



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Investigación documental

LA MADRE ESQUIZOFRENIZANTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LILIANA HERNÁNDEZ ALFARO

**DIRECTOR MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
REVISOR DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA**

MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

Papá Toño, gracias por haberme dado tu amor, tu calidez, tu comprensión y tus consejos, desde que nací tú siempre fuiste mi papá.

Le agradezco también aunque ya no esté con nosotros a mi mamá Pinita, a quien agradezco con mi titulación y otras cosas más sus consejos.

A mi mamá Domi por sus porras, motivación y su alegría.

A mi tía Nena y mi prima Fernanda quienes me han tendido la mano cuando lo he necesitado, por la confianza y el cariño que me han demostrado que espero sea infinito.

Gracias a todos mis amigos y amigas de la Facultad de Psicología por haberme dado su calidez, por haber pasado momentos gratos y porque siempre me apoyaron y estuvieron conmigo en mis enojos, tristezas, ansiedades, alegrías, en mis fracasos y mis logros.

Gracias a mis amistades de la colonia Doctores, porque siempre me motivaron y creyeron en mi y gracias por ayudarme a equilibrar mi balanza de los deberes y del relajo cuando lo necesitaba.

Gracias al Maestro Sotero Moreno Camacho por su paciencia, por sus consejos y por la atención que siempre me brindó.

Gracias al Doctor Jorge Rogelio Pérez Espinosa, por su atención y sus consejos y la transmisión de sus conocimientos.

Gracias a la Licenciada Annemarie Brüggmann García, por su calidez al darme sus críticas constructivas que me fueron muy útiles. Además quiero referir que cuando yo fui su alumna, siempre la admiré y me motivó a crecer como persona.

Gracias al Dr. Gilberto Limón Arce y a la Mtra. Cristina Heredia Ancona, por sus puntos de vista para enriquecer mi trabajo.

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPÍTULO I DEFINICIONES.

1.1. Definición de madre.	8
1.2. Definición de esquizofrenia.	8
1.3. Definición de madre esquizofrenizante.	8
1.4. Simbiosis humana por Margaret Mahler.	8
1.5. Teoría del doble vínculo por Gregory Bateson.	18
1.6. Donald Winnicott.	19
1.7. Teoría del Apego por John Bowlby.	21
1.8. René Spitz.	23
1.9. Anna Freud.	26

CAPÍTULO II DINÁMICA FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA.

2.1. Construcción esquizofrenizante en la familia.	28
2.2. Familia-paciente.	33
2.3. Resistencias por parte de los familiares.	37

CAPÍTULO III LA MADRE ESQUIZOFRENIZANTE.

3.1. Madres maltratadoras.	40
3.2. La madre esquizofrenizante.	43

CAPÍTULO IV ESQUIZOFRENIA

4.1. Etiología.	45
4.2. Semiología.	59
4.3. Nosología.	69

CAPÍTULO V METODOLOGÍA.

5.1. Consideraciones previas.	74
5.1.1. Tipo de estudio.	74
5.2. Planteamiento del problema.	74
5.2.1. Objetivos.	74
5.2.2. Preguntas de investigación.	74
5.2.3. Justificación.	74
5.2.4. Limitaciones previsibles.	74
5.3. Variables.	74
5.4. Justificación para el uso de procedimientos analíticos.	74
5.5. Procedimiento.	75
5.5.1. Actividades de análisis de información.	75

CAPÍTULO VI ANÁLISIS CRÍTICO.

6.1. Margaret Mahler.	77
6.2. Gregory Bateson.	79
6.3. Donald Winnicott.	81
6.4. John Bowlby.	82
6.5. René Spitz.	84
6.6. Anna Freud.	88
6.7. Análisis crítico.	93
Conclusiones.	96
Bibliografía.	99

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación documental.

La familia es un núcleo fundamental en el que un individuo crece y se desarrolla. Es a través de la familia que una persona va adquiriendo conductas que le permiten interactuar con la sociedad y su medio externo. A veces los conflictos vienen de este núcleo familiar, como en el caso de las madres esquizofrenizantes que es un factor patológico que desencadena la enfermedad de esquizofrenia en sus hijos u otras patologías, además en la mayoría de los casos la madre es el principal cuidador de sus hijos, la que transmite los valores de la sociedad pero también los conflictos. Ella constituye la portadora de la patología de la familia y es el factor patogénico que desencadena en miembros de por sí proclives, la enfermedad de esquizofrenia, de ahí que muchos autores le adjudican el apelativo de “madre esquizofrenizante.”

Para ello, se revisó y analizó material de los siguientes autores: Gregory Bateson, Margaret Mahler, Donald Winnicott, John Bowlby, René Spitz y Anna Freud, quienes aportan en sus teorías y textos explicaciones de cómo es que la madre puede ser un factor desencadenante de la esquizofrenia hacia sus hijos, pues no podemos negar que la genética tiene un papel importante en dicha enfermedad. La patología se da en familia, pues es un juego entre la madre, el hijo y un padre ausente o débil. Sin embargo se necesita más investigación actualizada y reconocer que dichas madres existen.

Palabras clave: Esquizofrenia, etiología de la esquizofrenia, madre esquizofrenizante.

INTRODUCCIÓN.

Se pretende ampliar la información acerca de la madre esquizofrenizante, conocer su forma de actuar en el papel de madre y cómo este es un desencadenador de la esquizofrenia en sus hijos.

Algunas fuentes indican que la madre esquizofrenizante es un concepto actualmente innecesario. Sin embargo, no podemos pasar por alto que una madre esquizofrenizante es esquizofrénica, por lo tanto no se puede descartar a la enfermedad, a las mujeres que la padecen y que desafortunadamente conciben hijos.

Se ha estudiado la interacción entre la madre y su hijo y cómo puede originarse una esquizofrenia u otras perturbaciones; algunos autores que trabajan con esta interacción son: Margaret Mahler, Gregory Bateson, Donald Winnicott, John Bowlby, René Spitz y Anna Freud, entre otros. Desafortunadamente no existen más investigaciones recientes que refuercen dichas teorías.

El término de la madre esquizofrenizante al no ser tomada en cuenta actualmente, simplemente se le ha tratado como una persona normal o llevando el tratamiento apropiado para su esquizofrenia.

La novedad es que, no se analizan las causas de la esquizofrenia, sino cómo es que la madre funciona como factor desencadenante de la esquizofrenia en sus hijos y conocer a la madre esquizofrenizante en su papel de madre.

Mis motivos fueron que es un tema poco estudiado actualmente, casi no hay muchas referencias que hablen exclusivamente de la madre esquizofrenizante, aunque si hay mucha información acerca de la esquizofrenia, es la curiosidad de ir más allá de lo que es la esquizofrenia, por ello, me fue interesante, conocer el papel de una madre esquizofrénica y que además es esquizofrenizante con su hijos, que a corto o largo plazo combinado con la genética, podría desencadenarse una esquizofrenia.

El objetivo es ampliar la información de una madre esquizofrénica y esquizofrenizante como disparador de la esquizofrenia en sus hijos, en caso de que ella sea la principal cuidadora de sus hijos.

El presente trabajo se compone de un primer capítulo que menciona las definiciones principales y antecedentes que explican la interacción normal entre madre-hijo.

Posteriormente, en el capítulo II, hago referencia a la dinámica familiar con estructura esquizofrenizante y cómo repercute en los hijos, además de la resistencia que tiene en general la familia para acudir a terapia porque se considera que sólo el hijo es el enfermo y no el resto de los familiares.

En el capítulo III de la madre esquizofrenizante, hago una breve referencia a las madres maltratadoras y después retomo a la madre esquizofrenizante como parte del maltrato inconsciente que se ejerce en sus hijos.

El capítulo IV de la esquizofrenia donde sólo hago énfasis en la etiología, la semiología y la nosología, pues son componentes que nos ayudan a comprender mejor la patología.

El penúltimo capítulo V menciona la metodología como un esquema previo a la elaboración de la tesis y cuenta con el procedimiento que se llevó a cabo para obtener la información y realizar el análisis crítico.

Finalmente el capítulo VI es un análisis crítico entre lo que señalan Margaret Mahler, Gregory Bateson, Donald Winnicott, John Bowlby, René Spitz y Anna Freud, cuyas teorías fueron desarrolladas e investigadas en la década de los 50's y 60's aproximadamente.

Las conclusiones indican lo que Mahler, Bateson, Winnicott, Bowlby, Spitz y Freud investigaron y teorizaron acerca de la relación madre-hijo, y procurar hacer más estudios recientes que puedan fortalecer dichas teorías o bien para brindar orientación hacia otras perspectivas.

CAPÍTULO I DEFINICIONES Y ANTECEDENTES.

En este capítulo el objetivo dar las definiciones principales que se manejarán a lo largo de la tesis.

1.1. Definición de madre.

Madre:

Una persona que representa un sentimiento y una idea, la esencial (no necesariamente la ideal) se le atribuye un cierto papel. (Horace B. 1958).

1.2. Definición de esquizofrenia.

Esquizofrenia:

Fue E. Bleuler en 1908 quien dio el término de esquizofrenia del griego, *schizo*: "división" o "escisión" y *phrenos*: "mente" por lo que dicha palabra significa mente escindida característica muy notable en quienes padecen la enfermedad Citado en Vives (1989).

La esquizofrenia es considerada como una dislocación de la vida psíquica en donde se alteran todos los procesos mentales como el pensamiento, lenguaje, memoria, aprendizaje, sensación, percepción, los estados afectivos, la captación de la realidad es completamente distorsionada.

1.3. Definición de madre esquizofrenizante.

Madre esquizofrenizante.

Fromm-Reichmann desarrolla el concepto de madre "esquizofrenógena"; considera que la psicopatología de la madre tiene carácter inductor de la psicopatología del niño (Cibanal, 2006).

El fenómeno que describió Fromm Reichmann fue el de madre esquizofrenógena, que consiste en que "el esquizofrénico es dolorosamente desconfiado y resentido frente a otras personas, debido a la severa deformación y al rechazo que ha padecido tempranamente de manos de personas importantes en su infancia y niñez, por lo común principalmente de una madre esquizofrenogénica" (Delahanty, 2006).

1.4. Simbiosis Humana por Margaret Mahler.

Qué pasa desde el punto de vista de la simbiosis, que es también una interacción entre madre-hijo.

Margaret Mahler estudió en torno a la simbiosis que existe entre una madre y su bebé, desde lo que sería la separación-individuación normal, hasta posible patología si este proceso no se da de forma adecuada.

El estudio del periodo simbiótico normal, y de la separación y la individuación normales, ayuda a hacer más comprensibles las fallas evolutivas de los niños psicóticos (Mahler, 1977).

La separación-individuación es un acontecimiento psicológico del individuo, para establecer un sentimiento de separación respecto de un mundo de realidad y de una relación con él.

Se le puede considerar a la separación-individuación como una segunda experiencia de nacimiento inevitable.

Los principales logros psicológicos de este proceso ocurren en el periodo que va del 4° a 5° mes hasta los 30 o 36 meses, lapso que se denomina fase de separación-individuación.

El proceso normal de separación-individuación que sigue a un periodo simbiótico evolutivamente normal, incluye el logro por parte del niño de un funcionamiento separado en presencia de la madre y con la disponibilidad emocional de esta (Mahler, 1977).

Antes de continuar, es menester conocer algunos términos clave de esta teoría.

La separación consiste en: el logro intrapsíquico de un sentimiento de separación de la madre y, a través de éste, de separación del mundo en general. (Este sentimiento mismo de separación es lo que el niño psicótico es incapaz de lograr) (Mahler, 1977).

La individuación consiste en: la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición, la prueba de realidad.

La identidad consiste en: la consciencia más temprana de un sentimiento de ser, de entidad, es un sentimiento de qué soy. El autismo infantil y la psicosis simbiótica son dos perturbaciones extremas de la identidad (Mahler, 1977).

La simbiosis consiste en: un estado intrapsíquico. Un rango de la vida cognitiva-afectiva primitiva en que no ha ocurrido la diferenciación entre el sí mismo y la madre, o en que se ha dado una regresión a ese estado de indiferenciación yo-objeto (Mahler, 1977).

Sin embargo hay que tener sumo cuidado; cabe destacar que la separación física del niño de la madre a través de sus movimientos locomotores puede ser prematura o tardía a su nivel de consciencia, es decir, antes que los mecanismos internos de regulación proporcionen los medios para enfrentar esa consciencia o bien retrasar el desarrollo de dicha consciencia.

Se pueden identificar fases en donde el niño adquiere una identidad comenzando por los primeros signos de diferenciación, siguiendo con el periodo de absorción por el infante en su propio funcionamiento autónomo con exclusión casi total de la madre, pasando luego al importantísimo periodo de acercamiento en que el niño, percibe con mayor claridad su separación de la

madre, y llega finalmente a la percepción de un sentimiento primitivo de sí mismo, de entidad e identidad individual, con lo que avanza hacia la constancia del objeto libidinal y del yo (Mahler, 1977).

La relación objetal se desarrolla a partir del narcisismo simbiótico o primario del infante, y se altera en paralelo con el logro de la separación y la individuación (Mahler, 1977).

En casos raros en que el desarrollo de la subfase puede ser gravemente perturbado o simplemente fracasaba, se descubrió que pueden ocurrir fenómenos o estados fronterizos, e incluso psicosis.

En el estudio de las psicosis infantiles, tanto en casos de síndromes predominantemente autísticos como de los predominantemente simbióticos, se observó que los niños son incapaces de entrar en o abandonar la órbita simbiótica común madre-infante.

Estos niños sufren una deficiencia de su capacidad de utilizar a la madre como un faro orientador en el mundo de la realidad. De ello resulta que la personalidad del infante no se organiza en torno a la relación con la madre como objeto externo de amor (Mahler, 1977).

El niño con defensas predominantemente autísticas parece tratar a la “madre de carne y hueso” como no existente; sólo si se ve amenazado su caparazón autístico por penetración a raíz de intrusión humana, el niño reacciona con rabia y/o pánico. En cambio, el niño con una organización predominantemente simbiótica parece tratar a la madre como si ésta fuera parte de su yo, es decir, como no separada de su yo sino más bien fusionada con éste. Estos últimos niños son incapaces de integrar una imagen de madre como un objeto externo distinto y entero, en cambio mantienen la escisión entre los objetos parciales de lo bueno y malo, y alternan entre querer incorporar el bueno o expulsar lo malo (Mahler, 1977).

El niño psicótico nunca llega a tener un sentimiento de totalidad, de entidad individual y no digamos “un sentimiento de identidad humana”. Las psicosis infantiles autísticas y simbióticas se consideraron como dos perturbaciones extremas del sentimiento de “identidad”. Mientras en el autismo primario hay un muro congelado y sin alma entre el sujeto y objeto humano, en la psicosis simbiótica hay fusión, falta de diferenciación entre el yo y el no-yo, es decir, una completa imprecisión de límites (Mahler, 1977).

Es por eso que el estímulo maduracional de la locomoción y de otras funciones autónomas del yo, cuando se une con un retraso concomitante en la disposición emocional a funcionar separadamente de la madre, da origen a pánico orgánico. Es este pánico lo que provoca la fragmentación del yo y produce así un cuadro clínico de psicosis simbiótica infantil.

Sobre la simbiosis humana y las subfases del proceso separación-individuación.

Las fases autística normal y simbiótica normal.

Concentramos nuestros esfuerzos en la interacción madre-hijo y en el desarrollo del infante desde más o menos 4-5 meses.

Se divide el proceso en cuatro subfases:

1. Diferenciación.
2. Ejercitación locomotriz.
3. Acercamiento.
4. “En camino a la constancia de objeto libidinal”.
 - La fase autística normal.

En esta fase hay una relativa ausencia de catexia de estímulos externos, es decir, la falta innata de respuesta a los estímulos externos. Esto no significa que no pueda responder a dichos estímulos. El infante pasa el día en estado de semisueño y semivigilia, cae en sueño cuando ha quedado satisfecho una vez que se han aliviado sus tensiones.

El infante está protegido contra los estímulos externos en una situación semejante al estado prenatal. Se ha aplicado a las primeras semanas de vida el término autismo normal pues en este estadio el infante parece hallarse en una situación de desorientación alucinatoria-primitiva (Mahler, 1977).

Es gracias a la madre que lo va sacando gradualmente de esta fase, permitiendo la consciencia sensorial del ambiente.

Se distinguen dos estadios dentro de la fase de narcisismo primario. El primero es el estadio de narcisismo primario absoluto, donde el infante no tiene consciencia de un agente maternante. El segundo se caracteriza por una oscura consciencia de que él mismo no puede proveerse la satisfacción necesaria, sino que ésta llega de algún lugar fuera de sí mismo; a este estadio se le llama de omnipotencia alucinatoria absoluta o incondicional.

La tarea de la fase autística es el logro del equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente extrauterino (Mahler, 1977).

Para atenuar su displacer, el infante tiene dos avenidas: su propio cuerpo y los menesteres de su madre. Cuando la madre es una fuente de satisfacción, el infante responde positivamente, como puede observarse en la reducción de la tensión que se manifiesta en el reposo y en el sueño. Cuando la tensión del cuerpo a las manipulaciones de la madre son una fuente de dolor y displacer, el infante las maneja como lo hace con los estímulos nocivos en general: se aleja de ellos, trata de desprenderlos, de eliminarlos. La primera orientación del

infante en su vida extrauterina de acuerdo con los estímulos “buenos-placenteros” versus los “malos-dolorosos”.

Entonces la madre real, es tanto una fuente de placer como una fuente de displacer, así como lo es el cuerpo del infante.

El comienzo de la fase simbiótica.

A partir del segundo mes, una oscura consciencia del objeto que satisface las necesidades marca el comienzo de la fase de simbiosis normal, constituyen un sistema omnipotente, una unidad dual dentro de un límite unitario común. Esto es quizás lo que Freud y Roman Rolland discutieron en su diálogo, denominándolo sentimiento de infinitud o sentimiento oceánico (Mahler, 1977).

Se ha descrito la dependencia y las necesidades simbióticas de los pacientes debidas a la incapacidad de la madre para establecer límites entre ella y el hijo, cabe mencionar que en las pruebas proyectivas del cuerpo humano aplicadas a esquizofrénicos no hay una imagen corporal definida, en ocasiones llegan a expresar que son inmensos, no hay división entre ellos y el mundo exterior.

En este periodo el caparazón autístico comienza a romperse, para formarse la órbita simbiótica entre madre-hijo.

Simbiosis social.

Esta simbiosis tiene como base en el yo rudimentario del recién nacido el rapport emocional del cuidado de la madre al dar el pecho, puesto que permite el estar cara a cara, promoviendo el contacto visual.

Se observa que la necesidad del niño se convierte gradualmente en deseo.

Al mismo tiempo y de acuerdo con las secuencias de placer-dolor ocurre la demarcación de las representaciones del yo corporal dentro de la matriz simbiótica. Estas representaciones se depositan en forma de “imagen corporal”. El yo corporal contiene dos clases de autorrepresentaciones:

1. Un núcleo interno de la imagen corporal, con un límite que está envuelto hacia el interior del cuerpo y separa a este del yo.
2. Un estrato externo de engramas sensorio-perceptivos que contribuye a la fijación de los límites del “sí mismo corporal”.

Sabemos ahora que este cambio fundamental de la catexia es un prerrequisito esencial de la formación del yo corporal (Mahler, 1977).

Suponemos en general que hacia la última parte del estudio simbiótico el narcisismo primario declina y cede gradualmente el paso al narcisismo secundario el infante toma a su propio cuerpo, y al de la madre, como objeto de su narcisismo secundario.

La libidinización adecuada del cuerpo, dentro de la relación madre-hijo, es importante para el desarrollo de la imagen corporal.

Winnicott (1970) menciona que la manipulación de la madre hacia el hijo es importante para que se pueda dar la delimitación de la imagen corporal.

El autismo normal y la simbiosis normal son prerequisites del comienzo del proceso normal de separación-individuación. La fase simbiótica normal marca la importantísima capacidad filogenética del ser humano, a partir de la cual se forman todas las relaciones humanas siguientes. La fase de separación-individuación se caracteriza por un continuo aumento de la consciencia de la separación del sí mismo y del “otro”, que coincide con los orígenes del sentimiento del sí mismo, de la verdadera relación de objeto, y de la consciencia de una realidad existente en el mundo exterior (Mahler, 1977).

El autismo normal y la simbiosis normal son los dos primeros estadios de no diferenciación: el primero es no objetal, el último es preobjetal (Mahler, 1977).

- La fase simbiótica normal.

Comienza un aumento del investimento perceptual y afectivo por parte del infante, de estímulos externos. Gracias a la catexia de la madre este es un gran avance psicológico de esta fase, sin embargo la madre es aún un “objeto parcial”.

También Winnicott (1970) se refiere a la presentación de objetos al bebé con la finalidad de que comience a reconocer que éstos están separados de él, es decir, se podría facilitar la diferenciación de que el mundo exterior es independiente del bebé.

A continuación brevemente se presentan las 4 subfases del proceso separación-individuación.

- La primera subfase: La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.

Se presenta alrededor de los 4 a 5 meses de edad. Es a través de la sonrisa que establece el vínculo específico entre el infante y su madre. Surge la importancia del tacto en el proceso de formación de límites así como la importancia de la libidinización del cuerpo del infante por la madre. Se produce un placer en la percepción sensorial externa en progresiva maduración. El resultado debe ser un estado simbiótico óptimo, a partir de el cual puede ocurrir una lenta y suave diferenciación –y expansión más allá de la órbita simbiótica-.

Surge la ruptura del cascarón que permite a su sistema sensorial estar más alerta cuando el niño está despierto.

Alrededor de los 6 meses comienzan los intentos de experimentar con la separación-individuación. Y a los 7 meses ocurre el apogeo de la exploración táctil y visual del rostro de la madre así como del cuerpo de la misma. A los 8

meses comienza un detallado examen comparativo para descubrir qué y qué no pertenece a la madre.

Es durante la primera subfase de la separación-individuación cuando todos los infantes normales hacen sus primeros intentos de ruptura, en un sentido corporal (Mahler, 1977).

En torno a las relaciones y ansiedad ante los extraños, los niños que han tenido una fase simbiótica apropiada reciben a los extraños con curiosidad y asombro. En contraste, cuando esta fase no ha sido óptima se produce gran ansiedad ante los extraños.

Al final del primer año y en los primeros meses del segundo podemos ver con particular claridad el proceso intrapsíquico de separación-individuación. Uno es el carril de la individuación, la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición, la prueba de realidad; el otro es el carril evolutivo intrapsíquico de la separación, que sigue la trayectoria de la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación de la madre (Mahler, 1977).

- La segunda subfase: ejercitación locomotriz

La subfase de diferenciación se superpone con el periodo de ejercitación locomotriz.

1. La primera fase de ejercitación, anunciada por la más temprana capacidad del infante de alejarse físicamente de su madre gateando, trepando y poniéndose de pie, pero aún agarrado (Mahler, 1977).

2. La marcha.

Sus primeros progresos hacia la consciencia de separación y hacia la individuación. Estos son la rápida diferenciación corporal de la madre (Mahler, 1977).

La marcha admite un aumento de descubrimientos del mundo mediante su propio control.

Al hablar de situaciones de folie à deux, E. J. Anthony citado por Mahler sigue diciendo: "La madre psicótica llena estos momentos con aprensión, de modo que el niño no sólo tiene a dónde ir, sino que teme llegar a cualquier parte" (Mahler, 1977).

- La tercera subfase: acercamiento

La "ruptura del cascarón" llega a su final, el deambulador alcanza su primer nivel de identidad, es decir, llega a constituir su primera entidad individual separada.

Se presentan dos pautas características de la conducta del deambulador, una es el seguimiento de la madre y la otra la huida de ella, indica tanto el deseo de

reencuentro con el objeto de amor como el temor de que ese objeto lo reabsorba.

Se subdivide el acercamiento en tres periodos:

1. El comienzo del acercamiento.
2. La crisis del acercamiento.
3. Las soluciones individuales de esta crisis, que dan por resultado características de personalidad con las que el niño entra en la cuarta subfase de la separación-individuación, es decir, la consolidación de la individuación (Mahler, 1977).

En el comienzo del acercamiento, el deambulador desea compartir sus descubrimientos acerca del mundo, desea que su madre se interesara en sus “descubrimientos” y participara con él en disfrutarlos.

Alrededor de los 18 a 21 meses pueden aparecer algunas crisis agudas de acercamiento. Que se manifiesta cuando los niños son conscientes de la ausencia de la madre y se preocupan por averiguar donde se halla.

- La cuarta subfase: la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.

Desde el punto de vista del proceso de separación-individuación la tarea principal de la cuarta subfase es doble:

1. El logro de una individualidad definida y en ciertos aspectos vitalicios.
2. El logro de un cierto grado de constancia objetal.

La madre, que es un “objeto” en el sentido psicoanalítico, es decir, algo mediante lo cual se logra gratificación de impulsos (Mahler, 1977).

¿Qué explica la teoría de la simbiosis en la psicosis infantil?

En la psicosis infantil, esta fase de la evolución extrauterina, la relación simbiótica, o es distorsionada muy gravemente o falta; esto es lo que representa, el trastorno central en la psicosis adulta así como en la infantil y en la de adolescencia (Mahler, 1967).

El infante psicótico le falta o fracasa en la adquisición, en la más temprana vida extrauterina, de la capacidad de percibir y de usar al agente materno para mantener su homeostasis, ni tampoco puede soltarlo después.

Se debe señalar que el neonato en las primeras semanas de nacido, está regido biológicamente, donde sus respuestas son instintivas, de ahí que la madre tiene un papel fundamental ya que es el sustituto humano de aquellos instintos para que el pequeño pueda sobrevivir.

El rasgo sobresaliente en la psicosis infantil es que la individuación, no alcanza un sentido de identidad individual. La formación de la identidad presupone una estructuración del yo y la neutralización de los impulsos. Éstos a su vez tienen dos prerequisites:

1. Los estímulos enteroceptivos-propioceptivos no deben ser tan abrumadores como para prevenir la formación de la estructura.
2. En la ausencia de un “organizador interno” en el infante humano, el compañero simbiótico debe poder servir como un muelle en contra de los estímulos internos y externos, organizándolos gradualmente para el infante y orientándolo para el mundo interno versus el mundo externo, esto es la formación de los límites y a la percepción sensorial (Mahler, 1967).

Mientras menos satisfactoria o más parásita haya sido la fase simbiótica, se crea una fantasía ilusoria de la unidad con la madre omnipotente, obligándola a funcionar como una extensión del ser.

El niño psicótico, no puede usar a su madre para alcanzar siquiera el más remoto sentido de la realidad.

Estos niños tienen un factor común, esto es, una pérdida de objeto en la realidad. Si los infantes que sufrieron una pérdida real de objeto se acercan con los niños psicóticos, la naturaleza de la “pérdida de objeto” en la psicosis se hará aparente.

Se sabe por medio de las investigaciones de Spitz, que sus infantes anaclícticamente deprimidos, que sufrieron la pérdida del objeto amoroso (simbiótico) en la segunda mitad del primer año, sí intentaron recuperar el mundo objetual perdido que en la infancia incluye encontrar un objeto sustituto. Por otro lado cuando el objeto simbiótico no fue restaurado, los infantes anaclícticamente deprimidos sucumbieron a la inanición y literalmente se murieron como resultado de la pérdida objetual simbiótica. En los casos en que la madre fue restaurada al bebé anaclícticamente deprimido pudieron recuperarse.

Como se ha mencionado un fracaso temprano de los procesos de libidinización es un posible factor que se encuentra en la raíz de la regresión a niveles psicóticos. Winnicott (1970) descubrió como el uso de los objetos inanimados de transición facilita la autonomía del yo, aunque una adhesión exagerada de estos, deja entrever una patología posterior.

El infante psicótico no puede usar a su madre en la forma habitual, tiene que recurrir a diferentes formas para mantener su vida. Los dos mecanismos principales que usa el niño psicótico en diferentes combinaciones y mezclas, son esencialmente autísticos y simbióticos.

Varias formulaciones acerca de la psicosis infantil que estas formaciones patológicas representan regresiones a etapas muy primarias aunque normales

del desarrollo: la regresión, que esta relación es equivalente al infante de 3 a 8 meses y su madre en la fase simbiótica normal (Mahler, 1967).

A través de esta teoría se proponen dos tipos de síndromes: el síndrome autista y el síndrome de la psicosis simbiótica.

El síndrome autista.

El autismo infantil primario representa una regresión a esa primera parte más primitiva de vida extrauterina, a la que se le ha llamado la fase autista normal. El síntoma más destacable es que la madre, como representante del mundo externo, pareciera no existir, el niño no la considera un faro de orientación para entrar en contacto con el mundo de la realidad. Carece de imagen corporal, pues no lo puede distinguir de los objetos inanimados. Podría discutirse si esta conducta alucinatoria negativa es una defensa adquirida, específica y activa en contra de la madre.

Por principio, el debe (y lo hace) crear y tratar de encerrarse a sí mismo dentro de su propio mundo pequeño, totalmente restringido. Muestra una total intolerancia a cualquier cambio en el medio inanimado circundante (Mahler, 1967).

Otra característica es su apariencia, muestra una expresión facial inteligente, pensativa, pero no enfoca la atención en uno, más bien parece que ve a través de uno.

La mayoría de los niños autistas tienen una catexis relativamente baja en su superficie corporal, lo que explica su sensibilidad muy deficiente al dolor. Esto es evidente por la escasez relativa de las actividades autoeróticas y por la facilidad con la cual sustituyen una por la otra. En lugar de las actividades autoeróticas, estos niños muestran hábitos tan agresivos como golpearse la cabeza, morderse o lastimarse a sí mismos, actividades de mutilación, junto con una mezcla de contenidos orales, anales y fálicos. Estas actividades autoagresivas parecen servir el propósito de limitar la catexis de una economía de la libido distorsionada y desordenada, lo cual constituye un intento patológico de sentirse vivo y entero. Las manipulaciones autoagresivas parecen ayudar a estos niños a sentir sus cuerpos; algunas de estas actividades definitivamente tienen el propósito de agudizar la consciencia de los límites del ser corporal y del seguimiento de entidad, si no es que de identidad.

El síndrome de la psicosis simbiótica.

Representa una regresión a una etapa más diferenciada del desarrollo de la personalidad que el autista.

En la psicosis infantil simbiótica, la madre permanece, o se funde regresivamente, es decir, no se separa del ser.

Para ellos el mundo es hostil y amenazante, porque tiene que enfrentársele como un ser separado. La ansiedad de separación molesta al yo quebradizo del niño psicótico simbiótico. Sus reacciones de ansiedad son tan intensas y difusas.

Los niños que sufren de psicosis infantil no deben ser considerados como niños normales en los cuales es inducido un proceso psicótico por una madre emocionalmente trastornada. Estos niños son constitucionalmente vulnerables o pueden estar predispuestos hacia el desarrollo de una psicosis. Es frecuente la existencia de un defecto constitucional del yo en el niño que ayuda a crear el círculo vicioso de la relación patogénica madre-hijo, estimulando a la madre a reaccionar hacia el niño en formas que son dañinas a sus intentos de separarse e individuarse.

1.5. Teoría del Doble Vínculo por Gregory Bateson.

Los orígenes del término “doble vínculo” se remontan a los años cincuenta en la escuela de Palo Alto California; cuando se observó que el medio influía en las enfermedades mentales, principalmente la esquizofrenia, su fundador Gregory Bateson.

La hipótesis del doble vínculo constituye un concepto nítido y crecientemente aceptado de un trastorno comunicacional en el desarrollo de la esquizofrenia (Berger, 1993)

El resultado de la internalización de patrones contradictorios de comunicación en la familia (madre-hijo en este caso), fueron conocidos como Doble Vínculo y a partir de los cuales la gente aprende a percibir el mundo después de una exposición constante a ellos actúa como si toda la información que recibe fuera contradictoria, la forma de responder ante estos estímulos es la aparición de la esquizofrenia.

En los últimos 25 años, varios investigadores han abordado la etiología y el desarrollo de la esquizofrenia desde el punto de vista de la familia global, centrándose en la comunicación, el conflicto, la interacción y las relaciones entre los miembros de la familia. Una de las deficiencias que se encuentran dentro de la influencia distorsionante de la madre para crear la esquizofrenia son los defectos en la transmisión de las técnicas de comunicación.

El doble vínculo es algo que los padres les hacen a sus hijos. Se dice que los dobles vínculos son señales verbales conflictivas (Berger, 1993).

Consiste en que dos o más personas se envían mensajes una a otra.

En 1962 los autores originales afirmaron que varios miembros de la familia estaban atrapados en una red de instrucciones contradictorias (Berger, 1993).

Para que se establezca la situación del doble vínculo se necesita lo siguiente:

- a. Dos o más personas.

- b. Una experiencia repetida
- c. Un mandato primario
- d. Un mandato secundario, contradictorio con el primario. Este mandato suele ser comunicado por medios no verbales.
- e. Un mandato que prohíbe a la víctima eludir la situación.

El niño es castigado por interpretar correctamente lo que expresa su madre, y también por interpretarlo erróneamente: está atrapado en un doble vínculo (Cortés, 2002).

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

1. Un hijo cuya madre experimenta ansiedad y se retrae si el niño le responde como a una madre cariñosa.
2. Una madre que no acepta sus sentimientos de ansiedad y hostilidad hacia su hijo, y cuya forma de negarlos consiste en manifestar abiertamente una conducta amorosa para inducir al niño o responderle como a una madre cariñosa, y apartarse de él si no lo hace.
3. La falta en la familia de alguna persona, por ejemplo, un padre fuerte y perspicaz que pueda intervenir en la relación entre la madre y el hijo y apoyar al niño frente a las contradicciones.

La madre mantiene al niño en una situación de simbiosis a través de mandatos contradictorios, de tal modo que el niño se siente reprobado si dice o hace alguna cosa determinada y está igualmente siendo castigado si no lo hace.

Esta trampa de doble vínculo, se establece en la totalidad del lenguaje, no sólo en el discurso sino también en la entonación y en los gestos.

Se considera que las madres de pacientes psicóticos atrapan al hijo en sentimientos opuestos de amor y rechazo.

Un postulado de la hipótesis del doble vínculo es que estas contradicciones son encubiertas. Algunos miembros de la familia dicen estar despegados pero muestran una vinculación estrechamente simbiótica. Otros insisten en que están muy unidos sin advertir que hay mutua evitación entre ellos (Berger, 1993).

1.6. Donald Winnicott.

La palabra clave es dependencia. Los infantes no pueden empezar a ser sino en ciertas condiciones. Los infantes llegan a ser de modo diferente, según las condiciones sean favorables o desfavorables. Al mismo tiempo, esas

condiciones no determinan el potencial de la criatura. Este es heredado. El potencial heredado por un infante no puede convertirse en un infante a menos que esté vinculado con el cuidado materno (Winnicott, 1993).

El potencial heredado y su destino.

En este punto es necesario intentar describir brevemente lo que sucede con el potencial heredado cuando éste se convierte en un infante, y más tarde en un niño, un niño que se orienta hacia la existencia independiente. A causa de las complejidades del tema, es preciso basar esta descripción en el supuesto de un cuidado materno satisfactorio, que en realidad significa cuidado parental. El cuidado parental satisfactorio puede dividirse aproximadamente en tres etapas que se superponen:

- a. Sostén.
- b. La madre y el niño viven juntos. El infante no conoce la función del padre (ocuparse del ambiente para la madre).
- c. Padre, madre e infante viven juntos.

El término “sostén” se usa para denotar no sólo el sostén físico del infante, sino también toda la provisión ambiental anterior al concepto *vivir con* (Winnicott, 1993).

La expresión “vivir con” implica relaciones objetales, y que el infante emerge de su estado de fusión con la madre, o su percepción de los objetos como externos al ser (Winnicott, 1993).

En este estudio nos interesa especialmente la etapa de “sostén” del cuidado materno, y los acontecimientos complejos del desarrollo psicológico del infante relacionados con esa fase.

El desarrollo del infante durante la fase de sostén.

Algunas características del desarrollo del infante durante esta fase. En ella son realidades vivas:

- El proceso primario
- La identificación primaria
- El autoerotismo
- El narcisismo primario

El yo pasa de un estado no integrado a una integración estructurada. Si el desarrollo es sano, en esta etapa el infante conserva la capacidad de reexperimentar estados no integrados, pero esto depende de la continuación de un cuidado materno, que gradualmente empieza a ser percibido como tal. El resultado de un progreso sano en el desarrollo del infante en esta etapa es que se logra lo que podríamos llamar “estado de unidad”. El infante se convierte en una persona, en un individuo con derecho propio.

El infante pasa de una relación con un objeto concebido subjetivamente a una relación con un objeto percibido objetivamente. Este cambio está estrechamente ligado con la evolución del infante, que deja de estar fusionado con la madre y se separa de ella, o se relaciona con ella como algo separado y “no-yo” (Winnicott, 1993).

Función del cuidado materno.

El concepto sostén es importante. Winnicott (1993) “me refiero al estado real inicial de la relación infante-madre, cuando el primero aún no ha separado un self del cuidado materno, respecto del cual está en una dependencia absoluta en el sentido psicológico”.

El sostén incluye especialmente sostener físicamente al infante, lo que es una forma de amar, quizá la única con la que la madre puede demostrarle su amor al niño (Winnicott, 1993).

La salud mental del individuo (en el sentido de estar libre de psicosis), o el riesgo de psicosis (esquizofrenia) tienen como base este cuidado materno, que cuando es el correcto apenas se advierte y constituye una prolongación de la provisión fisiológica característica del estado prenatal. De este modo. En la esquizofrenia, la psicosis infantil o el riesgo de psicosis a más edad están relacionados con una falla de la provisión ambiental (Winnicott, 1993).

El yo del infante es débil, pero en realidad es fuerte gracias a l yo auxiliar del cuidado materno. Cuando el cuidado materno falla, la debilidad del yo del infante se pone de manifiesto (Winnicott, 1993).

Los trastornos más y más profundos habitualmente conocidos como psicosis tienen su origen en etapas más y más tempranas de la infancia, en el período en que la personalidad aún no se ha integrado en una unidad, y cuando la capacidad de comunicarse con la realidad externa es tenue y no está todavía establecida (Winnicott, 1998).

1.7. Teoría del Apego por John Bowlby.

La teoría del apego, se ocupa de los mismos fenómenos que hasta ahora se han considerado en términos de “necesidad de dependencia” o de “relaciones de objeto” o de “simbiosis e individuación” (Bowlby, 1993).

Por conducta de apego se entiende cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados (Bowlby, 1993).

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Bowlby, 1989).

En el curso del desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos derivados de ellas estén presentes y activos durante toda la vida (y no se limitan de ningún modo a la niñez, como suponen otras teorías). Brindar cuidados es una conducta complementaria de la conducta de apego y cumple una función también complementaria, la de proteger al individuo apegado. Por lo común corresponde al comportamiento de un progenitor u otro adulto para con un niño o un adolescente, pero también puede observarse en un adulto frente a otro, sobre todo en momentos de enfermedad, tensión o en la vejez (Bowlby, 1993).

Acerca del mantenimiento de proximidad, la teoría del apego, en contraste con la de la dependencia destaca los rasgos siguientes:

Especificidad: Cuando está dirigida hacia uno o algunos determinados individuos.

Duración: Es parte del ciclo vital, en algún momento de la vida el apego primitivo puede ser suplementado.

Intervención de emociones: Muchas de las más intensas emociones surgen durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de las relaciones de apego.

Ontogenia: Se desarrolla en los primeros 9 meses con una figura preferida.

Aprendizaje: Mientras que aprender a distinguir lo familiar, de lo extraño, constituya un proceso clave en el desarrollo de apego, los premios y castigos convencionales utilizados, se puede desarrollar apego a pesar de repetidos castigos impartidos por la figura elegida.

Organización: El comportamiento de apego inicial se establece de un modo bastante sencillo a base de respuestas organizadas. Al final del primer año el sistema es más complejo e incorpora modelos representativos del medio ambiente y de sí mismo. Estos sistemas se activan por determinadas condiciones y se extinguen por otras.

Función biológica: La regla general es el mantenimiento de proximidad, por parte de un animal inmaduro, a un adulto preferido, casi siempre la madre, lo cual indica que tal comportamiento posee un valor para la supervivencia. La función que con mayor probabilidad desempeña el comportamiento de apego es la de protección, sobre todo contra depredadores.

El patrón de los vínculos afectivos que un individuo establece durante su vida depende de la forma en que su conducta de apego se organiza en su personalidad (Bowlby, 1993).

Los partidarios de la teoría del apego argumentan que muchas formas de trastornos psiquiátricos pueden atribuirse, bien a desviaciones del desarrollo del comportamiento de apego o bien, más raramente, al fracaso de este

desarrollo; y también que la teoría explica tanto el origen, como el tratamiento de dichas condiciones (Bowlby, 1986).

Cuando por cualquier circunstancia ya sea real o experimental la madre se aleja del bebé, éste al principio protesta vigorosamente y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles. Luego parece desesperar de la posibilidad de recuperarla, pero, no obstante, sigue preocupado y vigila su posible retorno. Posteriormente parece perder el interés por la madre y nace en él un desapego emocional. Más tarde o más temprano el reencuentro con la madre causa el resurgimiento del apego (Bowlby, 1993).

Sostiénese de los estados de ansiedad y depresión producidos en la edad adulta, así como ciertas características del psicópata. Pueden relacionarse de manera sistemática con los estados de ansiedad, desesperación y desapego descritos por Burlingham, Freud citados por Bowlby (1993) y, más adelante, por otros investigadores: esos estados se provocan con suma facilidad siempre que se separa a un niño pequeño de la figura materna durante un período prolongado, cuando aquél prevé dicha separación, o bien, como ocurre algunas veces, cuando la separación es definitiva.

Las separaciones prolongadas (en la relación madre-hijo) durante los tres primeros años de vida dejan un sello característico en la personalidad del niño. Estas criaturas se muestran emocionalmente retraídas y aisladas. No pueden crear lazos amorosos con otros niños o con adultos, y en consecuencia no tienen amistades dignas de ese nombre. Son sociables en un sentido superficial, pero si examinamos esto de cerca nos damos cuenta de que no hay sentimientos ni raíces en estas relaciones, es la causa de su inestabilidad (Bowlby, 1972).

Dr. Bowlby concluye:

“Hay motivos muy poderosos para creer que la separación prolongada de un niño y su madre (o sustituto materno) durante los cinco primeros años de vida sobresale entre las causas de formación del carácter delincente.”

1.8. René Spitz.

Las relaciones de objetos que estamos investigando deben ser comprendidas en términos de la reciprocidad entre el dúo formado por el niño y el objeto libidinal (Spitz, 1978).

“Diada” se trata de una relación que en cierta medida está aislada del medio circundante y que se mantiene mediante lazos afectivos extraordinariamente poderosos (Spitz, 1969).

Los miembros de la pareja madre e hijo, perciben el afecto del otro y a su vez responde con afecto, en un intercambio constante afectivo recíproco (Spitz, 1969).

Para la madre, su niño es el principal objeto amoroso; y, como todos los objetos amorosos, es para ella una fuente de satisfacción (Spitz, 1969).

Para el neonato, el medio circundante consiste, por decirlo así, en un solo individuo, la madre o quien la sustituye. No es percibido por el recién nacido como una entidad distinta a él, que es simplemente parte de la totalidad de sus necesidades y de sus necesidades y de su satisfacción. “sistema cerrado”, que consta sólo de dos componentes, a saber: la madre y el hijo. De la misma manera no sabe distinguir una “cosa” de otra: no puede tampoco distinguir una cosa (externa) de su propio cuerpo, y no experimenta el medio circundante como algo separado de sí (Spitz, 1969).

El comienzo de las relaciones objetales propiamente dichas establece a la madre como objeto de amor y por lo tanto la separa del sujeto. Cuando se priva al niño gradual y progresivamente de la cercanía corporal y del contacto de la piel, los reemplaza formando lazos emocionales (Spitz, 1978).

La iniciación de cada una de estas fases se distingue por la aparición de un comportamiento afectivo que Spitz acabó por considerar como indicador del comienzo de una fase nueva.

- El primer nivel de desarrollo psicológico.

La primera fase (etapa preobjetal), empieza con el nacimiento y dura aproximadamente hasta mediado el tercer mes de vida. En esta fase no hay diferenciación entre el yo y el ello, entre lo consciente y lo inconsciente, en la personalidad del neonato.

El indicador del establecimiento del primer organizador de la psique es la aparición de la respuesta sonriente (Spitz, 1985).

El tercer mes es la respuesta de sonrisa del infante. Esta gestalt es el primer objeto visual percibido que el niño reconoce con seguridad y al cual reacciona con un comportamiento emocional específico. La reacción es el indicador a la percepción de estímulos ambientales. Ha progresado del estadio primario narcisista, de la etapa de no diferenciación, a la etapa siguiente en la que acepta sus relaciones con lo que le rodea.

Según Freud, el reconocimiento visual del rostro humano por el infante, la respuesta sonriente, señala el establecimiento del yo-realidad, declara que “algo que está presente en el yo en la forma de imagen puede también ser redescubierto en la percepción (o sea, en la realidad).

Por eso, el reconocimiento visual del rostro humano manifestado por la aparición de la sonrisa es también el indicador de que el principio de realidad ha quedado establecido.

- El segundo organizador de la psique.

El segundo se caracteriza por el establecimiento del proceso mental, de las relaciones de objeto verdaderas, de un yo en funcionamiento.

Se produce un gran cambio en el niño, aproximadamente después del sexto y antes del décimo mes. En diversas áreas de la psique infantil por ejemplo, en el campo de la percepción, la cognición, memoria, en las relaciones de objeto y en la manifestación de emociones.

La angustia del octavo mes se presencia cuando al acercársele a una persona desconocida, la reacción del bebé puede ir de una “vergonzosa” desviación de la mirada hasta el llanto y las lágrimas. Nosotros preferimos decir que esta respuesta es el indicador de que ha quedado establecido el objeto libidinal apropiado y que en adelante se les distinguirá entre todos los demás. Desde entonces y durante algún tiempo después, el niño preferirá el rostro materno y rechazará todos los otros que difieran de él. Esto es lo que indica el establecimiento del “objeto” libidinal.

En el nivel afectivo, empieza a surgir una matización sutil de actitudes emocionales. Los celos, la cólera, la envidia, el sentido de posesión, de una parte, y de otra el amor, el afecto, el apego, la alegría, el placer, etc., pueden observarse hacia el fin del primer año de vida (Spitz. 1969).

El primer organizador es menos vulnerable porque la mayor parte del proceso que lleva su establecimiento es maduracional y por ende resistente a la interferencia externa. En cambio, en el segundo organizador la mayor parte pertenece al desarrollo psicológico que es un proceso mucho más vulnerable.

Se trata de un momento decisivo en el desenvolvimiento de las relaciones de objeto, un progreso desde el precursor del objeto hacia el establecimiento del objeto propiamente dicho. A los tres meses de edad, todavía se dividía en objeto bueno y objeto malo, ha reunido en sí las pulsiones agresivas y las libidinales. Puede decirse que se ha producido una fusión de las dos pulsiones. Y a partir de este momento, su desunión será patológica.

La madre y el niño se convierten en entidades psicológicamente separadas, después de la división del “yo” del “no yo”; el próximo paso ocurre entre el sexto y el noveno mes, cuando los contactos epidérmicos y corporales son más escasos y son reemplazados por lazos emotivos.

- El tercer organizador de la psique.

La comunicación por medio de símbolos verbales, el tercer organizador de la psique sería la adquisición del habla.

El comienzo de conciencia de “sí mismo” es señalado por el comienzo de conciencia de “otro” (Spitz, 1978).

El yo y el ello se han separado el uno del otro y dicho yo rudimentario comienza a funcionar. Las operaciones gobernadas por el yo rudimentario se reflejarán, la actividad muscular. Freud 1923 citado por Spitz (1969) llamó a este yo rudimentario el yo corporal. Hartmann 1939 citado por Spitz (1969) denomina “la esfera del yo libre de conflictos”.

El niño normal es de apariencia sana, activo, dando en conjunto la impresión de ser feliz, y da a sus padres pocos motivos de preocupación. Come bien, duerme bien, crece como corresponde su peso aumenta de modo regular, así como su talla, y de mes en mes se vuelve más listo y más activo, siendo cada vez más un ser humano. Emocionalmente disfruta con sus padres y con su medio más y más y, viceversa, sus padres y su medio disfrutaban cada vez más con él (Spitz, 1969).

1.9. Anna Freud.

El primer año de vida del niño, es cuando comienza el funcionamiento psíquico y el primer contacto emocional del infante con su ambiente. Esto colocó en el centro de atención la importancia de la relación del niño y la actitud de la madre hacia él (Freud, 1984). Puesto que en todos los otros aspectos el pequeño es incapaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo, el principio del placer, a pesar de ser una ley interna enclavada dentro del propio niño, debe complementarse desde el exterior por la madre que provee o retiene la satisfacción (Freud, 1993, 1973). En esta primera relación de pareja que se produce en la vida de un individuo, la del infante y la de la madre, las demandas están todas de un lado (el del infante), mientras que las obligaciones están todas del otro (el de la madre). Le concierne a la madre la tarea de estar atenta a las necesidades del niño (de alimento, sueño, calor, movimiento, bienestar y compañía), la de no malentenderlas ni confundirlas entre sí y la de satisfacerlas (Freud, 1984) pero también la madre es como el primer legislador externo. Las primeras leyes externas con las cuales confronta a su hijo conciernen al horario y a la cantidad de sus satisfacciones (Freud, 1993, 1973).

El principio de la realidad significa una tolerancia creciente para la frustración de los instintos y de los deseos, para la postergación temporal de su realización. Es este crecimiento del niño en la capacidad de tolerar frustraciones (Freud, 1993, 1973).

El papel de la madre respecto al lactante va mucho más allá de la misión de brindarle bienestar, satisfacer sus necesidades y ofrecerse como el primer objeto de sus tendencias emocionales. Su tarea debe recaer también sobre el yo en desarrollo del hijo. Es la madre quien debe actuar como una coraza protectora contra la excitación indebida hasta que el niño erija su propia barrera contra los estímulos. Es el manejo materno de los deseos del hijo y el equilibrio que ella establezca entre satisfacción, frustración, y postergación lo que servirá de prototipo para el ulterior manejo de los instintos por parte del propio yo del niño. Al introducir las rutinas y los ritmos familiares de la madre estimula el sentido temporal del hijo facilita sus funciones yoicas de memoria y orientación. El niño recurre al sentido de realidad de su madre y su capacidad para discriminarla de la fantasía (Freud, 1980).

De cierta manera la madre debe de estar emocionalmente preparada para asumir el papel de “yo auxiliar” del niño.

Desde el quinto o sexto mes en adelante el infante. Le complace la compañía de su madre, le agrada que lo mime y juegue con él y le desagrada que lo deje solo (Freud, 1992).

Muchos niños de esta edad pueden soportar muy difícilmente que se los separe de su madre inclusive durante periodos cortos; reaccionan ante cada separación con una violencia y una profundidad de sentimientos que es tan grande como si su madre hubiese partido para siempre. La relación entre madre e hijo va transformándose poco a poco en una relación en la que se da y se recibe (Freud, 1992).

Al desarrollarse la inteligencia del niño, aquél deja, tarde o temprano, de vivir en asociación emocional exclusiva con la madre y entra en el grupo familiar más amplio (Freud, 1992).

CAPÍTULO II DINÁMICA FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA.

Este capítulo tiene la intención de conocer la dinámica familiar de tipo esquizofrenizante, a través de sus características, interacción y cómo es que se resisten a pedir ayuda psicológica porque consideran que no están enfermos mentalmente, cuando algunos miembros de la familia es esquizofrénica y esquizofrenizante. En el análisis crítico se explorarán con más precisión las características y el rol de una madre esquizofrenizante.

2.1. Construcción esquizofrenizante en la familia.

Mucha gente cree que es fácil distinguir a las familias mentalmente sanas de las mentalmente enfermas (Ackerman, 1988).

La escala de valores comienza dentro del grupo familiar. Es dentro de la familia que la identidad personal del individuo se forma primero y que en la mayoría de los casos a nivel de la interacción madre-hijo en los primeros meses de haber nacido. A medida que crece, va estableciendo gradualmente su identidad personal. (Ackerman, 1988).

Aunque nadie conoce la causa que provoca la esquizofrenia puede provenir de la desorganización e irracionalidad que se encuentran estas familias y en especial de la madre que puede muy bien indicar una aberración de los padres que se transmite genéticamente por vía de algún medio endócrino, bioquímico o neuronal. Se conoce que en efecto hay factores genéticos pero no en todos los casos, puesto que influyen factores ambientales.

Cortés (2002) también señala que el patrón familiar de la esquizofrenia podría deberse a un mismo ambiente familiar compartido, a un cierto tipo de educación.

Así que el papel de la familia y en especial la interacción madre-hijo es un determinante de la conducta humana.

Existe la hipótesis de que el síntoma psicótico es un ataque encubierto del hijo contra los padres. Sin embargo los padres no reaccionan de la misma manera. Las madres son las más afectadas y angustiadas y de hecho son quienes solicitan la terapia. Los padres mostraban una actitud resignada. A juzgar por sus efectos, el ataque del paciente afecta más duramente a la madre, puesto que el fracaso del crecimiento de un hijo depende de la persona que se encarga de su crianza en forma directa.

En 1954, Gregory Bateson, Don D. Jackson, J.Haley y J.H. Weakland elaboraron un estudio en donde la hipótesis señalaba que la esquizofrenia era una entidad psicopatológica que había sido influido por la madre.

Y hubo pruebas al respecto donde en efecto la madre constituía una parte íntima del problema del paciente, pero sólo era un fragmento de un problema familiar puesto que el padre también desempeñaba un papel importante.

Más adelante me referiré a la dinámica familiar en donde se encuentra el paciente; antes retomaré las características del padre y en el siguiente capítulo señalaré las características de la madre esquizofrenizante.

Ahora es preciso saber qué hay del padre, cómo participa en esta patología.

Es un hombre dependiente, inseguro, demasiado débil para ayudar al niño. Un padre que no se puede oponer a la fuerte personalidad de su esposa.

Este padre tiene una terquedad inigualable entre los hombres (Cortés, 2002).

Lidz citado por Tellez (1999) describió al padre dominante como un hombre tiránico que constantemente denigra a la esposa y a los hijos, asimismo, se vuelve rival del hijo que compite con él por la atención de la madre.

A menudo el padre parecía tan gravemente perturbado como la madre, por lo tanto es tan nocivo como la madre.

Cortés (2002) también menciona a otro autor Zacarías; en su trabajo se mencionan aportaciones de varios autores que han investigado los rasgos de personalidad de los padres de los pacientes esquizofrénicos en donde se señalan actitudes tan negativas para el niño, como las de la madre. En dicho trabajo se clasifican los rasgos de personalidad de estos padres en tres grupos que son:

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

Entonces el comportamiento paternal que se describe a continuación:

- Rechazo al hijo.
- Actitud tiránica.
- Estrecha dependencia a la madre.

A continuación me referiré a la dinámica familiar.

Las teorías psicodinámicas establecen que ciertos patrones de conducta de los padres pueden inhibir el desarrollo apropiado del Yo en el niño, como la incapacidad para mantener los límites yoicos. Esto tendría el efecto de vulnerabilidad a la regresión grave, la cual es característica de la esquizofrenia.

Cortés (2002) cita a Fenichel que señala que: una “desintegración del yo”, también puede ser interpretada como un regreso a la época en que aún no se había constituido el yo o comenzaba apenas a constituirse.

Como bien sabemos la familia es un organismo único, y el esquizofrénico forma parte de este sistema, quien expresa los síntomas manifiestos de la psicosis, por lo que es una manifestación de un proceso activo que abarca a toda la familia.

Todas las familias investigadas han comprobado, con el tiempo, que sus hogares giraban en torno de las exigencias del miembro perturbado. Los progenitores son tan impotentes para oponerse al paciente (Jackson, 1974).

Jackson (1974) cita a Theodore Lidz y Stephen quienes han llevado a cabo estudios para observar de cerca de estas familias. Ellos se percataron de que estas familias se caracterizan por una grave rivalidad o excentricidad de los progenitores.

Aunque la madre es quién contribuye principalmente para que se de la esquizofrenia, ambos padres participan por diferentes razones.

Los hijos tratan de obtener amor satisfaciendo los deseos de sus padres y renunciando a los suyos propios, es decir, se convierten en una persona dócil.

Otros niños se dan cuenta de que sus padres sólo ceden a ellos haciendo berrinches y dramas, por lo que desarrollan una personalidad agresiva y hostil. Otros niños prefieren mantenerse a la mayor distancia posible de sus padres, guardando separación emocional o física. Así adquieren una personalidad retraída, autista.

Un medio de defensa importante consiste en adquirir uno de estos tipos de personalidad: dócil, agresiva o autista, o una mezcla de ellas (Cortés, 2002).

Cortés (2002) también cita a Broustra quien hace resaltar tres condiciones características de éstas familias, en base al estudio de Laing con familias de esquizofrénicos que son:

1. Insularidad familiar, que explica el carácter cerrado de tales familias, escaso intercambio con el exterior. De esta forma el sujeto no puede situar las posibilidades de agresión dentro de la familia; el peligro provendrá siempre del exterior. La familia insular se protege de sí misma de los factores de dislocación interna, mediante sutiles medidas policíacas: reclusión, apartamiento, alejamiento con posibilidad de vigilancia, persuasión por el miedo, censura. Todas estas operaciones van a converger en el esquizofrénico que refleja tal efecto: <<retirarse al interior>>. En estas condiciones se hace resaltar el clima incestuoso que se disimula en esta insularidad.
2. Existencia de una tiranía que es ejercida por aquel de la familia que posee mayor capacidad de intimidación sobre expresiones espontáneas de los demás miembros de la familia. A veces se ejerce bajo el aspecto engañoso de actitudes benévolas y tolerantes.

3. El Re-bis (frecuentemente materna) obliga al sujeto a ser réplica, un reflejo. Al infante se le prohíbe cualquier manifestación de autonomía, situación que se prolongará en su vida adulta.

Algunas de las formas corrientes de disfunción familiar que parecían estar relacionadas con el funcionamiento esquizofrénico eran las siguientes:

- Fracaso en formar una familia nuclear, en el sentido de que uno de los padres (o ambos) permanecen primariamente apegado a uno de sus propios padres o hermanos.
- Rupturas familiares debidas a desacuerdos entre los padres y/o a la falta de reciprocidad de los roles.
- Desviaciones familiares presentes, es decir, una relación diádica (con especial énfasis en la relación madre-hijo) en la familia domina la vida familiar a expensas de las necesidades de otros miembros de la familia.
- Confusión de los límites generacionales en la familia, como por ejemplo:

Quando uno de los padres compite con los hijos.

Quando la madre establece un vínculo especial con uno de los hijos, aportando una base táctica a la pretensión del esquizofrénico de que, para la madre, él es más importante que el padre.

Quando existe una persistente erotización de la relación entre la madre - hijo.

- Penetración generalizada de ideas irracionales, frecuentemente paranoides, en la atmósfera familiar.
- Persistencia de pensamientos y comportamientos incestuosos conscientes.
- Aislamiento sociocultural de la familia.
- Los niños no son educados de una forma que les facilite la separación e independencia de la familia, sobretudo de la madre.
- Incertidumbre de los padres acerca de sus roles sexuales, o imprecisión de los mismos, lo cual hace que al niño le resulte difícil alcanzar su propia identidad y madurez sexuales.
- Los padres se presentan a sí mismos como personas con las cuales los hijos deben identificarse, en una forma que no es compatible con lo que el niño necesita para desarrollar adecuadamente su propia personalidad.
- Los hermanos del mismo sexo que el paciente diagnosticado están más trastornados que los del sexo opuesto.

El enfermo no puede separarse de su madre, a pesar de ello le dirige palabras de odio, ella es perseguida como objeto amoroso y prohibida como objeto incestuoso. El padre entra en las mismas ambivalencias, es detestado y a la vez respetado, es temido y adorado. Los hermanos y su existencia puede ser negada o demasiado valorada.

En la esquizofrenia, al parecer existen características muy específicas de interrelación familiar, sobre todo entre el núcleo central – padre, madre e hijo esquizofrénico- que hacen de este entorno familiar un ambiente favorable para el desarrollo de la misma (Tellez, 1999).

Es el caso de las familias con pacientes esquizofrénicos la estructura, dinámica y relaciones familiares se trastornan y dan lugar a características que emiten el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad mental (Tellez, 1999).

Los pacientes esquizofrénicos, casi siempre provienen de hogares en los que se suscitan rivalidades anormales entre los padres (Tellez, 1999).

Las familias conflictivas forman personas conflictivas, y contribuyen así al mal desarrollo de la personalidad o esfera psíquica, de este modo se fomenta la enfermedad mental (Mancilla, 2003).

Como podemos ver la estructura familiar depende básicamente de la personalidad de los padres, pero en este caso muy en especial de la madre.

Por lo que a menudo uno puede preguntarse, si es sólo la persona identificada como esquizofrénico el que está trastornado o es toda la familia, o si sólo es la madre quien junto con el hijo forman un vínculo que mantenga el trastorno, y si tratar al paciente aisladamente tiene algún beneficio real.

Es comprensible que la familia no tiene el propósito de provocar la enfermedad, sino que, como expone Haley citado por Cortés (2002) “la misma familia se encuentra gravemente perturbada, toda la familia se encuentra inmersa en una compleja dinámica que da lugar a la aparición y sostenimiento de la esquizofrenia”.

La psicosis es un problema familiar, pero, en muchas formas básicas, debemos referirnos a ella como si se tratara de una enfermedad del individuo (Jackson, 1974).

Se debe cuidar la salud mental de la sociedad para no permitir que siga enfermando al ser humano por lo que debemos dedicar nuestros mejores esfuerzos al desarrollo familiar y a la formación de la gente para obtener una visión p
reventiva.

2.2. Familia-paciente.

En México el 88% de los esquizofrénicos viven con su familia incluyendo como figura principal a su madre y ésta interviene en todas las etapas de la enfermedad.

La esquizofrenia se caracteriza por una dificultad para establecer relaciones interpersonales; entre esas está el ambiente familiar y la madre que es una de las figuras importantes para el individuo esquizofrénico.

La familia parece dividirse en dos partes, una que la compone el enfermo y la otra está formada por los no tan sanos.

Es habitual encontrarnos con que generalmente la madre es la que se responsabiliza del cuidado del paciente.

Una familia está pronta a aceptar como etiología de una enfermedad mental una alteración de los humores, los demonios en su versión actual: las malas compañías, o la constitución enferma del psicótico por causas propias y naturales (Bernstein, 1976).

Los padres presentan un cambio de actitud cuando se enteran que su hijo está enfermo. Como todos los padres tenían la expectativa de que será un hijo sano, perfecto y crecerá hasta convertirse en un adulto independiente, es entonces cuando la vida social de la familia comienza a restringirse.

La esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia.

Los padres tienen que enfrentarse a una serie de problemas, algunos de los cuales son prácticos y otros emocionales (Wing, 1998).

El comienzo de la esquizofrenia entraña importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta.

La madre y el resto de la familia experimentan estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo de esquizofrenia. Tanto los familiares como el paciente denotan sentimientos de angustia, temor, ansiedad, enojo entre otras. Pero si la familia no recibe asistencia ni apoyo, no podrán ser capaces de continuar ayudando al paciente de forma eficaz.

Las respuestas emocionales que presentan los familiares son:

- Angustia, miedo. La familia presenta estas emociones al presenciar como un ser querido se comporta de manera extraña e inexplicable, lo cual perturba.
- Culpa. Llegan a creer que el paciente enfermó por algo que hicieron u omitieron.

- Estigma y vergüenza. Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Es comprensible que causen dolor y vergüenza a su madre y sus familiares.
- Frustración. A la familia al tratar de ayudar al enfermo y ver resultados mínimos o nulos le produce la frustración.
- Ira. Surge cuando los familiares creen que el paciente puede dominar su conducta si se esforzara un poco más y dejara de ser perezoso.
- Tristeza, duelo. La sensación de la tristeza surge por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al paciente. Cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes.

Las respuestas conductuales comunes en los familiares son:

Adaptarse y normalizar la situación. Adaptar su rutina para poder atender al paciente de forma eficaz, aunque cuando aumente la disfunción del paciente habrá que hacer ajustes con más frecuencia.

Recurrir a los ruegos y halagos, y a *la persuasión razonada*. Un ser querido empieza a pensar y actuar de manera extraña, la respuesta natural e instintiva de sus familiares es tratar de convencerlo de la falsedad de sus ideas insólitas o sistemas de creencias, o bien persuadirlo, por medio de ruegos, halagos y paciencia, de que se comporte de un modo más aceptable (Anderson, 1986).

Buscar sentido a sus comunicaciones. Es una tarea frustrante y agotadora que, con el tiempo, puede ser que otros miembros de la familia se habitúen a comunicarse de maneras insólitas (Anderson, 1986).

Hacer caso omiso de la conducta del paciente. Se refiere a ignorar la conducta del paciente con la finalidad de que pierda esas costumbres, aunque lo más probable es que traten de negar la importancia de los síntomas.

Asumir responsabilidades adicionales. A medida que aumenta la disfunción de los pacientes, sus familiares asumen sus tareas y papeles en grado creciente para protegerlo. Sin embargo los familiares no podrán soportar estas cargas adicionales por tiempo indefinido.

Vigilar constantemente al enfermo. Al aumentar la perturbación del paciente, sus familiares procuran vigilarlo constantemente, impulsados por el miedo y la angustia.

Reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo. Con frecuencia los problemas crónicos de un paciente hacen que, poco a poco, todos sus familiares empiecen a basar sus horarios y rutinas en las necesidades de aquél. Deben cuidar de él en forma efectiva,

vigilándolo en el hogar por temor a que se haga daño o dañe a otros (Anderson, 1986).

Hacer caso omiso de las necesidades de los otros miembros de la familia. A medida que el paciente se convierte cada vez más en el centro de atención de la familia las necesidades de los demás pasan a segundo plano.

Estos son apenas unos pocos ejemplos de las emociones y conductas que pueden surgir entre los miembros de una familia en respuesta a la enfermedad mental del paciente (Anderson, 1986).

La violencia en los pacientes esquizofrénicos no es muy frecuente, de hecho por raro que parezca suelen ser tímidos.

Pero si el paciente pierde el control, poco puede hacerse, si hay algún miembro de la familia que lo supere en tamaño y fuerza puede intimidarlo, si no existe esta posibilidad habría que llamar incluso a la policía si se percibe la posibilidad de un daño inmediato.

Se debe tener mucho cuidado con estos pacientes porque la posibilidad de suicidio es genuina.

Los pacientes deben aprender a vivir con limitaciones y la vida debe seguir adelante para quienes lo rodean, de lo contrario la familia se debilita.

Es necesario contar con el apoyo de la familia extensa y de amigos para que los familiares hablen de sus dificultades pues les funciona como apoyo psicológico.

La madre puede cuidar con solicitud a su enfermo mental y, sin embargo, maltratarlo y reprocharle por su maltrato a los otros integrantes. Otra familia puede contraer grandes deudas para pagar el tratamiento del enfermo y, al mismo tiempo, el resto de los integrantes sentirse envidiosos y en competencia con el paciente por la cantidad de gastos que consume.

Algunas veces la familia tiene más de un miembro con esquizofrenia tales son los casos de que una pareja se conoció en el hospital y posteriormente se casaron. En otros casos alguno de los progenitores y alguno de los hijos son los que presentan la enfermedad.

En estos casos conviene considerar a ambos familiares como pacientes.

Dos pacientes de la misma familia pueden tener síntomas muy diferentes. A veces el “mejor paciente” puede ser usado como aliado para ayudar al que está en peores condiciones, pero muchas veces estará resentido por la atención prestada al otro, y no se puede confiar en una respuesta favorable (Kuipers, 2004).

Los pacientes son llevados a hospitalización generalmente por sus familiares más cercanos.

Cuando los pacientes han sido hospitalizados se presenta un círculo vicioso, pues sale del hospital para ir a casa y después de un tiempo regresa al hospital para después regresar a casa, el hospital responsabiliza a la familia y la familia a los médicos.

El proceso anterior hace pensar que en cada uno de los puntos se trata de hacer responsable al otro del enfermo, es decir, el hospital pretende que el paciente puede permanecer la mayor parte del tiempo con su familia, que no tenga recaídas que le lleven a requerir de la hospitalización; en tanto que parece ser que los familiares hacen todo lo posible por que el paciente permanezca hospitalizado la mayor parte del tiempo posible (Cortés, 2002).

Resulta para la familia y para la madre una pesada carga tener un enfermo esquizofrénico. Se considera que la esquizofrenia involucra a la familia y no sólo al paciente y que la cronicidad es la evaluación del proceso patológico familiar, que también la familia y la misma madre se deteriora.

Mancilla (2003) revela que las familias perturbadas se relacionan de acuerdo a tres mitos, los cuales son típicos en este tipo de familias y se pueden diferenciar a partir de la función defensiva que desempeñen; estos mitos son:

- Mitos de armonía.
- Mitos de disculpa y reparación.
- Mitos de salvación.

Mitos de armonía.- este mito sirve a las familias para hacerse creer a sí mismas y a los demás que son las familias más felices y armoniosas del mundo.

Mitos de disculpa y reparación.- se caracteriza por la identificación proyectiva. Una o varias personas vivas o muertas, pertenecientes o no a la familia, son hechas responsables, por todos los miembros de la familia, de la miseria que ella priva, estas personas están destinadas a cargar con su culpa.

Para que los mitos cumplan con su función deben ser creídos y seguidos por todos los miembros de la familia, incluido el que ha sido delegado como chivo expiatorio.

Mitos de salvación.- en este tipo de mitos existe la creencia de que los sufrimientos, conflictos e injusticias de la vida familiar y del proceso de individuación separación, pueden en cierto modo, evitarse o hacerse inexistentes por la intervención bienhechora de una persona o instancia fuerte, si no omnipotente (Mancilla, 2003).

Este papel de redentor puede recaer en el terapeuta familiar o a algún pariente o amigo, rico, bueno, fuerte y caritativo, esperando de él que los conduzca a todos al paraíso y los libere de dolorosos conflictos y esfuerzos.

Es evidente que las familias incluyendo a la madre con un pariente con psicosis esquizofrénica tienen que estar incluidas en el planteamiento y el concepto de terapia.

Es de vital importancia que los familiares acudan a terapia pues se les brinda información detallada acerca del trastorno, incluyendo las causas, las medidas de tratamiento, el curso y el pronóstico. Se debe hacer hincapié especial en el tratamiento, incluyendo los efectos beneficiosos y secundarios más importantes de los diferentes medicamentos utilizados.

La orientación familiar es un proceso continuo tiene que incluir retroalimentación por parte de los padres para que el terapeuta pueda ajustar la información a sus necesidades y a las del paciente (Helmut, 2003). Y si es la madre quien es el principal cuidador de su hijo esquizofrénico, también debe recibir la terapia.

Existen datos suficientemente importantes y consistentes sobre que las intervenciones familiares reducen las tasas de recaídas en adultos con esquizofrenia.

2.3. Resistencias por parte de los familiares.

La familia sigue los lineamientos de las normas sociales.

Lo normal es lo que está ajustado a una norma o a las normas en general.

Un criterio de salud es la adaptación a las normas familiares y sociales.

Las investigaciones sobre el grupo familiar han llevado a modificar el concepto de enfermedad mental como anormalidad o desadaptación para considerarlos como expresión de un intercambio a nivel del sistema familiar (Bernstein, 1976).

Encontramos reglas que definen sano y reglas que definen lo enfermo, reglas que definen la normalidad y anormalidad y otras que definen la adaptación y desadaptación. Agrupar salud, normalidad y adaptación, por una parte, y enfermedad, anormalidad y desadaptación por otra, como dos categorías separadas puede ser evidente pero es un criterio ideológico más que científico (Bernstein, 1976).

El medio social afecta la definición acerca de quien es un enfermo mental y en qué momento necesita ayuda profesional.

Hasta hace poco se había estudiado a los individuos considerados como esquizofrénicos y no a su contexto social.

Pese a ello, en nuestro país, no se considera a la madre y la familia en general dentro del tratamiento de la esquizofrenia. El punto de vista médico ha sido más sobre el paciente mismo que sobre el mundo social en el que vive y al que pertenece. Este es un error común que se da en las instituciones psiquiátricas.

A menudo se puede preguntar, si es sólo la persona identificada como esquizofrénico el que está trastornado o es toda la familia, y si tratar solo al paciente identificado tiene algún beneficio (Rivera, 2005).

Recordemos que la familia se escinde, por un lado tenemos al enfermo mental y por otro lado está el resto de la familia considerados como “sanos”. La familia y el principal cuidador que es la madre suelen quejarse de que el enfermo es causa del desequilibrio en la dinámica familiar, pero si lo aplicamos a la inversa diríamos que la familia y la propia madre es la causa del trastorno mental.

Cuando la patología social es grave y la desorganización de las relaciones familiares sobre todo en el vínculo madre-hijo han llegado al extremo, es menester que asistan a terapia grupal, porque es muy natural que los miembros de tales familias se resistan a la psicoterapia individual.

En las familias perturbadas se dan varios casos de pacientes con trastornos psiquiátricos, es poco común que solo un miembro de la familia manifieste síntomas y con esto nos damos cuenta de la problemática que se presenta en la interacción de los miembros de éstas familias y su influencia en los sujetos más vulnerables (Tellez, 1999).

La familia refiere a la persona enferma como enajenado.

Cuando el paciente es un niño los padres están dispuestos a acudir con un médico para unirse en una implícita conspiración contra el niño. El terapeuta no debe participar en ello.

La entrevista con un niño normalmente es de tipo familiar, pero en ocasiones puede negarse porque tienen una profunda desconfianza y se aísla de sus padres.

A veces el terapeuta acude al domicilio de la familia, y ésta considera la visita como una amenaza, como una invasión a su intimidad.

Un factor que motiva a ir a consulta es que por ejemplo la madre busca controlar y cambiar la conducta de su hijo enfermo para que se acomode a sus necesidades y las de la familia, para disciplinarlo o castigarlo, o para eliminar una excesiva carga de culpa, también puede ser usado como chivo emisario, tras el cual el resto de la familia puedan ocultar sus trastornos.

A veces es la familia la que se resiste a asistir a terapia, a veces es el paciente o en ocasiones son ambas partes. Por ejemplo: El adolescente psicópata que tiene necesidad urgente de terapia psiquiátrica puede mostrarse incorregiblemente resistente cuando siente que sólo se lo reformará a él. A menudo se mostrará más accesible si su familia junto con él forman la unidad de diagnóstico y terapia.

Quizás algunas madres supongan que entregar a su hijo/a al cuidado de un especialista significa que se está escapando a la responsabilidad y de alguna manera colocándose ambas partes en una situación vergonzosa. Ya que los

sentimientos son profundos que se puede pensar que es el deber de la madre tenerlo en casa y cuidarlo.

Los familiares suelen sentir que se les culpa de la enfermedad y pueden temer que el tratamiento insista en ello (Kuipers, 2004).

Ackerman (1988) señala que a menudo los padres están ansiosos por mostrar el "lado peor" de sí mismos y de sus hijos, como si quisieran probar la existencia de sus problemas y justificar su necesidad de ayuda.

Los familiares dan muchas excusas tratando de justificar su ausencia (Cortés, 2002).

A pesar de los esfuerzos para que participe la familia en la terapia, la mayoría de las veces sólo participa una parte del sistema.

Kuipers (2004) indica que otras veces un familiar no diagnosticado previamente puede explicar de manera espontánea como el o ella hacen frente a sus síntomas psicóticos, Para los pacientes puede resultar tranquilizador saber que no son los únicos que tienen estas experiencias tan extrañas.

En conclusión, hemos visto el impacto de la madre y la familia en el enfermo mental, en este caso en un pariente con esquizofrenia, sería interesante proponer modelos de familias esquizofrénicas para facilitar un tratamiento integral, de esta forma habría una mayor adaptación tanto familiar como del paciente esquizofrénico al entorno familiar.

CAPÍTULO III LA MADRE ESQUIZOFRENIZANTE.

A falta de más información reciente que apoye el concepto de la madre esquizofrenizante, este capítulo es muy corto, sin embargo, se menciona en otros capítulos. Una madre esquizofrenizante es también una madre maltratadora y es por ello que hago un breve apartado acerca de las madres que maltratan a sus hijos. Se retomará en el análisis crítico las características de una madre esquizofrenizante.

3.1. Madres que maltratan a sus hijos.

Recordemos la simbiosis, recordemos el vínculo madre-hijo, recordemos que esta relación con la madre es fundamental para lazos posteriores. Para el niño esta simbiosis es sinónimo de supervivencia, recordemos también que gracias a esta comunicación recíproca entre la madre y el hijo es una base para poder explorar el entorno.

En este apartado de madres que maltratan a sus hijos definiré qué características tienen las madres maltratadoras y finalmente las consecuencias que sufren los niños. Es menester destacar que retomo sólo aquello que pueda explicar en parte la posibilidad de generar un trastorno mental como es el caso de la esquizofrenia.

Hernández (2003) menciona que hay que marcar la diferencia entre el deseo de tener hijos y el deseo de cuidarlos y de esa forma poder explicar situaciones donde existen los casos como el infanticidio o el aborto.

El maltrato infantil.

Consiste en los abusos como cualquier acto efectuado o no que son dirigidos a los menores, porque los priva de sus derechos y dificultan su óptimo desarrollo. El maltrato puede ser llevado a cabo de diferentes maneras a través de la agresión física, verbal, sexual, emocional, negligencia, abandono ya sea por descuido o intencional al querer lastimar, dañar o destruir al niño. Asimismo puede ser efectuado por sus padres, tutores o cuidadores responsables, así como instituciones e incluso la sociedad en conjunto.

El maltrato infantil es un problema social y multicausal, en muchas ocasiones es silenciado, aceptado y justificado socialmente en nombre del “amor”, de la “educación” o la “disciplina” (Olvera, 2004).

El maltrato se ha basado en una estructura del “poderoso sobre el indefenso” (Aguirre, 2005).

Rice (1998) menciona que es frecuente que los niños maltratados no hayan sido planeados, sean prematuros o enfermizos, Bringiotti (1999) coincide con Rice e incluso indica que puede ser un factor de riesgo que hay que tomar en cuenta.

Tomando en cuenta un embarazo forzado o no deseado, existe el maltrato prenatal. Esta forma de maltrato es efectuada de forma intencional para dañar al feto para interrumpir la gestación. También puede ser por agresiones generadas por la violencia conyugal. Este maltrato trae como consecuencias patrones neurológicos anormales.

Dentro de las agresiones físicas están las fracturas craneales que llegan a provocar lesiones neurológicas, trastornos de la conducta, crisis convulsivas y dificultades motoras.

En el maltrato de tipo psicológico es el más difícil de detectar. Supone la ausencia parcial como las respuestas incongruentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, esto ocasiona un descuido de las necesidades de apoyo, protección y estimulación, necesarios para su desarrollo. Se expresa de forma verbal por medio de amenazas, críticas, culpabilización también con actitudes al castigar al niño y aislarlo.

Es evidente que existan casos donde las agresiones se dirigen a un niño no querido ni deseado y que son de la expresión del rechazo y el desprecio hacia él. Así como las agresiones que son fruto de descontrol de la madre, por estar sufriendo una excesiva presión ambiental para su tolerancia. Se suele tratar de descargas emocionales impulsivas que no tienen intención real de producir daño.

La madre puede percibir las demandas y necesidades como verdaderos peligros que atentan contra su propia integridad psíquica, recurriendo así a medidas defensivas en las cuales la madre prefiere conservarse segura, impidiendo entonces el desarrollo de su hijo, privándole de amor maternal. Su incapacidad para criarle es para ella un trauma y se aleja de toda relación con el hijo, considerándolo como un enemigo y sus necesidades como agresiones (Olvera, 2004).

La madre maltratadora.

Se ha visto que en el maltrato infantil los principales agresores suelen ser los padres biológicos pero en especial la madre.

En el DIF durante el año del 2002 de las 21 937 denuncias de maltrato infantil, de las cuales se comprobaron 12 708 donde solo 3 178 fueron motivo de investigación judicial, en éstas la mayor parte de los maltratos fueron llevado a cabo por la madre.

Investigaciones realizadas sugieren que el progenitor de sexo femenino tiende a maltratar más a los hijos que el progenitor del sexo masculino (Cortés, 2003)

Bringiotti (1999) menciona como factor de riesgo del maltrato infantil al tipo de familia monoparental o padre único. Señala que la prevalencia de maltrato generalmente viene de la madre. Bringiotti (1999) cita a Gil (1970) quien muestra que en casi el 30% de las ocurrencias de maltrato se encontraba solo el padre.

Bringiotti (1999) cita a Garbarino (1976, 1978), quien observó en un análisis epidemiológico en comunidades con alta tasa de maltrato que en los índices más altos la mujer era la cabeza de familia.

Estas madres provienen de hogares en donde a su vez fueron víctimas de maltrato durante la infancia o bien de un evidente rechazo por parte de alguno de los progenitores y que de igual manera pueden estar o haber sufrido un conflicto con la dinámica que presenta con sus propios progenitores.

Cortés (2003) cita a Fontana (1979) quien refiere que aquéllos que pueden agredir a sus hijos llegan a ser inmaduros, neuróticos, psicóticos (recordemos también que algunas mujeres que fueron violadas pueden presentar esta patología), mentalmente deficientes o ignorantes. Sin embargo, estudios posteriores mostraron que sólo alrededor del 10% de los padres maltratadores presentaban desórdenes mentales o psicopatologías graves.

Las madres maltratadoras no controlan sus impulsos, tienen baja autoestima, empatía escasa, presencia de cuadros depresivos, inseguras, se sienten inadaptadas socialmente, incomprendidas, tienen personalidad rígida, dominante e impulsiva, se muestran violentas ante situaciones estresantes (algunos de estas características psicológicas concuerdan con los de una madre esquizofrenizante).

Este tipo de madres suelen percibir las conductas de su hijo como dirigidas con toda intención a molestarles y a enfadarles.

Las madres maltratadoras establecen con sus hijos poco contacto visual y por poco tiempo.

Muchas madres confiesan haber tenido sentimientos de rencor en contra de sus hijos para otras el maltrato no es algo premeditado y va seguido con frecuencia por un pesar y por un gran sentimiento de culpa (Hernández, 2003).

Barudy (1998) cita a Cantwell (1984) quien propone la siguiente descripción: "Estos padres son fríos, distantes y poco demostrativos con sus hijos. No miran casi nunca a sus hijos, les hablan muy poco, no muestran interés por ellos y en presencia, por ejemplo, de otros adultos y/o interesados por sus propias actividades, ignoran rápidamente la presencia de sus hijos. La ausencia de cariño, empatía y aceptación, así como de estímulos afectivos y cognitivos (mostrarles cariño, hablarles, estimularles) son evidentes".

También la agresión al menor se presenta cuando en la violencia intrafamiliar ninguno de los dos cónyuges quiere asumir el papel de pasividad por lo que se dirigen a el o los hijos como "chivo expiatorio".

Uno de los modelos que pretenden explicar el porqué existe el maltrato infantil es:

- Tradicional de psicopatología. Se centra en los desórdenes psiquiátricos del padre como la causa del maltrato.

Las consecuencias...

El maltrato puede generar lesiones físicas y/o mentales, éstos pueden ser reversibles o no.

Las consecuencias que el maltrato origina en el desarrollo cognoscitivo y emocional también son graves (Hernández, 2003).

Lesión mental significa daños que afecten a la capacidad intelectual o psicológica de un niño, y que impidan el funcionamiento dentro del rango de actividades y conductas consideradas como “normales” en su contexto cultural (Bringiotti, 1999). Pueden generar conducta criminal o psicosis.

En bebés se presentan retrasos en su desarrollo por causa no orgánica, sino más bien a causa de falta de afectos y cuidados apropiados.

3.2. La madre esquizofrenizante.

Entonces, ¿qué es lo que la literatura señala en relación a la madre de un paciente con esquizofrenia?

Lo que se ha observado en torno a estas familias es que las madres, habían sido personalidades activas, competitivas profesionalmente y dominantes en la relación conyugal por lo que no deseaban embarazarse, pero una vez que el hijo es diagnosticado pareciera que se sacrifican en forma total al cuidado del hijo.

Otras características que muestran las madres es: suelen ser regañonas y hostiles, que no brinda al niño asegurarse a sí mismo.

Cortés (2002) dice “Un esquizofrénico debe haber tenido una madre poseedora de una gama de conductas. Cuando se le molesta (hecho que puede ocurrir ante cualquier sugerencia que se le haga) es capaz de sollozar, amenazar con la violencia, expresar un condescendiente interés, amenazar con volverse loca, ser buena y piadosa y asegurar que desaparecerá del país si le dicen una palabra más. Cuando se enfrenta a este tipo de madre con el horrible hijo que crió, es capaz de decir inocentemente que ella no tiene la culpa ya que en toda su vida jamás hizo nada para sí misma y en cambio, hizo todo para su hijo”.

También algunas madres de esquizofrénicos muestran pensamiento gravemente disperso, la mayoría son frías, rígidas, insensibles ante los sentimientos de los demás, su sobreprotección hacia el hijo es autoritaria, así como hay dependencia respecto al amor de su niño, son rechazadoras, moralizadoras respecto al sexo y temerosas de cualquier tipo de intimidad, muestran inseguridad, sentimientos de culpa, carecen de espontaneidad y tienen tendencia al aniquilamiento simbólico del cónyuge.

La madre y el hijo se encuentran en el vínculo funcional de “ser el uno para el otro”. Cuando el niño se ofrece a “ser para la madre” pierde su identidad. Esto provoca una detención del desarrollo psicológico del infante, pero su

crecimiento físico continua su trayecto. Cuando el niño está más crecido la madre lo infantiliza y cuando el infante se comporta de forma pueril su madre exige que crezca.

Recordemos la teoría del Doble Vínculo Afectivo en el que los principales protagonistas son la madre y su bebé, en donde el niño recibe de su madre dos mensajes afines pero conflictivos, de diferentes niveles, en que la huida no es factible y la respuesta es importante. Desde otra perspectiva tomando en cuenta esta teoría se indica que es posible una interacción tripartita entre padre, madre e hijo.

Lewis citado por Bernstein (1976) estableció el concepto de madre esquizofrenógena, definiendo de esta manera una serie de características maternas relacionadas con el hijo esquizofrénico. No podría afirmarse si el esquizofrénico fue determinado por una madre esquizofrenógena o si se quiere por padres esquizofrenógenos que le antecedieron, o si el trastorno condicionaba y reorganizaba otorgando una cualidad esquizofrenógena a su grupo familiar. Debo aclarar como se vio en el capítulo 1 que en realidad quien acuñó el término de madre “esquizofrenogénica” fue Frieda Fromm-Reichmann.

CAPÍTULO IV ESQUIZOFRENIA.

Este capítulo tiene por objetivo conocer las causas, signos y síntomas y diferentes tipos de esquizofrenia, porque una madre esquizofrenizante es una madre esquizofrénica y por ello es importante retomar las principales características de esta patología, además de que no podemos descartar la gran influencia que la herencia tiene en dicha enfermedad.

4.1. Etiología.

Actualmente la causa de la esquizofrenia es desconocida, es claro que no se ha encontrado un factor común en todos los esquizofrénicos por lo que es aún un reto para la ciencia de nuestros días.

La esquizofrenia no es una enfermedad unitaria, pues existe la combinación de diversos factores de riesgo como: los factores genéticos, químicos, fisiológicos y psicológicos.

A continuación se explicarán los principales factores de riesgo hasta la fecha estudiados.

Los investigadores de Estados Unidos tienden a favorecer las teorías ambientalistas. Ellos subrayan que las causas ambientales familiares y sociales son las que ayudan a que determinados niños se vuelvan esquizofrénicos. Esta es la base de que la teoría de que la esquizofrenia no es una enfermedad, sino que existen personas esquizofrénicas que han sido moldeadas así por la experiencia.

En los sujetos pudo haberse detenido el desarrollo psicosocial en época temprana de la vida, bien por graves traumas psicológicos o por alguna desviación importante de la maduración de sus funciones psicológicas. Posteriormente, mediante un estrés desencadenado ambientalmente o bien en el ámbito intrapsíquico son sujetos incapaces de adaptarse, volviendo a niveles de funcionamiento característicos de anteriores fases del desarrollo.

Predisposición y aprendizaje.

Hull citado por Kaplan, H. Freedman, A. Sadock, B. (1992) tiene la hipótesis de que la predisposición a la esquizofrenia se caracteriza por reacciones fisiológicas excesivamente fuertes a un leve estrés. Por ejemplo el divorcio o fallecimiento de los padres, hijos o cónyuges también puede ser por embarazo.

Muchos pacientes esquizofrénicos enferman también después de haber sido rechazados, de haber sido objeto de malos tratos o violados. La pérdida o rechazo tiene una enorme significación para estos pacientes. Su forma de afrontar el rechazo o la pérdida es la negación, proyección, identificación total con la persona perdida (Kaplan, H. Freedman, A. Sadock, B., 1992).

Meehl en 1962 citado por Kaplan, H. Freedman, A. Sadock, B. (1992) mencionaban que el aprendizaje social impuesto sobre este genotipo conduce a un tipo de personalidad a descompensarse en la enfermedad esquizofrénica.

Esta organización de la personalidad se caracteriza por cuatro rasgos consistentes en:

1. Diferentes grados de trastorno de pensamiento (déficit cognitivo).
2. Incapacidad de disfrutar.
3. Ambivalencia.
4. Aversión a las relaciones humanas.

Estos rasgos no se heredan, sino que se aprenden socialmente y aparecen independientemente de si el reforzamiento social es o no benigno. El genotipo y el aprendizaje social conjuntamente determinan una organización esquizotípica de la personalidad. Estas personas esquizotípicas no son aún esquizofrénicas y pueden no llegar a serlo nunca si el reforzamiento social es favorable o bien si se han heredado casualmente una resistencia general al estrés, una tolerancia a la ansiedad o vigor físico. Sin embargo, con una madre inconsistente y en ausencia de estas predisposiciones psicofisiológicas, las personas esquizotípicas se vuelven esquizofrénicas.

También es una de las pocas hipótesis que indican que la madre esquizofrenogénica puede ser esquizofrénica o esquizotípica. Aunque transmita un gen o genes para la esquizofrenia, el niño todavía tiene que vivir con ella; de este modo, el ambiente en que el niño es criado desencadena la predisposición genotípica a la esquizofrenia (Kaplan, 1992).

- Estudios familiares.

Obiols (1989) manifiesta que la esquizofrenia es una enfermedad familiar.

Se ha observado que el riesgo entre los familiares es superior al de la población en general. También el riesgo es mayor cuanto más próximo sea el parentesco así como se incrementa aún más si aumentan los familiares próximos con esquizofrenia.

A pesar de que estos datos nos inducen a pensar en una transmisión genética por su gran peso, simplemente por no cubrir un 100% se piensa también en que no prueban dicha transmisión. El patrón familiar de la esquizofrenia podría deberse, hipotéticamente, a un mismo ambiente familiar y la interacción de sus miembros, o deberse a un cierto tipo de educación.

Los estudios familiares han tenido diversas dificultades metodológicas incluyendo la escasez de familias de control normales.

Actualmente se está dirigiendo la atención hacia el estilo de la comunicación familiar, en especial a la forma en como resuelven sus problemas. Es razonable concluir que la familia de pacientes esquizofrénicos muestra más problemas de comunicación que las familias control. Además, los trabajos más recientes sugieren que la desviación de la comunicación puede preceder al inicio de la enfermedad real en el hijo.

Características de los padres.

Th. Lidz y colaboradores, citado en Heuyer (1977) comprobaron, en cada caso, que uno de los progenitores, como mínimo, padecía una grave enfermedad mental y que la personalidad del padre era tan nociva como la de la madre.

En los estudios de los progenitores, las madres se han llevado el mayor peso y también la culpa.

Algunos autores han estado influidos por el concepto de la madre esquizofrénica. Lo que estudiaban eran pautas de crianza que fuesen destructivas para el desarrollo de los niños que posteriormente los volvía esquizofrénicos.

Un estudio de Hotchkiss, Carmen, O'Gilby, y Rissenfeld, citado en Heuyer (1977) fue practicado en 22 madres de esquizofrénicos masculinos.

Establecen y describen cuatro tipos de conducta materna:

1. la madre dulce, indolente, sumisa a los deseos del hijo;
2. la madre seductora, agravación de la precedente:
3. la madre supercontrolada, cerrada, impávida:
4. la madre pasiva, no participante, indiferente.

De 113 casos observados, 17 madres eran patológicas, con una psicosis o un estado neurótico grave.

Reichard y Tillman; hallaron que la madre era dominante en un 76 por 100 de los casos y lo repudiaba encubiertamente, comportándose de un modo excesivamente protector, en un 63%. Nuffield también citado por Bellak halló que las madres de treinta y dos esquizofrénicos eran sobreprotectoras, reprimidas y repudiadoras del papel materno. Tietze investigó las características de las madres de veinticinco esquizofrénicos, resultando que todas ellas eran de tipo ansioso, obsesivo, dominante y excesivamente inclinadas a las prohibiciones. En tales circunstancias, el niño se veía privado de vías de salida de los impulsos, agresivos (Bellak, 1962).

La madre expresa su ansiedad en forma de hostilidad hacia el niño. (Fernández, 1965).

Los padres (varones) son descritos como incapaces, ahogados por la esposa, indiferentes, poco viriles, ridículos, pero también pueden ser agresivos o brutales con el niño, arrogantes, superficiales y distantes.

- Características del niño

El niño presquizofrénico tratará de relacionarse con otras personas para disminuir su ansiedad, pero solo alejándose emocionalmente podrá evitar posteriores ataques a su autoestima, volviéndose entonces cauteloso, frío e inactivo. Como sus padres no aceptan ni la sumisión ni la hostilidad, solo con esa retirada emocional podrá tolerar más fácilmente su propia imagen del “niño malo”.

Salita-Pemov citado por Bellak (1962) propuso la hipótesis de que el futuro esquizofrénico se encuentra expuesto en la primera infancia a una ansiedad abrumadora. Esta ansiedad puede ser debida a la inaccesibilidad de la madre, sentida por el niño como desaprobación.

Son personas dependientes de su madre, que incluso comparten el lecho hasta la adolescencia, tienen continuamente pesadillas, padecen de enuresis y sentían terror y angustia cuando abandonaban su hogar. En otros casos se les describe como presumidos, sin amigos, apáticos, indiferentes, tímidos retraídos independientes y con tendencia a la ensoñación, muy sensibles, desvergonzados, carentes de modales, otros pueden tener sus modales excesivamente correctos, pueden ser dóciles y superficiales.

Los niños que son holgazanes, incorregibles, destructivos con tendencia a la fuga, obstinados e irritables tienen más probabilidades de desarrollar esquizofrenia en la vida posterior que los niños catalogados como delincuentes o neuróticos (Kaplan, 1992).

- Vínculo padres-hijo

El niño padece de constante rechazo por parte de sus padres, pero trata desesperadamente de preservar una imagen buena de ellos.

Fernández Pérez (1965) en su tesis “Investigación psicológica sobre la dinámica familiar de 5 esquizofrénicos” en su marco teórico indica que ambos padres han descuidado al niño por diferentes razones, y la combinación más frecuente es la de una madre dominante y hostil que no le da al niño la oportunidad de autoafirmarse; casada con un hombre débil y dependiente, tan débil que no puede ayudar al niño. Un padre que no se atreve a proteger al niño por temor a perder los favores sexuales de su esposa, o simplemente porque no es capaz de oponerse a la fuerte personalidad de aquéllas, perjudicando así al hijo tanto como lo hace la madre.

Fernández Pérez (1965) también menciona una segunda combinación: un padre tiránico casado con una mujer a tal punto débil, que acepta incondicionalmente los mandatos del marido, actitud que no le permite dar a ella suficiente amor al niño.

Otras veces, la falta de afecto y aprobación hacia el infante se debe a divorcios, separaciones, guerras, etc.... quedando el hijo a merced del padre destructivo, pero en la mayoría de los casos de la madre.

Generalmente es rechazado por ambos padres y por ello puede tener dificultades para identificarse con alguno de ellos.

Los padres son personas que no estimulan a que el niño haga algo por sí mismo porque eso sería portarse mal.

Una relación patológica madre-hijo o un ambiente familiar patológico constituyen un factor ambiental desde los primeros meses de vida.

Otros observadores afirman que el niño alberga una intensa hostilidad y agresión en su Yo, que produce distorsiones en la relación madre-hijo.

La significación etiológica de las alteraciones de la relación madre-hijo, postulada por los defensores de hipótesis alternativas, es más evidente en las psicosis autistas y simbióticas de la infancia. El niño autista se conduce como si no existieran los objetos animados y parece no ser consciente de su madre como persona separada y distinta. Por el contrario, en las psicosis simbióticas el niño es incapaz de progresar más allá de la estrechez y completa dependencia que caracteriza su relación con la madre en la lactancia (Kaplan, 1992).

Dentro de la relación madre-hijo como factor de riesgo está la fase del desarrollo de separación-individuación, que empieza cuando los niños aprenden a andar y deben separarse de sus padres y termina con el inicio de la individuación.

En algunas familias, el padre corteja a su hija para que ella se convierta en una aliada en su batalla contra la esposa. En otras familias el padre puede tener una rivalidad con sus hijos por la atención o cuidados de la esposa.

J. Ruesch y G. Bateson y otros postulan el concepto del “doble vínculo” o “doble atadura” que se centra en la forma en que determinadas madres se comportan con sus hijos, éstos no pueden ganar en su relación con su madre. Los niños se ven forzados a sentir rabia, temor, desesperanza, y afrontan esta situación desarrollando una psicosis.

La situación de doble vínculo supone 2 o más personas una de las cuales es considerada la víctima, una persona comunica a otra que debe hacer una cosa y al mismo tiempo, pero en otro nivel, que no debe hacerla, o que debe hacer otra cosa incompatible con la primera, al mismo tiempo hay una imposición posterior que le prohíbe salir de la situación o diluirla haciendo comentarios sobre ella (Flores. 1991).

Es como un juego entre dos o más personas mediante el cual se engañan a sí mismas, un juego que consiste en un autoengaño mutuo (Flores. 1991).

- Estudios de gemelos.

Kraepelin intuía la existencia de una “herencia defectuosa”.

Los gemelos dicigotos (DC) y monocigotos (MC) comparten nueve meses de vida intrauterina, los acontecimientos del parto y, en general, una educación e influencias tempranas similares.

El método preferido para comprobar las teorías genéticas es el estudio de los índices de concordancia de la esquizofrenia para los gemelos dicigóticos, se sabe que los gemelos monocigotos (conocidos como idénticos) comparten el 100% de los genes, mientras que los gemelos dicigotos comparten la mitad. En 11 estudios, estos índices han ido desde 0.0 a 86% y de 2 a 17%, respectivamente. El índice de concordancia para los gemelos monocigóticos que habían vivido separados durante algunos años era de 77.6%, pero el índice para los gemelos criados conjuntamente era de 91.5%. Los gemelos de sexo femenino tenían mayor concordancia para la esquizofrenia que los del sexo masculino, ya fueran monocigóticos o no. Estos estudios de gemelos también indicaron que cuanto más gravemente enfermo estaba un gemelo, mayor era el índice de concordancia para la esquizofrenia en el otro gemelo.

De los 47 hijos de madres psicóticas, 5 fueron esquizofrénicos, y 4 fueron deficientes mentales. De los 39 adoptados con padres psicóticos, 13 fueron esquizofrénicos, límite o con personalidades esquizoides o paranoides. En siete hijos de los 47 padres normales se diagnosticó esquizofrenia límite o personalidad esquizoide o paranoide.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes esquizofrénicos no tienen padres psicóticos.

Otro estudio es el de Kallmann, citado en Bellak (1962), halla en sus investigaciones que los niños hijos de padre o madre esquizofrénicos tienen 16.4% de probabilidades de convertirse en esquizofrénicos, y los hijos de padre y madre esquizofrénicos, 68.1%. En los hermanos de esquizofrénicos la probabilidad de que se desarrolle esquizofrenia es de 14.3%; en los gemelos dicigóticos es de 16.4% y en los gemelos monocigóticos de 86.2%. La morbilidad aumenta progresivamente al aumentar el parentesco.

Más estudios son:

Luxenburger (1930), 142 parejas = DC: 3.3%; MC: 66%.

Rosanoff (1934), 142 parejas = DC: 10%; MC: 67%;

Kallmann (1952) 953 parejas = DC: 14.5%; MC: 85.6%.

Resulta que la concordancia genética entre los gemelos monocigotos (MC) es mucho más elevada que entre los gemelos dicigotos (DC) (Heuyer, 1977).

¿Compartiendo una idéntica carga genética, por qué no se dan un 100% de concordancia en estos casos? La explicación de este hecho debe apoyarse en la presunción del algún tipo de influencia ambiental (Obiols, 1989).

Estudios de adopción.

Los estudios de adopción han supuesto una magnífica oportunidad para estudiar por separado los factores ambientalistas y las influencias de la herencia que predisponen al desarrollo de la esquizofrenia (Belloch, 1995).

Los hijos adoptados crecen en un medio que no está influido por ningún condicionamiento de los padres biológicos. O sea, comparten los genes pero no el ambiente como sus familiares próximos (Obiols, 1989).

Los propósitos son:

- Investigar el riesgo comparativo de hijos de padres esquizofrénicos y de hijos de padres normales, adoptados en edades tempranas.
- Investigar las cifras de riesgo para la esquizofrenia en los padres biológicos de sujetos esquizofrénicos que fueron adoptados de pequeños.
- El análisis de crianza cruzada (cross-foster análisis), en el cual los hijos de padres biológicos normales y criados por padres esquizofrénicos fueron comparados con hijos de padres afectados, criados por padres normales.

Para ello se comparan el índice de prevalencia de esquizofrenia en el hijo muy pronto adoptado de mujeres esquizofrénicas con el índice de un grupo control de niños adoptados pronto de mujeres no esquizofrénicas.

Obiols (1989) y Belloch (1995), en su literatura presentan las siguientes investigaciones:

La primera fue llevada a cabo por Heston en los Estados Unidos, la otra investigación fue realizada por el grupo de Rosenthal, Kety, Wender y Schulsinger en Dinamarca.

Heston estudió a 47 hijos de madres esquizofrénicas adoptados, comparados con un grupo control de características similares, cuyas madres biológicas eran normales. El seguimiento fue de más de tres décadas permitió a Heston concluir que los hijos de madres esquizofrénicas presentaban la enfermedad en un 11% contra un 0.1% en los hijos de madres normales. Además, Heston halló una proporción aumentada, en el primer grupo, de trastornos de personalidad y deficiencia mental. Los niños adoptados cuyos padres eran normales tenían una tasa de trastornos mentales mucho más baja. Por lo tanto, el aumento en los hijos de esquizofrenia no puede atribuirse al hecho de criarse con padres adoptivos.

La otra investigación ejecutada por S. Kety y cols. (1968). Se estudiaron 5483 adoptados. De éstos, 507 tenían antecedentes psiquiátricos y fueron evaluados, a través de las historias clínicas, por dos psiquiatras daneses. El diagnóstico podía ser: 1) esquizofrénico; 2) probable esquizofrénico, y 3) no esquizofrénico. Se detectaron así 33 casos de esquizofrenia, que fueron emparejados con 33 adoptados normales de características similares.

Se pueden obtener dos conclusiones: (a) cuando una persona adoptada desarrolla un trastorno esquizofrénico se encuentra una prevalencia significativamente mayor de este trastorno en los padres biológicos que en los adoptivos, y (b) si un individuo adoptado, hijo de padres biológicos sanos, vive en una familia adoptiva donde uno de sus miembros sufre de un trastorno esquizofrénico, tiene riesgo de desarrollar este trastorno que un hijo de padres biológicos con una enfermedad mental que es criado en una familia adoptiva en la cual ninguno de sus miembros presenta manifestaciones psicóticas (Belloch, 1995).

Los estudios comentados apuntan que la herencia está presente en la esquizofrenia, aunque están lejos de aclarar qué es lo que se hereda.

- Genética.

Algunos investigadores creen todavía que la esquizofrenia puede ser explicada por un gen dominante, intermedio o recesivo. Supuestamente, este es un gen estructural y no regulador, simplemente por facilidad la búsqueda de un “gen principal” (teoría monogénica) sigue siendo una prioridad.

No se descarta que la esquizofrenia también provenga de medios poligénicos además de que ofrecen un marco más amplio de investigación. Se han estado revisando todas las formas de transmisión genética (dominante, recesiva, ligada al cromosoma X, oligogénica e incluida ya la poligénica).

También se ha defendido la existencia de un único gen recesivo modificado por poligenes, lo que explicaría la resistencia a la enfermedad.

Aproximadamente el 40% de la variación etiológica puede explicarse genéticamente. Por ejemplo en la psicosis autista las pruebas muestran que no hay una historia de psicosis en los progenitores de estos niños.

El problema es: ¿en cuál cromosoma y en cuál sector se ha de buscar el gen para asociarlo con la enfermedad? El análisis de enlace génico (linkage analysis) ha demostrado ser una herramienta muy útil para detectar la localización cromosómica de genes mayores asociados con enfermedades que tienen patrones heredados precisos.

- Marcadores genéticos.

Se usan las técnicas de genética molecular. En este campo, los estudios los estudios análisis de ligamento (detectar un “gen marcador” que esté próximo al gen causante de una enfermedad, basándose en el hecho conocido de que dos

genes que se encuentran muy próximos en el mismo cromosoma se transmiten unidos a la descendencia) y la construcción de “mapas cromosómicos” de determinados genes pueden ser muy prometedores (Belloch, 1995).

Se seleccionan familias con varios individuos esquizofrénicos y se toman muestras de sangre de todos los miembros de la familia para aislar el ADN de cada muestra. El ADN se “corta” en segmentos y se comparan los segmentos de los miembros esquizofrénicos de la familia con los segmentos de los miembros no esquizofrénicos. Aplicando esta técnica a cinco familias islandesas y dos británicas (reunían 39 sujetos esquizofrénicos de un total de 104 miembros), el grupo de trabajo de Sherrington (1988) encontró que un área concreta en el cromosoma 5 de los miembros esquizofrénicos de las familias era diferente de la misma área del cromosoma 5 de los miembros sanos.

Otras investigaciones no han corroborado estos resultados.

Estas técnicas tienen sus limitaciones que hay que tener en cuenta:

- a. Asumen un modelo de herencia mendeliano que posiblemente no sea el que corresponde a la esquizofrenia.
 - b. Se constata la existencia de fenocopias (distinta expresividad de los genes o distintas formas de presentarse la esquizofrenia).
- Modelos de transmisión genética.

El modelo mendeliano de herencia de un rasgo dominante, con un 100% de penetrancia, no puede explicar la herencia de la esquizofrenia: las cifras de riesgo para los hijos son demasiado bajas, la concordancia entre gemelos idénticos no es del 100%, la enfermedad “salta” generaciones, etc. (Obiols, 1989). Algunas enfermedades sí obedecen las leyes mendelianas de la herencia, como la enfermedad de Huntington.

Obiols (1989) señala que existen actualmente cuatro tipos fundamentales de teorías:

1. Teorías de heterogeneidad.
2. Teorías monogénicas.
3. Teorías poligénicas.
4. Teoría mixta.

1. El *modelo de la heterogeneidad* presupone que la esquizofrenia es un conjunto de enfermedades distintas, algunas de ellas genéticas, otras de causa ambiental.

2. La *teoría monogénica* defiende la existencia de un solo gen. En general, se propone la existencia de un gen dominante de penetrancia reducida. Por

ejemplo, se sugiere que el gen dominante se transmite de acuerdo con el modelo mendeliano pero que sus efectos quedan reducidos por acciones químicas durante el desarrollo del individuo.

3. Los *modelos poligénicos* proponen que la esquizofrenia está causada por una combinación de un número específico de genes en interacción, ciertos factores ambientales prenatales y posnatales.

4. La *teoría mixta* incorpora elementos de todas las anteriores.

- Vulnerabilidad (gen-ambiente).

Entre los factores que explicarían el desencadenamiento de la esquizofrenia dentro de una teoría multifactorial de su etiología se halla la mayor vulnerabilidad al estrés del individuo genéticamente predispuesto a la enfermedad (Obiols, 1989).

Vulnerabilidad es considerado como el resultado tanto de factores genéticos como de propensión adquirida, y los estresores ambientales que precipitan los episodios psicóticos. Se sostiene que esta vulnerabilidad varía de una persona a otra, de forma tal que algunos con un estrés grave puede producir síntomas esquizofrénicos mientras que en otros bastan estresores menores. Maher citado por Belloch (1995) señala que la vulnerabilidad extrema significa que aparecerá temprano el síndrome de la esquizofrenia ya que los estresores menores tienden a ser frecuentes y repetitivos.

Para Parnas y Mednick citados por Belloch (1995) concluyen que “la vulnerabilidad básica consiste en la fragilidad y desintegración de los esquemas afectivo-lógicos que modulan nuestro elemental y multifacético intercambio de información con el ambiente”.

El genotipo es sólo un factor que opera en la explicación de las diferencias individuales. Todo gen, ya sea individualmente o bien en combinación, tiene inherentemente en si mismo una gama de posibles resultados fenotípicos. Esta gama está determinada por la naturaleza de los factores ambientales que activan el gen y por el momento de la activación gen-entorno. El gen es una información codificada. Puede considerarse como una instrucción potencial. Hasta que se active esta instrucción, el gen no opera. La mayoría de los genes no son activados nunca durante la vida de un organismo. En realidad, el ambiente determina qué genes son activados y, por tanto, la configuración genotípica operante o funcional del organismo. Diferentes ambientes activan selectivamente diferentes genes (Kaplan, 2002).

El gen es una estructura real y específica, y todo lo que está fuera de esta estructura es considerado ambiental. Con mayor precisión, el ambiente bioquímico en el que se asienta el gen sirve para activarlo. Este baño bioquímico esta influido por muchos otros factores, incluidos los acontecimientos del desarrollo psicosocial (Kaplan, 2002).

Así que no es posible concluir que la experiencia ambiental se transmita genéticamente.

La relación entre el gen y el fenotipo final no es fija. Todo gen es multipotencial y tiene una gama de posibles expresiones. Si un gen es activado por un determinado entorno, produce un determinado fenotipo. Un segundo entorno que opere sobre el mismo gen produce un fenotipo que difiere del primero. Los grados de libertad del genotipo son infinitos, y las diferencias de característica fenotípica son muy pequeñas. El tener los genes apropiados para el desarrollo de los síntomas diagnósticos de una enfermedad esquizofrénica no basta para producirla.

El sistema biológico tiene una enorme plasticidad, y esta plasticidad determina la gran diversidad biológica que caracteriza a los organismos complejos. Por ejemplo los gemelos idénticos muestran diferencias en el fenotipo simplemente porque tuvieron diferentes experiencias ambientales.

- Fisiología.

Defecto estructural o funcional de algún sistema orgánico, como el cerebro.

- Cambios estructurales.

En lo que respecta a los cambios estructurales suelen ser comparadas la anatomía de los cerebros enfermos con los de sujetos sanos; a través de técnicas como la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la Resonancia Magnética (RM) que tiene la capacidad para discriminar las anomalías más sutiles.

A continuación mencionaré algunos cambios estructurales en el cerebro de los esquizofrénicos, también me referiré a algunas alteraciones funcionales, la participación de los neurotransmisores, enzimas y péptidos.

- Ventriculos.

Obiols (1989) cita a Johnstone y cols. quienes en 1976 demostraron que los esquizofrénicos tenían los ventriculos cerebrales más grandes que lo normal, utilizando la Tomografía axial computarizada.

Ha habido varios estudios que han constatado la dilatación ventricular.

La dilatación ventricular puede ser un marcador útil para delimitar un subgrupo de pacientes caracterizado por tener un predominio de síntomas negativos, presencia de déficit cognitivos, peor respuesta al tratamiento con neurolépticos y una incidencia mayor de efectos extrapiramidales como consecuencia de este tipo de tratamiento. (Belloch, 1995).

Se sugirió que el predominio de alteraciones se observa en poblaciones de pacientes caracterizados por su cronicidad y severidad, la dilatación ventricular

se confirma en muestras de pacientes con un primer episodio esquizofrénico. (Belloch, 1995).

Se confirma la relación con una sintomatología predominantemente “negativa”. (Belloch, 1995).

La presencia de esta alteración correlaciona con la presencia de déficit cognitivos, evaluados particularmente con las técnicas de evaluación neuropsicológica.

Se han revelado prolongación ventricular en porcentaje estadísticamente significativo en esquizofrénicos. Sin embargo, los ventrículos y los surcos laterales se alargan normalmente con la edad.

- *Surcos*

Mayor volumen de líquido en los surcos.

Prolongación surcal.

- *Cerebelo*

Atrofia del vermis anterior del cerebelo.

- *Corteza frontal.*

Disminución de las células nerviosas, presencia de células nerviosas con alteraciones degenerativas tales como arrugamiento, vacuolización del citoplasma, “células fantasma”, pérdida de polaridad e infiltración de grasa

- *Asimetría hemisférica.*

Se ha descrito que los niños autistas y los niños con dislexias de desarrollo tienen lóbulos frontales izquierdos más anchos que los derechos, es decir, sufren una inversión. También se ha afirmado que en la autopsia o mediante el uso de una tomografía computarizada se observa una inversión de la asimetría en los pacientes esquizofrénicos adultos, pero sólo en los pacientes que no muestran atrofia surcal (Kaplan, 1992).

- Neurotransmisores.

- GABA

El ácido gamma amino butírico (GABA) es el neurotransmisor inhibitor más abundante en el cerebro. Numerosos estudios de tejido cerebral postmortem han descrito alteraciones (principalmente reducción) en la actividad neuronal del GABA en la esquizofrenia. Sin embargo, los resultados ni han sido consistentes, ni están libres de efectos que pueden alterar los resultados, como el tratamiento con drogas antipsicóticas (Belloch, 1995).

- Dopamina

Algunas de las vías dopaminérgicas cerebrales están hiperactivadas en la esquizofrenia, porque los niveles de dopamina en los cerebros esquizofrénicos –registrados post mortem- son superiores en el núcleo caudado y el nucleus accumbens por un aumento de receptores. Desgraciadamente el número de zonas de asociación del receptor dopaminérgico está muy afectado por el uso de neurolepticos (Kaplan, 2002).

Se pensó en los fármacos y su efecto sobre la dopamina. La Clorpromazina, el primer fármaco verdaderamente “antiesquizofrénico”. Este hecho supuso el desarrollo y descubrimiento de los neurolepticos que han sido útiles para combatir y atenuar algunos de los principales trastornos de la esquizofrenia como las alucinaciones, el comportamiento extravagante, las alteraciones del lenguaje y los trastornos del pensamiento.

El sueco Arvid Carlsson citado por Obiols (1989), el primero en proponer que los neurolepticos debían actuar como fármacos “antidopamínicos” porque bloquean los receptores dopamínicos inhibiendo así la actividad dopaminérgica lo cual explicaría su tendencia a producir síntomas similares a los de la enfermedad de Parkinson.

Otra importante base de la hipótesis dopaminérgica está constituida por los estudios con fármacos “opuestos” a los neurolepticos, esto es, que provocan o agravan las psicosis. El más importante es la anfetamina. En sujetos esquizofrénicos la administración de anfetamina suele exacerbar o hacer rebrotar los síntomas alucinatorios y delirantes, también están los fármacos como disulfiram, fenciclidina y metilfenidato.

No obstante algunos síntomas permanecen inalterados o insensibles a la acción de los neurolepticos o por el contrario algunos pueden aumentar como es el caso de los síntomas negativos como la abulia, la anergia, la apatía y el autismo, etc.

La formulación inicial de la hipótesis dopamínica proponía una hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas (mesolímbicas, mesocorticales y nigroestriadas) puede estar presente en algunos esquizofrénicos, y que el incremento de DA puede relacionarse con síntomas específicos, tales como delirios y alucinaciones. La hiperactividad funcional hipotetizada podría explicarse, teóricamente, por alguno de los siguientes mecanismos:

1. Una excesiva producción de dopamina por parte de las neuronas que la transmiten.
2. Un exceso de la cantidad de dopamina en la unión sináptica debido a alteraciones en su catabolismo o en su recaptación.
3. Una hiperactividad hiperfuncional de las neuronas receptoras.

4. Que las interacciones entre la acetilcolina, dopamina y el ácido γ -aminobutírico (GABA) están alteradas; es decir, que existe un desequilibrio entre la acción excitadora de las primeras y la acción inhibitoria de los dos últimos neurotransmisores.

Pero, hay falta de evidencia directa de un incremento en la liberación de DA.

- Adrenalina y noradrenalina.

Existe la hipótesis de que la adrenalina liberada por las situaciones vitales estresantes es metabolizada en forma anormal dando lugar a la formación de derivados alucinógenos de aquélla. No ha podido ser verificada.

Van Kammen citado por Belloch (1995) describió la asociación entre las determinaciones de NA en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y otras variables neuroquímicas y clínicas en subgrupos de pacientes esquizofrénicos; de tal manera que la concentración de NA y su metabolito (3-methoxy-4-hydroxy-phenyglycol) en LCR se asociaba con recaídas en el curso clínico por la retirada de neurolépticos y con la severidad de los síntomas “positivos” y “negativos”.

- Estudios de la MAO.

Se han estudiado diversas enzimas (MAO, COMT, dopamina β -hidroxilasa, tirosina hidroxilasa), neuropéptidos y receptores (colecistoquinina, péptido intestinal vasoactivo, neurotensina, receptores a dopamina, serotonina etc.).

En especial mencionaré los estudios que se han realizado con la monoaminoxidasa (MAO) que es, junto con la catecol-o-metiltransferasa (COMT), uno de las principales enzimas degradadoras de las catecolaminas, la más estudiada en relación a la esquizofrenia.

En general, se ha hallado un descenso de la actividad de la MAO plaquetaria en la esquizofrenia crónica, congruente con la idea de que un déficit de la MAO conllevaría la acumulación intracerebral y, por lo tanto, la hiperfunción de sustancias como la DA, la NA y la 5-HT (Obiols, 1989).

Los esquizofrénicos sin alucinaciones tienden a tener los niveles de actividad MAO plaquetaria inferiores a los normales.

Pese a toda la actividad de la MAO plaquetaria no puede ser considerada como un marcador para la esquizofrenia porque sus alteraciones también se han mostrado en estados no psicóticos e incluso en sujetos normales.

- Péptidos

Los neuropéptidos (NP) son macromoléculas compuestas por cadenas de aminoácidos. Se pudo mostrar que cumplían los requisitos para ser considerados auténticos neurotransmisores o neuromoduladores (Obiols, 1989).

Actualmente se han descrito más de 40 neuropéptidos, muchos de ellos podrían estar relacionados con la esquizofrenia como por ejemplo la colecistoquinina (CCK), la neurotensina (NT), la somatostatina, las beta-endorfinas y otros opiáceos endógenos.

En general, los estudios sobre NP en la esquizofrenia han sido de tres tipos:

1. Medición post mortem de NP y/o sus receptores en cerebros de esquizofrénicos.
2. Medición de NP en LCR.
3. Pruebas terapéuticas con NP (o antagonistas de NP).

La colecistoquinina (CCK). Se ha demostrado que la CCK reduce el “turnover” de DA en el núcleo accumbens y que la alteración dopaminérgica estimula la producción de CCK en el neocórtex.

En estudios clínicos se encontraron niveles basales reducidos de CCK en el LCR de pacientes esquizofrénicos libres de droga al ser comparados con el grupo control, y la rapidez de respuesta al haloperidol estaba relacionada inversamente con los niveles basales de CCK. Por otra parte, Monzani, Sacerdote, Penati y Pancrai citados por Belloch (1995) encontraron un incremento en los niveles de CCK plasmático en pacientes esquizofrénicos sin tratamiento en comparación con los controles, en los cuales decreció con el tratamiento de haloperidol.

Respecto a la neurotensina (NT), se ha mostrado mediante estudios fisiológicos, anatómicos y comportamentales que interactúa con la DA. La NT se localiza con la DA en neuronas hipotalámicas e imita muchas de las acciones antipsicóticas. Los cambios en la concentración de NT parece que son específicos de la esquizofrenia, dado que no se han encontrado diferencias en los niveles de NT en el LCR en pacientes con otros trastornos (Belloch, 1995).

4.2. Semiología.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia provienen de las disfunciones que se encuentran en todos los procesos mentales, como el pensamiento, lenguaje, memoria, aprendizaje, sensación, percepción, los estados afectivos, la atención, la conducta, la motivación, la captación de la realidad es completamente distorsionada.

El primero en distinguir los dos grupos de síntomas (positivos y negativos) parece haber sido Reynolds en 1857 citado en Lagomarsino, J. A. (1995).

Sin embargo, Jackson citado por Belloch (1995) fue quien difundió utilizar la distinción “positivo-negativo” en los síntomas en el año de 1875. El postuló que los síntomas positivos son causados por excesos en los procesos normales del

cerebro, mientras que los síntomas negativos son causados por la disminución o desaparición de estos procesos.

Carpenter y colaboradores citados en Belloch (1995) incluyeron como síntomas positivos: trastornos del contenido del pensamiento y de la percepción, ciertos aspectos formales del pensamiento (por ejemplo, distraibilidad) y ciertos comportamientos (por ejemplo, trastornos catatónicos motores); y como síntomas negativos: aplanamiento del afecto, apatía y ciertos aspectos formales del pensamiento como el “bloqueo”.

Cuando a fines de la década de 1970 se descubrió el agrandamiento ventricular, Crow se basó en este hallazgo para intentar relacionar los síntomas positivos sensibles a los neurolépticos, con una perturbación de la neurotransmisión dopaminérgica, y los síntomas negativos más duraderos, y el deterioro al que están estrechamente asociados con cambios estructurales del cerebro.

El Tipo I de Crow prevalece en la etapa aguda mientras que el Tipo II prevalece en la etapa crónica.

Por realidad se entiende el mundo físico, la sociedad y el interior del sujeto. El papel del Yo es el que elabora a su mundo.

La alienación del Yo consiste en una inversión de las relaciones de la realidad del Yo con su mundo (Bellak, 1962).

Lo característico del síndrome es la incapacidad del paciente para distinguir entre las dos realidades, la del mundo interior con la del mundo exterior.

Los esquizofrénicos tienden a remplazar los objetos por sí mismos o a destruir, aniquilándose así mismos para ser remplazados por el objeto (Bellak, 1962).

El esquizofrénico parece haber retirado a las personas y las cosas del mundo exterior, sin haberlas sustituido por otras en su fantasía, por lo que el yo se encuentra desligado de la realidad.

En la psicosis el yo crea un nuevo mundo exterior e interior (Fernández, 1965).

Parece estar desposeído de su personalidad esto es alienación.

Basada en la literatura los síntomas positivos son:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento desorganizado o catatónico.

Y los síntomas negativos son:

- Afecto plano.
- Alogia.
- Abulia.

En el DSM-IV el criterio B se refiere a:

- Disfunción social/ laboral.
- Síntomas positivos:
 - Trastornos cognitivos.

Se identifica por la presencia de los delirios. Los delirios son ideas falsas que no pueden ser corregidas por razonamientos lógicos y son idiosincrásicas en el paciente. Habitualmente se deben a una mala interpretación de las percepciones o de las experiencias.

Las ideas delirantes se clasifican como extrañas si son claramente improbables y no se derivan de las experiencias normales de la vida. Además también influye el tipo de cultura en el que el individuo se ha desenvuelto.

Las ideas delirantes, están a menudo relacionadas, cuando no provocadas, por alucinaciones (Obiols, 1989).

Algunos pacientes dentro de sus delirios presentan a menudo la jerga científica y sus esquemas parecen lógicos a primera vista.

Las alteraciones del pensamiento es posible distinguirlo porque el paciente esquizofrénico piensa y razona en sus propios términos autistas.

Los pensamientos del esquizofrénico pueden detenerse repentinamente. Caracterizado por ideas delirantes de intromisión del pensamiento de él hacia los demás o de los demás hacia él. Tampoco reconoce sus límites corporales, a veces puede llegar a creer que algún objeto es parte de su ser y si este objeto es dañado el sufrirá como si lo estuviesen dañando a él como persona.

No reconoce su identidad por lo que puede considerarse una regresión a la fase infantil antes de que la diferenciación sexual se haya establecido desde el punto de vista psicológico.

No hay alteración en la inteligencia pero sí en el juicio.

Algunos delirios son:

Delirios de persecución, que es síntoma primordial en la esquizofrenia paranoide. Los pacientes están convencidos de ser perseguidos por entidades

poderosas, que conspiran en contra de ellos, y que será perjudicado de alguna forma.

Delirio de grandeza pues piensan que ellos han de ser personas muy importantes con poderes o habilidades especiales, identidad o relación especial con una deidad personaje famoso, como para que lo estén persiguiendo. Dentro del delirio de grandeza también el paciente puede creer que alguien quiere robarle sus ideas y se irrita si cuestionan su capacidad.

Delirio de culpa o pecado. Creencia de que ha hecho algo terrible e imperdonable.

Delirio religioso. Debe estar fuera de lo que se considera normal dentro del contexto social y religioso del paciente (Belloch, 1995)

Ideas y delirio de referencia. Creencia de que algunos detalles, frases o acontecimientos aparentemente sin importancia, se refieren a él o tienen una significación especial para él.

De posesión. Especialmente, la diabólica. La introducción generalmente erótica de otra persona en el organismo propio, desemboca en una posesión física, sexual e intelectual.

Místico. El enfermo habla con Dios y con los santos, las mujeres creen que están amenazadas por el demonio y protegidas por Dios.

Espiritista. El sujeto está poseído por espíritus muertos, según se comunican con ellos por medio del pensamiento.

Delirio somático. Creencia de que alguna manera su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado. También entran las ideas de inmortalidad.

Erótico. Es muy frecuente en las mujeres con alucinaciones genitales, ellas por la noche sienten la presencia masculina que impone las relaciones sexuales. Cuando se haya asociado con delirios místicos o espiritistas es cuando se piensa en la reaparición de los íncubus y súcubus medievales.

En el caso de los jóvenes describen amores extraños por ejemplo los dirigidos a una anciana o a una prostituta, las cuales son objeto de peticiones de matrimonio o extravagantes persecuciones. El esquizofrénico puede sentirse enamorado de varias mujeres a la vez.

Delirio erotomaniaco. Delirio de que otra persona generalmente de una jerarquía o rango social superior, está enamorada del sujeto.

Celotípico. Consiste en que el paciente cree que su compañero sexual le es infiel.

Lectura del pensamiento. Cree que la gente puede leer o conocer sus pensamientos.

Difusión del pensamiento. Creencia de que su pensamiento se expande, de manera que los demás pueden escucharlo.

Inserción del pensamiento. Creencia que hay pensamientos que no son suyos, que han sido introducidos en su mente.

Robo del pensamiento. Cree que alguien le ha quitado sus pensamientos por medio de una fuerza extraña.

Los delirios imaginativos de ensoñación. Se han descrito un delirio imaginativo en el cual la mitomanía delirante tiende a exteriorizarse a través de fabulaciones (Belloch, 1995).

Mixto. El paciente presenta varios delirios pero ninguna es predominante

- Trastornos de la percepción.

Se experimenta una falta de familiaridad con el ambiente ya sea de manera repentina o de forma continua.

De esta alteración en la percepción surgen las alucinaciones que son las experiencias sensoriales sin los correspondientes estímulos externos y son muy comunes en la esquizofrenia. Se presentan en todos los sentidos pero con más frecuencia en el auditivo.

En las alucinaciones de tipo auditivo el paciente escucha sonidos más o menos agudos o intensos como silbidos o campanas también escucha las voces de Dios o del diablo. A veces son dos o más voces que hablan sobre el paciente, discutiendo acerca de él en tercera persona, o dirigiéndose al paciente amenazándolo o formulando comentarios obscenos o molestos, también son voces que gobiernan dando órdenes e invitan al suicidio, empero en ocasiones pueden ser halagos. Las voces pueden ser masculinas o femeninas, conocidas o desconocidas.

Las alucinaciones visuales se presentan con menor frecuencia pero no son raras, se presentan por la noche o durante periodos limitados del día, en ocasiones de forma casi continua. El paciente puede ver lucecillas, llamaradas, o figuras más complejas que pueden permanecer inmóviles o en movimiento, e inclusive, en espectáculos animados de una transformación caleidoscópica, a veces tienen un contenido religioso. El tamaño varía ya sea que el esquizofrénico vea cosas en su tamaño natural, minúsculas o gigantescas. Las alucinaciones visuales casi nunca se presentan aisladas sino siempre en combinación con alucinaciones de otras modalidades sensoriales.

Las alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas son menos comunes.

Las alucinaciones olfativas consisten en la “percepción” de malos olores, olores extraños que incluso cree que él los emite.

Las alucinaciones gustativas tienen un carácter de tonalidad afectiva y un carácter representativo.

Las alucinaciones táctiles, el paciente siente quemaduras, pinchazos, sensaciones de movimiento, sensaciones de temperatura, texturas; o la sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y/o tamaño.

Las alucinaciones cinestésicas y del esquema corporal, que dan lugar a un síndrome de despersonalización (transformaciones corporales, electrificaciones), percepciones de una posesión diabólica del cuerpo en su totalidad.

Las alucinaciones pueden absorber toda la atención del paciente y controlar su conducta. Puede reaccionar con risas, terror, enojo o en ocasiones platicará también con las voces.

- Trastornos del lenguaje.

El lenguaje puede verse afectado en la forma de articular, el timbre y la tonalidad de la voz haciéndolos extravagantes, además su contenido es desorganizado.

Un paciente esquizofrénico puede ser incapaz de llevar a cabo una conversación racional y simple, su discurso puede ser fluido pero pobre en contenido.

El descarrilamiento es un patrón del habla en que la idea sale del curso pasando a otra.

Tangencialidad. Consiste en contestar una pregunta de manera irrelevante, la respuesta puede estar relacionada con la pregunta hasta no tener ninguna relación.

Illogicalidad. Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica (Belloch, 1995).

Circunsañcialidad. Discurso muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final.

Presión del habla. Es un aumento en la cantidad del habla espontánea: El paciente habla rápidamente y es difícil interrumpirle, algunas frases quedan incompletas por esa necesidad de transmitir varias ideas.

Distraibilidad. Durante la entrevista el paciente puede interrumpir una frase y cambia de idea en respuesta a un estímulo cercano.

Asociaciones fonéticas. La elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado, a veces sus frases riman.

Incoherencia. En ocasiones pueden aparecer frases coherentes en medio de oraciones que en conjunto son incoherentes.

Utiliza neologismos, creaciones y deformaciones de las palabras.

El *mutismo* puede presentarse por horas hasta años y es característico de esquizofrénicos de tipo catatónico.

Verbigeración que consiste en la repetición sin sentido de palabras o frases que puede durar varios días.

En torno a la escritura, en su contenido se mantiene la extravagancia, los neologismos y las ensaladas de palabras. Desde el punto de vista del grafismo, las letras presentan cambios bruscos; los escritos están repletos de subrayados, entrecuillados e ilustraciones. Las mismas palabras se reproducen muchísimas veces, aisladas o en el curso de frases, o incluidas en otras palabras.

Los dibujos de los esquizofrénicos son minuciosos, hacen mucho énfasis en el detalle, extravagantes y deformados.

- Trastornos de la conducta.

El *comportamiento gravemente desorganizado* va desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible.

Conducta repetitiva. Se refiere a una especie de rituales que repiten una y otra vez, estos actos pueden tener algún significado simbólico y tendrá la creencia de que está influyendo a otras personas.

Las *estereotipias* que son contracciones permanentes de un grupo de músculos. Pueden ser totales, parciales o locales. Se manifiestan en los gestos, marcha, escritura y lenguaje.

Los *manierismos* son las muecas, pero otras veces llegan a extremos grotescos.

Los *estados estuporosos* es una desintegración de las funciones psicomotoras, son determinantes en los pacientes catatónicos pues yacen inmóviles o presentan posturas extrañas también permaneciendo así sin movimiento durante semanas o meses, muestran una total ausencia de respuesta a su entorno, a veces se les tiene que alimentar a través de una sonda, sin embargo, son perfectamente capaces de percibir agudamente lo que ocurre a su alrededor.

La *catatonía* puede ser caracterizada por ciclos en el área psicomotor en ocasiones el paciente quedará inmóvil para que después padezca de agitación que se concreta a un espacio reducido, son totalmente inmotivadas y bruscas para que más tarde regrese a la inmovilidad.

Ecopraxia. La imitación de movimiento y gestos de la persona que es esquizofrénico está observando.

Obediencia automática o sugestibilidad es la tendencia permanente e instintiva de adoptar toda sugerencia venida del exterior, cualquiera que sea su naturaleza, es una docilidad extrema aunque también tiene su contraparte el negativismo que es una incapacidad para cooperar.

El hetero-negativismo, consiste en la oposición de los movimientos pasivos que el médico quiere que efectúe.

El autonegativismo es una resistencia a sus propias necesidades y deseos.

“Negativismo voluntario” es una forma de expresar su mal humor resistiéndose por un deseo de no ser molestado.

Deterioro del aspecto y modales, es decir, no se preocupa por su aseo ni cuidado personal, se le ve vestido de una manera inusual.

No se muestran interesados por interactuar con los demás, pueden hacer cosas inapropiadas de acuerdo con las normas sociales como agredir, matar, violar, masturbarse en un lugar público, etc. Su carácter es impredecible. Además hay una distancia emocional por la incapacidad que tienen para relacionarse con los demás, esto puede hacer que progresivamente caiga en el autismo, otro de los síntomas clásicos de la esquizofrenia. Los esquizofrénicos acaban siendo seres solitarios.

La marcha presenta anomalías extravagantes, el enfermo avanza a brincos.

Los actos cotidianos su actividad es automática, independiente de su conciencia. Además, hacen muecas que quedan grabadas en profundas arrugas o surcos (Belloch, 1995).

Los impulsos son frecuentes, como si se tratara de reflejos, estas tentativas están determinadas a veces por un deseo consciente de morir (Belloch, 1995).

Las fugas son marchando al azar hasta agotar sus fuerzas.

La actitud parkinsoniana es frecuente en esquizofrénicos de la tercera edad, que han sido poco o mal tratados, mantienen una posición fija de flexión, sin expresión.

- Síntomas negativos.

El *aplanamiento afectivo* se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión de emociones y sentimientos, se manifiestan por medio de:

Expresión facial inmutable. La cara del paciente se mantiene inexpresiva.

Reducción del lenguaje corporal.

Escaso contacto visual. La mirada parece estar extraviada o rehuye la mirada de los demás.

Incongruencia o inestabilidad afectiva y ausencia de respuesta.

Ausencia de inflexiones vocales. El habla tiene una calidad monótona.

- La alogia es el término general para referirse al empobrecimiento del pensamiento, parecen vacíos, rígidos o lentos. Se manifiesta con:

Pobreza del lenguaje.

Pobreza del contenido del lenguaje. Las respuestas pueden ser largas y el lenguaje es adecuado en cantidad pero conlleva poca información. El lenguaje es vago, abstracto o concreto y repetitivo.

Bloqueo. Es la interrupción de un discurso antes de que una idea haya sido completada. Después de unos segundos o minutos el paciente indica que no recuerda de qué estaba hablando.

Latencia de respuesta incrementada. En una entrevista el paciente tarda varios minutos en responder, en realidad es porque no ha podido ordenar su pensamiento y construir una respuesta.

- La abulia y la apatía.

La abulia es una falta de energía, interés y de impulso para realizar diferentes actividades por voluntad propia, así que no tienen capacidad para proyectar su vida. Estas son algunas características manifiestas de la abulia y la apatía:

Aseo e higiene. La vestimenta puede ser extravagante, vieja o sucia, la apariencia es descuidada y sucia.

Alteraciones del funcionamiento sociolaboral, trastornos en el funcionamiento del trabajo, en las relaciones interpersonales o el cuidado personal.

Falta de persistencia en el trabajo o escuela.

Anemia física. Se refiere a que el paciente puede pasarse horas sentado sin iniciar ninguna actividad. Si es que se le animara a participar, lo hace de manera efímera para después regresar a sentarse de nuevo. No se levantan por la mañana sino que permanecen acostados hasta la hora de comer.

- Anehedonia-insociabilidad.

La anhedonia que es una incapacidad de experimentar incluso de imaginar una emoción placentera y sin estar deprimido, el paciente se siente emocionalmente vacío y puede inducir a muchos esquizofrénicos a tener ideas suicidas.

Son las dificultades que el paciente presenta para experimentar interés o placer.

Intereses o actividades recreativas. El paciente tiene pocos o carece de actividades, intereses o hobbies (Obiols, 1989).

Actividad e interés sexual. El esquizofrénico puede mostrar un decremento de la actividad o interés sexual.

Incapacidad para sentir intimidad y proximidad, para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar. Carece de afectos hacia los miembros familiares próximos.

Relaciones con amigos y semejantes que normalmente se hayan restringidas.

Respuestas inapropiadas, es la respuesta incongruente a situaciones de la vida.

Emociones anormales. Son estados de ánimo que raras veces o nunca han sido experimentadas en condiciones normales como por ejemplo que se presenten estados de exaltación con sentimientos de impotencia, sentimientos oceánicos como de formar una unidad con el universo, éxtasis de tipo religiosos, terror al sentir una desintegración corporal, ansiedad porque la destrucción del universo es pronta e irreversible.

Los esquizofrénicos son más sensibles que el resto de las personas y siempre han sido así. Con facilidad se sienten heridos por conductas ligeramente agresivas o rechazantes que para una persona normal son casi imperceptibles.

- Además otros signos y síntomas son:
 - Atención.

El paciente tiene problemas para concentrar su atención solo es capaz de concentrarse esporádicamente y erráticamente, debido a la preocupación por estímulos internos.

- Simbolismo.

El simbolismo está expresado en la conducta, ideación y lenguaje extravagantes del paciente. Este simbolismo es difícil de comprender para los demás.

- Contenido del sueño. Sus sueños son menos coherentes y complejos también son menos extravagantes que los de las personas normales.
- Síntomas somáticos.

Los pacientes se quejan de innumerables malestares físicos como dolor de cabeza, indigestión, debilidad, etc.

El paciente que padece de esquizofrenia aguda, casi con toda seguridad presenta también una tríada autonómica de pupilas dilatadas, palmas sudorosas y taquicardia moderada (Kaplan, 1992).

- Signos físicos

Los signos físicos se deben a un desequilibrio del orden simpático.

La masturbación es habitual. En la mujer la búsqueda de relaciones heterosexuales es frecuente y se producen ocasionalmente embarazos inconvenientes.

Estos son algunos de los signos generales en pacientes esquizofrénicos:

- La temperatura es inferior a la normal.
 - La secreción salivar es abundante.
 - Anomalías hepáticas.
 - Trastornos respiratorios.
 - Anemia.
- Consciencia.

Que va desde la sedación hasta el entorpecimiento, confusión. A veces el paciente cobra consciencia de que le sucede algo terrible.

- Orientación temporoespacial.

Ha perdido la capacidad de reconocer lugares y el orden cronológico, de igual forma una pérdida de identificación consigo mismo y poder poner en orden su esquema corporal.

4. 3. Nosología.

Estas clasificaciones se basan en los síntomas y signos –la forma tradicional como la medicina define una enfermedad o síndrome (Kaplan, 1992).

Se tiene la creencia de que la esquizofrenia es más fácil de clasificar cuando han estado enfermos durante mucho tiempo que en pacientes que están en la fase aguda de la enfermedad.

Hay que recordar cuando Kraepelin describió tres subtipos básicos de “demencia precoz”: el catatónico, el hebefrénico y el paranoide. Bleuler después le añadió la esquizofrenia simple como un cuarto subtipo básico de la esquizofrenia.

- SÍNDROMES.
- Catatónico.

Puede presentarse desde los 14 años de edad, pero la edad promedio es de 25 años siendo más frecuente en hombres que en mujeres.

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

Es posible que se desencadene la enfermedad ante un fuerte estrés.

Las características son: rostro sin expresión, con excesiva secreción sebácea; apatía, depresión y pensamientos de suicidio; sentimiento de que el mundo es hostil y todos son culpables; preocupación, dificultad para comprender el sentido de los acontecimientos; sensación de vacío mental; desorganización del pensamiento, convicción de que algo en su cabeza no funciona adecuadamente; desorientación entre derecha e izquierda; mutismo; inactividad; estupor, negativismo extremo (resistencia sin motivo aparente a todas las instrucciones o mantenimiento de una postura rígida y extraña como estatuas), aunque a veces manifiestan una obediencia automática, temblores ocasionales; alucinaciones auditivas; sentimientos o delirios de ser seguido, de un nuevo nacimiento, de catástrofe, de exaltación o identificación con el cosmos.

Ecolalias y respuestas incoherentes. Muestra propensión a discutirlo todo y emplear frases especiales, que no usa nadie más.

Kaplan (1992) indica que se presenta de dos formas:

1. Inhibida o estuporosa. Después de estar por largos periodos de tiempo inmóvil, de repente puede manifestar una explosión breve de violencia destructiva.
2. Catatonía excitada o agitada. Se encuentran en un estado de extrema agitación psicomotora. Hablan y gritan sin parar. Este tipo de pacientes necesitan control físico urgente porque suelen ser destructivos y violentos con los demás, además de poderse producir lesiones así mismos o a sufrir un colapso a causa de un agotamiento agudo.

Los pacientes que sucumben a esta alteración a menudo fallecen al cabo de una o dos semanas (Kaplan, 1992).

- Síndrome desorganizado (hebefrénico).

El promedio de edad de inicio de la enfermedad es a los 23 años, aunque es posible que inicie en la adolescencia.

Kahlbaum lo ha llamado “locura moral”. Son personas con mal humor que pasa a la irritabilidad o a veces su conducta puede ser violenta con respecto a su

familia, son antisociales: estos enfermos viven de robos con asaltos y cuenta con cómplices, estafas, pueden cometer crímenes pasionales, se hunden en la delincuencia, vagabundeo y las mujeres pueden caer en la prostitución.

Si llega a ser detenido, al ser interrogado no responde a las preguntas y conserva una permanente sonrisa que podría interpretarse como burlona.

A diferencia de los sujetos antisociales, estas personas tienen autismo, accesos de semiestupor o agitación impulsiva, negativismo, mantienen ocupaciones estériles que les sirven para matar el tiempo, lentitud motriz, debilidad.

Se caracteriza también por una acusada regresión a una conducta primitiva, es decir, es un paciente de conducta infantil, desinhibida y desorganizada, su lenguaje también es desorganizado. Suele ser una persona activa, pero sin motivos, de una forma no constructiva. No hay un contacto con la realidad. Su aspecto personal y conducta social son deficientes. Las respuestas emocionales no son las apropiadas. Son comunes los gestos y muecas incongruentes y su conducta es a menudo tonta o impertinente.

Según Bellak (1962) menciona algunos subtipos de hebefrenia.

- Hebefrenia “necia”, que tiene como característica la tendencia a reír tontamente y hablar como un niño.
- Hebefrenia depresiva, el paciente se queja continuamente, es de humor extraño e irritable, habla poco, padece síntomas hipocondríacos y alucinaciones.
- Hebefrenia apática, se caracteriza principalmente por ilusiones, alucinaciones y apatía, aunque a veces tienen algunos brotes de excitación.

En torno a los delirios suelen ser fragmentados. El más común es creer que pueden ser envenenados, por ello algunos pacientes se niegan a comer, al creer que con ello su cuerpo sería invadido y podría escaparse energía o caer en somnolencia.

- Paranoico o parafrenia.

En los padres y las madres de estos pacientes no es extraño encontrar los antecedentes de actitudes de negligencia, criticismo, dominación y autoritarismo en relación con los hijos (Bellak, 1962).

Este tipo se deriva de la tendencia a atribuir a los demás la culpa de sus fracasos, errores y motivaciones personales.

El estado de ánimo es variable, pasan con facilidad desde las explosivas carcajadas hasta la agresividad.

Su conducta es irregular y extravagante. Se mantiene alerta y vigilante.

Empero su principal característica son los delirios muy sistematizados debido a un polimorfismo alucinatorio que los nutre, en especial el de carácter auditivo, cuyo contenido es invariable durante años, siendo los más frecuentes los de persecución y los de grandeza. Los esquizofrénicos paranoides son, generalmente, mayores que los catatónicos o los hebefrénicos, suelen presentar la enfermedad en la tercera o cuarta década de su vida por lo que han tenido la posibilidad de haberse insertado adecuadamente ante la sociedad, han podido generar conocimientos, experiencias, incluso ya tienen un puesto en su trabajo estable. No suele haber un deterioro de la personalidad, está bastante adaptado a sus situaciones vitales. Estos pacientes muestran menos regresión de las facultades mentales.

Se caracteriza por un lenguaje, o una actitud, autoritario y a menudo es agresivo; la afirmación de la superioridad personal, orgullo extremo, egocentrismo, pedantería, incapaz de comprender el punto de vista del interlocutor, propenso a la violencia, pretensiones de grandiosidad, formulación de abiertas críticas y sarcasmos contra otros, falta de consideración con los demás, irritabilidad, algunas veces malos tratos de palabra o de obra; también puede haber un tipo único de delirio. En algunos casos el síntoma inicial más observable es una preocupación obsesiva porque no se cierre determinada ventana o puerta.

Otros pacientes pueden verse sumisos y humildes, retraídos o pegadizos, a veces son conformistas y abnegados, indecisos, con lenguaje ambivalente; desconfiados y temerosos. Expresan sentimientos de inferioridad, incapacidad, aceptan la autoridad pero se ponen a la defensiva, no satisfacen sus impulsos sexuales; creen que otros leen sus pensamientos, algunos le temen a la sociedad.

En lo que se refiere al lenguaje usa menos substantivos, preposiciones y artículos y más verbos; el paranoide usa el tiempo presente y en tercera persona del singular; por ejemplo cuando se refiere a otras personas o a relaciones, aparece la tercera persona en un papel persecutorio o como símbolo de él. Al hablar declaman de forma teatral y conmovedora, a veces usa neologismos.

El paciente paranoide se comporta muy bien en sociedad. Su inteligencia no invadida por sus delirios puede continuar siendo muy alta.

- Simple.

Se inicia generalmente en una edad bastante juvenil, mostrando ser una persona sin interés por las cosas.

La principal característica es una gradual e insidiosa pérdida de impulso, interés, ambición e iniciativa. No es común que estén presentes las alucinaciones y los delirios, si las hay no tienen carácter persistente. Se vuelven personas aisladas, tienen falta de seguridad en sus opiniones y

decisiones, son incapaces de solucionar problemas, si todavía va a la escuela sus calificaciones bajan considerablemente.

Algunos pueden usar su memoria de manera eficaz.

Evita pasear de día por la calle, pero puede hacer largas caminatas solo en la madrugada. Duerme hasta el medio día o más tarde. Durante las primeras fases de su enfermedad, el paciente puede tener muchas molestias somáticas como fatiga, nerviosismo, neurosis, enfermedades psicosomáticas o pereza. Cuando la enfermedad es más avanzada se vuelven vagos, maleantes o pseudo-hippies.

Aunque parecen ser indiferentes a su ambiente, reaccionan con mucha agresividad a las molestias persistentes de sus familiares. Las causas que determinan la hospitalización son de tipo antisocial como: amenazas, agresiones, ataques contra la propiedad; intentos de raptó, abusos sexuales.

CAPÍTULO V METODOLOGÍA.

5.1. Consideraciones previas.

5.1.1. Tipo de estudio.

El presente trabajo es documental.

5.2. Planteamiento del problema.

¿La madre esquizofrenizante es un desencadenador de la esquizofrenia en sus hijos?

5.2.1. Objetivos.

La investigación documental pretende encontrar si la madre esquizofrenizante es un desencadenador de la esquizofrenia en sus hijos.

5.2.2. Preguntas de investigación.

¿Cómo ejerce el rol materno una madre esquizofrenizante?

¿Cómo es la dinámica entre madre esquizofrenizante-hijo?

¿La madre esquizofrenizante podría ser un desencadenador de esquizofrenia en sus hijos?

5.2.3. Justificación.

Es un problema de salud que involucra más personas, el interés es que no se descarte el tema como si fuese irrelevante porque existen mujeres con esquizofrenia que han tenido hijos y eso es una realidad que no podemos negar. Además en la literatura se menciona muy poco acerca de la relación que hay entre una madre esquizofrenizante y su hijo porque es un tema poco estudiado.

5.2.4. Limitaciones previsibles.

La única limitación es la escasa información acerca de la madre esquizofrenizante, así como información reciente del mismo tema.

5.3. Variables.

Los principales términos son: **madre**, esquizofrenia y **esquizofrenizante**,

5.4. Justificaciones para el uso de procedimientos analíticos.

Integración de la información del análisis crítico y marco teórico tal forma que se puedan obtener conclusiones que se apeguen al objetivo y las preguntas de investigación.

5.5. Procedimiento.

5.5.1. Actividades de recabamiento de información.

-Procedimiento para la recopilación de documentos: Se seguirá la secuencia temática según el índice.

-Criterios de selección de los mismos: Se elegirán los libros, revistas, documentos, tesis, etc. Que se relacionen con los temas a investigar.

-Centros documentales a visitarse:

Biblioteca de Licenciatura de la Facultad de Psicología, UNAM.

Centro de Documentación de la Facultad de Psicología, UNAM.

Biblioteca de Licenciatura de la Facultad de Medicina, UNAM.

Biblioteca de Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.

Biblioteca Central de la UNAM.

Biblioteca "Rosario Castellanos" del Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.

-Fuentes documentales a utilizar.

Libros de psicopatología, tratados de psiquiatría o que tengan como tema principal, madre esquizofrenizante, el rol materno de la madre esquizofrenizante y la esquizofrenia.

Revistas, donde se haya estudios en relación a la esquizofrenia.

Tesis, que tengan por temas principales madres esquizofrenizantes y esquizofrenia.

Internet, para temas en los que haya dificultad para localizar más información en las fuentes antes mencionadas.

Folleto, para complementar aún más los temas de esquizofrenia y familia.

- Actividades de análisis de la información:

Hacer una integración de la información obtenida tanto en el análisis crítico como en el marco teórico enfocada en el objetivo.

Antes de poder hacer la integración primero se hace la búsqueda de la información, para ello se ha hecho la búsqueda en la base de datos de cada facultad o biblioteca mencionadas anteriormente e incluso la búsqueda también

se ha llevado a cabo en la base de datos de Librunam, tesunam y seriunam las palabras: madre esquizofrenizante, esquizofrenia y los nombres de algunos autores como: Margaret Mahler, Gregory Bateson, Daniel Stern, Melanie Klein, Donald Winnicott, John Bowlby. Al leer algunas fichas bibliográficas ha servido para buscar más conceptos y así encontrar más referencias relacionadas con el tema, por lo que se buscó de nuevo en las bases de datos palabras como: desarrollo normal del bebé, teoría del doble vínculo, teoría del apego y simbiosis humana.

Cuando se presenta la dificultad acerca de un concepto, duda o para ampliar aún más algún tema se ha hecho la búsqueda en Internet utilizando las mismas palabras que se han utilizado en las bases de datos.

Una vez que se tienen las referencias necesarias, se leen los capítulos pertinentes a la búsqueda para encontrar tanto lo que necesitara para el marco teórico como para apartar lo que es útil para el análisis crítico.

Una vez que se tiene estructurado el marco teórico, se procedió a leer las referencias para iniciar con el análisis crítico. Se necesitó buscar más referencias para hacer el análisis crítico. Entonces se buscó en la base de datos de Librunam pero esta vez buscando el nombre de los siguientes autores: Margaret Mahler, Gregory Bateson, Daniel Stern, Melanie Klein, Donald Winnicott y John Bowlby.

Cuando se tuvieron las referencias necesarias, las leí y subrayé lo que me sería útil para el análisis crítico y se procedió a elaborar el análisis crítico considerando las siguientes variables: madre esquizofrenizante, rol materno de una madre con un hijo esquizofrénico y la madre esquizofrenizante como desencadenador de la esquizofrenia. Cada una de estas variables se compararon con lo que Margaret Mahler, Gregory Bateson y Donald Winnicott indicaban en sus teorías.

A partir de este contraste en el análisis crítico se obtienen algunas conclusiones.

En las conclusiones finales se vincularán los resultados del análisis crítico con el marco teórico, y se anotaron reflexiones y conclusiones acerca de lo que se ha recopilado.

La integración, las reflexiones y conclusiones se llevarán a cabo una vez que se concluya del análisis crítico.

CAPÍTULO VI ANÁLISIS CRÍTICO.

6.1. Margaret Mahler.

Variables	Margaret Mahler
Características de una madre esquizofrenizante	<p>Es una madre emocionalmente trastornada (Mahler, 1967).</p> <p>El efecto patogénico de la actitud de la madre simbiótica y angustiada aumenta particularmente si la actitud hasta ahora excesivamente cariñosa de la misma madre cambia abruptamente en el advenimiento de la fase de separación-individuación. La actitud de la madre hacia el mismo niño puede, en diferentes fases de su desarrollo, presentar cambios radicales. Un factor patogénico complementario es la bien conocida madre parasítica, infantilizante, la cual por sus propias razones necesita continuar su sobreprotección más allá de la etapa en que ya no es benéfica. Otro tipo de madre parasítica simbiótica, incapaz de tolerar la pérdida de su hasta ahora apéndice vegetativo, debe, al menos en el campo emocional, desecharlo abruptamente. (Mahler, 1967).</p> <p>La madre del niño psicótico es con frecuencia más apta y útil e observar y explicar el significado de parte de la conducta del niño enteramente enigmática al principio para el terapeuta. (Mahler, 1967).</p> <p>Madre omnipresente e infantilizadora (Mahler, 1977).</p> <p>Madre que se entrega por completo o rechaza, tiene conductas impredecibles e impulsivas. (Mahler, 1977).</p>

<p>Rol materno de una madre esquizofrenizante</p>	<p>Es frecuente la existencia de un defecto constitucional del yo en el niño que ayuda a crear el círculo vicioso de la relación patogénica madre-hijo, estimulando a la madre a reaccionar hacia el niño en formas que son dañinas a sus intentos de separarse e individuarse. (Mahler, 1967).</p> <p>El abandono por parte de la madre, de sus funciones maternas, puede observarse un retraimiento semejante al de su hijo con grados variables de confusión, perplejidad y hostilidad. (Mahler, 1967).</p> <p>E. J. Anthony en 1971 citado por Mahler (1977) el nacimiento indicó que “la madre psicótica llena estos momentos con aprensión, de modo que el niño no sólo no tiene a dónde ir, sino que teme llegar a cualquier parte”. Refiriéndose a la etapa de la separación.</p>
<p>Madre esquizofrenizante como desencadenador de una esquizofrenia.</p>	<p>Mahler, (1967) “Nuestra hipótesis es que los diferentes tipos de psicosis en niños pueden ser entendidos como distorsiones psicopatológicas de las fases normales del desarrollo del yo y de sus funciones dentro de una relación primaria madre-hijo.</p> <p>Los niños que sufren de psicosis infantil no deben ser considerados como niños normales en los cuales es inducido un proceso psicótico por una madre emocionalmente trastornada (Mahler, 1977).</p> <p>Madre omnipresente e infantilizadora puede retrasar el desarrollo de una plena conciencia de la diferenciación yo-otro por parte del niño (Mahler, 1977)</p>

6.2. Gregory Bateson.

Variables	Gregory Bateson
<p>Características de una madre esquizofrenizante</p>	<p>Figura dominante (Berger, 1993).</p> <p>La madre experimenta ansiedad y se retrae si el niño le responde como una madre cariñosa. (Berger, 1993).</p> <p>Una madre que no acepta sus sentimientos de ansiedad y hostilidad hacia su hijo. (Berger, 1993).</p> <p>La madre niega sus propios sentimientos, “diciendo una cosa, aunque significando otra” (Benoit, 1985).</p> <p>La madre del esquizofrénico y la institución hospitalaria se dedican a tareas similares pero recíprocamente competitivas. La lógica de la situación sería que el hospital se ocupase de intervenciones terapéuticas y que la madre consintiese en cooperar positivamente. ¿Por qué ocurre finalmente lo inverso? Una primera respuesta fue ésta: La madre del esquizofrénico es esquizofrenógena (Benoit, 1985).</p>
<p>Rol materno de una madre esquizofrenizante</p>	<p>No es capaz de establecer límites entre ella y el hijo. (Berger, 1993)</p> <p>Una forma de negar la hostilidad que la madre siente por su hijo consiste en manifestar abiertamente una conducta amorosa para inducir al niño a responderle como a una madre cariñosa, y en apartarse de él si no lo hace. (Berger, 1993)</p> <p>El niño es castigado si manifiesta amor y afecto, y castigado también si no lo hace. Tal es la naturaleza básica de la relación de doble vínculo entre madre e hijo. (Berger, 1993)</p>

	<p>La madre deposita en el niño partes internas de ella, se produce entre ambos un entrecruzamiento de depositaciones creándoseles a cada uno de ellos dificultades para reconocer lo que es suyo, propio (Pichon, 1985).</p> <p>La madre presenta un comportamiento afectivo positivo, una oferta o un acercamiento, y el hijo responde, reduciendo así la distancia. La madre demuestra entonces, mediante un movimiento de retroceso, su temor de una relación demasiado íntima. En el mismo momento, la madre borra el sentido de su mensaje ya sea negando su propio retraimiento, o bien poniendo en duda el gesto que el niño dirige hacia ella y el sentido que podría tener (Benoit, 1985).</p> <p>Tan pronto como sobreviene la psicosis, esos modos de relación se mantienen sin duda más fijos que antes (Benoit, 1985).</p>
<p>Madre esquizofrenizante como desencadenador de una esquizofrenia.</p>	<p>En el organismo humano se desarrolle una patología cuando determinados patrones formales de esa infracción están presentes en la comunicación entre madre e hijo. Creemos que, en su forma extrema, esta patología dará origen a síntomas cuyas características formales conducirán a un diagnóstico de esquizofrenia (Berger, 1993)</p> <p>El doble vínculo no causa esquizofrenia. Todo lo que puede decirse 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</p>

	<p>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 (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1991).</p>
--	---

6.3. Donald Winnicott.

Variables	Donald Winnicott
Características de una madre esquizofrenizante	
Rol materno de una madre esquizofrenizante	<p>La madre se adelanta a satisfacer cada necesidad como si estuviera todavía fusionado con ella, y ella con el infante (Winnicott, 1993).</p> <p>La madre tiende a seguir fusionada con su infante y a demorar la separación de éste respecto de ella. En todo caso, es difícil para la madre separarse de su infante a la velocidad con la que el infante necesita separarse de ella (Winnicott, 1993).</p>
Madre esquizofrenizante como desencadenador de una esquizofrenia.	<p>La psicosis ocurre cuando los cuidados maternos no han sido eficientes desde el inicio, es decir, antes de que ellos sean personas con un yo bien integrado y por lo tanto ha producido distorsiones en el desarrollo emocional de los niños (Winnicott, 1953).</p> <p>El riesgo de psicosis (esquizofrenia) tienen como base este cuidado materno (Winnicott, 1993).</p> <p>Las consecuencias de un yo auxiliar materno deficiente pueden ser</p>

	<p>severamente mutiladoras. Entre ellas se encuentran las siguientes:</p> <p style="text-align: center;"><i>A. Esquizofrenia infantil o autismo.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>B. Esquizofrenia latente</i></p> <p>En niños que pasan por normales, o que incluso presentan un intelecto especialmente brillante o un desempeño precoz. La enfermedad se pone de manifiesto en la fragilidad del “éxito”.</p> <p style="text-align: center;"><i>C. Autodefensa falsa y</i></p> <p style="text-align: center;"><i>D. Personalidad esquizoide</i></p> <p>Esto no significa negar la existencia de factores hereditarios, sino más bien complementarlos en aspectos importantes (Winnicott, 1993).</p> <p>Winnicott (1993) dijo “He dicho definitivamente que en la etiología de la enfermedad psicótica, y particularmente de la esquizofrenia (salvo en cuanto actúan elementos hereditarios), debe observarse una falla en el proceso total del cuidado del infante”.</p>
--	---

6. 4. John Bowlby.

Variables	John Bowlby
Características de una madre esquizofrenizante.	De las cincuenta madres que estudio Hersov 1960 citado por Bowlby (1993), ocho habían recibido tratamiento psiquiátrico previo (cinco por su estado depresivo, tres por su condición de histeria), y diecisiete sufrían también de un alto grado de ansiedad y depresión. De las treinta madres a quienes estudió Davidson 1961 citado por Bowlby (1993), doce mostraban síntomas de depresión, y

	<p>entre ellas dos habían sido hospitalizadas. Britton 1969 citado por Bowlby (1993) señala que diez de las madres habían recibido tratamiento psiquiátrico y en seis había síntomas de perturbaciones psíquicas.</p>
<p>Rol materno de una madre esquizofrenizante.</p>	<p>La “privación de madre” (o privación materna) es cuando un niño puede hallarse privado aunque viva en el seno de su hogar, si su madre (o sustituto materno permanente) es incapaz de darle el cariño y el cuidado que necesitan los niños pequeños.</p> <p>Por separación o por franco rechazo, en que las relaciones padre y madre-hijo pueden verse afectadas. Las más comunes son a) una actitud de rechazo inconsciente oculta tras otra de amor; b) una excesiva demanda de amor y seguridad por parte de una madre y c) la obtención inconsciente de satisfacción por parte de una madre con respecto al comportamiento de su hijo (Bowlby, 1972).</p> <p>En reiteradas ocasiones descubrimos que la conducta patológica de uno de los progenitores se da como reacción contra una relación profundamente perturbada que quizá todavía mantenga con sus propios padres, o como reflejo o residuo de ella. Al reconocerlo se desvanece de inmediato toda propensión a ver al padre en el rol de villano, aun cuando trate al propio hijo de manera obviamente enfermiza. Por el contrario, se visualiza a dicho progenitor como producto desdichado de un hogar desgraciado y, como tal, tanto víctima como victimario (Bowlby, 1993).</p>
<p>Madre esquizofrenizante como</p>	<p>Bowlby (1986) no menciona a la</p>

<p>desencadenador de una esquizofrenia.</p>	<p>madre esquizofrenizante como desencadenador de alguna perturbación psiquiátrica en especial la esquizofrenia en sus hijos sino que el refiere lo siguiente: “Los partidarios de la teoría del apego argumentan que muchas formas de trastornos psiquiátricos pueden atribuirse, bien a desviaciones del desarrollo del comportamiento de apego o bien, más raramente, al fracaso de este desarrollo; y también que la teoría explica tanto el origen, como el tratamiento de dichas condiciones.”</p> <p>La conducta del niño autista demuestra completa falta de apego, junto con muchos indicios de que experimenta miedos crónicos. Tinbergen y Tinbergen 1972 citados por Bowlby (1993) adoptando un enfoque etológico, sugieren que la condición subyacente debe ser un temor crónico y muy difundido, el cual no puede disiparse por medio del contacto con una figura de apego porque el pequeño también teme a los seres humanos. De ser así, el síndrome provendría de un umbral reducido de manera continua ante los estímulos que provocan temor, junto con un desarrollo demorado de los vínculos de afecto y/o inhibición de éste. Entre los factores causales podría entonces incluirse cualquiera de los siguientes: a) factores genéticos, b) daño cerebral, c) cuidados maternos inadecuados. Parece probable la conjunción de dos o más factores.</p>
--	--

6. 5. René Spitz.

Variables	René Spitz.
<p>Características de una madre esquizofrenizante.</p>	<p>En un estudio que realizaron Levine y Bell citados por Spitz (1969)</p>

	<p>encontraron que la psicosis y las tendencias psicóticas eran relativamente raras. Fue sorprendente encontrarse con que la mayor proporción de psicosis en este ambiente se concentrara en el grupo de madres cuyos hijos tuvieron manifestaciones de juegos fecales. De las 16 madres, 11 mostraron síntomas clínicos de depresión; 2 de ellas eran paranoicas, y en cuanto a las 3 restantes, una era homicida, pero no había diagnóstico de ella y se carecía de información sobre las 2 restantes.</p>
<p>Rol materno de una madre esquizofrenizante.</p>	<p>La tendencia integradora del yo funcionará en el curso del desenvolvimiento de la personalidad. Los núcleos del yo anormales, serán integrados a su debido tiempo en una estructura más o menos coherente con los que se desarrollaron normalmente, por una parte, y con los factores de maduración, por la otra, por muy aberrante y desequilibrado que pueda ser el yo resultante. Tienen que ser integrados a consecuencia de la presión del medio en el curso de los intercambios con el entorno, el cual tiene que adaptarse el individuo, por inadecuado que sea, si ha de sobrevivir. Esta adaptación será en algunas partes más o menos adecuada que podrían funcionar nada más en conjunción con el yo externo disponible en ese momento, o sea, con ayuda de la madre (Spitz, 1985).</p> <p>Las relaciones de objeto, fundan la inmediata gratificación de la necesidad, con un intercambio emocional y psicológico, que son la trama de lazos emotivos muy individuales. Estos no pueden reemplazarse cuando se quiebran. Deben formarse nuevos lazos, tarea sumamente difícil. Requiere el consentimiento de la madre sustituto y</p>

	<p>del niño Este proceso requiere una paciencia ilimitada e infalible empatía de parte de la madre sustituto (Spitz, 1978).</p>
<p>Madre esquizofrenizante como desencadenador de una esquizofrenia.</p>	<p>La integración normal entre desarrollo y maduración puede ser perturbada por la ausencia o la anomalía de las relaciones de objeto. Si se da esta perturbación, la tendencia integradora del yo compensará la retardación resultante de los núcleos del yo específicos por medio de una integración desviante. Tales núcleos del yo, de tanta exuberancia y por consiguiente anormales, pueden entonces ser los constituyentes de un “yo fragmentado” (Spitz, 1985).</p> <p>Pero se recuerdan estas experiencias cuando vemos la extraordinaria dificultad para aprender que tienen los niños desposeídos de afectos. Una de sus características –que incidentalmente también es una característica de los llamados niños psicópatas o esquizofrénicos-, es que son incapaces de aprender de las experiencias dolorosas. Sólo aprenden mediante experiencias gratificantes. Parece que éstas abren un camino, por tenue que sea, a las relaciones objetales de las que han sido privados (Spitz, 1978).</p> <p>Spitz (1969) las relaciones insatisfactorias son patológicas y pueden dividirse en dos categorías: a) las relaciones madre-hijo incorrectas; b) relaciones madre-hijo insuficientes.</p> <p><u>Relaciones madre-hijo incorrectas.</u></p> <p>Spitz (1969) ha afirmado antes que debido a la naturaleza de las cosas, la personalidad de la madre es la</p>

	<p>dominante en la diada. Así pues podemos dar por supuesto que, donde prevalezcan relaciones madre-hijo incorrectas, la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, o que por razones de su personalidad, la madre es compelida a perturbar la relación normal que esta debe mantener de ordinario con su hijo. En uno u otro caso, podemos decir que la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica. Por esta razón, he llamado a este grupo de perturbaciones en las relaciones de objeto, o más bien a sus consecuencias, enfermedades psicotóxicas de la infancia.</p> <p><u>Insuficiencia de las relaciones madre-hijo.</u></p> <p>Privar a los infantes, en el primer año de vida, de las relaciones de objeto es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales.</p> <p>El infante normal no distingue entre la descarga del impulso agresivo y del impulso libidinal; éstos se manifestaban, simultánea, concomitante o alternativamente como respuesta al único y mismo objeto; a saber: el objeto libidinal. En la ausencia de éste, ambos impulsos quedan privados de su blanco. Esto es lo que les ocurre a los infantes que padecen de depresión anaclítica (Spitz, 1969).</p> <p>Cuando el niño, que padece una depresión anaclítica, permanece privado de su madre, sin que le proporcionen un sustituto aceptable para un periodo que dura más de tres meses a cinco meses, se inicia entonces un empeoramiento del estado del infante. Spitz ha</p>
--	--

	<p>encontrado que, después de tres meses de separación, hay un periodo transitorio de unos dos meses, durante los cuales si seguimos el destino del impulso agresivo, nos encontramos con que el infante vuelve de rechazo la agresión contra sí mismo, el único objeto que le queda. Clínicamente estos infantes se vuelven incapaces de asimilar el alimento; se tornan insomnes; posteriormente pueden arremeter contra ellos mismos activamente, golpeándose la cabeza contra los costados de su camita, o dándose puñadas, arrancándose los cabellos en manojos. Si la depresión se hace total, su estado deriva en hospitalismo: empeoramiento progresivo, inexorable, que lleva al marasmo y a la muerte (Spitz, 1969).</p> <p>Por el contrario, si durante este periodo de transición, regresa la madre, la mayor parte de los niños mejoran. Es dudoso que esta mejoría sea completa (Spitz, 1969).</p> <p>La depresión anaclítica y el hospitalismo demuestran que una deficiencia grande en las relaciones de objeto lleva a una detención en el desarrollo de todos los sectores de la personalidad (Spitz, 1969).</p>
--	--

6. 6. Anna Freud.

Variables	Anna Freud.
Características de una madre esquizofrenizante.	Anna Freud menciona: “las madres son “rechazantes” de sus hijos”. Las madres son “rechazantes” de sus hijos, esto dio por resultado muchos remordimientos y autoacusaciones, en especial entre las madres de niños anormales.

	<p>Puede ser una madre psicótica. Una madre ausente, ya sea físicamente o afectivamente.</p> <p>Una madre depresiva, emocionalmente inestable y ambivalente o con retraimiento emocional.</p>
<p>Rol materno de una madre esquizofrenizante.</p>	<p>La madre psicótica puede incluir al niño en su propio mundo de sentimientos y reacciones autocentradas (narcisistas), considerándolo como parte de su propio sí mismo. La simbiosis normal de una madre y su infante Mahler, 1952 citada en Freud (1984) puede prolongarse entonces de modo anormal, y madre e hijo conjuntamente se transforman en una pareja aislada e un mundo externo aparentemente hostil.</p> <p>La “madre rechazadora” es la que daña todo el futuro de su hijo al no brindarle el bienestar, el amor y la satisfacción a los que el niño tiene derecho. Aunque en algunos casos estas acusaciones pueden haber estado justificadas, en otros carecieron de fundamento.</p> <p>A pesar de lo importante que es esa relación por sí sola no garantiza la futura salud mental. El vínculo madre-hijo está sujeto a numerosas alternativas. Un contacto demasiado estrecho, por ejemplo, puede obstaculizar el progreso del niño; éste depende hasta tal punto del amor y el bienestar que recibe sin cesar, que la aceptación de las frustraciones y el desarrollo independiente le resultan aun más dificultosos (Freud, 1980).</p> <p>Una madre que sufre un retraimiento emocional y que es total o parcialmente incapaz de satisfacer las necesidades afectivas de su bebé, se</p>

	<p>encuentra imposibilitada de sacar provecho de la orientación o el asesoramiento que se le ofrezca, debido precisamente a la gravedad de su trastorno. Puede someterse a tratamiento, pero es posible que cuando los resultados beneficiosos de éste se hagan sentir, la infancia del hijo sea ya historia pasada. En algunos casos se puede contar con la cooperación de un sustituto materno en la familia (una abuela, una tía o una asistente paga) (Freud 1992).</p>
<p>Madre esquizofrenizante como desencadenador de una esquizofrenia.</p>	<p>La madre favorece el progreso de su hijo del autocentrismo al amor objetal. Cuando fracasa en su tarea en algún punto y de esa forma rechaza los avances del niño, puede destruir en su infante una potencialidad que tiene una importancia máxima, y de esa manera producir consecuencias desastrosas en el desarrollo sano posterior de la criatura (Freud, 1984).</p> <p>Este estado demora, o impide la adaptación normal creciente del niño a su ambiente social.</p> <p>Distorsiones en el desarrollo de la personalidad que siguen a la separación del niño pequeño de su madre o de su padre, cuando se ha producido la ruptura de la organización familiar (Freud, 1984).</p> <p>Los vínculos entre la enfermedad mental de uno de los padres y la aparición de un desorden neurótico, psicótico o delictivo del hijo (Freud, 1984).</p> <p>Los serios retraimientos del mundo objetal y enajenamiento de la realidad que se clasifica dentro de las psicosis infantiles (Freud, 1993).</p> <p>August Aichhorn 1925 citado en Freud (1993) fue el primero en insistir que</p>

	<p>los trastornos severos de la socialización se originan cuando la identificación con los padres se desbarata debido a separaciones, rechazos y otras interferencias en el vínculo emocional con ellos.</p> <p>Los psicoanalistas han estudiado numerosos casos en que la capacidad de formar relaciones objetales normales no se ha desarrollado o ha sido destruida al comienzo de la vida debido a la carencia de una adecuada figura materna, a la falta de respuesta por parte de la madre, a sus periódicas ausencias, enfermedad, pérdida, etc. Estos niños tienden a retraerse; su interés permanece centrado en ellos mismos sin desplazarse hacia el mundo que los rodea; sufren una “depresión” y un deterioro de su evolución física e intelectual, o de ambas a la vez (Freud, 1980).</p> <p>Por otra parte hubo también inevitables malentendidos, aplicaciones erróneas y exageraciones. Al considerar a la madre como la persona más importante en la vida del niño, se le atribuyeron no sólo las influencias favorables sino también las adversas. Era el momento en que se responsabilizaba a las madres de todas las anormalidades del desarrollo del hijo, las enfermedades psicosomáticas, las deformaciones del carácter y los desórdenes autistas y psicóticos (Freud, 1980).</p> <p>Las observaciones de Margaret Ribble (1943), Margaret Fries (1946) citadas en Freud (1992) han contribuido a “poner de manifiesto que en casos extremos, la carencia de una adecuada relación objetal en la infancia puede amenazar la vida del bebé, provocar modificaciones graves y hasta irreversibles en ciertos</p>
--	---

	<p>sectores de la maduración y originar perturbaciones psicosomáticas, cuya extensión y efecto aún no se conocen cabalmente”.</p> <p>La proximidad de una madre que atraviesa un periodo depresivo o un episodio psicótico, puede provocar en el hijo, si no una patología manifiesta inmediata, una patología de efecto retardado que hace aparición años después y se revela en el análisis del adulto como el punto de partida del desorden mental actual (Freud, 1992).</p> <p>La separación de los niños con respecto a sus progenitores, la ausencia prolongada o la muerte de éstos, la falta de afecto por los progenitores o la falta de confianza en ellos, el cambio reiterado de hogares sustitutos, la vida en instituciones sin provisiones para el desarrollo de vínculos personales, todos estos factores han sido destacados, de acuerdo con los hallazgos de Aichhorn citado en Freud (1984), como los que con mayor frecuencia se han descubierto al investigar las historias de los niños antisociales y delincuentes. En los casos en que la madre se encuentra ausente, o descuida al niño, y por consiguiente no se constituye en una fuente constante de satisfacción, en los casos en que el cuidado del infante es insuficiente o impersonal, o proporcionado por figuras que cambian, la transformación de la libido narcisista en libido de objeto se efectúa en forma inadecuada. Entonces subsiste una tendencia más fuerte, durante toda la vida futura, a apartar la libido de los objetos de amor y dirigirla hacia el sí mismo en todas las ocasiones en que el mundo objetual provoca desilusión. El cuerpo y sus necesidades conservan una importancia mayor, de la normal, como lo muestra in énfasis más fuerte</p>
--	---

	<p>en los placeres autoeróticos (el balanceo, los hábitos de succión, la masturbación, etc.) El entorpecimiento del desarrollo libidinal que resulta de estas privaciones tempranas conduce además a una ligazón inadecuada de los impulsos destructivos del niño. Cuando la vida amorosa del niño es deficiente, los impulsos destructivos permanecen más aislados y se manifiestan de forma más independiente de diversos modos, que van desde una agresividad meramente sobreacentuada hasta una destructividad desenfrenada, esto es, mediante actitudes que son en sí mismas las fuentes más frecuentes de la delincuencia y la criminalidad.</p> <p>Existe, una amplia variedad de inadaptaciones sociales que se basan esencialmente en perturbaciones muy tempranas del desarrollo del amor objetal y en el debilitamiento consiguiente de las funciones del yo y del superyó (Freud, 1984).</p>
--	--

6.7. Análisis Crítico.

Margaret Mahler, Gregory Bateson, Donald Winnicott, John Bowlby, René Spitz y Anna Freud son algunos autores que trabajaron con la interacción entre madre-hijo, desarrollaron sus teorías e investigaron para darle más fuerza a su trabajo, si nos percatamos son autores que trabajaron en la década de los 50's y parte de los 60's aproximadamente y desde entonces no ha habido investigación reciente que apoye aún o que por el contrario las descarte, en especial si nos referimos a la interacción de la madre esquizofrenizante con sus hijos.

En el marco teórico se pudieron revisar algunas referencias que hablan de las características de una madre esquizofrenizante e incluso como definición y en general es una mujer competente pero con inestabilidad emocional. Margaret Mahler la describe como una mujer emocionalmente trastornada y muy sobreprotectora al grado que pareciera que el hijo es una extensión de ella y esto le impide una adecuada separación e individuación.

Por su parte Gregory Bateson indica como características de la madre esquizofrenizante, una mujer ansiosa y hostil que no acepta sus sentimientos y se comunica por medio de dobles mensajes.

Bowlby por medio de la investigación señala que son madres con perturbaciones psíquicas. Spitz cita por medio de un estudio de Levine y Bell que hubo madres depresivas o paranoicas incluso una homicida; poco a poco nos vamos percatando que en realidad dichas madres algunas esquizofrenizantes (y otras no, pero que también causa perturbaciones en sus pequeños) al manifestar sus emociones no lo hacen de manera efectiva, es decir, se reprimen, son ambivalentes o presentan depresiones. Anna Freud señala que hay madres psicóticas que pueden dañar la relación con su hijo y también concuerda en que hay madres depresivas o con inestabilidad emocional.

Acerca del rol materno en la madre esquizofrenizante vemos que Margaret Mahler señala que esta madre puede ser ausente, pero por lo general tiende a sobreproteger, aquí cabe mencionar que el niño también participa en el círculo vicioso.

Bateson, señala que las conductas son contraproducentes, que la madre al negar sus sentimientos hostiles al hijo se muestra muy cariñosa, al momento en que el hijo responde a ese afecto la madre se retira y se retracta de haber dado cierto mensaje, creando así la confusión en el niño que a la larga y junto con la carga genética puede manifestar la esquizofrenia.

Winnicott menciona al igual que Margareth Mahler que la madre no se separa del hijo, es decir, se halla fusionada.

Bowlby habla sobre la privación, ausencia o descuido de parte de la madre tanto física como afectivamente, aunque también puede ser una madre demandante al grado de ser sobreprotectora como Mahler lo mencionaba lo cual impide el desarrollo normal del niño, en el sentido de cuando el niño comience a explorar su mundo exterior una vez que comience a caminar.

Spitz se refiere a los lazos afectivos que por cualquier circunstancia pueden romperse lo cual puede ocasionar trastornos irreversibles a menos que el niño sea atendido casi de inmediato por un sustituto materno.

Anna Freud apoya a Margaret Mahler en lo que se refiere a una fusión entre la madre y el hijo, pero también considera que las madres rechazantes que no satisfacen las necesidades del niño puede causar perturbaciones en el mismo, también puede ser una madre que interactúe en su hijo sobreprotegiendolo, o tiene retraimiento emocional lo cual también dificulta la óptima interacción entre madre e hijo.

Y por último, ¿en realidad, la madre podría considerarse un factor desencadenante? Pareciera que es probable, Mahler al señalar que la madre está fusionada al hijo y no le permite entrar en la etapa de separación-individuación, retrasa el desarrollo del yo. Además claramente señala que los niños psicóticos fueron inducidos por una madre emocionalmente trastornada.

Los estudios de Bateson muestran que el doble vínculo no causa la esquizofrenia a menos que sea un patrón predominante en la comunicación y

se dirige a la persona más perturbada, es probable que cumpla con los criterios diagnósticos de la esquizofrenia.

Winnicott consideró que la psicosis infantil es por una deficiente atención de la madre hacia su hijo. Una vez más los autores consideran que aquella madre emocionalmente perturbada, que da dobles vínculos y por ende un cuidado deficiente hacia su hijo, podría desencadenar la esquizofrenia, pero Bateson y Winnicott y Anna Freud no descartan que mucho influye la transmisión genética.

Bowlby menciona que si el infante llega a tener alguna perturbación emocional u otro tipo de patología pudo haber sido por el fracaso que hubo en el apego, o la falta del mismo, así como por un cuidado materno inapropiado, y aunque no menciona específicamente esquizofrenia, este primer vínculo al no ser el óptimo puede acarrear perturbaciones psicológicas.

Spitz tomó en cuenta que la ausencia o anomalía de la relación de objeto no permiten el desarrollo adecuado del niño, la falta de afectos por una falla en la personalidad de la madre pueden hacer que el niño entre en una depresión anaclítica y después muera, a menos que otro sustituto materno se encargue del bebé.

Anna Freud indica que cuando la madre fracasa en su tarea o es una mujer ausente en su rol materno hace que el niño no tenga un desarrollo sano, pues su desarrollo físico e intelectual se ven deteriorados debido a una severa depresión. Existen vínculos entre los desórdenes mentales de los padres y la neurosis, psicosis o la sociopatía en los hijos. Cuando la madre presenta un trastorno mental como una depresión profunda o psicosis.

CONCLUSIONES.

En nuestro país y en muchos otros países más, la madre es el principal cuidador y figura de los hijos desde la concepción hasta la independencia de los mismos. Por ello también se debe prestar importancia sobre todo cuando la madre padece de esquizofrenia y que su conducta dirigida a los hijos sea esquizofrenizante.

Mencioné la Teoría del Doble Vínculo Afectivo que es una forma de comunicación distorsionada entre dos o más personas, y se dan mensajes contradictorios haciendo que el hijo o hija no encuentre escapatoria quedando confuso y que a largo plazo pudiera desencadenarse la esquizofrenia. Esta teoría puede aplicarse a la idea que se tiene de la madre esquizofrenizante por ser la principal figura de sus hijos.

La simbiosis, menciona la interacción entre la madre y su hijo y cómo es que la madre tiene la función de que ayudar a su hijo a conocer su entorno, y favorecer su separación-individuación, es un proceso que ocurre en el primer año de vida del niño. Margaret Mahler explicó cómo ocurre este proceso en forma normal y qué pasaría si la madre no ayuda a que su hijo consiga la separación-individuación que podría finalizar en un síndrome autista o en un síndrome de la psicosis simbiótica. Ahora teniendo una madre esquizofrénica y además esquizofrenizante, sería muy complejo para ella poder llevar a su hijo a un buen proceso de separación-individuación. Es posible que a falta de un óptimo proceso de separación-individuación algunas personas esquizofrénicas, no conocen bien sus límites corporales a través de alucinaciones de tipo táctiles.

Winnicott da mucha importancia a la fase de sostén, porque es cuando el bebé necesita de un yo auxiliador para que poco a poco vaya formando su propio yo y su principio de realidad, sin embargo, tomó en cuenta que si está interacción no se da de forma eficiente, el niño podría presentar esquizofrenia.

El rol materno en Mahler, en Bateson y en Winnicott parece ser diferente, Bateson señala que puede ser por un marcado patrón de una comunicación inapropiada, a pesar de ello, está la coincidencia de que se trata de una interacción muy en especial de la madre con su hijo, Mahler y Winnicott concuerdan que el desarrollo normal del niño para concebir su propio yo viene desde los primeros días y meses de nacido.

Nos percatamos que Margaret Mahler, Winnicot y Anna Freud apoyaron que la madre tiende a estar fusionada con el hijo como si fuese una extensión de ellas, no le dan suficiente libertad al hijo para que poco a poco pueda separarse y formar su identidad y su principio de realidad.

El rol materno de la madre esquizofrenizante es de maltrato aunque no sea consciente del daño que hace a sus hijos, el simple hecho de esquizofrenizar es un acto de maltrato que a largo plazo desencadenará en enfermedad completamente manifestada en sus hijos. Y aunque hago una reseña breve de la madre esquizofrenizante se ha concordado en que todas ellas tienen

características particulares y comunes, no son conscientes porque no tienen un principio de realidad estructurado lo cual no ayuda a la integración yoica de su hijo, en la simbiosis ella al depositar partes internas de ella al hijo y el hijo a ella se fusionan no permitiendo conocer los límites entre yo-objeto. La madre se encuentra muy rechazante, inconsistente al relacionarse con su hijo.

A través del análisis crítico Mahler, Bateson, Winnicott y Freud coinciden en que la madre podría desencadenar la esquizofrenia en sus hijos ante un inadecuado manejo de la separación-individuación, ante un patrón dominante de comunicación confusa y ante un ineficaz vínculo y cuidado materno en la fase de sostén; aunque Freud también considera que una inadecuada interacción entre madre-hijo puede ocasionar neurosis o delincuencia y criminalidad.

Spitz, no menciona específicamente a la madre esquizofrenizante o una posible esquizofrenia en los hijos por una incorrecta o insuficiente relación entre la madre y el hijo. La integración normal entre desarrollo y maduración puede ser perturbada y constituye un yo fragmentado por la ausencia o la anormalidad de las relaciones de objeto. La personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica. Cuando existe una privación del objeto y no hay quien lo sustituya, en el primer año de vida, se convierte en un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales como la depresión anaclítica.

Bowlby como se mencionó en el análisis crítico, se argumenta que los trastornos psiquiátricos pueden atribuirse a desviaciones del desarrollo de apego o a un completo fracaso del mismo, por ejemplo en el autismo se demuestra la falta de apego, además no descarta los factores genéticos.

Aunque los autores no dicen específicamente madre esquizofrenizante, ni tampoco indican que se ha producido esquizofrenia en sus hijos, aún así existe cierta perturbación, además no se puede descartar el poder de la genética ante la enfermedad.

Por lo tanto, la madre no es la causa principal para que los hijos presenten la esquizofrenia, se ha demostrado que en un 80% se explica por factores genéticos. Pero si podemos pensar que la madre esquizofrenizante es esquizofrénica y que de inicio transmite los genes a sus hijos, peor aún si el padre también tiene antecedentes de esta enfermedad. Si además le agregamos la dinámica en donde la madre como principal cuidador es esquizofrenizante, podemos concluir que la madre esquizofrenizante es un disparador para que la esquizofrenia se manifieste, como ya se había comentado.

Por eso no estoy de acuerdo en que el concepto de la madre esquizofrenizante se deseche, porque sería desechar la enfermedad de la esquizofrenia, sería pasar por alto a las madres esquizofrénicas, así como excluir que existen familias con esquizofrenia, que pasan desapercibidas. Lo mejor sería enriquecer el concepto, a través de investigaciones de tipo experimental, para actualizarnos, para complementar las teorías o que surjan otras, no ver a la

madre esquizofrenizante como una causa de la esquizofrenia sino como un disparador.

La dinámica familiar en la esquizofrenia considero que hay que tomarla en cuenta puesto que la patología se da en racimo y aunque mi tesis trata en específico a la madre esquizofrenizante, no podemos descartar la patología en los demás miembros de la familia. Es interesante saber cómo los padres (varones) de esquizofrénicos tienen ciertas características en común y generalmente son extremas si no son muy sumisos son agresivos y esto se ha fundamentado por la observación de parejas que tienen hijos esquizofrénicos, por ejemplo el equipo de Bateson se percató de que la figura paterna o es ausente o es débil para no poder ayudar a la criatura y hacer frente a las contradicciones de la madre.

Una vez que la familia sabe que su hijo o hija padece esquizofrenia, pareciera que todo se vuelve un drama, todos se sienten mal emocionalmente y se comienzan a adoptar nuevas conductas, porque a partir del diagnóstico todo gira en torno al esquizofrénico. Una vez más, la madre es la principal cuidadora donde ella puede considerar que todo lo que ocurre es un castigo, y no entiende por qué y ahora tiene que sacrificarse. El paciente ahora se vuelve el chivo expiatorio de la familia y es entonces cuando se comienza a marcar quienes son los “sanos” y quien el enfermo. Recordemos que dentro de la Teoría del Doble vínculo se refiere a la comunicación entre dos o más personas y que una de esas personas es la “víctima”. A pesar de ello es muy claro cómo la familia influye en las recaídas de los brotes psicóticos de su hijo, porque cuando el hijo es internado en un hospital se recupera muy pronto y lo dan de alta, pero cuando regresan a su entorno familiar patológico a las pocas semanas vuelven a hospitalización. Por lo tanto se invita a la familia a formar parte de la terapia para evitar la recaída, sin embargo se resisten, porque ellos consideran estar bien mentalmente y esto es igual a una falta de consciencia de la enfermedad, lo cual es característico de la esquizofrenia.

Recordemos que la patología se da en racimo, todos los miembros de una familia esquizofrenizante están involucrados de cierta forma para que la patología se desencadene y permanezca.

Insisto, el tema de la madre esquizofrenizante requiere de más investigación de tipo experimental, porque como se vio en el análisis crítico se tratan de teorías de la década de los 50's aproximadamente. Es sorprendente que actualmente en algunas referencias del Internet indiquen que la madre esquizofrenizante o esquizofrenógena es un concepto no reconocido o anticuado, pues indican que dicha madre no existe.

BIBLIOGRAFÍA

Ackerman, N. (1988) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires: Horme: distribuido por Paidós.

Aguirre Tepole, M. (2005) Maltrato infantil y sensibilidad materna: promoviendo las prácticas paternas positivas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Anderson, C. (1986) Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu.

Barudy, J. (1998) El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona; México: Paidós.

Bellak, L. (1962) Esquizofrenia: Revisión del síndrome. Barcelona: Ed. Heder.

Belloch, A. Sandin, B. Ramos, F. (1995) Manual de psicopatología. Madrid; México: McGraw-Hill. Volumen I y II.

Berger Miles, M. (1993) Más allá del doble vínculo comunicación y sistemas familiares teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos. Barcelona: Paidós.

Benoit, J.C. (1985) El doble vínculo. México: Fondo de cultura económica.

Bernstein, I. (1976) Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós.

Bleger, J. (1989). Simbiosis y ambigüedad. Argentina: Paidós Biblioteca de psicología profunda.

Bowlby, J. (1993) La separación afectiva. Barcelona: Ediciones Paidós.

Bowlby, J. (1989) Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1986) Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.

Bowlby, J. (1972) Cuidado maternal y amor. México: Fondo de Cultura Económica.

Bringiotti, M. (1999) Maltrato infantil: factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Madrid: Miño y Dávila.

Cabañas Mendoza T. Fragoso Milla P. (2003) Análisis desde la perspectiva de género de las tesis realizadas sobre el rol de la maternidad en la Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cibanal, J. L. (2006) Introducción a la sistémica y terapia familiar. San Vincent Raspeig: Club Universitario.

Cortés Ahumada, A. (2003) Estudio comparativo sobre el ambiente social-familiar de familias con presencia y ausencia de maltrato infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cortés Vázquez, B. (2002) Evaluación de las actitudes de familiares de pacientes con esquizofrenia crónica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Delahanty, G. (2006) Frieda Fromm-Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia. Revista neurológica, neurocirugía y psiquiatría. 39(1), pp.12-23

Fernández Pérez, M. (1965) Investigación psicológica sobre la dinámica familiar de 5 esquizofrénicos. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Flores Gutiérrez, J. L. (1991) Relación entre los síntomas del paciente diagnosticado como esquizofrénico y la interacción con su grupo familiar desde el punto de vista de la teoría de la comunicación. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Freud, A. (1993) El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.

Freud, A. (1992) Introducción al psicoanálisis para educadores. México: Paidós.

Freud, A. (1984) Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño. Barcelona; México: Paidós.

Freud, A. (1984) Neurosis y sintomatología en la infancia. Barcelona; México: Paidós.

Freud, A. (1980) El psicoanálisis y la crianza del niño. Barcelona: Paidós.

Helmut, R. (2003) Esquizofrenia en niños y adolescentes. Barcelona:Ariel

Hernández Hernández, I. (2003) Elaboración de una escala dirigida a mamás para detectar maltrato: un estudio piloto. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Heuyer, G. (1977) La esquizofrenia. Barcelona: Planeta

Internet: Wikipedia (www.en.wikipedia.org/wiki/Margaret_Mahler)

Internet: Psychoanalytic Electronic Publishing (www.pep-web.org/document.php?id=PAQ.023.0619B) Haskell F. Norman. Inglaterra.

Jackson Don de Ávila. (1974) Etiología de la esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu.

Kaplan, H. Freedman, A. Sadock, B. (1992). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat.

Kuipers, E. (2004) Esquizofrenia: guía práctica de trabajo con las familias. Barcelona: Paidós Ibérica.

Lagomarsino, J. A. (1995). Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Acta psiquiátrica y psicología de América latina. 41 (2), pp. 141-147.

Mahler, M. (1967) Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: J. Mortiz.

Mahler, M. (1977) El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación. Buenos Aires: Marymar.

Mancilla Gómez, B. (2003) El psicótico y su familia. Facultad de Psicología. UNAM.

Obiols, J. (1989) Esquizofrenia. Barcelona: Martínez Roca, depósito legal.

Olvera Ortiz, G. (2004) Rasgos de personalidad en madres maltratadoras y no maltratadoras a través de cuatro escalas del MMPI-2. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Pichon Rivière, E. (1985) Teoría del vínculo. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Rice, P. (1998) Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital. México: Prentice Hall.

Rivera Garfías, L. (2005) La figura paterna en el paciente esquizofrénico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Spitz, R. (1996) El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Spitz R. (1985) Una teoría genética de campo sobre la formación del yo sus implicaciones en la patología. México: Fondo de cultura económica.

Sptiz R. (1978) No y si: sobre la génesis de la comunicación humana. Buenos Aires Argentina: Paidós.

Spitz, R. (1969) El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Tellez Haro, A. (1999) Cohesión y adaptabilidad en familias con un miembro esquizofrénico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Watzlawick, P. Beavin Bavelas, J. Jackson, D. D. (1991) Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Editorial Herder.

Wing, L. (1998) El autismo en niños y adultos: una guía para la familia. Barcelona: Paidós Ibérica.

Winnicott, D. (1993) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1998) Acerca de los niños. Buenos Aires; México: Paidós.