pueden inhibir el desarrollo apropiado del Yo en el niño, que tendría el efecto de vulnerabilidad a la regresión grave, lo cual es característico de la esquizofrenia. La atención se centra sobre todo en la madre, quien por lo general tiene un mayor contacto con el niño. Este punto de vista es tan popular que de él surgió el término de “*madre esquizofrenogénica*”, para denotar a la madre fría y sobre-protectora, rechazadora y dominante de manera simultánea o alternativa. También se les ha descrito como rechazadoras, sobre-protectoras, sacrificadas, insensibles a los sentimientos de los demás, rígidas y moralizadoras respecto al sexo y temerosas de cualquier tipo de intimidad (Davison y Neale, 1983; Sue y cols, 1995 y Zacarías, 1995).

Por lo tanto la enfermedad de la esquizofrenia no afecta solo al paciente identificado sino a la familia en general, y esto en la mayoría provoca que las familias se desintegren. Los estudios que se han hecho (Rascón, M; Díaz, R y Reyes, C; 1997 y González, 1996) han mostrado el fuerte impacto que esta enfermedad provoca en la familia.

Igualmente Cutting (1985), mencionó que uno de los trastornos característicos de la esquizofrenia es la reducción en la capacidad para experimentar y comunicar la emoción, asociado con una percepción deficiente de las emociones de los demás.

En la Teoría del *Doble Vínculo Afectivo* propuesta por Bateson, Haley y Weakland desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto, California (1956) sugiere que en el desarrollo de la esquizofrenia la constante es la sujeción del individuo a una situación llamada “doble vínculo”, en la que el paciente esquizofrénico se enfrenta a formas de comunicación (dobles mensajes) dentro de la familia que le causan conflictos internos, pero que tiene que resolver. Esto es, por un lado se permite y avala una conducta dirigida a la independencia del miembro del hogar (contenido) y al mismo tiempo un mensaje que descalifica y desconfirma la existencia de la persona y como consecuencia su importancia dentro de la interacción

familiar, La hipótesis de Bateson fue que cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de discriminar entre tipos lógicos de comunicación.

En México para Ramírez (1977), se presenta una intensa relación *madre-hijo* durante el primer año de vida, la que es considerada como básica, integrativa y sustancial. Lo característico del padre mexicano es que representa una figura temida y ausente tanto física como emocionalmente, sin embargo al ser temido y ausente también es muy necesitado. Propone que fomentar que la imagen paterna sea más favorable y menos temida por las madres desde una edad muy temprana, y que transmiten lo mismo que ellas sienten con respecto a la figura del padre y que ellas como hijas han tenido, es una cadena que podría colaborar a que la salud mental vaya en aumento.

Asimismo González (1996), ha estudiado como afecta la participación del padre o la ausencia de éste en cuanto a las enfermedades mentales. Él afirman que la función del padre es muy importante en cuanto a los vínculos emocionales, además influye en el desarrollo social y sexual del individuo moldeando la personalidad de sus hijos, siendo un elemento activo en el desarrollo psicológico, actividad que no sólo se restringe a la de ser un mediador que con su autoridad trasmite las reglas sociales o que con sus prohibiciones fortalece su conciencia.

Hurlock, (1961), menciona que la salud mental de los miembros de la familia depende, en gran parte, de la actitud que el padre y la madre manifiestan tanto entre sí como hacia los hijos. Se ha demostrado que la actitud de la madre hacia el hijo, sobre todo en los primeros años de vida, es decisiva para un adecuado desarrollo emocional. Y es poco lo que se ha investigado con respecto al padre en la organización familiar.

De esta manera se debe considerarse a la familia como parte de la dinámica que presenta la esquizofrenia.

Considerando que la conducta de un miembro de la familia afecta a todos, los terapeutas familiares están cada vez más interesados en incluirlos como parte del tratamiento.

Es por esto que cierto comportamiento individual ya no puede considerarse unidimensionalmente como causa del comportamiento de los demás: cada integrante influye en los demás y es influido a su vez por éstos.

El motivo de esta investigación fue observar las actitudes de los padres en cuanto al paciente, considerando un elemento indispensable para comprender las actitudes de los familiares, haciendo una revisión de la naturaleza del padecimiento. Esto por considerar la importancia que tiene la afectividad (aceptación) y el rechazo que se presenta en algunos (agresión verbal y física, indiferencia, sobreprotección y falta de afecto).

Al observar de cerca a los pacientes con esquizofrenia, se puede observar que la situación familiar es bastante compleja por las características de éstos y los costosos tratamientos que hasta ahora existen lo que en muchos casos deteriora más la situación en la familia. Aunque el paciente identificado como el enfermo es el que es en la mayoría de los casos el atendido en los servicios hospitalarios, se ha visto que cada vez se involucra más a los familiares, creando situaciones para que los familiares participen.

Este estudio se centró únicamente en conocer la actitud de los padres (varones) ante el hijo con esquizofrenia. Aunque cabe mencionar que predominan las madres en la atención y cuidado hacia los pacientes, se observó que el padre se involucra poco en el tratamiento dejando la mayor responsabilidad a la madre, esto fue una característica en estas familias, además de que proporcionó una idea de que el padre en muchos de los casos tiene poca o ninguna relación con el paciente. Esto podría relacionarse con lo que menciona Bowen (citado en Guirguis 1980), en la *Teoría de la Triada Independiente*, al encontrarse un “*padre periférico*” y una “*madre sobreprotectora*”, dinámica que prevalece en estas familias.

Para lo cual se aplicó como instrumento el Cuestionario de “actitudes” construido por Cortéz Vázquez, Angélica (2002). Elaborado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Donde se encontró que lo más relevante del cuestionario fue la pregunta abierta, en la cual se pidió que expresaran su opinión sobre la experiencia de convivencia con el paciente. La aplicación del cuestionario duró alrededor de 6 meses, ya que generalmente la madre es la que

visita al paciente, por lo que se espero a que de manera espontánea el padre se presentara en el hospital a visitar a su hijo. Durante este tiempo se colaboró con el equipo multidisciplinario encargados de la atención de los familiares del paciente con esquizofrenia (psiquiatras, psicólogos y terapeutas) que laboraba en el Hospital “Fray Bernardino Álvarez”, en las dinámicas, terapias de grupo y familiares, entrevistas, seguimientos de caso, y actualización. Igualmente se participó en las jornadas que el hospital organiza cada mes con temas referentes al tratamiento y cuidado del paciente con la finalidad de entrevistar a los padres y obtener el mayor acercamiento posible.

Fue muy importante observar las actitudes que generalmente los padres tienen acerca de sus hijos lo que originó desconcierto en los sujetos entrevistados, esto es les incomodaba que el cuestionario estuviera dirigido precisamente a ellos, tal vez por que se han acostumbrado a que la madre se encargue de los trámites y de explicar la situación del hijo, ya que lo habitual es que la información la den ellas. Lo anterior permite observar como las relaciones entre los padres es un factor que si influye de manera importante en el comportamiento del que padece esquizofrenia. No se puede afirmar de manera tajante que la familia *per se* sea causa única que detona la enfermedad, al contrario se debe tomar en cuenta el aspecto sociocultural y económico en el que se desenvuelven las familias.

Verbalmente los padres (varones) manifestaron que les produce una gran frustración no poder hacer nada para que mejore el hijo y que aunque por causas laborales y económicas no estén regularmente con ellos, manifiestan participar de los cuidados hasta donde se los permite la madre, quien es la encargada de seguir el tratamiento designado por el médico.

Como dato relevante es necesario hacer notar que a pesar de no pasar mucho tiempo con el paciente algunos padres manifiestan estar enfermos de los nervios y padecer depresión y otras enfermedades orgánicas que van deteriorando su vida. Es evidente un aplanamiento afectivo y una actitud de resignación ante el hecho de saber que es una enfermedad incurable. El desgaste emocional de la familia, el deterioro económico que lleva a muchas familias a deshacerse de algunos bienes materiales para poder costear el tratamiento (caro y en ocasiones casi inaccesible), hace que se agrave la situación familiar ante la evolución de la enfermedad

llegando a una impotencia emocional que se va perpetuando dentro de la interacción con el paciente.

La problemática más importante que manifestaron los padres fue la incapacidad económica para sostener el tratamiento “de por vida” como los médicos les dicen. Situación que no sólo afecta a la familia sino a su contexto en general, el paciente con esquizofrenia llega a mostrar conductas disruptivas en su lugar de origen (matar animales, exhibirse en público, etc.) lo que obliga a los familiares a buscar alternativas de tratamiento a pesar de carecer de los medios económicos y de apoyo social.

Inclusive, en algunos casos el paciente es abandonado en el hospital donde se encuentra internado, muchos padres manifiestan que prefieren que se quede internado porque es problemático en la casa y tienen muchos problemas con los vecinos o en su comunidad de origen por el comportamiento extraño que manifiesta y que muchas veces es incontrolable a menos que lo mantengan encerrado.

Los resultados sugieren la existencia de una relación entre las actitudes y sentimientos del padre y la génesis de la esquizofrenia, así como la evolución hacia un deterioro crónico. Lo que se observó durante la investigación fue que la figura paterna a pesar de tener una importancia fundamental para el desarrollo del individuo, no participa en los cuidados y en la atención del paciente, por lo que, aunque la madre no sea la única que puede hacerlo, en algunos casos, es la que permanece con el hijo y la que se responsabiliza durante todo el tiempo que su hijo sea atendido.

El padre, se encuentra al tanto del tratamiento y atención que su hijo recibe, su actitud es de aceptación y se podría ubicar en el proceso de conocer formas para acercarse mayormente al hijo, prueba de esto es que la población de padres (varones) que asisten al hospital acompañando a la esposa va en aumento, tal vez su participación no sea tan activa como la de la madre, pero con su presencia y apoyo da muestras de interés por la evolución favorable de su hijo. Esta información corrobora la preocupación de la presente investigación

con respecto a la participación que el padre tiene en el núcleo familiar y la importancia como miembro de la familia actual, sobretodo de su actitud ante el hijo con esquizofrenia.

Sugerencias y Limitaciones

Sugerencias

- Realizar un mayor número de estudios que tomen en cuenta al padre en el cuidado del hijo con esquizofrenia para sensibilizar no sólo a las familias sino a las instituciones de salud que les proporcionan la atención y apoyo médico.
- Conformar grupos de apoyo dirigidos a padres (varones) para conocer cómo han conformado su identidad como hombres y padres, desde sus experiencias tempranas hasta la elección de pareja, *¿qué entienden cómo rol de padre (funciones, actitudes, sentimientos)?*
- Llevar al cabo investigaciones para conocer *¿Cómo sería la evolución del paciente durante su estancia en el hospital si se involucrara el padre en los cuidados y atención del mismo?, ¿Qué pasaría en la dinámica familiar si la madre sobre involucrada permitiera al padre la cercanía con el hijo?, ¿Qué sería diferente en la identidad que como padres han desarrollado los varones si el personal de salud les reconociera sus capacidades afectivas en el cuidado de su hijo?*
- Enfocar los tratamientos que sean necesarios en relación con la familia en una actitud de interacción como parte del proceso, ya sea farmacológico como terapéutico, y no aislar al paciente identificado como único portador de la enfermedad.
- Proponer nuevas alternativas en cuanto al tratamiento no sólo farmacológico, sino de tipo terapéutico incluyendo a los familiares y al padre como parte del tratamiento.
- Hacer hincapié en la importancia que tiene en la relación con el hijo, lo cual se debe implementar desde el enfoque médico que es el que aún persiste a través de folletos, trípticos, carteles, etc. Para su difusión y discusión. Esperando erradicar la estigmatización de la enfermedad.
- Con relación al instrumento, el construir uno que se adecue lo más posible a las características de las poblaciones a estudiar para lograr la mayor confiabilidad posible, con base a lo que esta investigación arrojó de resultados, para ampliar los factores de la prueba.

- Más que un cuestionario se recomienda el desarrollo de una técnica que facilite la interacción entre el investigador y la familia, y para los investigadores el disponer de tiempo e interés que este tipo de dinámicas familiares requieren.

Limitaciones

- A partir de la experiencia se observó que no es conveniente el uso de un cuestionario tipo Likert en este tipo de investigaciones, ya que especialmente en el campo clínico es mucho más importante realizar entrevistas abiertas, que complementariamente fue lo que se realizó.
- Metodológicamente, una limitante fue la falta de sensibilidad de los reactivos del cuestionario que se aplicó y que se carecía de la información como confiabilidad del instrumento, para poder comparar su sensibilidad ante esta población.
- La carencia de investigaciones en México del tema en donde involucren al padre. La realidad de las condiciones económicas y sociales del país, que impide que se hagan investigaciones más profundas que darían mayor información de las dinámicas familiares que se presentan en las familias mexicanas.

Referencias

- Ackerman, N. (1978). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires. Hormé.
- Amato, P. (1987). Family processes in one-parent, stepparent and intact families: *Journal of Marriage and the Families*.
- Ackerman, N. (1994). *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones Familiares*. Argentina. Hormé
- Allport, G. (1963). *La Personalidad*. Buenos Aires. Paidós.
- Andreasen, N. (1997). Negative y positive schizophrenia. *Acta. Fundación Pro salud*.
- Andreasen, N. (1996). *Esquizofrenia y Cognición*. Conferencia dictada en el Instituto de Psiquiatría Biológica Integral. Buenos Aires.
- Arieti, S. (1965). *Interpretación de la Esquizofrenia*. México. Labor.
- Argos, V. (1984). *Diccionario de la Lengua*. España. Argos Vergara.
- Ávila, B. (1976). *Imagen Paterna. Un estudio comparativo entre madres solteras y madres casadas*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Ayuso-Gutiérrez, J. (1997). Factors influencing relapse in the long term course of schizophrenia. *Schizophrenia research*.
- Badaines, J. (1976). Identification, imitation and self-role preference in father-present and father-absent. *Journal of Psychology*.
- Bateson, G. (1971). *Interacción familiar*. Buenos Aires. Tiempo Contemporáneo.
- Bebbington, P. (1994). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scan. (Suppl 382)*.
- Bateson, G., Jackson D., Haley, J., y Weakland, J. (1985). *El Doble Vínculo Afectivo*. México. F.C.E.
- Bateson, G., Jackson D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). *Toward a Theory of schizophrenia. Behavioral Science*.
- Berger, M. (1993). *Más allá del doble vínculo*. Barcelona, España. Paidós.
- Bernstein, R. (1976). *La madre soltera frente a la sociedad*. Buenos Aires Marimar.

- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Bettelheim, B. (1994). *El Arte de lo Obvio*. Barcelona.
- Beutner, K. (1964). *Guía para la Familia del Enfermo Mental*. Buenos Aires. Hormé.
- Biehler, R. (1980). *Introducción al desarrollo del niño*. México. Diana
- Biller, H. (1971). Father absence, perceived maternal behavior, and masculinity of self-concept. *Developmental Psychology*.
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *Tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia*. España. Ariel.
- Bleuler, E. (1960). *Demencia Precoc: El Grupo de las Esquizofrenias*. (D.R. Wagner. Trad.) (Bleuler, 1908/1960). Buenos Aires, Hormé.
- Braunstein, N. (1987). *La reflexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. México. Siglo XXI.
- Brenner, CH. (1968). *Elementos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires. Hormé
- Broustra, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona, España. Herder.
- Brown, G.W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 37, 105-131.
- Brown, G.W., Bielely JLT., Wing JK., (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication *British journal of psychiatry*.
- Borgoños, E. Morcillo, L. & Barcia, D. (1995). *Tratamiento Farmacológico y Calidad de Vida en la Esquizofrenia*. España. Psiquis.
- Bowen, G. (1979). Improving recall by recording interfering material at the time of recall. *Journal of Experimental Psychology*.
- Bowlby, J. (1976). *La Separación afectiva*. Buenos Aires. Paidós.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires .Paidós.
- Buchanan, R.W. (1997). Attentional impairments in deficit and nondeficit forms of schizophrenia. *Psychiatry supplement*.
- Buchanan R.W., Gold, J.M.(1996). Negative symptoms: Diagnosis, treatment and prognosis. *Psychiatry supplement*. 2

- Caballo, V., Buela- Casal y Carrobles, J.A. (1995). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos: Fundamentos Conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. México: Siglo XXI.
- Cabrero, L. (1988). Esquizofrenia y Familia. *Revista de la Facultad de Medicina*. Barcelona, España.
- Cámara, G. (1984). *Simbiosis y el proceso psicoterapéutico*. México. Aletheia.
- Caruso, I. (1979). *Narcisismo y Socialización*. México. Siglo XXI.
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W. (1985). Treatment of negative symptoms. *Schizophrenic Bull.*
- Chapman, M. (1977). Father absence, stepfather, and the cognitive performance of collage students. *Child developmet Bull.*
- Cicero, F. (1996). *Bioética*. Material didáctico para la material de Teoría y Técnica de la Entrevista. Facultad de Psicología. UNAM. Folleto.
- Clausen, J. (1960). *Relaciones Sociales y Esquizofrenia; informe de investigación*. Buenos aires. Amorrortu.
- Colodrón, A. (1983). *Las esquizofrenias*. España. Siglo XXI.
- Cohen, S., Leonard, C., Faberbrown, A. (1964). Tranquilizers and suicide in schizophrenic patients. *Archive General Psychiatry*.
- Cooper, D. (1976). *La Muerte de la Familia* Barcelona. Ariel.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*_España. Siglo XXI.
- Conrad, K. (1963). *La esquizofrenia incipiente*. Ávila, Alambra.
- Craig, J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall.
- Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process. *Medical. Suppl.*
- Cuello, M. A. (1992). El paradigma de los síndromes tipo I y II de la esquizofrenia. *Revista del Residente de Psiquiatría*.
- Cutting, J. (1985). The Psychology of Schizophrenia. Edimburgo. *Churchil Liningstone Bull*
- Damrosch, S. (1995). Facilitating adherent to preventive and treatment regimens. *Behavior and Medicine*. St. Louis, Mosby.
- Davison, G. C. & Neal, J. M. (1983). *Psicología de la conducta Anormal*. México. Limusa

- Díaz, G. (1982). *Psicología del Mexicano*. México Trillas.
- Despert, J. (1962). *Hijos del Divorcio*. Buenos Aires. Hormé.
- Dor, J. (1989). *El Padre y su Función en Psicoanálisis*. Buenos Aires. Nueva visión.
- DSM-IV- TR (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México. Masson.
- Elias, I. (1987). *Masculinidad y Ternura*. En psicología de lo masculino. Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social. México.
- Erickson, E. (1985). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Estrada, L. (1975). *El ciclo vital de la familia*. México. Posada.
- Estroff, S. (1993). Identity, Disability, and Schizophrenia en Lindenbaum. *Knowledge, Power, and Practice New York: University of California Press*.
- Ey Henry, Bernard P., Brisset. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. México. Masson.
- Fenichel, O. (1987). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. México. Paidós
- Fernández, F. (1993). El Laberinto de los Trastornos Esquizoafectivos. *Revista del Residente de Psiquiatría*.
- Fitton, A., y Benfield, P. (1993). Evaluación Farmacoeconómica del Medicamento. *Adis International. Ltd*.
- Fleischhacker, W., Meise, U., Gunther, V. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Act Psychiatr. Scand*.
- Flores, G. (1980). *La Familia del Esquizofrénico*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Flügel, J. (1972). *Psicoanálisis de la familia*. Buenos Aires .Paidós
- Freud, A. (2001). *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. México. Paidós.
- Freud, S. (1994). *El Final del Complejo de Edipo*. Obras Completas. Vol. II. Buenos Aires Amorrortu.
- Freud, S. (1972). *Neurosis y psicosis*. Obras Completas. Vol. III. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (2001). *Un Caso de Paranoia, descrito autobiográficamente (Shreber)*. Volumen XII. Buenos Aires. Amorrortu.

- Fromm, E. (1998). *Anatomía de la Destructividad Humana*. México. Siglo XXI.
- Fromm-Reichmann F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy, 1 Univ. of Chicago*.
- Fromm-Reichmann, F. (1981). *Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos Depresivos*. Buenos Aires. Hormé.
- Galicia, G. (1992). *La Relación del Padre con su Hijo*. Tesina de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Garrabé, Jean. (1996). El nacimiento de la esquizofrenia (1906-1912). *Revista de Salud Mental*, 4, 43-51.
- Greenberg, J. & Mitchel, S. (1983). *Object relations in Psychoanalytic Theory*. (Barroso, A.M. Trad.). (Harvard University Press.). Cambridge, Massachussets, London, England.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Goldberg, E. (1985). Tardive dysmentia and frontal lobe disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*.11: 255-263.
- Goldsmid, H., y cols. (1987). What is Temperament? *Four approaches Child development bull*.
- González, N. (1984). *Imagen Paterna*. Conferencia presentada en el simposio Margaret Mahler, Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, México.
- González, N. J. (1989). *La función del padre en el proceso de separación- individuación*. México, Documento de circulación interna.
- González, N. J. (1996). *La imagen paterna y salud mental en el mexicano*. Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social, A.C.
- Guerrero, R. (1982). *Psicología del Mexicano*. México. Trillas.
- Guirguis, R. (1980). The Family and Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 10.
- Haley, J. (1969). *Tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Buenos Aires. Tiempo Contemporáneo.
- Haley, J. (1972). *Terapia no convencional*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Hartmann, H. (1961). *La Psicología del yo y el problema de la adaptación*. México. Pax.
- Hartmann, H., Kris, E., y Lowenstein, R.(1951). Comentarios sobre la formación de la Estructura psíquica. Buenos Aires. *Revista de Psicoanálisis. Vol. VIII*.

- Hirsch, S. (1988). Essential aspects of the research problem in schizophrenia. *Royal Sociedad Médica*.
- Horkheimer, M. (1977). *Teoría Crítica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Hurlock, E. (1961). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires. Paidós.
- Jackson, D. (1960). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Javiedes, M. (1995). *Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes*. Universidad Autónoma de México. Folleto.
- Johnson, D., Pasternski, G., Ludlow, J. (1983). The discontinuation of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica, Scand.* 67
- Klein, M. (1976). *Desarrollos en Psicoanálisis. Obras Completas III*. Buenos Aires. Paidós.
- Kaplan, H., Sadock y Grebb, (1994). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires. Médica Panamericana.
- Kay, S. (1990). Piramidical model of schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 16: 537-545.
- Kraepelin E. (1982). *Introducción a la clínica psiquiatría*. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A. C.
- Laing, R. (1974). *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. Madrid. Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R. (1986). *Cordura, locura y familia*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Lacan, J. (2002). *La psicosis Libro III*. Buenos Aires. Paidós.
- Lamb. M. (1979). Paternal influences and the father's role. *American Psychologist*.
- Lamb, M. (1980). The father's role in the facilitation of the infant mental health. *Infant Mental Health Journal*.
- Lebell, B., Marder, S., Mintz, J., Tompson, M. (1993). Patients perception of family emotional climate and out come in schizophrenia. *British Journal Psychiatry*.
- Lebovici, S. (1973). *El conocimiento del niño a través del Psicoanálisis*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Leff, J., y Vaughn, C. (1980). The interaction of life events and relatives expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal Psychiatry*.

- Liddle, P. (1989). The symptoms of chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatry*.
- Lidz, T. (1958). Schizophrenia and family. *Psychiatry*. 21.
- Linden, M., Godeman, F. (1998). Schizophrenia Research. *Act. Psychiatr.* 2.
- Logomarsino, A. (1995). Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica. América Latina*. 2. 141-147.
- McGovern, M. (1988). Adolescent mother and their infants. Effects of the involvement of the infant's father. *Dissertation Abstracts International*.
- McMillan, J., Gold, C., y Johnson, J. (1986). Expressed Emotion and Relapse. *British Journal Psychiatry*.
- Mahler, M. (1979). *Simbiosis Humana. Las vicisitudes de la individuación*. México. Mortiz.
- Mannoni, M. (1975). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Buenos Aires. Gedisa.
- Mannoni, M. (1979). *El niño, su enfermedad y los otros*. Buenos Aires. Nueva Vision.
- Mantonakis, J. (1985). A scale for detection of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. *Act Psych Scan*.
- Marder, S. (1998). Facilitating compliance with antipsychotic medication. *Psych. Suppl*. 3.
- Miklowitz, D. y Goldstein, M. (1983). Premorbid and Symptomatic Characteristics of Schizophrenics from Families with High and Low Levels of Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 92.
- Millán, S. (1998). *Como facilitar el desarrollo para enfrentar la regresión. Comentarios sobre estrategias terapéuticas*. Documento de Psicoanálisis. Madrid.
- Minkowski, E. (2001). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Mino, Y. (1998). Expressed emotion of families and negative depressive symptoms in schizophrenia. Study in Japan. *Schizophrenia Research*.
- Nickel, H. (1980). *Psicología del Desarrollo de la Infancia y de la Adolescencia*. España Herder.
- National Alliance for the Mentally. (2000). *Exper Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia: A guide for patients and families*. *Psychguides. com*.
- Obiols, J., y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona. Martínez Roca.

- Ordóñez, S., y Garnica, R. (1995). Estado actual nosológico de la esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*.
- Organización Mundial de la Salud. (1992), *CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades)*. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. España.
- Ortega, S. (1980). *La identidad paterna: crisis ante la adolescencia del primer hijo*. Monografía de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.
- Owen, R. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*
- Padilla, M. (1985). *Algunos trabajos realizados en la investigación de la etiología de las esquizofrenias*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Padilla, V. (1984). *Estudio sobre la influencia de la imagen paterna en las esferas del desarrollo mental de niños de edad preescolar*. México. Aletheia.
- Pankow, G. (1979). *Estructura familiar y psicosis*. Buenos Aires. Paidós.
- Papalia y Olds, (1985). *Psicología del Desarrollo*. México. MacGraw Hill.
- Parke, R. (1986). *El papel del padre*. Madrid. Morata.
- Pratkanis, A. (1994). *El modelo sociocognitivo de la estructura y función de la actitud*. Folleto. UNAM.
- Racamier, P. (1983). *Los esquizofrénicos*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Ramírez, S. (2003). *El mexicano: psicología de sus motivaciones*. México. Grijalbo
- Ramírez, S. (1975). *Infancia es destino*. México. SXXI
- Rascon, G. (1999). *La opinión afectiva del paciente esquizofrénico y la emoción expresada por los familiares*. México. Tesis de Psicología. UNAM.
- Rascón, M., Díaz, R., y Reyes, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 20. 55-63.
- Roheim, G. (1978). *Magia y esquizofrenia*. Buenos Aires. Paidós.
- Rodríguez, I. R. (1991). *Rasgos predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Rosalato, R. (1971). Función del padre y creaciones culturales. *Revista Argentina de Psicología*.

- Saldaña, J. (2001). *Derechos del enfermo mental*. México. UNAM.
- Salas, E. (1970). Los padres y la Identidad. Buenos Aires. *Revista de Psicoanálisis*.
- Segal, H. (1979). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*. Buenos aires. Paidós.
- Shinn, M. (1979). Father absence and children's cognitive development. *Psychological Bulletin*.
- Strauss, J., Carpenter, W., Bartko, J. (1974). Toward and understanding of the symptom picture considered characteristic of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Sandoval, D. (1984). *El mexicano: psicodinámica de sus relaciones familiares*. México. Villicaña.
- Satir, V. (1986). *Psicoterapia familiar conjunta*. México. La prensa medica mexicana.
- Searles, H. (1980). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona. Gedisa.
- Sechehaye, M. (1992). *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Searles, H. (1980). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona. Gedisa.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica. México. Paidós.
- Silva, H. (1993). *La esquizofrenia*. De kraepelin al DSM-IV. Santiago, Universidad Católica de Chile.
- Scott, R., Fajen, L. y Winters, D. (1993). The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*.
- Schneider, K. (1975). *Patopsicología clínica*. Madrid. Paz Montalvo.
- Shatzman, M. (1993). *El asesinato del alma*. España. SXXI.
- Sroufe, A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation. Psychopathology as developmental deviation. *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*.
- Stierling, H. (1981). *Terapia de Familia*. Barcelona. Gedisa.
- Suárez, Y. (1987). *Estructura familiar y aspectos psicodinámicos de la personalidad*. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Sue, D., Sue D. & Sue, S. (1995). *Comportamiento Anormal*. México. McGraw-Hill.
- Sullivan, H. (1974). Notes of investigations, therapy, and education in psychiatry and their relations to schizophrenia. *Psychiatry*, 10.
- Szasz, T. (1984). *Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la psiquiatría*. México. Premia.

- Tompson, M. (1995). Schizophrenic, patients perceptions of their relatives attitudes. *Psychiatry Research*.
- Valencia, M. (1993). Seguimiento Comunitario de pacientes esquizofrénicos. Anales IV. *Reseña de la VIII Reunión de investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*.
- Vaughn, C. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129
- Vázquez, C. (2002). *Evaluación del paciente esquizofrénico*. México. Facultad de Psicología, Tesis. UNAM.
- Vega González, L. y cols. (1994). *Hijos/as de padres con psicosis severas*. España. Psiquis.
- Warren, H. (2000). *Diccionario de Psicología*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Warner, R. y Atkinson, M. (1988). The relationship between schizophrenic patients perceptions of their parents and the course of their illness. *British Journal of psychiatry*.
- Watzlawick, P. (1987). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Herder.
- Weiden, P. (1995). Recognition and management of neuroleptic noncompliance. *American psychiatric press*.
- Winokur, G. (1996). The natural history of mania, depresión and schizophrenia, Washington DC. *American Psychiatric Press, Inc*.
- Zacarias, R. (1995). *Factores etiológicos de la psicosis esquizofrénica*. México. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability- a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 82.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLÓGIA

HOSPITAL PSIQUIATRICO: FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

El cuestionario consta de dos partes; la primera formada por datos de tipo socio-demográficos, los cuales son únicamente para fines estadísticos, no se requiere de su identificación personal, solamente contestar con absoluta sinceridad. Se agradece de antemano su colaboración.

Datos Socio-demográficos:

A) Edad _____

B) Escolaridad

C) Profesión u oficio

D) Parentesco con el paciente

E) ¿Cuál es la enfermedad que padece el paciente?

F) ¿Cuánto tiempo ha vivido con su familiar enfermo?

La segunda parte consta de 20 reactivos, conteste honestamente de acuerdo a las cinco opciones. No hay respuestas buenas ni malas.

Marque con una X, el número de la opción de respuesta que mejor exprese su sentir.

1.- Totalmente de acuerdo

2.- Acuerdo

3.- Indiferente

4.- Desacuerdo

5.- Totalmente en desacuerdo

Se inicio la aplicación del cuestionario, en las preguntas de la escala Likert se le leyeron las instrucciones y se le preguntó al padre únicamente si tenia alguna duda, a lo que no entendían por ser preguntas afirmativas que muchas veces se confundían, por lo que se opto por leer cada una e ir contestando el cuestionario con cada uno de los participantes. En cada pregunta se proporcionaba información adicional lo que daba un espectro más amplio de la situación familiar en la que el paciente se encontraba.

CUESTIONARIO

Afirmación:	1	2	3	4	5
1.-Hay que evitar estar a solas con el paciente					
2.-La hospitalización prolongada daña más la salud mental del Paciente					
3.-Al paciente le gusta estar solo, es mejor para todos					
4.-Su forma de ser del paciente es extraña y difícil, pero no Peligrosa					
5.-La hospitalización definitiva es lo más conveniente para el paciente					
6.-El enfermo no puede evitar actuar como lo hace, la enfermedad lo ocasiona					
7.-Acudir a reuniones con el paciente es arriesgado, mejor evitarlo					
8.-Al paciente le gusta estar solo, pero hay que evitar que se aísle					
9.-Es inútil esperar que el paciente se recupere					
10.Es una exageración tener miedo al paciente					
11.La enfermedad no se cura, el enfermo debe permanecer hospitalizado					
12.Es necesario que un familiar se haga cargo del tratamiento del paciente					
13.-Vivir con el enfermo es estar en constante temor de ser agredido					
14.Acudir a visitar al paciente forma parte del tratamiento					
15.El paciente esta más seguro en el hospital que en casa					
16.Es difícil vivir con el enfermo pero necesita estar entre familia					
17.El enfermo puede ser peligroso					
18.Recibir tratamiento toda la familia es lo más conveniente					
19.Es muy cansado vivir de forma continúa con el enfermo					
20.Apoyar y estimular al paciente a realizar su aseo, evita que deje de hacerlo					

ESCALA TOTAL SIN TOMAR EN CUENTA LOS FACTORES

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. REAC1	3.4200	1.3195	100.0
2. REAC2	2.9200	1.4048	100.0
3. REAC3	3.6200	1.1958	100.0
4. REAC4	2.4000	1.2792	100.0
5. REAC5	3.7000	1.3446	100.0
6. REAC6	1.8900	.9629	100.0
7. REAC7	3.5800	1.2648	100.0
8. REAC8	1.9800	.9209	100.0
9. REAC9	3.8800	1.2814	100.0
10. REAC10	2.9700	1.3593	100.0
11. REAC11	3.6800	1.2217	100.0
12. REAC12	2.1000	1.1503	100.0
13. REAC13	3.2000	1.4355	100.0
14. REAC14	1.7800	.8596	100.0
15. REAC15	2.9600	1.4065	100.0
16. REAC16	1.9300	.8905	100.0
17. REAC17	2.9200	1.3757	100.0
18. REAC18	1.9900	1.0100	100.0
19. REAC19	2.6600	1.3121	100.0
20. REAC20	2.1700	1.0546	100.0

N of Cases = 100.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	55.7500	69.6843	8.3477	20

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.7875	1.7800	3.8800	2.1000	2.1798	.5093

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.4793	.7390	2.0606	1.3216	2.7884	.1860

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
REAC1	52.3300	61.0314	.3353	.3618	.5740
REAC2	52.8300	65.4153	.1010	.2699	.6100
REAC3	52.1300	62.2153	.3201	.3785	.5779
REAC4	53.3500	68.9773	-.0437	.3169	.6278
REAC5	52.0500	59.6035	.3984	.5410	.5636
REAC6	53.8600	70.1620	-.0871	.3831	.6244
REAC7	52.1700	60.7284	.3732	.5784	.5691
REAC8	53.7700	68.8254	.0007	.3138	.6148
REAC9	51.8700	64.3365	.1803	.3002	.5971
REAC10	52.7800	70.0117	-.0956	.2621	.6373
REAC11	52.0700	59.8031	.4440	.4754	.5597
REAC12	53.6500	66.5126	.0985	.4374	.6070
REAC13	52.5500	58.8359	.3991	.4363	.5617
REAC14	53.9700	64.3728	.3315	.3849	.5825
REAC15	52.7900	62.8746	.2166	.3896	.5921
REAC16	53.8200	66.2905	.1794	.4658	.5971
REAC17	52.8300	59.2536	.4031	.4899	.5622
REAC18	53.7600	67.1337	.0925	.5165	.6064
REAC19	53.0900	59.7393	.4054	.4135	.5632
REAC20	53.5800	67.7814	.0455	.3723	.6121

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .6057 Standardized item alpha = .5932

Eliminando los reactivos: 2,4,9,11,20, la confiabilidad de la escala sube.

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****
 Confiabilidad TOTAL DE LA ESCALA

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. REAC7	3.5800	1.2648	100.0
2. REAC11	3.6800	1.2217	100.0
3. REAC13	3.2000	1.4355	100.0
4. REAC17	2.9200	1.3757	100.0
5. REAC5	3.7000	1.3446	100.0
6. REAC1	3.4200	1.3195	100.0
7. REAC15	2.9600	1.4065	100.0
8. REAC3	3.6200	1.1958	100.0
9. REAC18	1.9900	1.0100	100.0
10. REAC16	1.9300	.8905	100.0
11. REAC12	2.1000	1.1503	100.0
12. REAC14	1.7800	.8596	100.0
13. REAC2	2.9200	1.4048	100.0
14. REAC8	1.9800	.9209	100.0

N of Cases = 100.0

	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Statistics for Scale	39.7800	54.0319	7.3506	14

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	2.8414	1.7800	3.7000	1.9200	2.0787	.5428

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.4785	.7390	2.0606	1.3216	2.7884	.2191

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
REAC7	36.2000	45.2323	.4232	.4906	.6259
REAC11	36.1000	44.1515	.5166	.4364	.6121
REAC13	36.5800	43.3370	.4568	.3946	.6174
REAC17	36.8600	44.4246	.4207	.3811	.6247
REAC5	36.0800	44.4380	.4343	.5015	.6228
REAC1	36.3600	45.3236	.3922	.2631	.6302
REAC15	36.8200	45.0986	.3682	.3059	.6336
REAC3	36.1600	46.2166	.3927	.2655	.6317
REAC18	37.7900	53.7837	-.0521	.3374	.6869
REAC16	37.8500	51.8056	.1118	.3878	.6671
REAC12	37.6800	51.4723	.0749	.3885	.6755
REAC14	38.0000	49.8182	.2863	.2790	.6493
REAC2	36.8600	50.8085	.0624	.1786	.6841
REAC8	37.8000	53.1717	.0009	.1957	.6789

Reliability Coefficients 14 items

Alpha = .6644 Standardized item alpha = .6432

POR FACTORES

Factor 1: Percepción de riesgo de estar en contacto con el paciente

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis ***** .

Factor 1= percepción de riesgo al estar en contacto con el paciente

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. REAC7	3.5800	1.2648	100.0
2. REAC11	3.6800	1.2217	100.0
3. REAC13	3.2000	1.4355	100.0
4. REAC17	2.9200	1.3757	100.0
5. REAC5	3.7000	1.3446	100.0
6. REAC1	3.4200	1.3195	100.0
7. REAC15	2.9600	1.4065	100.0
8. REAC3	3.6200	1.1958	100.0

N of Cases = 100.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	27.0800	45.4077	6.7385	8

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3.3850	2.9200	3.7000	.7800	1.2671	.1017

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.7503	1.4299	2.0606	.6307	1.4411	.0520

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
REAC7	23.5000	35.5051	.5509	.4113	.7591
REAC11	23.4000	35.5960	.5707	.3756	.7567
REAC13	23.8800	34.0461	.5552	.3794	.7575
REAC17	24.1600	35.5701	.4842	.3495	.7695
REAC5	23.3800	35.3289	.5174	.4238	.7640
REAC1	23.6600	36.3883	.4572	.2358	.7735
REAC15	24.1200	35.8440	.4504	.2510	.7753
REAC3	23.4600	38.1701	.3931	.2205	.7824

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = .7904 Standardized item alpha = .7910

Factor 2: Apoyo Familiar

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****
 Factor 2 Apoyo familiar

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. REAC18	1.9900	1.0100	100.0
2. REAC16	1.9300	.8905	100.0
3. REAC12	2.1000	1.1503	100.0
4. REAC14	1.7800	.8596	100.0

N of Cases = 100.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	7.8000	7.0101	2.6477	4

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.9500	1.7800	2.1000	.3200	1.1798	.0178

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.9688	.7390	1.3232	.5842	1.7906	.0707

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
REAC18	5.8100	4.3373	.3929	.2124	.5125
REAC16	5.8700	4.6193	.4174	.2609	.4991
REAC12	5.7000	3.5455	.4943	.3529	.4203
REAC14	6.0200	5.3935	.2198	.0836	.6277

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = .5962 Standardized item alpha = .5890

Nota: Las confiabilidades que se obtenían de los otros factores arrojados no eran significativas menores de .4, por lo tanto no se incluyen para confiabilizar este instrumento.

Se volvió a correr la confiabilidad de la escala total con los trece reactivos que quedaron

--- ELIMINANDO REACTIVOS

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. REAC1	3.4200	1.3195	100.0
2. REAC3	3.6200	1.1958	100.0
3. REAC5	3.7000	1.3446	100.0
4. REAC7	3.5800	1.2648	100.0
5. REAC9	3.8800	1.2814	100.0
6. REAC11	3.6800	1.2217	100.0
7. REAC12	2.1000	1.1503	100.0
8. REAC13	3.2000	1.4355	100.0
9. REAC14	1.7800	.8596	100.0
10. REAC15	2.9600	1.4065	100.0
11. REAC16	1.9300	.8905	100.0
12. REAC17	2.9200	1.3757	100.0
13. REAC19	2.6600	1.3121	100.0

N of Cases = 100.0

	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Statistics for Scale	39.4300	64.3890	8.0243	13

Item Means	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	3.0331	1.7800	3.8800	2.1000	2.1798	.5181

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.5555	.7390	2.0606	1.3216	2.7884	.1670

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
REAC1	36.0100	54.1514	.4375	.2758	.7186
REAC3	35.8100	56.2969	.3713	.2560	.7268
REAC5	35.7300	52.7041	.5059	.4504	.7098
REAC7	35.8500	52.8157	.5426	.4676	.7063
REAC9	35.5500	58.8763	.1968	.1614	.7467
REAC11	35.7500	53.5227	.5244	.4233	.7092
REAC12	37.3300	62.3647	.0386	.3198	.7603
REAC13	36.2300	51.4718	.5271	.4034	.7060
REAC14	37.6500	61.0379	.1945	.1705	.7427
REAC15	36.4700	54.8981	.3605	.3314	.7284
REAC16	37.5000	62.8384	.0537	.3365	.7536
REAC17	36.5100	52.4948	.5017	.4295	.7100
REAC19	36.7700	55.0274	.3925	.3221	.7242

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 13 items

Alpha = .7431 Standardized item alpha = .7277

Escala total

Communalities

	Initial	Extraction
1- Evitar al paciente	1.000	.632
2- Hospitalización. excesiva daña al paciente	1.000	.734
3- Al paciente le gusta la soledad, es lo mejor para todos	1.000	.655
4- Forma de ser, extraña y difícil, no peligrosa	1.000	.508
5- Hospitalización definitiva es lo más conveniente	1.000	.813
6- El enfermo no puede evitar como lo hace	1.000	.684
7- Acudir a reuniones es arriesgado	1.000	.624
8- Al paciente le gusta estar solo, hay que evitarlo	1.000	.789
9- Es inútil la recuperación	1.000	.777
10- Es exageración tenerle miedo al paciente	1.000	.769
11- La enfermedad no se cura, debe permanecer hospitalizado	1.000	.567
12- Es necesario que un familiar se haga cargo	1.000	.703
13- Vivir con el enfermo, temor de ser agredido	1.000	.595
14- Acudir a visitarlo es parte del tratamiento	1.000	.755
15- El paciente está más seguro en el hospital	1.000	.663
16- Es difícil vivir con el paciente, pero necesita estar entre familia	1.000	.777
17- El enfermo puede ser peligroso	1.000	.736
18- Recibir tratamiento todos es lo mejor	1.000	.782
19- Es muy cansado vivir con el paciente	1.000	.681
20- Ayudarlo y estimularlo a realizar su aseo	1.000	.737

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained.

Component	Initial Eigenvalues		Cumulative %	Extraction Sums of Squared Loadings		Cumulative %
	Total	% of Variance		Total	% of Variance	
1	3.746	18.728	18.728	3.746	18.728	18.728
2	2.167	10.835	29.562	2.167	10.835	29.562
3	1.792	8.958	38.521	1.792	8.958	38.521
4	1.502	7.510	46.031	1.502	7.510	46.031
5	1.313	6.563	52.593	1.313	6.563	52.593
6	1.249	6.243	58.836	1.249	6.243	58.836
7	1.142	5.711	64.547	1.142	5.711	64.547
8	1.072	5.360	69.908	1.072	5.360	69.908
9	.972	4.859	74.766			
10	.770	3.848	78.615			
11	.708	3.541	82.156			
12	.608	3.038	85.194			
13	.572	2.862	88.056			
14	.486	2.429	90.484			
15	.404	2.022	92.506			
16	.397	1.983	94.490			
17	.335	1.677	96.167			
18	.291	1.456	97.623			
19	.244	1.220	98.842			
20	.232	1.158	100.000			

Component Matrix ^a

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
7- Acudir a reuniones es arriesgado	.757	-2.92E-02	-3.37E-02	9.145E-02	-2.88E-02	-.228	-4.92E-02	-.184
13- Vivir con el enfermo, temor de ser agredido	.629	8.021E-02	-.295	-6.65E-02	-8.38E-02	.122	4.194E-02	-.152
5- Hospitalización definitiva es lo más conveniente	.623	.103	-.116	.136	-.388	-.194	.367	5.892E-02
17- El enfermo puede ser peligroso	.622	7.238E-02	-.302	3.596E-02	.146	.256	-.343	-.113
1- Evitar al pac	.587	3.511E-02	-8.70E-02	-.187	.271	5.284E-02	.314	.301
11- La enfermedad no se cura, debe permanecer hospitalizado	-.585	.168	-.159	-.409	4.598E-02	-7.57E-02	-.114	.150
15- El paciente está más seguro en el hospital	.558	-5.31E-02	.324	-4.97E-02	-.201	.336	.269	.170
3- Pac.gusta soledad, es mejor p/ todos	.507	.295	.457	-.174	.161	-1.05E-02	-.152	.266
16- Es difícil vivir con el paciente, pero necesita estar entre familia	-.124	.697	3.115E-02	-.103	.188	-.233	.216	-.244
12- Es necesario que un familiar se haga cargo	-.133	.657	-.164	-.306	-.123	.166	.207	-.284
18- Recibir tratamiento todos es lo mejor	-.310	.564	-.304	.100	-.309	.340	.123	9.082E-02
14- Acudir a visitarlo es parte del tratamiento	.142	.512	.274	.512	-.135	.106	2.719E-02	.299
19- Es muy cansado vivir con el paciente	.407	.283	-.578	-4.16E-02	.218	6.284E-02	-.166	-.150
6- El enfermo no puede evitar como lo hace	.333	.307	.490	-.391	7.426E-02	-.204	-.223	9.955E-02
8- Al paciente le gusta estar solo, hay que evitarlo	-6.10E-02	-2.19E-02	.190	.675	.327	.365	-2.72E-05	-.247
2- Hopst. excesiva daña al paciente	-4.04E-02	.255	.135	5.017E-02	.781	7.825E-02	.136	8.227E-03
10- Es exgareación tenerle miedo al paciente	-.226	.166	.161	.315	3.897E-02	-.567	.326	-.149
9- Es inutil la recuperación	-.327	-7.31E-02	.394	-.294	-4.30E-02	.561	.233	-.121
20- Ayudarlo y estimularlo a realizar su aseo	-6.51E-02	.487	.337	.173	-.319	-7.27E-03	-.538	-.115
4- Forma de ser, extraña y difícil, no peligrosa	-.320	.212	-4.41	.210	.107	-2.03E-02	-6.82E-02	.627

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 8 components extracted.

Extraction Method: Principal Component Analysis.