



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**“APROXIMACIÓN A LA ESQUIZOFRENIA A
PARTIR DE UNA CONCEPCIÓN SISTÉMICA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

VÍCTOR HUGO COLÍN SOTELO

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS**

**JURADO DE EXAMEN:
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ
MTRA. MARÍA LUISA HERRÁN IGLESIAS
LIC. MAGDALENA DÍAZ CASTRO
LIC. DAVID RAUNEL REYES DOMÍNGUEZ**

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Es un privilegio formar parte de esta comunidad universitaria y le agradezco todos aquellos aportes generados en mi formación académica, profesional y humana.

A todos mis profesores de la Licenciatura.

A mi tutor: Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés.

A mis supervisores y revisores de este proyecto.

Infinitamente les agradezco su dedicación y compromiso en la enseñanza. Me llevo de ustedes vastos conocimientos teóricos y prácticos, pero sobre todo su manera humana y sensible de ser, de convivir y de trabajar con la psicología.
¡Gracias por su ejemplo!

A todos los pacientes que formaron parte de mi aprendizaje como practicante y postulante a la Licenciatura.

Por compartir partes de sus vidas, sus malestares y sus sufrimientos, por confiar en el apoyo profesional que se les brindó y por todo lo que contribuyeron en mi aprendizaje.

A TODOS LOS AUSENTES QUE SIEMPRE ESTARÁN PRESENTES...

SAYURY Y KALED

Gracias a ustedes cumplo esta etapa y estoy firme para continuar con lo que sigue. Es tan grande lo que me enseñaron en tan corto tiempo, que sus recuerdos son mi guía y mi motor para seguir siempre adelante.

PAPÁ (MISTER)

Tus palabras y ejemplo estructuraron mi vida. Un grande me creíste y como un grande he vivido, más la grandeza de tu esencia me acompaña y fortifica para seguir siendo eso que de mí hiciste en vida.

A LOS QUE SIEMPRE HAN ESTADO ...

MAMÁ (CHULIS)

Con tu ejemplo de lucha y energía he podido lograr todo lo que me he propuesto, nada de esto lo hubiese logrado sino es porque has estado siempre aquí. Te agradezco infinitamente tu tiempo, tu esfuerzo, tu alegría, tu llanto, tus consejos tan sabios, pero sobre todo agradezco tu amor, tu paciencia y tu ciega confianza en mí.
Esto es por y para ti Chulis.

Isra.

Tu apoyo incondicional, tu influencia sobre mí, tu carisma y tu sencillez fluyen en mí como ejemplo, pero más aun como una invitación a ser así para los demás. ¡Gracias por tanto hermano!

Aly

Gracias por tus palabras tan profundas por guiarme siempre hacia la vida culta, por incidir en mis decisiones responsables, por todo tu apoyo y cariño. Llegue hasta aquí por querer ser como tú.

Neneé

Hermana, no tengo palabras para describir toda la admiración que tengo por ti, eres tan fuerte, tan inteligente, tan hábil, tan amorosa, tan firme. Eres un pilar en mi vida y te debo tanto que con nada podría pagarte. Sin embargo, recibe mis humildes agradecimientos por estar siempre aquí conmigo y no soltarme nunca. Logré llegar aquí por tu valiosa ayuda.

Job

Eres como mi sombra: ¡siempre juntos! Formas parte fundamental de este logro, gracias por todo tu apoyo y acciones que me permitieron llegar hasta aquí. Te admiro mucho y sé que ambos vamos por más.

A mis grandes amigos por su apoyo, retroalimentación y compañerismo

Roberto, Lucía, Jessica, Vangely, Montse, Augusto. Larga vida al ***“H. Club de los Solterones Cultos”***

INDICE

<u>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</u>	1
<u>CAPÍTULO I. ESQUIZOFRENIA</u>	4
I.1 Caracterización	4
I.2 Epidemiología	4
I.3 Desarrollo histórico del concepto de esquizofrenia	6
I.4. Aproximaciones teóricas y sus propuestas de tratamiento a la esquizofrenia	12
<u>CAPÍTULO II. SISTEMAS, CIBERNÉTICA Y COMUNICACIÓN</u>	37
II.1 Teoría General de los Sistemas	37
II.1.1. Definición y clases de Sistemas	37
II.1.2. Sistemas Abiertos y sus propiedades	39
II.1.3. La Familia como Sistema Abierto	40
II.2. Cibernética	41
II.2.1 Orígenes y desarrollo de la Teoría Cibernética	41
II.2.2. Cibernética de Primer Orden o Primera Cibernética	43
II.2.3. Primera cibernética y familia	44
II.2.4. Cibernética de Segundo Orden o Segunda Cibernética	45
II.2.5. Segunda Cibernética y Familia	45
II.3. Teoría de la Comunicación Humana	46
II.3.1 Introducción a la Comunicación Humana	46
II.3.2. Axiomas de la Comunicación	48
II.3.3. Metacomunicación	51
II.3.4. Circularidad en las pautas de Comunicación	51
II.3.5. Comunicación Familiar	52
<u>CAPÍTULO III. FAMILIAS Y ESQUIZOFRENIA</u>	55
III.1 Familia	56
III.2. Familia como Sistema en una Sociedad	58

III.3. Familias consideradas “funcionales”	60
III.4. Familias consideradas “disfuncionales”	62
III.5. Interacción diádica y tríadica	64
III.6. Entendiendo a la Esquizofrenia a partir de alteraciones en el Sistema Familiar	65
III.6.1. Teoría del Doble Vínculo y su Aproximación a entender la esquizofrenia	68
III.6.2. Esquizofrenia en la Homeostasis familiar y el mantenimiento de la condición esquizofrénica	75
III.6.3. Visión Sistémica Familiar de la Esquizofrenia	78
1.- Escuela de Palo Alto	78
2.- Escuela de Milán	83
3.- Escuela de Roma	86
4. - Escuela de Heidelberg	90
5.- Murray Bowen	94
<u>CAPÍTULO IV. APLICACIONES DE LA TERAPIA SISTÉMICA A LA ESQUIZOFRENIA</u>	99
IV.1. Introducción a la Terapia Familiar Sistémica	99
IV.2. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica	101
IV.2.1. Rol del Terapeuta	105
IV.3. Terapia familiar sistémica en el abordaje de la esquizofrenia	107
IV.3.1. Terapia familiar estratégica	107
IV.3.2. Enfoque Interaccional	109
IV.3.3. Abordaje de la Escuela de Milán	111
IV.3.4. Terapia Relacional	114
IV.3.5. Enfoque Psicoeducativo	117
<u>V. CONCLUSIONES</u>	119
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	122

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo, revisar desde la visión sistémica el origen, desarrollo y tratamiento de lo que conocemos como “*esquizofrenia*”. La esquizofrenia como expresión humana refiere una mentalidad perturbada, alterada, insana; de la cual resulta, un comportamiento inadecuado, inestabilidad emocional, limitación y deficiencia en desarrollar las habilidades que socialmente son aceptables, además de generar una calidad de vida inestable en quien presenta dicha manifestación.

Son múltiples las disciplinas que han abordado a la “esquizofrenia”, mismas que han sugerido causas que la producen (etiología), manifestaciones y características (síntomas) que la diferencian de otras alteraciones mentales y por supuesto tratamientos con los cuales se han paliado y/o erradicado los malestares que produce.

Una postura que se aproxima a entender a la esquizofrenia es la **concepción sistémica**, la cual, a partir de las interacciones socio-familiares y la comunicación humana, se aleja de considerar a la esquizofrenia como un mal sintomático individual o como un mal funcionamiento cerebral debido a causas biológicas y/o fisiológicas, tampoco intenta comprenderla a través de acontecimientos reprimidos de la vida pasada del individuo. Por el contrario, trata de acercarse a ella comprendiéndola como una manifestación ordenada y coherente del comportamiento humano, el cual, tiene sentido tanto en algunas familias, como en otros marcos sociales en donde aparece dependiendo de la interacción, comunicación y retroalimentación que se produzca entre ellos.

Por este motivo, el presente trabajo se desglosa en cuatro capítulos, dentro de los cuales, en una primera instancia hago una descripción general de lo que es la “*esquizofrenia*”: cómo ha sido concebida por diferentes enfoques y cómo es concebida actualmente. Seguido, hablaré de cómo el comportamiento humano en sus diferentes expresiones puede ser entendido a partir de la *comunicación* y la *cibernética*, además de la antropología y la *teoría general de los sistemas*. Más adelante, serán vinculados estos dos capítulos hacia un entendimiento de la *esquizofrenia*. Posteriormente describiré un panorama general las diferentes *intervenciones sistémicas* en el manejo de la esquizofrenia. Por último, a manera de conclusión se mencionarán los avances logrados en el estudio y abordaje a la esquizofrenia a partir de la sistémica – familiar; evidenciando tanto las ventajas como las desventajas de esta aproximación; igualmente se presentarán dudas y temas a desarrollar en subsecuentes investigaciones.

El hombre a lo largo de la historia, se ha desarrollado con determinadas maneras de pensar, sentir y comportarse, ha permanecido en el mundo diversificando sus potenciales, creando culturas, organizándose socialmente, desarrollando sistemas de conocimiento y autoconocimiento. Sin embargo, ante este crecimiento se ha visto envuelto en un sinfín de disyuntivas, dudas y conflictos epistemológicos.

En un afán característicamente humano de querer saber y controlarlo todo, ha creado técnicas, sistematizaciones, métodos, ciencias, artes y religiones; basadas la mayoría de ellas en la dicotomía: cierto-falso, bueno-malo, normal-anormal, dios-demonio, sano-enfermo, etc. Así mismo, en el desarrollo de esta soberbia ha intentado entender y controlar

los acontecimientos que se presentan tanto fuera como dentro de sí mismo, lo ha hecho tanto por medio de aseveraciones mágicas y místico-religiosas, más adelante lo explicaría por medio de la razón, excluyendo y negando así, todo lo que estaba lejos de ser explicado por esa “cualidad” humana. De esta forma, la razón le dio vida a lo llamado científico, disciplina que se ha apoyado en los preceptos de esta razón, promoviendo sus conclusiones como “verdades” y proponiéndose como el resultado evolutivo del pensamiento humano. Sin embargo, a fines del siglo XVIII y durante el siglo XIX, tres situaciones humanas atrajeron la atención de los científicos como paradigmas de las limitaciones de ese racionalismo.

Tres situaciones problemáticas, en torno de las cuales, se construyeron otras tres disciplinas que establecieron los cimientos de las ciencias humanas. Así emergieron, resistiendo a la razón, *el niño, el salvaje y el loco*; quienes tienen un factor común que los caracteriza: la “sin razón” en sus relaciones con la realidad, además de un comportamiento incomprensible, un gasto superfluo, una desmesura. En la actualidad, los niños son considerados frecuentemente como “locos” o “salvajes”, a los locos se les suele tratar como “niños” o como “salvajes” y a los llamados salvajes como si fueran “niños” o “locos”. De esta forma, la locura, al oponerse a la razón como manifestación exaltada de la “sin razón”, constituyó un desafío para el racionalismo imperante en el campo de las ciencias durante el iluminismo y el positivismo. Por consiguiente, aquellas maneras de pensar (y por lo tanto de comportarse) que se encontraran ajenas a este avance racional eran vistas y nombradas como retrógradas, anormales... locas.

“*La locura*”, término de significado amplio e indeterminado cuya definición se origina como oposición a la cordura. Constituyen su universo los actos humanos que no entran en razones, es decir, aquello que cabe en lo insensato. Su etimología nos remite a una inflamación, una inflamación en las manifestaciones de un sujeto: a una pasión exacerbada, a un despliegue exagerado, a la pérdida del juicio. La extensión del término ha ido variando según las épocas, lo mismo ha ocurrido con las reacciones ante la locura, como en la manera de abordarla y explicarla. De esta forma, la locura comenzó a ser analizada y clasificada, así nace el término “psicosis” uno de sus nombres científicos, ante esa necesidad propia de nuestra especie de categorizar y clasificar las cosas se lograron identificar distintas manifestaciones “psicóticas”, tales como, la psicosis maniaco-depresiva o la esquizofrenia, ambas diferenciadas en su origen, desarrollo y tratamiento.

Es evidente que el prejuicio racionalista no ha quedado sepultado en el pasado, sino que retorna como un obstáculo que en forma insistente se introduce en el pensamiento y en la praxis de la psicopatología actual. Entonces, ¿cómo entender estas anormalidades, locuras o esquizofrenias?, ¿a partir de qué condiciones?, ¿bajo qué criterios?, ¿cómo se originan?, ¿cómo se definen?, ¿cuáles son sus características?

A raíz de estos cuestionamientos surge la necesidad de desarrollar una investigación que explique el origen, desarrollo y abordaje de los pensamientos y comportamientos llamados “anormales”, “sin sentido”, “locos” o “esquizofrénicos”, desde una perspectiva amplia e integral que no reduzca al individuo llamado “esquizofrénico” a su condición biológica, o a sus aprendizajes deformados que lo llevan a pensar y actuar de manera inapropiada, tampoco como a entenderlo como un mero resultado de sus procesos

intrapésquicos; se trata de indagar de una manera sistémica y holística su interacción y comunicación con su medio sociofamiliar y cómo éste medio favorece tanto al origen y desarrollo de la alteración esquizofrénica, así como a los posibles abordajes terapéuticos de la misma.

Todo esto a partir de un marco conceptual sistémico-interaccional y comunicacional, el cual dará cuenta del impacto de las transacciones familiares y la comunicación intrafamiliar en la génesis y desarrollo de esta condición humana. A partir de esta epistemología, se le considera a la condición esquizofrénica como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas del grupo natural en el que se encuentra inmerso. Así mismo, este enfoque permite superar los dualismos cartesianos llevándonos a una reflexión acerca de que en un circuito sistémico cada elemento está inserto e interaccionando en su totalidad, por lo tanto las dicotomías orgánico-psíquicas o biológico-sociales pierden su significado.

Esto quiere decir, que a partir de esta perspectiva, las características del individuo se consideran moldeadas por sus relaciones interpersonales, principalmente en el entorno familiar, razón por la cual, la comunicación e interacción entre los miembros de la misma pasan a ser el objeto primordial de este estudio.

Como es sabido la familia es la institución más poderosa que tiene influencia en la vida y en el desarrollo de cualquier individuo al ser el primer contacto social, se dice: “es la estructura social primaria de cuyos logros depende el desarrollo o estancamiento de los pueblos. Y aún más, de su integración y funcionalidad depende la conducta futura de sus integrantes, conducta que reflejará el grado de operación o disfunción de sus miembros” (Otto Klinenberg, 1965).

Por lo tanto, de la manera en la que se estructura y comunica una familia y en cómo se presenten las relaciones y transacciones entre los miembros puede existir mayor o menor predisposición a generar alteraciones en la interpretación y/o emisión de mensajes y actitudes, propiciando así comportamientos propios de las psicosis esquizofrénicas: “...condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia” (Liem, 1980).

Concluyendo, el presente proyecto no intenta aseverar a manera de “certeza” lo que es la esquizofrenia, tampoco reafirmará las definiciones ya conocidas dentro de la literatura psicológica. Por el contrario, tratará de acercarse a comprender la esquizofrenia como un fenómeno holístico, globalista en donde la familia-sistema (en estructura y dinámica) toman un papel determinante, en el origen, desarrollo y tratamiento de dicha condición. Así mismo, se pretende promover dudas, debate y reflexión acerca de este tema, del cual decimos conocer mucho pero realmente sabemos muy poco.

CAPÍTULO I

ESQUIZOFRENIA

I.1 Caracterización.

El término *ESQUIZOFRENIA* proviene del griego *schizo*: división y *phrenos*: mente, el cual fue propuesto y utilizado por Eugen Bleuler en 1911 cuando publica su capítulo: “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*” en el *Handbuch der Psychiatrie*, obra colectiva dirigida por Gustav Aschaffenburg (citado en Ortega y colaboradores., 2001).

Actualmente se conceptualiza la *esquizofrenia* como una enfermedad mental crónica, grave e incapacitante, perteneciente al grupo de las psicosis, caracterizada por la pérdida de contacto con la realidad o de juicio de realidad, distorsión de los pensamientos y sentimientos generando así, una desorganización global de la personalidad. Esta afectación mental ocasiona deterioro en las relaciones sociales, familiares y laborales de quien la padece (citado en Ortega y colaboradores., 2001).

Generalmente suele desarrollarse mediante un conjunto de características llamadas síntomas, y a estos, se les suele dividir en síntomas positivos: alucinaciones, delirios, desorganización, y en síntomas negativos: aplanamiento afectivo, apatía (abulia), falta de interés y placer por las cosas (anhedonia) y pobreza cognitiva.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, de ilusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de consciencia clara y capacidad intelectual conservada” (citado en Ortega y colaboradores. 2001).

Al considerar la génesis, manifestación sintomática, curso y desarrollo de esta alteración, muchos investigadores han considerado nombrar y subclasificar cinco diferentes tipos de esquizofrenia: paranoide, hebefrénica o desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual, mismas que serán explicadas y desarrolladas más adelante.

I.2. Epidemiología

Actualmente la esquizofrenia es considerada como la manifestación predominante dentro del rubro de las psicosis graves, su verdadera incidencia ha sido difícil de establecer, principalmente por la falta de métodos diagnósticos claros y objetivos, que permitan un proceso de identificación de casos válido. Sin embargo, diferentes investigadores han

propuesto ciertos índices de prevalencia y recurrencia de la esquizofrenia de acuerdo a edad, sexo, condición, marco geográfico, etc.

De acuerdo a Kaplan y Sadock's (Kaplan, 1998), epidemiológicamente refieren de *la esquizofrenia* lo siguiente:

Su prevalencia es la misma tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, ambos sexos difieren tanto en el inicio como en el curso de la misma. Es más frecuente la aparición de un cuadro psicótico esquizofrénico en los hombres a una edad aproximada entre los 15 y 25 años. Por el contrario, en las mujeres la edad de inicio del cuadro esquizofrénico varía entre los 25 y 35 años. Diferentes estudios han indicado que es más probable que los hombres presenten deterioro debido a los síntomas conocidos como negativos (aplanamiento afectivo, confusión, grave falta de motivación) que las mujeres, y que en las mujeres es más probable que se presente un mejor funcionamiento social, por lo que se considera una evolución más favorable de la esquizofrenia a diferencia de los varones (citado en Kaplan. 1998).

El inicio de *la esquizofrenia* antes de los 10 y después de los 50 años se considera muy poco frecuente. Ya que, cerca del 90 % de las personas tratadas por esquizofrenia a nivel mundial, se encuentran entre los 15 y los 55 años de edad (citado en Kaplan, 1998).

Por otro lado, *la esquizofrenia* ha sido descrita por diferentes culturas y grupos socioeconómicos. Muchos teóricos han propuesto que estas culturas pueden ser más o menos esquizofrenógenas, dependiendo de cómo se perciba la enfermedad mental entre ellas, además de considerar en el grupo cultural la naturaleza del papel del individuo o individuos, el sistema de apoyo social y familiar, junto con la complejidad en la comunicación social (citado en Ortega y colaboradores., 2001). Por ejemplo, en los países industrializados se ha encontrado un mayor número de personas dentro del nivel socioeconómico bajo con características reconocidas como esquizofrénicas, por lo que algunos teóricos han indicado que además del estrés de la industrialización como posible causa de esta alteración, el estrés de la inmigración puede llevar a estados anímicos y comportamentales del tipo de la esquizofrenia. De ambas hipótesis se desprende la idea de que la prevalencia de la esquizofrenia aumenta entre las poblaciones del tercer mundo a medida que se incrementa el contacto con las culturas tecnológicamente más avanzadas. Por el contrario, se ha mencionado que la esquizofrenia tiene un mejor pronóstico en los países en vías de desarrollo, donde las personas con esquizofrenia son reintegradas a su comunidad y familia, que en las sociedades occidentales altamente desarrolladas (citado en Kaplan, 1998).

Mischler y Scotch (citado en Kolb, 1983), después de diversos estudios, concluyeron que en cualquier momento dado, el 0.3 % de la población general está padeciendo esquizofrenia, el 0.15% de la población general son candidatos probables a

desarrollarla, y el 0.02 % ingresa a hospitales por primera vez con el diagnóstico de esquizofrenia. Kolb (1983), señala que de acuerdo a diversas investigaciones epidemiológicas, se ha calculado que el *riesgo mórbido* (riesgo total de mostrar de manera manifiesta la alteración esquizofrénica, en individuos que fluctúan entre los 15 y los 45 años de edad) para que alguien desarrolle esquizofrenia es del 1%.

I.3. Desarrollo Histórico del Concepto de Esquizofrenia

“El hecho de considerar a la esquizofrenia como enfermedad, sugiere su analogía con otras enfermedades y *se cree por lo tanto*, que requiere de una explicación fisiológica...”
(Jackson, 1960)

En el esfuerzo por definir a la esquizofrenia, se hace necesario recurrir a los orígenes de éste padecimiento, a diferentes aproximaciones teóricas que abordan de distinta manera este cuadro psicopatológico y al sujeto identificado como esquizofrénico.

Actualmente se ubica a la esquizofrenia como una disfunción integral que afecta principalmente en los procesos del pensamiento y en la vinculación, relación e integración de éstos a una realidad común, originando como consecuencia una seria afectación en las áreas de desarrollo y desenvolvimiento tanto de la persona quien la presenta como en el grupo social en donde interactúa. Por lo tanto, al ser considerada de esta forma, la esquizofrenia se ha ubicado dentro del imaginario colectivo como una enfermedad mental, sin embargo, resulta pertinente reconsiderar esta determinación tomando en cuenta que las manifestaciones llamadas esquizofrénicas desde la perspectiva sistémica no podrían ser llamadas enfermas ni mentales.

Si se toma en cuenta la historia de la humanidad en su conjunto, el concepto de enfermedad mental resulta ser muy reciente (Foucault, 1984). En la antigüedad se pensó en términos de maldición divina, ya en el año de 1400 a.c., en el Agur-Veda de la antigua India se describe una condición que podría corresponder a lo que hoy conocemos como esquizofrenia, y para la cual se recomendaba la “meditación” y “técnicas de encantamiento” (Ayuso, 1992). Más adelante durante el siglo V a.c. Hipócrates asoció diferentes condiciones mentales con desequilibrios a los que llamó “humores”, diferenciándolos de acuerdo a la expresión en la que se presentaba cada uno de ellos, de esta forma, consideró cuatro diferentes humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, originando “locura excitada”, “locura tranquila”, “melancolía”, o “histeria” respectivamente, algunos de sus tratamientos correspondían a la inducción del sueño, interpretación de los sueños y diálogos con el paciente, entre otros. (Ayuso, 1992).

Durante la edad media y bajo la influencia de la iglesia católica se pensó en las enfermedades mentales como manifestaciones de poderes mágicos o espíritus de significación diabólica. En 1592 aparece en España el libro “Malleus Malleficarum” (Martillo de las brujas) el cual asignaba ciertas características comportamentales y de personalidad a posesiones demoníacas y herejía, siendo utilizados como métodos para su “curación” rezos, plegarias y torturas de acuerdo con las indicaciones establecidas en dicho libro. (Szasz, 1974)

En 1860 Morel acuña el término *Dementia Praecox* para determinar algunos tipos de locura (citado en Jackson, 1960), en 1871 Hecker retoma el término *hebefrenia*, (etimológicamente: locura juvenil, que evocaba a Hebe, deidad protectora de la juventud) (Ortega y colaboradores., 2000) propuesto años atrás por Kahlbaum, para referir los riesgos característicos de este padecimiento mental, tales como su inicio temprano (generalmente durante la pubertad), la variabilidad en su manifestación (melancolía, manía y confusión), así como la rápida evolución del padecimiento, la cual culmina en el debilitamiento psíquico y en el deterioro global del individuo que la padece (citado en Kolb, 1983). Un poco más adelante en 1874, Kahlbaum hizo una descripción acerca de lo que es la *catatonia* o *locura de tensión* refiriéndose a ella como un estado en el cual, el sujeto que la padece, permanece calladamente o mudo por completo, inmóvil sin que nada haga cambiar su posición, además del aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto con los ojos fijos en un punto, distante y sin reacción ante los estímulos sensoriales. (Kolb, 1983).

Durante el año de 1896, Emil Kraepelin propone que podría haber un factor común ante la *hebefrenia* que sugería Hecker, la *catatonia* predicha por Kahlbaum y otras manifestaciones psicóticas paranoides, por lo que, define como *Demencia Precoz* a todas estas manifestaciones clínicas (Kolb, 1983). En 1906 Adolf Meyer propone que la Demencia Precoz no era solo una entidad patológica, sino una reacción que se desarrolla en algunas personas como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse (Kolb, 1983). Más adelante en 1911 Eugen Bleuler, publica su artículo “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*”, en donde propone el término “*Schizophrenia*” (división de la mente), con el objetivo de suplantarlo el término de *Demencia Precoz*, ya que según él, este padecimiento no era una demencia (mente disminuida), sino más bien, la consideraba como un estado disarmónico de la mente, en el cual coexistían al mismo tiempo las tendencias, los pensamientos y las potencialidades más contradictorias, dando como resultado una división en la armonía de la personalidad. En 1933, Kasanin introduce el término *esquizoafectivo*, para designar a un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal del pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes, tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión. (Kolb, 1983).

La teoría vigente del siglo pasado fue la degeneración: lo natural dentro del individuo; poco a poco, el énfasis hacia las enfermedades mentales se fue desplazando hacia lo histórico y lo cultural, se propone el término alienación social, entendiendo como

tal, al mundo definido por reglas, por lo tanto con atributos de relatividad y particularidad. (Foucault, 1984).

Bajo lo que pareciera ser una necesidad imperiosa de categorizar y clasificar la conducta humana en todas y cada una de sus manifestaciones, la psiquiatría y su manera biofísica de entender la esquizofrenia, ha propuesto diferentes categorías y subdivisiones de las llamadas manifestaciones psicóticas de tipo esquizofrénico, bajo el argumento de reconocer y diferenciar cada una de ellas para así proponer un tratamiento, a su manera de ver más eficaz y efectivo. Es así como en 1952, surge la primera edición del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, un manual editado gracias a la colaboración de diversos especialistas (en su mayoría psiquiatras) en el ramo de la salud mental. Thomas Szasz en su libro “La Fabricación de la Locura” (1970) hace una analogía entre este manual de diagnóstico con el llamado “Malleus Malleficarum” o “Martillo de las Brujas”, publicado en 1512 por la inquisición española, el cual contenía diversas condiciones y/o características que permitían identificar a individuos con supuestas prácticas de brujería o posesiones demoníacas.

En el DSM se clasifica a *la Esquizofrenia* como “*reacciones esquizofrénicas*” y se incluyen sus diferentes tipos y subclasificaciones: esquizofrenia simple, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia aguda indiferenciada, esquizofrenia crónica indiferenciada, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia infantil y esquizofrenia residual. Actualmente en la cuarta edición del DSM versión revisada (DSM-IV-TR), se han reconocido los siguientes subtipos de esquizofrenia los cuales son mencionados a continuación con la finalidad de comprender la perspectiva psiquiátrica actual hacia *la esquizofrenia*:

- *Tipo paranoide*: La cual tiene como característica principal la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en donde la mayoría de las veces, se conserva de una manera relativa la capacidad cognoscitiva y afectiva. Generalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, por lo mismo, sus alucinaciones están relacionadas con el contenido de la temática delirante. De igual forma, se suelen asociar síntomas como ansiedad, ira, retraimiento y oposicionismo. El inicio de esta manifestación esquizofrénica suele ser más tardío con respecto a otros subtipos de esquizofrenia. Algunos datos sugieren que el pronóstico para este tipo de esquizofrenia puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.
- *Tipo desorganizado*: Las características principales de este tipo de esquizofrenia son el lenguaje y el comportamiento desorganizados, la afectividad aplanada o inapropiada. Pueden existir ideas delirantes y alucinaciones, sin embargo, a diferencia del tipo paranoide, estas ideas y alucinaciones son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Se suelen presentar otro tipo de características como: muecas,

manierismos, y otras rarezas de comportamiento. En algunas ocasiones este tipo de esquizofrenia está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Comúnmente a este tipo de esquizofrenia se le conoce como *Hebefrénica*.

- *Tipo catatónico*: Este tipo de esquizofrenia suele manifestarse por una marcada alteración a nivel psicomotor, la cual puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia (repetición sin sentido de una palabra o frase que acaba de decir otra persona) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona). La manifestación de inmovilidad se presenta generalmente como catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. La actividad motora excesiva carece de propósitos lógicos, además de no encontrarse influenciada por estímulos externos.
- *Tipo indiferenciado*: Se pueden presentar algunos de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado y/o aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Sin embargo, la presencia, aparición y recurrencia de éstos no coincide con los criterios específicos para ser ubicado dentro de los subtipos anteriormente descritos.
- *Tipo residual*: Este tipo de esquizofrenia suele diagnosticarse en aquellas personas que han tenido algún brote psicótico de tipo esquizofrénico. Pero en el cuadro clínico actual no son encontrados síntomas psicóticos agudos como ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento y lenguaje desorganizados. Cuando éstos se presentan no son muy intensos o graves y no suelen acompañarse de cargas afectivas fuertes. Pueden existir síntomas manifiestos de afectividad aplanada, pobreza de lenguaje o abulia, comportamiento excéntrico o creencias raras. El curso de este tipo de esquizofrenia puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio psicótico agudo y la remisión completa. Sin embargo, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

En la actualidad se han llegado a considerar inadecuados los conceptos de Kraepelin, Meyer y Bleuler (Kolb, 1983), dando origen a diferentes hipótesis, las cuales intentan aproximarse a la esquizofrenia a partir de factores genéticos, bioquímicos, neurofisiológicos, psicodinámicos y psicosociales, aproximaciones que se explicarán más adelante.

De entre otros acercamientos que han aportado explicaciones alternativas a la psicopatología clásica de Kraepelin y Bleuler con respecto a la esquizofrenia, encontramos el modelo sistémico, tema central de esta investigación.

Ésta nueva epistemología sistémica aparece en Palo Alto, Estados Unidos, durante la década de 1950 con las investigaciones del antropólogo Gregory Bateson y su equipo,

formado principalmente por Don Jackson, Paul Watzlawick, Jay Haley, Janet Beavin y John Weakland. Bateson es el primero en ubicar la cibernética en el ámbito psicosocial, centrando su interés en el estudio de la comunicación humana, como un fenómeno central en las interacciones de sistemas familiares con algún miembro esquizofrénico.

Desde sus orígenes, la teoría sistémica pone un mayor interés en el estudio de las manifestaciones observables de las relaciones, centrando su atención en la interdependencia entre el sujeto y su medio, en donde se hace indispensable el concepto de intercambio de información o, en otros términos, *comunicación*. A la base de dicha lógica está la idea de que al ser imposible observar el funcionamiento de la mente, se estudia la comunicación como función del aparato dentro del sistema más amplio del que forma parte, sin negarse por ello la existencia de significados intrapsíquicos. De esta forma, la teoría sistémica busca una configuración en el *aquí y ahora*, más que de significados simbólicos, causas pasadas o motivacionales. Se reconoce que la conducta está determinada, en parte, por causas del pasado, pero se considera que la búsqueda de éstas no es fidedigna. Por lo tanto, define a la esquizofrenia, desde su permanencia en un aquí y ahora dentro del sistema en el que se manifiesta.

Algunos de estos desarrollos teóricos, que permiten comprender a la esquizofrenia desde las perspectivas de dinámica familiar y la comunicación son:

- La Teoría del Doble Vínculo en Palo Alto California en el año de 1956, desarrollada por Bateson y sus colaboradores. Dicha teoría hace alusión a la existencia de secuencias insolubles de experiencias, que atentan contra la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre los tipos lógicos, tratándose de una situación en la que una persona, haga lo que haga, no puede ganar, quedando atrapada, y pudiendo finalmente desarrollar síntomas esquizofrénicos.
- La Escuela de Milán, la cual se desarrolla en la década de 1970 a través de las investigaciones del equipo liderado por Mara Selvini Palazzoli, siendo integrado además por Luigi Boscolo, G. Cecchin y G. Prata. Dichos investigadores basados en la teoría del Doble Vínculo de Bateson, afirman que existen familias con “transacción esquizofrénica”, las cuales se caracterizaban por un conflicto en la pareja que les llevaba a una "escalada simétrica" negada, con mutuas desconfirmaciones y sin poder definir su relación. El individuo identificado como esquizofrénico participaría en ese conflicto en el que frecuentemente estaría involucrada la familia extensa, por lo tanto, la esquizofrenia sería el producto de ese juego relacional en el que "los participantes, comunican continuamente a los demás la demanda paradójica de cambiar una relación que no ha sido definida" (Selvini, 1988) y en el que el propio individuo identificado como esquizofrénico se implica.
- La Escuela de Roma, por su parte, nace en la década de 1970 fundada por un grupo de terapeutas encabezado por Maurizio Andolfi y constituido por autores como Carmine Saccu, Anna Maria Nicoló y Paolo Menghi, la Escuela de Roma postula que en la esquizofrenia o, de modo más amplio, en la enfermedad mental, el

verdadero malestar no consiste en la perturbación manifestada por una persona o por todo un grupo (que traduce frecuentemente necesidad de autonomía, llamado de atención, deseo de rebelión, estado de dependencia, etc.), radicando más bien en los significados que expresa la perturbación misma. Cualquier sintomatología asume diversos significados según el modo de enfrentárselo; si se la ve como una perturbación mental intrínseca al sujeto adquiere otra significación que si se considera también su sentido relacional y las implicaciones propias del contexto social en que cobró vida ese comportamiento. En este sentido, se plantea que la significación que se le da tradicionalmente a la enfermedad psiquiátrica, la sitúa a ésta como un modo de etiquetamiento, marginación y opresión.

- Como otra vertiente de la teoría sistémica en Europa aparece la Escuela de Heidelberg, encabezada por Helm Stierlin y constituida además, por Fritz Simon, Gunthard Weber, Ingeborg Rücker-Emden-Jonasch, Norbert Wetzel y Michael Wirsching. Pese a mostrar gran influencia del enfoque psicoanalítico, siguiendo planteamientos de autores como Boszormenyi-Nagy, en el desarrollo teórico de esta escuela aparece un desplazamiento hacia los postulados sistémicos, adhiriéndose a fundamentos tales como la cibernética y la idea de que cada integrante de la familia influye en los demás y es influido a su vez por ellos. En este sentido, se postula la *facticidad de las relaciones familiares*, muy remarcada en las transacciones esquizofrenizantes.
- Por otro lado, Murray Bowen da cuenta de una evolución desde el enfoque psicoanalítico a un modo sistémico de entender los fenómenos familiares. Este autor propone prescindir del lenguaje médico tradicional, describiendo lo que el paciente hace en términos conductuales y no sintomáticos, a la vez que evita formular diagnósticos o usar términos como *enfermo* o *paciente*, designando a quien manifiesta la esquizofrenia como *triádico*, en lugar de psicótico, paciente o esquizofrénico. Junto a esto, el autor sugiere la necesidad de conceptualizar todo el modo de funcionamiento de la humanidad en un mismo *continuum*, cuestionando una idea absoluta de ‘normalidad’.
- Por último, se estima pertinente hacer notar que los desarrollos fundamentales de las vertientes mencionadas aparecen en la década de 1970 y 1980, evidenciándose una ausencia de propuestas más actuales respecto al rol de la familia en la etiología de la esquizofrenia. Dentro de la teoría sistémica, la aproximación más actual al tema de la esquizofrenia y sus vínculos con la familia es el Enfoque Psicoeducativo. Sin embargo, esta perspectiva orienta su desarrollo a ámbitos distintos que el del problema abordado por esta investigación, partiendo de la premisa de que la familia no tendría rol alguno en la etiología de la esquizofrenia. Este enfoque considera a la esquizofrenia como una patología biológica del cerebro que puede ocurrir incluso en familias que funcionan perfectamente bien (Biederman & Salinas, 2003). Es por ello que, en lugar de estudiarse a la familia con un rol en la etiología de la enfermedad, se la considera en la evolución de ésta, proponiéndosele un rol activo en el proceso terapéutico.

En síntesis, desde el enfoque sistémico y por su epistemología circular basada en la información, la cual predomina sobre la epistemología lineal fundada en el principio de causalidad, ha llevado a considerar los procesos esquizofrénicos no ya en términos individuales sino más bien en términos de adaptación dinámica y progresiva de un sistema entero.

Desde sus inicios hasta la actualidad, el acercamiento a entender la esquizofrenia desde el modelo sistémico, ha llevado a distinguir diferentes vertientes, que se han centrado en el problema de las dinámicas familiares asociadas a la esquizofrenia. Las cuales serán abordadas con mayor amplitud en el capítulo tres de esta investigación.

Luego de haber revisado algunos antecedentes del desarrollo histórico del concepto de esquizofrenia se procederá a explorar la manera como diferentes aproximaciones teóricas entienden y abordan la esquizofrenia.

I.4. Aproximaciones teóricas y sus propuestas de tratamiento a la esquizofrenia

La génesis exacta de la esquizofrenia es desconocida. Diferentes aproximaciones teóricas desde sus campos de acción han intentado describirla y abordarla desde diferentes factores, tales como los biológicos, genéticos, bioquímicos, psicológicos y familiares.

Por lo mismo, en la actualidad existe un amplio espectro de modelos de abordaje para la atención de la esquizofrenia, estos modelos, se podrían resumir en las siguientes áreas de tratamiento: Biológicos y Psicosociales (con técnicas cognitivo-conductuales, técnicas socioculturales centradas en la terapia ambiental y en la participación de la familia) (Halguin y colaboradores., 2001) siendo éstos últimos abordajes los que serán desarrollados con mayor amplitud más adelante.

Psicopatológico clásico (Biofísico)

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) la esquizofrenia incluye un grupo de desórdenes que se manifiestan por disturbios característicos del pensamiento, del estado de ánimo y del comportamiento. Los disturbios del pensamiento están marcados por la alteración de la formación de conceptos, lo que puede llevar a una inadecuada interpretación de la realidad y a manifestarlos por medio de delirios, ilusiones y alucinaciones que aparecen comúnmente como una protección psicológica.

Las manifestaciones emocionales generalmente se presentan de manera inapropiada, ambivalente y constricta. Así mismo, es característica la pérdida de empatía con otros afectando seriamente sus relaciones interpersonales. El comportamiento suele ser la mayoría de las veces inapropiado, desorganizado, impulsivo, repetitivo (ritualista), lento o muy acelerado.

Algunas de los acercamientos biofísicos a la esquizofrenia se dividen de la siguiente manera:

Biológico-Cerebral

Las explicaciones biológicas de la esquizofrenia, tienen su origen a partir de los escritos de Emil Kraepelin (1883) quien llamó previamente a este trastorno como Demencia Precoz, la cual era considerada como una enfermedad causada por la degeneración del tejido cerebral.

Más adelante en el siglo XIX diversos estudios científicos intentaban explicar la esquizofrenia a partir de malformaciones orgánico-cerebrales, pero los estudios eran muy crudos e imprecisos debido a que los pacientes solo podían estudiarse después de que morían. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se desarrollaron técnicas complejas para el estudio de la esquizofrenia como la Tomografía Computarizada (TC o TAC) y la Imagen de Resonancia Magnética (IRM), dichos estudios sugerían que el cerebro de las personas con esquizofrenia suelen tener ventrículos más grandes. Además del agrandamiento ventricular se detectaba atrofia cortical, es decir, había una disminución del tejido cerebral principalmente en los lóbulos frontal y temporal.

Teoría de la Dopamina.

Por otra parte, se explica también que los delirios, las alucinaciones y las deficiencias en la atención que se encuentran en la esquizofrenia pueden ser atribuidas a la actividad excesiva de las neuronas que se comunican entre sí por medio de la transmisión del neurotransmisor llamado “dopamina”. Actualmente se considera que las anomalías en un receptor específico de dopamina: el receptor D2, están involucrados en la esquizofrenia. (Abi-Dargham 2000).

Teoría Genética

Los patrones familiares de sujetos con esquizofrenia proporcionan evidencia convincente a favor de una explicación biológica. A mayor cercanía de un pariente con esquizofrenia, mayor posibilidad de concordancia. Diversos estudios mencionan que los gemelos idénticos tienen la mayor concordancia cercana al 90% y los parientes más distantes las tasas más bajas de concordancia (Franzek y Beckmann, 1998). Sin embargo, estos estudios tienen la limitación de que sus investigadores no han sido capaces de eliminar los efectos del ambiente familiar compartido, es decir, una tasa de alta concordancia puede atribuirse a la genética, o al hecho de que los miembros de la familia viven en el mismo hogar. En estudios de adopción los investigadores rastrean la incidencia de la esquizofrenia en individuos que son criados por padres no esquizofrénicos, pero cuyos padres biológicos si padecen el trastorno. En este caso, el hijo es separado de los padres en una etapa temprana, eliminando la influencia del ambiente familiar. Además se estudio a

familias con “crianza cruzada”, es decir, un niño cuyos padres biológicos no presentan el trastorno es adoptado por padres que sufren trastornos del espectro esquizofrénico. El hallazgo más importante que surgió de estos estudios fue que las tasas de esquizofrenia eran más altas en los parientes biológicos de los individuos adoptados que padecían el trastorno, que en los parientes de los individuos adoptados que no sufrían esta enfermedad (Paul Wender, Kety, Rosenthal y Schulsinger 1968. Citado en Ortega y colaboradores 2001). En contraste, los estilos de comunicación familiar perturbada en la crianza cruzada mostraron tener un efecto negativo en las personas sin riesgo biológico a la esquizofrenia (Pekka Tienari, 1991. Citado en Ortega y colaboradores 2001). A partir de estos hallazgos los investigadores concluyeron que el ambiente familiar era menos significativo que la predisposición biológica, en la vulnerabilidad individual para el desarrollo de la esquizofrenia. Sin embargo, los factores ambientales interactúan con la predisposición genética.

Por lo tanto, la existencia de dichas interacciones genes-ambiente sugiere que sean tomados en cuenta para la evaluación del riesgo de los individuos para padecer esquizofrenia y otro tipo de trastornos relacionados.

McGorry y colaboradores (2000) mencionan que la esquizofrenia y otras manifestaciones psicóticas se caracterizan, por lo general, por una fase *prodrómica* o prepsicótica, como inicio de la alteración, dicha fase, sugiere un cambio con respecto al funcionamiento global del individuo anterior a la manifestación de los síntomas psicóticos francos. Diferentes estudios han demostrado que este periodo puede durar de 2 a 5 años como promedio (Beiser y colaboradores, 1993, Häfner y colaboradores, 1993, Loebel y colaboradores., citado en McGorry y colaboradores., 2000). De acuerdo con Häfner y colaboradores., (1992) quienes desarrollaron una herramienta de evaluación sistemática para identificar el inicio de la psicosis esquizofrénica conocida como Instrumento para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia, IRAOS), esta fase comienza característicamente con disminución en la capacidad de concentración, reducción de la motivación y de la energía, ansiedad e irritabilidad, además de presentar generalmente estado de ánimo deprimido. La acumulación exponencial de estos síntomas generalmente culmina con la aparición final de un episodio psicótico agudo. (Citado en McGorry y colaboradores., 2000). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que algunos de estos *síntomas prodrómicos* también aparecen recurrentemente en la población en general sin que tengan que ser considerados como manifestaciones prepsicóticas, ya que, estas manifestaciones pueden solo formar parte de un proceso evolutivo normal.

A pesar de existir algunas diferencias y discrepancias en cuanto al reconocimiento unánime de las características particulares que se manifiestan en la esquizofrenia, se mencionan a continuación algunas de estas características comunes que permiten reconocer una manifestación esquizofrénica.

I. SÍNTOMAS FUNDAMENTALES, BÁSICOS O PRIMARIOS

A) *Funciones simples*

1) *Desorden en la asociación de ideas*

- a) Disgregación del curso del pensamiento (desvariado, absurdo, incomprensible).
- b) Interceptación o “bloqueo” del pensamiento.
- c) Perseveración.
- d) Estereotipias (verbales).
- e) Condensación del pensamiento. Neologismos.
- f) Pensamiento “dirigido” o “impuesto”.
- g) “Robo” del pensamiento.
- h) Rigidez del pensamiento.
- i) Ambivalencia ideativa.

2) *Desorden de la afectividad*

- a) Indiferencia afectiva o “embotamiento” afectivo.
- b) Irritabilidad exagerada.
- c) Vivencias de “influencia” sobre los sentimientos.
- d) Rigidez afectiva.
- e) Ambivalencia afectiva.

B) *Funciones compuestas*

1) *Autismo*, o pérdida del contacto con la realidad o pensamiento “derealístico”.

2) *Desorden de la voluntad*

- a) Apatía.
- b) Terquedad.
- c) Ambivalencia de la voluntad.
- d) Vivencias de “influencia” de la voluntad.

3) *Trastornos de la personalidad*

- a) Vivencias de “transformación” corporal.
- b) Vivencias “transitivas”.

II. SÍNTOMAS ACCESORIOS O SECUNDARIOS

A) *Síntomas psíquicos*

(Complican el cuadro fundamental de modo permanente o bien de manera pasajera)

1) *Ideas delirantes*

a) Originadas *repentinamente* en el subconsciente (Bleuler, 1916, citado en Ortega y colaboradores 2001). Representan la “experiencia delirante primaria” (Jaspers y Schnaider, citado en Ortega y colaboradores 2001) que para estos autores es el síntoma específico de la enfermedad.

b) Originadas a partir de alucinaciones: persecutorias, megalómanas, celotípicas, eróticas, “demonismo” (delirio de posesión)

2) *Alucinaciones sensoriales*

- a) Auditivas.
- b) Visuales.
- c) Olfatorias.
- d) Gustativas.
- e) Táctiles.
- f) Cenestésicas.
- g) Motrices.

3) *Ilusiones*

Suelen existir al mismo tiempo que las alucinaciones, la diferencia se encuentra en la inexistencia del estímulo – objeto que desencadena la alucinación.

4) *Síntomas catatónicos*

- a) Catalepsia o “flexibilidad cérea”.
- b) Estupor.
- c) Hiperquinesias.
- d) Amaneramientos.
- e) Estereotipias.

5) *Negativismo*. “Oposicionismo”

6) *Automatismos*

- a) Motrices (acciones automáticas).
- b) Verbales (verbigeración, estereotipias).
- c) Afectivos: “risa inmotivada” o “reír forzado”.

7) *Impulsividad*

- a) “Descargas” coléricas, “descargas” agresivas.
- b) Deambulación. “fugas”.

8) *Desórdenes de la memoria*

- a) Amnesias.
- b) Hipermnesias.

c) Ilusión del recuerdo: a. “Déjà vu”; b. “Jamais vu”.

9) *Desórdenes del lenguaje hablado*

- a) Mutismo.
- b) Ensalada de palabras (esquizofasia).
- c) Perseveración.
- d) Estereotipia verbal.
- e) Neologismos.
- f) Verbigeración.
- g) Para-respuestas.
- h) Manierismo.

10) *Desórdenes del lenguaje escrito*

- a) “Escritura en espejo”.
- b) Omisiones.
- c) Uso indebido de mayúsculas.
- d) Verbigeración gráfica.
- e) Manierismo.

11) *Alteraciones de la personalidad en relación con el “yo” y el “mundo circundante”*

- a) Perplejidad por las vivencias de despersonalización.
- b) Perplejidad por las vivencias de desrealidad.

B) Síntomas somáticos (Ortega y colaboradores., 2001)

- 1) Variaciones en el peso.
- 2) Lengua saburral.
- 3) Mal aliento.
- 4) Hipertimia.
- 5) Constipación alternando con períodos diarreicos.
- 6) Ptialismo o, por el contrario, sequedad de la boca.
- 7) Lividez o cianosis de manos y pies.
- 8) Sudor frío.
- 9) Edemas de manos y pies.
- 10) Distimias.
- 11) Dismenorrea.
- 12) Libido disminuida.
- 13) Astenia.
- 14) Fibrilación de los músculos de la cara.
- 15) Midriasis (en los “brotos”).
- 16) Miosis (en el “defecto”).
- 17) Insomnio.

- 18) Hipersomnia.
- 19) Hiperreflexia tendinosa.

Durante el siglo pasado las intervenciones biológicas para tratar la esquizofrenia buscaban alterar el funcionamiento cerebral, para lo cual fueron diseñadas diferentes técnicas como: la *lobotomía prefrontal* (cirugía cerebral cuya función era principalmente la extirpación de masa encefálica de la zona prefrontal), *electroconvulsión* (por medio de electrochoques craneales se le producía al individuo convulsiones, provocándole letargo, confusión mental y obnubilación de la conciencia, *coma insulínico* (al introducir grandes cantidades de insulina al individuo se producirá una profunda hipoglucemia, resultando en un estado de coma tornándolo tranquilo y accesible). Todas y cada una de ellas producían graves efectos secundarios a corto y largo plazo (Garnica, 2002).

Actualmente las terapias consideradas biológicas principalmente consisten en dar un manejo, evaluación y administración de medicamentos llamados antipsicóticos o neurolépticos. Dentro de este rubro de medicamentos, son conocidos los antagonistas del receptor dopaminérgico o antipsicóticos típicos (por ejemplo el haloperidol, clorpromazina, sulpiride, entre otros). Igualmente, es reconocido clínicamente que estos fármacos tienen dos deficiencias principales (Kaplan, 1998), la primera es que difícilmente las personas que los ingieren alcanzan un nivel de funcionamiento mental razonable, es decir, se inhiben ciertas funciones cognitivas fundamentales como la memoria, atención, concentración, orientación espacio-temporal, entre otras. La segunda deficiencia que se reconoce en estos fármacos es su implicación en perturbaciones motoras graves, incluidas entre estas, la acatisia (sensación de ansiedad, incapacidad de relajarse y de estar quieto, pateo repetitivo, movimiento de balanceo mientras se está sentado), síntomas parkinsonianos de rigidez y temblor, discinecia tardía (dificultad para llevar a cabo movimientos voluntarios) y el síndrome neuroléptico maligno (rigidez muscular, contracciones musculares, mutismo, embotamiento y agitación motora, además presenta, fiebre alta, sudoración, aumento de la presión arterial y de la tasa cardíaca).

Existen también otro subtipo de medicamentos perteneciente al rubro de los antipsicóticos o neurolépticos, a los cuales se les denomina antipsicóticos atípicos, la diferencia con los antipsicóticos típicos es que los segundos son antagonistas de serotonina-dopamina, igualmente difieren de ellos en los efectos secundarios que producen, este tipo de fármacos difícilmente producen secundariamente síntomas motores graves o bloqueo significativo a funciones cognitivas, pero pueden producir aumento de peso, sedación, estreñimiento, hipotensión, taquicardia, náuseas, vértigo y de manera grave también puede producir efectos anticolinérgicos y agranulocitosis (Kaplan, 1998). Como ejemplo de éstos fármacos encontramos risperidona, clozapina, olanzapina, sertindol, quetiapina, y la ciperidona.

Por otro lado, a pesar de las numerosas controversias que ha generado la terapia electroconvulsiva (TEC), ésta continúa siendo una técnica utilizada para el manejo del paciente con esquizofrenia, generalmente es utilizada en pacientes que por alguna razón no puede ingerir medicamentos antipsicóticos o para aquellos que se muestran resistentes hacia los efectos de antipsicóticos típicos y/o atípicos y que puedan poner en riesgo su integridad física y la de los demás. (Garnica, 2002)

Psicoanalítico

La aproximación psicoanalítica para explicar la psicosis-esquizofrénica sostiene que en la persona con esquizofrenia hubo deficiencias en la relación madre-hijo durante los primeros períodos de su infancia, principalmente en la lactancia. Creando así una patología en el adulto, sugiriendo un aislamiento regresivo hacia la conducta emocional infantil revelándose en el comportamiento omnipotente en las relaciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir la realidad. (Kolb, 1983)

Sigmund Freud (1856-1939), fundador del Psicoanálisis, sostenía que tanto las neurosis como las psicosis parten de la frustración de un deseo instintivo vital. Su diferencia reside en la naturaleza de aquello con lo que se sustituye el deseo frustrado (Neurosis y Psicosis, Freud, 1924. Citado en Ortega y colaboradores 2001). Freud ve la diferencia significativa de la psicosis en la circunstancia de que la frustración del deseo instintivo es experimentada desde el comienzo como intolerable, y lleva en consecuencia a una ruptura en las relaciones con el mundo exterior, al que se toma como responsable de dicho incumplimiento. Según la forma que adopte la enfermedad psicótica, las cargas se retiran de la percepción real, de las personas reales, e incluso de los recuerdos reales, a consecuencia de lo cual el mundo exterior deja de tener influencia sobre los procesos psíquicos. En este momento el psicótico está libre entonces para desarrollar síntomas y formas sustitutivas adecuadas sólo a las demandas internas primitivas (ello) y no a las de la realidad (Freud, 1924. Citado en Ortega y colaboradores 2001). Así mismo, Freud definió el mecanismo de la proyección psicótica como un proceso en el que “lo que ha sido abolido en el interior retorna desde el exterior”. Más tarde Jaques Lacan afinaría este punto de vista por medio de la *Forclusión* definiéndola como: “rechazo de un significante primordial hacia las tinieblas exteriores” (Lacan, 1955. Citado en Ortega y colaboradores 2001). Gracias a este mecanismo, lo que ha sido puesto fuera de la simbolización general que estructura al sujeto, regresa a la conciencia bajo la forma de una alucinación (Roulot, 1993. Citado en Ortega y colaboradores 2001).

Freud en su obra sobre el caso Schreber: (“Memorias de un Neurópata” de Daniel Paul Schreber, 1911. Citado en Ortega y colaboradores 2001) que es el texto principal de su doctrina en lo concerniente a la psicosis demostró que “los psicóticos tienen una libido

esencialmente dirigida hacia el propio cuerpo...”. La teoría de la libido, es decir, la teoría de las vicisitudes de la energía psíquica que emana de los impulsos sexuales, se convirtió en el despliegue de la energía sexual, por una parte a través de las cargas de las personas reales o fantaseadas del mundo exterior (libido objetal), y por otra, a través de las cargas de la propia persona somática y psíquica (libido narcisista).

La introducción de la teoría del narcisismo en 1914 permitió explicar la psicosis como causada por el retiro de cargas de los objetos exteriores y la sobrecarga de la propia persona y sus funciones; puesto que para ellos el mundo exterior está desprovisto de cargas libidinales. En la explicación de esta teoría, Freud vuelve a la infancia, es decir, a “la idea de la existencia de una carga originaria de libido sobre el yo, parte de la cual es cedida luego a los objetos, pero que fundamentalmente persiste, y se relaciona con las cargas objetales del mismo modo que el cuerpo de una ameba con los pseudópodos que emite” (Freud, 1914. Citado en Ortega y colaboradores 2001).

La intensa carga del yo que el niño y el psicótico tienen en común explica a sí mismo su propia “sobreestimación del poder de sus deseos y actos mentales, es decir, la llamada omnipotencia del pensamiento” (Freud, 1914. Citado en Ortega y colaboradores 2001).

A pesar de lo anterior, Freud no reivindicó ninguna terapia sobre la base de esta comprensión. Estaba convencido de que los psicóticos carecen del requisito fundamental que hace a un paciente apto para la terapia psicoanalítica: un yo, que tenga conservada la capacidad para la prueba de realidad, la auto-observación y la comprensión de la enfermedad; las cargas libidinales de las personas reales, lo que hace posible la transferencia emocional hacia el analista, la disposición de percibir el mundo exterior, reconocerlo y someterlo al menos en parte a las influencias externas. Dado que estas funciones no le son favorables a la persona psicótica, Freud opinaba que no eran aptos para psicoanálisis; sin embargo, desde 1911 Carl Gustav Jung alumno de Eugéne Bleuler había intentado el tratamiento psicoanalítico de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. Pocos años más adelante, Zilboorg, Federn y colaboradores., contribuirían a la comprensión psicoanalítica de las psicosis, dando pie a trabajos de suma importancia dentro del rubro psicoanalítico en Sullivan y Fromm-Reichmann, Fairbain, entre otros. (Kolb, 1983)

En 1939, Frieda Fromm-Reichmann introdujo el término de “Esquizofrenizante” refiriéndose a un tipo de madre que con sus actitudes hacia el hijo impide el adecuado desarrollo de éste. Asegura que el individuo esquizofrénico es una persona “desconfiada y resentida” frente a los demás debido a la deformación y al rechazo que ha sufrido desde su más temprana infancia por parte de las personas importantes durante su niñez, siendo generalmente la madre la figura más importante de acuerdo a nuestra cultura occidental. De acuerdo a Fromm-Reichmann, estas experiencias traumáticas explican la influencia patógena de las frustraciones de años posteriores pues causan más daño, ya que la psique del

niño pequeño es más vulnerable cuanto menor es su edad y menos la haya desarrollado. Además, tales experiencias traumáticas tienen un impacto considerable en la autoestima del niño durante el único período de la vida durante el cual un individuo tiene una oportunidad de gozar de una completa seguridad y confianza en sí mismo que le permita enfrentarse a la vida más adelante y tolerar las frustraciones. (Fromm-Reichmann, 1939. Citado en Kolb, 1983).

Respaldándose en la distinción que Freud estableció entre neurosis de transferencia y neurosis narcisística, muchos analistas han sustentado la imposibilidad del trabajo analítico en la psicosis, por la supuesta ausencia de transferencia. Sin embargo, Jaques Lacan ingresa en el psicoanálisis con su tesis sobre la paranoia, es desde la paranoia que, siguiendo a Freud, define características estructurales desde la psicosis, extrae ambos términos del saber psiquiátrico y prácticamente asimila el segundo término al primero – psicosis a paranoia- sin renunciar a ninguno. (Ortega y colaboradores., 2001). En el seminario III “Las Psicosis”, y en su escrito “De una cuestión preliminar para todo tratamiento posible de la psicosis” Lacan propone como referente central su teoría del significante, que rescata y formaliza la articulación simbólica que Freud descubre en el inconsciente, la cual no tiene nada que ver con una cuestión de significados y contenidos, sino con un trabajo de articulación que afecta a significantes. Las alteraciones de las relaciones entre significante y significado en las psicosis ponen en evidencia las vicisitudes de esa articulación simbólica. (Lacan, 1955. Citado en Ortega y colaboradores 2001).

Hoy en día, las ambiciones terapéuticas de muchos analistas se extienden más allá del marco de las neurosis sintomáticas y los trastornos del carácter, llegando hasta los casos fronterizos, que limitan con las psicosis, e incluso hasta la psicosis misma, muchos de ellos creen que es posible hacer emerger en el psicótico la suficiente libido objetal que aún persiste, para que pueda establecerse la transferencia emocional con el analista, compensar temporariamente los defectos del yo del paciente poniendo a su disposición el aparato psíquico intacto del analista, y en general penetrar junto con el paciente en los procesos primarios de pensamiento, capacitándolo para reemplazar los procesos del ello por los del yo, en el sentido tradicional de la terapia psicoanalítica.

Conductista

Las teorías conductuales para explicar la esquizofrenia fueron propuestas por primera vez en los años setenta, como una alternativa radical a las explicaciones biológicas de este padecimiento. En esa misma época, los investigadores conductuales estaban asombrados por la evidencia de experimentos iniciales, los cuales mostraban que las personas con síntomas de esquizofrenia podrían, mediante reforzadores apropiados, comportarse con funcionalidad social. Estos investigadores consideraron que si las

conductas esquizofrénicas podrían desaprenderse, entonces podrían haber sido adquiridas a través de un proceso de aprendizaje.

De esta manera, estos teóricos conductuales propusieron que las personas primero adquieren los síntomas de la esquizofrenia al no poder aprender como dirigir su atención a las señales importantes en las interacciones sociales. Presumiblemente este proceso de aprendizaje fallido se inicia durante la infancia (Richard P. Halguin, Susan Krauss, 2001). La falta de capacidad de atención del infante podría ser el resultado de haber sido castigado por otras personas; quizá el hecho de retirarse a un mundo interno de fantasías se convierte en una experiencia más reforzante para el infante, el cual no tiene incentivos para salir de este mundo idiosincrásico, ya que la realidad del mundo exterior es más desagradable. Con el paso del tiempo los demás niños, los padres y los maestros llegan a etiquetarlo como “raro” o “excéntrico” (Ullman y Krasner, 1975).

Esta etiqueta puede llevar a que el sujeto pueda ser llamado esquizofrénico e iniciarse en un círculo vicioso que lo llevará a actuar en consecuencia de esta etiqueta. Además de esto, muchos teóricos conductistas de la esquizofrenia afirman que las personas hospitalizadas y etiquetadas como esquizofrénicas pueden ser encasilladas en un patrón de conductas desadaptadas. Conductas perturbadas que podrían ser incluso, reforzadas inadvertidamente en los hospitales psiquiátricos, por ejemplo, si un paciente con esquizofrenia se mantiene callado, sentado, y en conducta alucinatoria en una esquina, el personal de enfermería podría permanecer sin hacer nada al respecto, sin en cambio, el mismo personal de enfermería podría reaccionar negativamente en el momento, en el que, de manera asertiva, solicitara más atención el paciente. Si los miembros del hospital fallan al reforzar conductas sociales apropiadas, los pacientes no tendrán incentivos para mantener conductas de la manera que otros percibieron como normal. Aún más, si los hospitales no mantienen un ambiente que los estimule, promueva y ejercite, el mismo ambiente hospitalario les reforzará sus pensamientos perturbados e idiosincrásicos. Además de reconocer que existen pacientes que obtienen diversas ganancias al asumir el papel de enfermo. Según la perspectiva conductual estas circunstancias conducen a una situación que mantiene e incrementa los síntomas de la esquizofrenia (Sheff, 1966, citado en Ortega y colaboradores 2001).

Las técnicas conductuales que suelen ser utilizadas para abordar la esquizofrenia se centran principalmente en los síntomas de las personas que interfieren con la adaptación y el funcionamiento sociales, un ejemplo podría ser la técnica de economía de fichas en la cual, a las personas con esquizofrenia se les recompensan con fichas cada vez que actúan de una manera socialmente apropiada, cuando su actitud no es la adecuada no se les dan fichas o pierden las que ya tenían. Las fichas pueden ser utilizadas para adquirir privilegios u oportunidades especiales. Se espera que con el tiempo, las nuevas conductas se vuelvan habituales y que no dependan del reforzamiento de las fichas. (Ayllon y Azrin, 1965, citado en Halguin y colaboradores., 2001)

Cognitivo

La psicosis esquizofrénica explicada a través del enfoque cognitivo, es como señala, Hyman (1992) una enfermedad crónica y compleja que incluye una constelación de síntomas. Librada a su propia evolución produce un daño permanente en el paciente que se manifiesta en su capacidad de pensar, sentir, y actuar adecuadamente. Presenta como síntoma principal la distorsión del pensamiento, el cual desemboca en delirios y alucinaciones, además de incluir agitación psicomotriz o estupor, hiperactividad y desequilibrios afectivos.

El enfoque cognitivo de las alucinaciones y de las ideas delirantes, a diferencia del enfoque biológico y fenomenológico tradicional de la psiquiatría, supone que las respuestas emocionales y conductuales del individuo esquizofrénico no están en función de los contenidos de las alucinaciones y delirios, sino más bien en función de las creencias sobre el poder y autoría de las voces alucinatorias y la sobrevalorización de las ideas delirantes. Se reconoce la aproximación biológica, la cual explica que la actividad delirante y alucinatoria puede estar regulada o derivada de alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas, al menos en gran parte, sin embargo, hace falta además que esos fenómenos sean interpretados por el sujeto que la desarrolla para producir unas conductas y emociones específicas.

De la misma forma, la conceptualización de los delirios difiere de la concepción fenomenológica psiquiátrica tradicional: en el enfoque tradicional las ideas delirantes se definen como creencias falsas, las cuales se basan en inferencias incorrectas, además son irrefutables e irrefutables lógicamente y empíricamente, tienen un contenido extraño e infrecuente considerándolas como ajenas a las creencias normales. En el enfoque cognitivo estas ideas pueden ser ciertas aunque no adaptativas, colocándolas como un intento de explicar una experiencia anormal; éstas varían en su grado de convicción reconociendo las diferencias en cuanto a su relación con el contexto cultural y colocándolas en un continuo dimensional con las creencias normales (Chadwick y Lowe, 1994).

El abordaje cognitivo hacia la esquizofrenia, se acerca a tratar los delirios y las alucinaciones. Basados en la terapia cognitiva de Beck, algunos terapeutas cognitivos como Chadwick, Birchwood y Terrier en 1996 propusieron como alternativa del enfoque biológico y fenomenológico tradicional de la psiquiatría un procedimiento terapéutico, el cual supone que las respuestas emocionales y conductuales del sujeto psicótico no están en función de los contenidos de las alucinaciones y delirios, sino más bien en función de las creencias sobre el poder y autoría de las voces alucinatorias y los delirios. (Ortega y colaboradores, 2001) La actividad delirante y alucinatoria puede estar regulada o derivar de alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas, en este punto, se está de acuerdo con las teorías biológicas; pero hace falta además que esos fenómenos sean interpretados por el sujeto que la vivencia para producir conductas y emociones específicas.

Antipsiquiatría

“Si le hablas a Dios, estás rezando.
Si Dios te habla a ti, tienes esquizofrenia.”
Thomas Szasz

Antipsiquiatría es un término acuñado en los años sesenta por David G. Cooper y remite a un movimiento heterogéneo de autores, reunidos a partir de un cuestionamiento radical al manicomio y, de modo más amplio, a la psiquiatría clásica y otras disciplinas hegemónicas, como aparatos de control social, con discursos que apuntaban a un mantenimiento del *status quo*.

Aunque el término antipsiquiatría fue creado por David G. Cooper en un contexto muy preciso, sirvió para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975 en los Estados donde se habían institucionalizado la psiquiatría y el psicoanálisis como saber regulador de la normalidad y la anormalidad. En Gran Bretaña, con Ronald Laing y el mismo David Cooper; en los Estados Unidos, con las comunidades terapéuticas y los trabajos de Thomas Szasz. La antipsiquiatría ha tratado de reformar los conceptos de enfermedad mental, en especial el de la esquizofrenia, el hospital psiquiátrico y transformar las relaciones entre el personal y los internados en el sentido de una gran apertura al mundo de “la locura”, eliminando la noción misma de enfermedad mental.

Entre los más destacados representantes del movimiento antipsiquiátrico se encuentran David Cooper, Ronald D. Laing, Aaron Esterson, Franco Basaglia, E. González Duro, J. Berke, Thomas S. Szasz y Enrique Pichón-Rivière.

Una de las aportaciones de la antipsiquiatría, tal vez la más conocida, es la oposición al manicomio en tanto que se le considera una institución total al controlar la totalidad de la vida de las personas retenidas en ella. Se consideraba que, lejos de curar a los internos, el manicomio terminaba cronificando sus patologías, caracterizándose por ser un lugar de confinamiento, marginación y violencia. El cuestionamiento a la institución manicomial se extiende a la noción instituida de enfermedad mental, el rol del psiquiatra, la farmacología y métodos psicoterapéuticos, concibiéndose a la ciencia médica como una técnica de invalidación social. Según Cooper la psiquiatría está excesivamente al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad.

Al entender a la salud desde su relación con las instituciones sociales, la antipsiquiatría devuelve a la familia la pregunta por el origen de la enfermedad mental, dado que el manicomio no la produciría, sino que la reproduciría. “El manicomio cumple la función ‘familiar’ de recluir lo rechazado por el grupo familiar, garantizándole a la misma

una cierta ilusión de bienestar mientras el ‘loco’ se mantenga fuera de su cotidianidad” (Foladori, 2004).

La revisión crítica que los autores antipsiquiátricos hacen a la institución psiquiátrica se centra fundamentalmente en lo que se define como esquizofrenia, considerándola como la principal área-problema en la psiquiatría. Se cuestiona el carácter objetivo y médico de la esquizofrenia; en lugar de pensarse a ésta como una entidad nosológica o, aun, como una enfermedad mental, se la concibe como un constructo social, que sería moral y políticamente nocivo al volverse “una cortina de humo para toda una serie de problemas económicos, existenciales, morales y políticos que, estrictamente hablando, no requieren terapias médicas sino alternativas económicas, existenciales, morales y políticas” (Gómez, 2004).

A partir de esta lógica, la alteración mental es entendida como “la cualidad emergente, cualidad nueva que remite, como signo, a una situación implícita, subyacente, configurada por una particular modalidad de la interacción grupal, la que en ese momento resulta alienizante” (Pichon-Rivière, 1985). El enfermo es pensado como el símbolo y el depositario de los aspectos alienados del aquí y ahora de su estructura social; es portavoz de ansiedades, conflictos y fantasías inconscientes resultantes de la inseguridad y el clima de incertidumbre de su grupo social inmediato, es decir, su grupo familiar. “Curarlo es adjudicarle un rol nuevo, el de agente de cambio y transformarnos nosotros también en elementos de cambio” (Pichon-Rivière, 1985).

De este modo, Pichon-Rivière, pese a designar como enfermo al sujeto alienado, considera a la enfermedad mental no como una enfermedad del sujeto, sino como la patología de una unidad básica de la estructura social (el grupo familiar). Señala que “el enfermo, el alienado, es él (el paciente), pero su enfermedad, su conducta desviada, es la resultante de la interacción familiar, de la forma alienizante de relacionarse entre los integrantes de ese grupo; por eso emerge la enfermedad de uno de ellos como conducta desviada” (Pichon-Rivière, 1985).

En 1961, Thomas Szasz, médico psiquiatra y psicoanalista, publicó “El mito de la enfermedad mental”, que inició un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales. Szasz anota que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado; por lo tanto, no puede haber, literalmente hablando, enfermedad mental. Cuando hablamos de enfermedad mental estamos hablando en sentido figurado, como cuando alguien declara que la economía del país está enferma. Los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad. Si no hay enfermedad mental, tampoco puede haber hospitalización o tratamiento para ella. Desde luego, las personas pueden cambiar de comportamiento, y si el cambio va en la dirección aprobada por la sociedad es llamado cura o recuperación. Así pues, lo que la

gente llama enfermedad mental como tal, no existe. Lo que hay son conductas, conductas anormales. (Szasz, 1976)

A decir de Thomas Szasz la teoría de la enfermedad mental es científicamente imprecisa y su estatuto está aún por definirse. La psiquiatría como institución represora es incompatible con los principios de una sociedad democrática y libre, y debe ser abolida. (Szasz, 1976)

Desde la lectura antipsiquiátrica, en la mayoría de las así llamadas enfermedades mentales, incluyendo a la esquizofrenia, no hay un correlato orgánico, una lesión neurológica, un trastorno químico, no hay un gen de la locura.

Szasz menciona que los “locos” son sólo aquellos que tratan de decirnos cosas incómodas, eso que no queremos oír. Por ello la sociedad cuenta con los psiquiatras para silenciarlos. Esta conspiración de silencio es lo que denuncia Szasz. Lo que se denomina “enfermedades mentales” son los comportamientos de individuos que nos perturban. La esencia de la locura es el disturbio social y el tratamiento que se aplica a aquellos que la “padecen” se asimila al de un cargo político en el marco de un Estado totalitario, el de disidencia.

Szasz cuestiona, si la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro como, digamos, la enfermedad de Parkinson, o la enfermedad de Alzheimer, o la esclerosis múltiple, ¿cómo es que en muchos países hay leyes especiales de salud mental que obligan al internamiento o al tratamiento forzado de los llamados esquizofrénicos? Pero se sabe que no hay leyes especiales para el tratamiento coercitivo de las pacientes con Parkinson, Alzheimer y esclerosis múltiple. Al señalar que la esquizofrenia es parte del mito moderno de la enfermedad mental, no se intenta negar la existencia de la locura. De hecho, la locura abunda dentro y fuera de los manicomios (ahora llamados hospitales mentales). Lo que se cuestiona es la veracidad científica de categorizarla y tratarla como una enfermedad legítima tan curable como una apendicitis o una neumonía. La locura, en su sentido clásico y literario, es más bien, un asunto personal (anormalidad) o político (desacato o disidencia). (Szasz, 1976)

Thomas Szasz no ha sido la única persona, pero ha sido uno de los primeros en denunciar la represión de la locura con su cortejo de camisas de fuerza, encierros, electroshocks, lobotomías y embrutecimientos químicos. Michel Foucault lo hizo en Francia con su célebre Historia de la locura en la época clásica (1964), y Ronald Laing prosigue un combate parecido en Gran Bretaña.

David Cooper, por su parte, coincide con Pichon-Rivière y Szasz en la negativa a ver la salud mental como un valor absoluto y a la esquizofrenia como una entidad nosológica, entendiéndola como cierto conjunto relativamente específico de pautas de interacción entre personas. Toma a la esquizofrenia como algo que ocurre “entre” personas

más que “en” la persona. La esquizofrenia es definida como “una situación de crisis microsociales en la cual los actos y experiencia de una persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (generalmente familiares) inteligibles, hasta el punto que aquella es elegida e identificada (...) como ‘enfermo mental’, y su identidad de ‘paciente esquizofrénico’ es luego confirmada por agentes médicos o cuasimédicos” (Cooper, 1967, p. 14). Se refiere, entonces, a perturbaciones extremas de un grupo, sin aludir a desórdenes del individuo identificado como esquizofrénico. Esta posición podría reconocerse como más radical que la de Pichon Rivière, pues este último, pese a situar el origen de la patología mental en el grupo familiar, considera que el paciente diagnosticado como esquizofrénico padece, de todos modos, una enfermedad mental.

Por otra parte, Ronald D. Laing, uno de los fundadores de la antipsiquiatría inglesa, propone, desde un enfoque socio-fenomenológico con influencias psicoanalíticas y marxistas, investigar los orígenes de la esquizofrenia comenzando por poner entre paréntesis todas las presuposiciones al respecto y ubicando el surgimiento del sistema de atribuciones de enfermedad a una persona en su situación social originaria, es decir, en la familia de la que forma parte. Laing plantea la necesidad de deshacerse del concepto de esquizofrenia para comprender lo que ocurre realmente a quienes supuestamente la padecen. Acepta el uso del término, pero se restringe a concebirlo como una hipótesis en lugar de una realidad objetiva. Define entonces a la esquizofrenia como “el nombre dado a un estado que la mayoría de los psiquiatras adscriben a los pacientes a quienes llaman esquizofrénicos” (Laing, 1969). Esta adscripción, predominantemente destructiva, responde a una particular desarmonía entre dos personas (psiquiatra uno y paciente el otro).

Por lo tanto, para Laing la esquizofrenia responde, entonces, a una etiqueta, la cual invalida la experiencia personal del sujeto. Tratar a alguien como esquizofrénico es un acto político, implicando una forma de violencia para mantener el orden existente. Asimismo, sostiene que la conducta aparentemente irracional de la persona diagnosticada como esquizofrénica se presenta, al menos en parte, como racional en el contexto familiar originario. En otras palabras, para hacer inteligible la conducta del esquizofrénico, se comprende a éste en su contexto microsociales, entendido como el grupo familiar, a la vez, que la comprensión de este último a partir de su contexto social más amplio. Tal punto lleva a pensar en la problemática de la política, que va implícita dentro de los postulados de Laing.

A partir de la perspectiva antipsiquiátrica, lo que se llama esquizofrenia no corresponde con ningún desarreglo orgánico. Debe dejarse de afirmar que, detrás de cada pensamiento torcido, hay una neurona torcida. Si éste fuera el caso, precisa Szasz, habría que tratar la esquizofrenia como cualquier otra enfermedad. No existe siquiera un método objetivo para describir o dar a conocer los descubrimientos clínicos sin recurrir a la interpretación subjetiva y tampoco se cuenta con una terminología uniforme y precisa que comunique exactamente lo mismo a todos. Por consiguiente, se tienen profundas

divergencias en el diagnóstico, hay un influjo continuo de nuevos términos y una nomenclatura que no deja de cambiar, así como un exceso de hipótesis que tienden a ser presentadas como hechos. Además, la etiología sigue siendo especulativa, la patogénesis sumamente oscura, las clasificaciones predominantemente sintomáticas y, por tal, arbitrarias o posiblemente efímeras; el tratamiento físico es empírico, mientras que la psicoterapia se halla aún en una fase primaria y, por ello, suele ser doctrinaria e ideológica. (Rocca, 2011)

Biopsicosocial

De acuerdo a lo explicado anteriormente, sabemos bien, que la esquizofrenia es un trastorno que durante siglos ha estigmatizado a quienes la padecen, aunque solo durante estos últimos cien años ha recibido un nombre. “El hombre occidental de la actualidad, presume que sus antepasados genios y brillantes del siglo XIX nos iluminaron por una verdad a la que los hombres habían estado ciegos durante mucho tiempo: que los locos eran enfermos y a esa enfermedad le llamaron esquizofrenia...” (R.D. Laing, 1974).

Al comienzo de este siglo existen pocas conclusiones acerca de las causas que propician una psicosis esquizofrénica. Se sabe perfectamente que las personas no desarrollan esquizofrenia solo por una infancia problemática. Tampoco que la parte orgánico biológica aclare completamente el problema de la esquizofrenia, aunque se reconoce que tiene un papel central. Se sabe que existen diferencias en la estructura y el funcionamiento del cerebro en las personas con esquizofrenia comparadas con el de otras personas. También sabemos, que la predisposición de una persona para desarrollar esquizofrenia es mayor si existe un pariente que la padezca, entre mayor sea la cercanía con ese pariente la predisposición aumenta. Además diversas investigaciones han delineado marcadores biológicos específicos que han ayudado a comprender cuáles factores y genes están implicados en la adquisición y desarrollo del trastorno.

Por otra parte es importante mencionar que diversos eventos en la vida de la persona con predisposición a la esquizofrenia disparan el trastorno.

Los estudios con gemelos muestran la importancia de los factores ambientales que facilitan la presentación de dicho padecimiento.

Una de las formas para abordar a la esquizofrenia desde las perspectivas bio-psico-sociales, incluyen el entrenamiento en habilidades sociales basado en el reforzamiento de conductas adecuadas, en especial aquellas implicadas en situaciones interpersonales (Lieberman, Massel, Mosk, y Wong, 1985). Este entrenamiento trata de identificar las conductas inapropiadas del individuo identificado como esquizofrénico, y el reforzamiento depende de una actuación social más aceptable del individuo. Por ejemplo, una persona que ha desarrollado esquizofrenia puede hablar demasiado alto, con un tono de voz raro,

moverse de forma extraña, no mantener una distancia adecuada entre él y las demás personas con quién platica, etc. El entrenamiento en habilidades sociales le proporcionará una retroalimentación por parte del terapeuta o grupo terapéutico, acerca de que tan inapropiadas con esas conductas, ya sea por medio de instrucciones claras y precisas, juego de roles y representación de manera individual o en un ambiente grupal. El entrenamiento en habilidades sociales favorece mucho para enseñar a las personas con esquizofrenia diferentes formas de manejo a sus conductas y afectos inapropiados para desarrollar una mejor convivencia con los demás. (Dobson, McDougall, Busheikin y Aldous, 1995).

La terapia ambiental es un modelo que utiliza los procesos sociales como herramientas para modificar algunas de las conductas de las personas con esquizofrenia. De acuerdo a este método, el personal a su atención y cuidado y la persona con esquizofrenia en un escenario de tratamiento, trabajan como una comunidad terapéutica para promover el funcionamiento positivo de la persona con el padecimiento. Los miembros de esa comunidad participan en actividades grupales que van desde terapia ocupacional hasta clases de entrenamiento. Los efectos que se generan a partir de este método tienen la intención de ayudar a los individuos con esquizofrenia a realizar una transición más paulatina y más eficaz hacia la vida fuera de la comunidad terapéutica (Halguin y colaboradores., 2001).

Modelo Sistémico

Al revisar publicaciones actuales se detecta una gran disminución en la investigación respecto al rol de la familia en la génesis de la esquizofrenia, como también en la consideración de este aspecto en el tratamiento de los pacientes que padecen dicha alteración. El desarrollo de medicamentos de última generación, con gran efectividad sintomática y cada vez menos efectos secundarios, junto a la popularidad del uso de manuales categoriales como el DSM IV (cuarta versión del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desarrollado por la American Psychiatric Association (APA) en 1952), ha implicado en la actualidad una considerable disminución en la investigación de factores sociales o psíquicos asociados a la esquizofrenia, acarreando una extrema biologización en la comprensión de esa alteración mental.

De esta manera, la idea de la noción de familia como sistema y como una área a profundizar en su estudio, junto a la falta de consenso en los planteamientos respecto al origen de la esquizofrenia, su alta prevalencia y las deficiencias en el sistema de salud pública, dan cuenta de un problema de gran interés, especialmente en torno a la labor del psicólogo con quienes padecen dicha enfermedad y con la familia de éstos.

El modelo sistémico designa una forma especial de ubicar y explicar el comportamiento humano, en donde se subraya la dimensión holística, cibernética y de comunicación en toda percepción comprensiva de la realidad, la cual se supone siempre compleja por la infinidad de interrelaciones existentes entre sus componentes. La premisa central del enfoque sistémico es ubicar a la familia como un sistema, en el que todo sistema viviente, tiende a la transformación (morfogénesis: crecimiento, cambio, desarrollo, con la tendencia a hacerse organizativamente más complejo) y a la homeostasis (morfostasis: conjunto de mecanismos reguladores, útiles para mantener la estabilidad, el orden y el control de los sistemas en funcionamiento). Este acercamiento deriva de la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1967; Wiener, 1947). Esta teoría se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes").

Ackerman (1965) considera a la familia como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad.

Bateson y, en general el equipo de Palo Alto, consideran a la esquizofrenia, más que como una enfermedad misteriosa de la mente individual, como un patrón de comunicación específico, definiéndola como una alteración conductual y cognoscitiva originada en circunstancias familiares, vinculadas a un trauma relacional repetitivo, y no a un único trauma infantil como causante. Bateson señala que el esquizofrénico, en ese lenguaje peculiar que es una ensalada de palabras, está describiendo una situación traumática que tiene en sí un enredo metacomunicativo. Dicho trauma debió tener una estructura formal, ya que distintos *tipos lógicos* fueron empleados unos contra otros para que se generara esa patología concreta en ese individuo. De esta forma, sugiere la hipótesis de que "la comunicación esquizofrénica es algo aprendido y se vuelve habitual como resultado de traumas reiterados de ese tipo" (Bateson, 1972). El trauma mismo incide sobre cierto elemento del proceso de comunicación, siendo atacado el uso de las señales identificadoras de mensajes, sin las cuales el yo no se atreve a discriminar entre los hechos y las fantasías, y entre lo literal y lo metafórico, generándose la imposibilidad a la persona identificada como esquizofrénica reconocer el carácter metafórico de sus fantasías, tomándolas desde un plano literal.

De esta forma, la debilidad yoica, propia de esquizofrénicos, es definida por Bateson como "una perturbación que impide identificar e interpretar aquellas señales que deberían servir para decir al sujeto qué clase de mensaje es un mensaje por él recibido" (Bateson, 1972), lo que se exhibe en una atribución incorrecta del modo comunicacional a los mensajes recibidos, a los mensajes emitidos no verbalmente y a los propios pensamientos, sensaciones y preceptos. Como consecuencia de esto, la persona identificada como esquizofrénica es incapaz de seleccionar aquellos rótulos más abstractos que la mayoría de las personas pueden usar convencionalmente.

Por otra parte, Bateson hace una distinción entre la *esquizofrenia patente* (esquizofrenia propiamente tal) y la *esquizofrenia encubierta*. En la esquizofrenia patente la persona se conduce desviándose groseramente del ambiente cultural, caracterizándose por notables o exagerados errores y distorsiones respecto de la naturaleza y el tipo lógico de sus propios mensajes y de los mensajes recibidos. Así por ejemplo, confunde lo proveniente de su imaginación con lo perceptivo, lo metafórico con lo literal, lo interno con lo externo, lo vital con lo trivial, etc. En el caso de la esquizofrenia encubierta, frecuente en progenitores de esquizofrénicos, la conducta está caracterizada de manera similar, pero menos conspicua, por un cambio continuo del tipo lógico de sus mensajes y una tendencia a responder a los mensajes del otro como si fueran de un tipo lógico distinto al que el emisor pretendió, descalificándolos continuamente. Así, mientras logra poner al otro en falta, su alteración mental queda empañada y el reproche recae sobre el otro, temiendo caer en la esquizofrenia patente cuando se ve enfrentado a circunstancias que lo obligan a reconocer el patrón de sus opresiones.

Bateson y colaboradores., elaboraron en 1956 una teoría comunicativa de la esquizofrenia basada en la teoría del “doble vínculo”, lo que Bateson mencionó de esta teoría es que el doble vínculo es, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel. La secuencia interaccional transcurre de la siguiente forma:

1. Se tienen dos o más integrantes de una familia, los cuales mantienen una intensa relación de importancia vital. (p.e. madre e hijo).

2. No se trata de un trauma puntual, sino de una experiencia reiterativa, prolongada y ritual.

3. Existe una indicación negativa primaria (primer mensaje transmitido) que expresa una amenaza verbal (p.e. una madre dice a su hijo – tú ya no me quieres –. Este nivel de comunicación se denomina digital.

4. Una indicación negativa secundaria expone un conflicto manifiesto con respecto a la indicación negativa primaria pero de modo no verbal, sino metacomunicativo (entonación, ritmo, modulación de la voz, mímica, utilización del espacio, etc.). De acuerdo al ejemplo anterior, la madre se encuentra alterada. El nivel comunicativo se denomina análogo.

5. Una indicación negativa terciaria priva al hijo de toda posibilidad de salir de la situación confusa. En el ejemplo, la madre añade: - cariño, no es preciso que te avergüences o te sientas atemorizado por tus sentimientos -. Por lo tanto, al sujeto se le impide el acceso al conocimiento de la contradicción.

6. Este fenómeno del doble vínculo se repite de manera continua y espontánea en la familia del individuo que se considera como esquizofrénico.

De la misma forma, Bateson afirma que los fenómenos no pueden ser aislados del contexto en donde se produce, por lo que no puede existir una persona esquizofrénica sino un sistema (familiar) esquizofrénico.

También desde Palo Alto, la Teoría de la Comunicación Humana sostiene que “la comunicación (conducta) ‘alienada’ no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurdo e insostenible” (Watzlawick, 1967), reacción que obedece y, por tanto, perpetúa las reglas del contexto.

De acuerdo a la opinión de algunos otros investigadores sistémicos, tales como Mara Selvini Palazzoli y L. Boscolo, entre otros, se propone el término esquizofrenia a una peculiar modalidad comunicacional, inseparable de las distintas modalidades comunicacionales que se generan dentro de una familia y no como una enfermedad individual, tal como lo dicta el modelo médico tradicional. Por lo tanto, el papel que desempeñan los conflictos familiares en los estados esquizofrénicos es de gran importancia para el origen y desarrollo de dicha alteración.

Coincidiendo con la conceptualización de la esquizofrenia centrada en el conflicto del grupo familiar, Stierlin, desde la Escuela de Heidelberg, aporta una profundización en la perturbación de los procesos de individuación característica de dicho cuadro psicopatológico. Señala que los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos son incapaces de (o no dispuestos a) percibir sus sentimientos impulsivos y fantasías como propios, mezclándose lo que surge en su interior con lo que viene desde fuera. Se experimentan, así, como vulnerados en su integridad, despersonalizados, influenciados y violentados por voces y señales exteriores, creyendo, usualmente, que alguien les roba sus pensamientos y sentimientos, vivenciándose como personas sin centro interior, como seres sin identidad. En este sentido, ocurre también que fracasan en sus esfuerzos por establecer una intersubjetividad o que renuncian a ella, pareciendo desconectados del consenso social y presentándose ante la mayoría como ‘locos’, como personas con las que no puede establecerse una relación empática de diálogo.

Stierlin agrega que, frecuentemente, las personas identificadas como esquizofrénicas son incapaces de proponerse metas y valores propios y de asumir la responsabilidad de sus actos, teniendo gran dificultad para experimentar su autonomía y reconocer, al mismo tiempo, su dependencia del entorno. Al no poder asumir tal ambivalencia, se entregan a procesos de escisión, asumiendo generalmente sólo el lado agradable de la ambivalencia. Así, la parte disociada puede ser proyectada en otro que se convierte en el receptáculo de los impulsos destructores y de las malas intenciones que no

pueden ver ni aceptar en sí mismos; o bien es actuada como en la agitación catatónica o pueden paralizarse como en el caso del estupor catatónico.

Siguiendo los planteamientos recientemente expuestos, se considera que gran parte de la sintomatología de la esquizofrenia es aprendida o determinada por la experiencia, no pudiendo ser el aprendizaje al azar, puesto que el organismo sólo puede aprender lo que le enseñan las circunstancias de su vivir y las experiencias de intercambiar mensajes con quienes lo rodean. De esta manera es que resulta necesaria la tarea de examinar el contexto experiencial de la esquizofrenia, incluyendo, de ese modo, el rol fundamental del sistema familiar donde ésta se originó. Esta idea proveniente del equipo de Palo Alto es consistente con lo planteado por las vertientes sistémicas posteriores. Tanto en las escuelas europeas como en el trabajo de Murray Bowen, aparece la idea de que los síntomas manifestados por el paciente esquizofrénico representan una disfunción familiar, siendo resultado de conflictos interaccionales del grupo familiar, más que de fenómenos intrapsíquicos (Bowen, 1965).

En el Instituto Nacional de Salud Mental norteamericano (NIMH), en Bethesda, Maryland, Lyman C. Wynne, su colaboradora principal Margaret T. Singer y su equipo comenzaron a explorar hipótesis comunicacionales acerca de la "transmisión intergeneracional de la irracionalidad" y observaciones tales como los estilos "pseudomutuales" en determinadas familias, y la "hipótesis del cerco de goma" con que caracterizaban a la dificultad en intervenir en familias que parecían absorber las intervenciones terapéuticas para después retornar a su estado inicial (Wynne y Singer, 1978.)

Jackson (1980) considera que el enfermo mental es un emergente del grupo familiar exponente y consecuencia de las tensiones que se dan dentro del mismo, confirmando lo que Watzlawick (1960) en el Mental Research Institute menciona: en los estudios sobre familias que incluyen un miembro esquizofrénico quedan muy pocas dudas acerca de que la existencia del paciente es esencial para la estabilidad del sistema familiar.

Por lo tanto, de acuerdo al enfoque sistémico el desarrollo de la esquizofrenia en un individuo se ve influido y representa una dinámica familiar particular en la cual se ha visto envuelto dicho individuo identificado como esquizofrénico. Se parte de la idea de que el individuo no sólo se relaciona con otro, sino que se constituye a sí mismo, como sujeto, a partir de lo social.

Tomando en cuenta los preceptos básicos del enfoque sistémico y su aproximación a entender la esquizofrenia desde las interacciones, transacciones y enlaces comunicacionales familiares, resulta claro que el abordaje terapéutico hacia dicha alteración mental conlleva un tratamiento terapéutico familiar. Al miembro que la familia reconoce con las características propias de la esquizofrenia y se le ubica como "paciente

identificado” refleja una estructura familiar disfuncional y la meta del tratamiento es el mejorar el funcionamiento general de esta, se pretende, por tanto, modificar las relaciones y patrones de comunicación familiares problemáticas y presentar cambios positivos en las alteraciones conductuales que presenta el entorno familiar y que son depositados o mayormente reflejados en el paciente identificado.

Los principales objetivos que comparten los diferentes modelos de terapia sistémica - familiar para el abordaje al entorno familiar esquizofrenizante son los siguientes:

- El tratamiento se enfoca en el presente, hacia las interacciones entre miembros de la familia, sus procesos y sus significados.
- La identidad del paciente reconocido como esquizofrénico queda definida al clasificar la función que desempeña éste en la familia.
- El establecimiento de interacciones favorables entre los miembros para un mejor funcionamiento familiar. (Aladro, 2006)

En la actualidad los modelos terapéuticos de enfoque sistémico básicos que abordan problemáticas complejas como la esquizofrenia en una familia son:

- El modelo de Milán, teniendo como principal exponente a M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin y G. Prata. Para este modelo, la intervención en familias esquizofrénicas implica la localización de las relaciones evolutivas de sus miembros en interacción con su contexto ambiental, histórico, ideológico, etc. Enfatizándose las secuencias cíclicas de las interacciones que se relacionan con las creencias familiares, siendo estos patrones de relación redundantes, lo que sirve en gran parte para mantener las conductas esquizofrenizantes en el sistema.
- Terapia Relacional, siendo Mauricio Andolfi (1977) el principal representante de este modelo terapéutico. Bajo la influencia de Horney, Minuchin y Haley, entre otros. En este tipo de terapia, la alteración esquizofrénica familiar se entiende en términos relacionales mediante la aportación de todos los miembros de la familia. El terapeuta traza en la mente de cada miembro familiar, un mapa de la estructura familiar como resultante de las interacciones significativas intra y extra familiares. Los términos relacionales sugeridos para indagar el problema serán; saber cómo, dónde, cuándo, con quién, por qué, para observar y explorar los efectos de los comportamientos sobre los otros miembros de la familia y también fuera de ella e inmediatamente para determinar como el comportamiento de estos últimos inciden sobre el paciente identificado como esquizofrénico. (Aladro, 2006)
- Terapia Familiar Breve, formulada por Steve de Shazer (1987), esta terapia se caracteriza por su epistemología ecosistémica donde la investigación, la práctica clínica y la teoría son procesos inseparables y de manera muy frecuente simultáneos. La terapia familiar breve pretende en las familias con transacción esquizofrénica, modificar en forma gradual las definiciones que

componen el encuadre de dicha familia (reglas que definen las situaciones). Este proceso de cambio de encuadre se denomina “reencuadre”, esto es “cambiar el marco o punto de vista conceptual y/o emocional, ubicándolo dentro de otro encuadre que se amolde igual o mejor a los hechos de la misma situación, con lo cual se modifica totalmente su significado. (Aladro, 2006)

- Enfoque interaccional. Para llegar a este abordaje terapéutico fueron indispensables los trabajos realizados dentro del Instituto de Investigaciones en Palo Alto (Mental Research Institute). Investigadores como Bateson (1976), Watzlawick, Weakland, Fish, Beavin y Jackson (1976). Además de las contribuciones de Haley (1966) con su aportación a la solución de problemas. Este enfoque se inicia desde un nivel concreto, específico, realizando cuestionamientos minuciosos para asociar interacciones, secuencias, personales y soluciones intentadas al problema relatado por la familia. Para estos autores, la esquizofrenia se mantiene por las mismas conductas que tratan de suprimirlo, esto es la solución. Debido a esto, a que el problema es atacado simultáneamente por conductas que se oponen a él y otras encubiertas que lo favorecen. La intención del terapeuta es la de encontrar estrategias terapéuticas que interrumpan el tipo de secuencias disfuncionales sin importar que se obtenga o no la conciencia del campo. Para el análisis de la interacción lo importante es el realizar deducciones sobre lo observable ante la imposibilidad de conocer su funcionamiento interno, siendo las teorías de cibernética, teoría de juegos, epistemología y teoría de los sistemas en las que basan sus puntos de vista.
- Terapia Estructural. El creador del modelo estructural para intervenir terapéuticamente en el sistema familiar es Salvador Minuchin (1974) quién sostiene que una familia bien organizada es aquella que funciona adecuadamente y sus miembros estarán libres de alteraciones mentales graves. Para esto deberán establecerse límites claros entre los valores o partes del sistema permitiendo un funcionamiento independiente con acceso a la interacción familiar y delimitando las posibles interferencias exteriores incluyendo miembros de otras generaciones. Si la funcionalidad del sistema depende de la claridad de los límites, la aparición de las alteraciones mentales tales como la esquizofrenia son producto de una familia disfuncional. La estructura de la familia la constituye una serie de demandas invisibles que organiza la forma de interactuar de sus miembros, quienes operan a través de patrones de interacción y transacciones comunicacionales e interrelacionales entre el contexto ambiental y la conducta individual. Minuchin considera que los parámetros de observación importantes para realizar un análisis de los patrones de interacción son la; geografía, territorio, jerarquía y centralidad, cuando existe una alteración mental significativa menciona a estos en referencia a la violación de límites.
- Técnicas psicoeducativas se han aplicado a familiares de personas que viven con esquizofrenia (Fallon, 1985, citado en Ortega y colaboradores 2001), en la cual, se entrena a la familia para utilizar un método estructurado de solución de problemas, asociándolos principalmente hacia el individuo que

vive con esquizofrenia, a fin de evitar recaídas de éste por predisposición familiar (Baker, 1981, citado en Ortega y colaboradores 2001).

Existen otros tipos de terapia familiar encaminadas a promover una alternativa a los tratamientos psiquiátricos, individualistas, lineales y hospitalarios dentro de los cuáles difícilmente se ha encontrado un compromiso social hacia el tratamiento y manejo de la esquizofrenia, y cuando éste se encontraba podía ser identificado no como cuidado y resguardo de quién la padece, sino de quién le teme, desconoce y difícilmente tolera: la sociedad (Broustra, 1979). Se trata pues, con la innovación de estos tratamientos, de acercarse y abordar a la esquizofrenia fuera del hospital psiquiátrico, en donde éste ceda su directismo absoluto y pueda apoyarse en otras vertientes terapéuticas, amplíe su visión de la esquizofrenia y otros padecimientos mentales a partir de totalidades, de sistemas en interacción, retroalimentación con determinadas características en su comunicación.

CAPÍTULO II **SISTEMAS, CIBERNÉTICA Y COMUNICACIÓN**

El concepto de “Sistema” como una totalidad existía ya en el pensamiento de Aristóteles, sin embargo, con la aparición del Racionalismo promovido por Descartes este pensamiento desaparece, y la concepción de realidad comienza a desmembrarse tendiendo a una creciente fragmentación de ella.

A partir de la segunda década del siglo XX, comienza a emerger en diferentes lugares y en diferentes campos de investigación científica, un pensamiento cada vez más totalizador e integral. Así, surgen por ejemplo la Teoría de la Gestalt con Wertheimer, Kohler y Kofka (1924), los trabajos de Cannon sobre “Homeostasis” (1929 y 1932), la Teoría de la Comunicación, de Shannon, Weaver y Brillouin (1949) la Teoría de los juegos, de Von Neumann y Morgenstern (1947), la Teoría de los Conjuntos, de Mesarovic y Maccia (1964 y 1966).

Más adelante, son promovidas la Teoría General de los Sistemas, de Ludwing Von Bertalanffy (1968), la Teoría de la Comunicación Humana, en primera instancia con Bateson, Weackland, Haley y Fry (1952), y más tarde con Watzlawick, Beavin y Jackson (1967); la Teoría de la Cibernética, de Wiener, Rosenblueth y Bigelow (1948), y la considerable aportación del antropólogo Gregory Bateson en la unificación de estas tres teorías hacia un acercamiento para leer la conducta humana en sus diferentes manifestaciones. Razón por la cual, a continuación se desarrollan los antecedentes, explicaciones y fundamentos principales de éstas tres teorías.

II.1 Teoría General de los Sistemas

II.1.1. Definición y clases de Sistemas

La concepción de sistema se desarrolla en primera instancia, en la biología orgánica, a partir del momento en el que se ubica al organismo como un todo, como un sistema; con la concepción organísmica, teniendo como principal precursor a Claude Bernard. Esta perspectiva de sistemas impulsa hacia un cambio epistemológico planteando una diferente forma de visualizar las complejidades del universo a partir de totalidades, lo que fue generando la necesidad de establecer nuevos marcos de explicación para los fenómenos y hechos que estudian diferentes campos del saber. Como ejemplo, se sabe que durante el siglo XX, la Física experimenta una serie de cambios revolucionarios que destronan el paradigma mecanicista imperante desde la física de Newton. Las teorías de la Relatividad y Cuántica muestran una nueva concepción del universo, que no se ve ya como compuesto por una suma de partes separadas, sino como un todo armónico e indivisible, como una red

de relaciones dinámicas, que no pueden comprenderse como independientes de su observador e intérprete.

A finales de los años veinte, el biólogo austro-canadiense Ludwing Von Bertalanfly habla del programa organísmico para la Biología, con la intención de descubrir leyes de los sistemas biológicos a todos los niveles de organización, promoviendo así, *la teoría de sistemas del organismo*, antecesora de lo que más adelante se consideraría como *Teoría General de los Sistemas*. Sus conceptos se formularon por primera vez en los años treinta, pero fue hasta el año de 1947 que llegaron a una formalización. De esta forma, es como surge el concepto de sistema:

- *Sistema* es un conjunto de elementos relacionados entre sí, entre sus propiedades y con el medio ambiente. (Bertalanfly, 1987). Hall y Fagen definen sistema como “un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos” (citado en Watzlawick, 1989), entendiéndose como *objetos* los componentes o partes del sistema, los *atributos* se entienden como las características de los objetos y la *relación* sería la interacción que mantiene de una forma u otra unido al sistema. (Watzlawick, 1989).

Por lo tanto, Bertalanfly en 1968 describe la teoría general de los sistemas como:

“el estudio científico de los todos y las totalidades que, no mucho tiempo atrás, se consideraban nociones metafísicas que trascendían las fronteras de la ciencia. Y para tratarlos se han desarrollado nuevos conceptos, modelos y campos matemáticos. Al mismo tiempo, la naturaleza interdisciplinaria de los conceptos, modelos y principios correspondientes a los sistemas, constituye un posible acercamiento hacia la unificación de la ciencia” (Bertalanfly, 1987).

La teoría general de los sistemas se comprende mejor si se evalúa su desarrollo histórico a partir de una serie de aportaciones provenientes de campos muy variados del saber. De esta forma, encontramos la influencia recibida del campo de las matemáticas (principalmente en las teorías de los tipos lógicos y de grupos), en donde se presentaba un universo total compuesto de acumulo de energía y materia (sistemas), organizados en subsistemas e interrelacionados unos con otros (Garberí, 2001).

De esta forma comienza a recuperarse, en la ciencia, el antiguo enfoque "holístico" de la filosofía occidental, postergado durante el dominio de la mentalidad cientificista de los últimos siglos. Es decir, se pretende superar el enfoque "reduccionista" típico de la ciencia moderna física y química que suponía que todo era analizable por descomposición en sus últimas partes. A este “atomismo” se le considera ahora insuficiente para evaluar y comprender la realidad "compleja" del mundo. (Garberí, 2001)

Ludwig Von Bertalanffy propuso un modelo de sistema general como intento de unificar el conocimiento científico, tratando de favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria y lograr una mayor integración y unidad en las ciencias. Su Teoría General de los Sistemas busca "principios y leyes aplicables a sistemas generalizados o a sus subclases, sin importar su particular género, la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o 'fuerzas' que imperen entre ellos".

Como se mencionó anteriormente Bertalanffy define los "sistemas", como "complejos de elementos en interacción" (Bertalanffy, 1987) y establece una distinción entre sistemas *cerrados* y *abiertos*.

- **Sistemas Abiertos:** Sistemas que intercambian materiales, energía e información con su medio; produciendo modificaciones entre los componentes que lo conforman. (Bertalanffy, 1987) Ejemplos de estos sistemas podrían ser una célula, una planta, un insecto, el hombre, un grupo social.
- **Sistemas Cerrados:** No existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas (información, calor, materia física, etc.). Por lo cual, los elementos que lo conforman no se modifican. (Bertalanffy, 1987) Ejemplo de este sistema sería una reacción química que tenga lugar en un recipiente sellado y aislado.

De la misma forma Hall y Fagen (1956), proponen que un sistema es “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y sus atributos” (citado en Watzlawick y colaboradores., 1989).

II.1.2. Sistemas Abiertos y sus propiedades

Watzlawick, Beavin, y Jackson en 1967, publican su obra *Pragmatics of Human Communication*, en donde mencionan que los sistemas abiertos poseen determinadas propiedades como:

- *Totalidad*, en donde, cada una de las partes de un sistema está relacionada con las otras, de tal forma, que si se genera un cambio en alguna de ellas se provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total. Esto quiere decir que un sistema se comporta no sólo como un simple compuesto de elementos independiente, sino como un todo inseparable y coherente. Así la *no sumatividad* en un sistema puede entenderse de esta forma: el todo constituye más que la simple suma de sus partes, es decir, es imposible comprender un sistema mediante el solo estudio de sus partes componentes y sumando la impresión que uno recibe de éstas.
- *Retroalimentación*, al no relacionar de manera unilateral o sumatoria las partes de un sistema, Watzlawick y colaboradores., proponen los términos “retroalimentación” propuesto por la cibernética, y el de “circularidad” para

ilustrar como se relaciona las partes de un sistema. Por ejemplo, una cadena en la que el hecho *a* afecta al hecho *b*, y *b* afecta luego a *c* y *c* trae consigo a *d*, etc., tendría las características de un sistema lineal determinista. Sin embargo si *d*, lleva nuevamente a *a*, el sistema es circular y funciona de forma distinta.

- *Equifinalidad*, esto quiere decir que dentro de un sistema abierto idénticos resultados pueden tener orígenes diferentes, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Por lo tanto, si la conducta equifinal de un sistema se basa en su independencia con respecto a las condiciones iniciales, entonces no solo condiciones iniciales diferentes pueden llevar al mismo resultado final, sino que diferentes resultados pueden producirse por las mismas causas.

II.1.3. La Familia como Sistema Abierto

De acuerdo con la definición de sistema y a la Teoría General de los Sistemas, explicada anteriormente, los objetos o componentes del sistema pueden ser seres humanos individuales y los atributos pueden ser sus conductas comunicacionales o características intrapsíquicas, por lo tanto, **la familia** es considerada como un sistema abierto (Watzlawick y colaboradores., 1999). Igualmente se anticipa que todos los sistemas vivientes son sistemas abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno, manteniendo una tendencia hacia niveles de mayor heterogeneidad y organización, en contraposición a los sistemas cerrados en los que hay una continua tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden.

Watzlawick y colaboradores. (1967) mantienen en su obra *Pragmatics of Human Communication* esta misma analogía entre sistema abierto y familia. Toman el modelo para la interacción familiar a partir del concepto “*homeostasis familiar*” propuesto por Don D, Jackson en su obra: *The Question of Family Homeostasis* (1957), de esta forma, sugieren las siguientes propiedades de los Sistemas Familiares:

- **Totalidad.** Dentro de la familia la conducta de cada integrante está relacionada con la de los demás y depende de ella. La conducta del sistema familiar no se puede entender como la suma de las conductas de sus miembros, es decir, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos, de la simple evaluación de los individuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, por lo que resulta necesario obtener información de las interacciones.
- **No sumatividad.** Un sistema no puede entenderse como la suma de sus partes. Existen patrones interaccionales que trascienden las cualidades de las partes individuales.
- **Causalidad circular.** Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. En las relaciones familiares todo es principio y fin.

- **Equifinalidad.** Hace referencia a que el sistema familiar puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
- **Equicausalidad.** Sugiere que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Esto implica la imposibilidad de hacer predicciones deterministas en el desarrollo de las familias, porque un mismo inicio podría llevar a fines distintos. El pasado no sirve y el futuro es impredecible.
- **Retroalimentación.** A partir del nacimiento de la cibernética y el descubrimiento de la retroalimentación se ha comprobado que la relación circular altamente compleja constituye un fenómeno distinto de las relaciones causales más simples.
- **Limitación.** Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la posibilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta haciendo que se reafirme con el tiempo. Esto quiere decir, que si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.
- **Regla de relación.** En el sistema familiar existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, debido a que el factor más trascendente de la vida humana es la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
- **Ordenación jerárquica.** El sistema familiar no solo comprende el dominio que uno de los miembros ejerce sobre otros en materia de poder y responsabilidad sino también de ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.

La Teoría de los Sistemas aplicada al estudio de la familia ha permitido identificar diferentes manifestaciones perturbadoras en el interior de este sistema, entre otras, la manifestación esquizofrénica, motivo de esta investigación, la cual ha sido leída desde esta concepción con la finalidad de aproximarse al entendimiento de su pluricausalidad, comportamiento y de las relaciones que mantiene con el entorno.

II.2. Cibernética

II.2.1 Orígenes y desarrollo de la Teoría Cibernética

Cibernética es un término que proviene del griego “kybernetikée” cuyo significado refiere a “timonel”. La definición de la cibernética es una tarea compleja, dado el sin número de definiciones a que ha dado lugar. Este término ya fue empleado por Platón, que lo utilizó para referirse al arte de guía y pilotaje, tanto de objetos como de seres humanos. De hecho, la palabra cibernética tiene la misma raíz que la palabra gobierno: el arte de manejar y dirigir sistemas altamente complejos. Igualmente en 1834, André-Marie Ampère recoge la palabra cibernética para designar "el estudio de los medios de gobierno". Los orígenes de la cibernética se sitúan en el interés de combinar los descubrimientos de matemáticas, ingeniería y fisiología con teorías consideradas humanistas, dando como origen una ciencia interdisciplinaria de la comunicación y la información.

Actualmente la cibernética se establece como la ciencia del control por medio de máquinas de información que pueden ser naturales u orgánicas, como el cerebro humano que responde en tanto descarga neuronal al carácter de todo o nada, análogo a la escala binaria; y artificiales como la computadora.

La cibernética fue desarrollada a principios de los años cuarenta en EE.UU. a partir de los trabajos de matemáticos como Norbert Wiener, Von Neumann, Claude Shannon, de físicos e ingenieros como William Bigelow y V. Bush y neurofisiólogos como Warren McCulloch y Arturo Rosenblueth. Estos autores asumen que entre el sistema nervioso y la máquina automática existe una analogía fundamental: ambos son dispositivos que toman decisiones basándose en otras tomadas en el pasado. Rosenblueth y Wiener venían ya trabajando por más de dos décadas en estos estudios sentando las bases para la creación y el posterior desarrollo de la cibernética. En primera instancia, se interesaron por la actividad automática; rompiendo con el tabú de considerar “el propósito” como algo inaceptable para la ciencia, ya que consideraban que esta exclusión de la “propositividad” limitaba el estudio de los dispositivos de control automático. Ambos investigadores rescataron el concepto de “propósito”, encontrando un principio general de operación de sistemas automáticos que es “*la retroalimentación*”, la cual consiste en que si un sistema induce un cambio en una función, existen dispositivos que los detectan, y si se mantiene la dirección del cambio en la función controlada se da la *retroalimentación positiva*, en cambio, si la función rebasa el nivel previsto, la información inducirá al cese de la acción estimulante o *retroalimentación negativa*. De esta forma, la *homeostasis* sería considerada como la acción continua automática de estos circuitos de retroalimentación, por lo que cada función tendría entonces un centro de control, un dispositivo efector y uno de detección continua del nivel de la función controlada. Tales principios rigen el funcionamiento del cuerpo humano y pueden utilizarse para fabricar máquinas, sistemas homeostáticos en la industria, entre muchas otras aplicaciones.

De esta forma se considera que Wiener, Rosenblueth y Bigelow (1948), a partir de los estudios sobre mecanismos fisiológicos determinantes de la homeostasis crean la cibernética, extendiéndola a la teoría de los autómatas, a la cibernética y a las robóticas actuales. (Bertrando y Toffanetti, 2004). Su desarrollo se vio impulsado por los avances en el terreno de la ingeniería con su énfasis en construir dispositivos que amplificaran y facilitaran el uso de algunas de nuestras operaciones intelectuales y el surgimiento de la teoría de la información, creada por Claude Shannon (1937) quien logra crear una medida cuantitativa de la información y con ella una teoría matemática de la comunicación.

Según la definición de Wiener, su creador, la cibernética es: “el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina”. Posteriormente Gregory Bateson la definió como “la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información” (Bertrando y Toffanetti, 2004). En síntesis, la cibernética es el estudio de la autorregulación tal como se da, en los sistemas naturales (por ejemplo, la regulación

homeostática del cuerpo), como en los sistemas artificiales (por ejemplo, el termostato que regula la calefacción) (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En una primera etapa los teóricos de la cibernética, con Wiener a la cabeza, se interesan en la teoría de los mensajes, el diseño de máquinas de calcular y autómatas; el manejo de aparatos y grupos humanos, y a la reflexión acerca del sistema nervioso. A ella se le conoce como **primera cibernética, o de sistemas observantes de primer orden**. Más adelante éstos teóricos se preocupan por “entender” máquinas o sistemas autoorganizadores y a sus desarrollos se les llama **cibernética de segundo orden o sistemas observados: cibernética de cibernéticas**. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

II.2.2. Cibernética de Primer Orden o Primera Cibernética

La **cibernética de Primer Orden** o de los sistemas observados, se basa en el principio de que el sistema observado se considera separado del observador, por lo tanto, éste registra lo que sucede afuera de él sin necesidad de considerar y explicar su propia participación al observar. Esta cibernética pone mayor énfasis al modo en el que los sistemas mantienen su organización u *homeostasis* por *retroalimentación negativa o morfostásis* (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Wiener elabora esta concepción teórica con la intención de construir máquinas con un “propósito” u “objetivo” y operar de modo tal que pudieran corregir su propio funcionamiento; por lo que, para mantener y cumplir con ese objetivo se tendrían que mostrar capacidades autorreguladoras. El motor principal para el desarrollo de esta teoría estuvo dado por el interés de desarrollar cañones antiaéreos capaces de hacer blanco en aviones que desde la primera guerra mundial se habían vuelto muy veloces, y se requería construir aparatos de esa índole con una creciente complejidad y precisión. Para optimizar su objetivo, Wiener utiliza el término de “retroalimentación” o “feedback”, haciendo referencia a un mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño. De esta manera la información sobre los efectos retroactúa sobre las causas convirtiendo el proceso de lineal a circular. Esta teoría considera que los procesos de corrección de la desviación (retroalimentación negativa) *permitían mantener* la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema. Por lo tanto la homeostasis como proceso autocorrectivo era el concepto predominante.

La cibernética de primer orden en su segunda etapa se basa en la manera en que los sistemas *cambian* su organización por *retroalimentación positiva o morfogénesis* en los procesos de desviación y ampliación. Estos nuevos desarrollos de la cibernética derivan de los trabajos de Bateson, Mc Culloch, Maturana, Varela, Foerster y Glaserfeld. Por lo que, la segunda etapa es bautizada por Mogoroh Maruyama en 1963 cómo “**segunda cibernética**”,

con el énfasis puesto en los procesos de desviación, retroalimentación positiva y procesos sistémicos de cambio, subrayando la dialéctica entre estabilidad y cambio, es decir, Maruyama consideraba que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: *Morfostásis* (mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa) y *Morfogénesis* (desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva), además, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

II.2.3. Primera cibernética y familia

La primera cibernética constituyó un cambio epistemológico en el que se da un salto desde el campo de la explicación a partir de la materia y energía, al de la información y organización, a la visión del propósito finalidad. A visualizar los hechos y relaciones causalmente lineales como enlaces circulares entre sus componentes.

Por lo tanto, se inició una relación temprana entre la teoría cibernética y la familia. De acuerdo con Packman (1996), esta relación consistió en el surgimiento de los modelos llamados “interaccionales”, los cuales, aplicaban nociones cibernéticas al campo de las interrelaciones humanas y resolución de los problemas que en ellas se generan. Dichos modelos surgen de las investigaciones comandadas por Gregory Bateson en *Mental Research Institute* (MRI). Bateson, asociado al campo de la psiquiatría desarrolla su teoría del “doble vínculo” para acercarse a una comprensión innovadora de la esquizofrenia, surgiendo de esta forma, la primera aplicación consistente del pensamiento sistémico al campo de la problemática social.

Más adelante, ya dentro del campo terapéutico familiar Jackson en 1957 aplica el concepto de homeostasis a los sistemas familiares para tratar mecanismos patológicos caracterizados por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo. Jackson observó que el comportamiento de los miembros de una familia con un integrante esquizofrénico se deterioraba en la medida que este mejoraba, estos comportamientos fueron nombrados de “tipo homeostático” destinados a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbador. (Pakman, 1996)

Desde la teoría cibernética, a la familia se le ve como un sistema que trasciende los límites de la persona aislada y unidad sistemática. Los modelos terapéuticos se plantean tareas para llegar a mantener o restaurar el equilibrio homeostático en los sistemas familiares. Las intervenciones giran en torno a la primera cibernética, es decir, a optimizar los procesos que contrarresten la desviación y cadenas de retroalimentación negativa.

II.2.4. Cibernética de Segundo Orden o Segunda Cibernética

La **cibernética de Segundo Orden** considera al observador como parte de la realidad observada y no cómo organizador de ésta, se ha llegado a denominar **cibernética de los sistemas observantes** (Sluzki, 1985), debido a que, la implicación del observador en los fenómenos físicos nos remite a cambios importantes en la percepción de la realidad y las explicaciones a la misma. En este sentido Von Foerster (1949) encuentra en la cibernética un campo para integrar ciencia-técnica y filosofía que proveen un lenguaje para hablar de sistemas diversos y proponer sus investigaciones para una “epistemología de los objetos vivientes” lo que implica tener una “teoría del observador” quien tendría que percatarse de sí mismo y su capacidad para formular esa teoría. Para ello señala que:

- Las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador.
- Las observaciones afectan a lo observado de modo tal que impiden toda esperanza del observador en cuanto a poder predecir. Lo que predomina es la incertidumbre absoluta.
- Una descripción del universo implica a aquél que lo describe.
- Lo que se describe, de acuerdo a como lo señala Bateson, son principios explicativos, no copias fieles de la realidad y no se puede usar un principio explicativo para dar cuenta de otro. (Foerster, 1996)

El avance y desarrollo de la teoría cibernética derivan de los trabajos de Bateson, Mc Culloch, Maturana, Varela, Foerster y Glaserfeld; es bautizada por M. Maruyama como “segunda cibernética”, con el énfasis puesto en los procesos de desviación, retroalimentación positiva y procesos sistémicos del cambio.

II.2.5. Segunda Cibernética y Familia

La segunda cibernética o cibernética de segundo orden centra su interés en la comprensión del funcionamiento de los sistemas en la relación recíproca entre lo que se conoce y quién es el que conoce. Por lo tanto, las aportaciones de la segunda cibernética permitieron explicar principalmente la actividad terapéutica como una posibilidad de generar crisis o movimientos desequilibrantes y situaciones provocativas, destinadas a motivar a la familia a generar cambios cualitativos. En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en el sistema familiar, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta.

De acuerdo a las explicaciones anteriores, se puede comprender mejor el tipo de interacciones, pautas de comunicación y conductas que se dan dentro del sistema familiar como una forma de “regulación”, ya sea a través del *no cambio*, es decir, del mantenimiento del síntoma o bien de la reestructuración del sistema familiar cuando se

persigue el movimiento del *cambio*, de tal forma que no haya elementos disfuncionales para un integrante o para el sistema familiar completo, originando la participación del terapeuta en este proceso. El reconocimiento del lenguaje tanto analógico como digital del sistema terapéutico será un indicador del ambiente familiar y con esto de las posibles intervenciones a realizar, ya sea estando con una perspectiva de la **cibernética de primer orden** (como parte externa al sistema) o del **segundo orden** (participando en el sistema). (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

II.3. Teoría de la Comunicación Humana

II.3.1 Introducción a la Comunicación Humana

La comunicación entendida como un intercambio de significados entre individuos a través de un sistema común de símbolos, ha sido tema de estudio y análisis desde los tiempos de la antigua Grecia. Hasta mediados del siglo pasado el tema se incluía en diversas disciplinas como la ingeniería o la matemática, pero a partir de entonces se fue creando un creciente interés con relación a los diferentes modos y procesos de la comunicación, entre ellos la específicamente humana.

Uno de los primeros modelos explicativos de la comunicación se dio en 1949, derivados del desarrollo de las investigaciones de Claude Shannon, ingeniero electrónico, y Warren Weaver, matemático. Este modelo de la Comunicación tenía como objeto de estudio el análisis de la eficacia en la información, y buscaba establecer medidas cuantitativas sobre la capacidad de variados sistemas, de transmitir, almacenar, y además procesar información, para descubrir las leyes matemáticas que los gobiernan, intentando establecer la medida cuantitativa mínima que reduce la incertidumbre en un mensaje. Esta teoría consideraba que para que se produjera una comunicación debían tenerse en cuenta ciertos factores organizados linealmente tales como: emisor, codificador, mensaje, canal, decodificador y receptor. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Este modelo propuesto por Shannon y Weaver ofrece una lectura lineal y diádica de la comunicación dado que está centrado en los mensajes enviados de un punto a otro y en los resultados o posibles influencias sobre emisor y receptor. Al incorporarse el concepto de retroalimentación de la cibernética se obtiene mayor comprensión de la complejidad en la comunicación interpersonal, por lo cual, se da un giro en cuanto a la concepción lineal para cambiarla por una circular.

Gregory Bateson entre sus aportaciones a la comunicación derivadas de sus trabajos antropológicos mostró la distinción de los canales de la comunicación en *analógicos* y *digitales* y la nueva interpretación de los conceptos de *sismogénesis simétrica o complementaria*, formulados para describir los contactos culturales. Igualmente, la

utilización de un *razonamiento por analogía* permitió evidenciar que para comprender el comportamiento de un individuo, hay que considerar imprescindiblemente los lazos entre dicha persona y los individuos con los que se relaciona, ya que, la conducta de un ser humano está determinada por la respuesta del otro. Por lo tanto, ***la explicación del comportamiento humano es la interacción.*** (Bertrando y Toffanetti, 2004)

Bateson en 1952 bajo el patrocinio de la Fundación Rockefeller, reúne un grupo de profesionales, entre ellos a John Weakland, Jay Haley y William Fry con la intención de estudiar la *Naturaleza y los Niveles de la Comunicación*. Durante ese tiempo el grupo se ocupa de investigar la *Comunicación Ambigua*, es decir, mensajes y metamensajes que se califican mutuamente. Más adelante surge el interés por estudiar la *Comunicación y los Niveles de Comunicación* en personas diagnosticadas como esquizofrénicas; fueron descubriendo que la comunicación de estas familias era rica en paradojas y confusiones de niveles lógicos, es decir, ***las personas consideradas esquizofrénicas no podían diferenciar los metamensajes que determinan el contexto, tomando las metáforas literalmente y los hechos reales como metáforas;*** por lo que resulta claro la dificultad para descifrar los mensajes entender el contexto en el que eran emitidos.

El 1954 Bateson conoce a Don D. Jackson, Psiquiatra y Psicoanalista, quién para ese entonces dirigía el departamento de Psiquiatría de la Clínica Médica de Palo Alto California. Don Jackson había formulado el concepto de “***Homeostasis Familiar***”, también empezaba a delinear una Teoría Sistémica propia derivada de sus investigaciones con personas diagnosticadas como esquizofrénicas; dentro de su teoría mencionaba que: “*los síntomas esquizofrénicos eran el reflejo de interacciones homeostáticas familiares*”. (Bertrando y Toffanetti, 2004). Lo anterior, a criterio de Bateson, tenía cierta relación con los objetivos del proyecto que él mismo dirigía junto a Haley, Weakland y Fry. Esto permitió que Jackson se convirtiera en consultor del proyecto, y así el grupo comenzaría a inclinarse por la clínica y la terapia. Después de dos años de trabajo continuo este equipo de investigación propone la hipótesis del “***doble vínculo***” a través de observaciones centradas exclusivamente en los individuos que crecen en un contexto donde reciben mensajes intrínsecamente contradictorios y siempre terminan siendo castigados, tanto por lo que hacen, como por lo que no hacen, tal situación los obliga a sobreponerse de una forma u otra. En 1956 el grupo presenta la hipótesis desarrollada del ***doble vínculo*** en el artículo “***Hacia una Teoría de la Esquizofrenia***”, considerado el punto de origen de la concepción sistémica de la esquizofrenia y de la familia.

Con el paso del tiempo el grupo de investigación comandado por Bateson comienza a escindirse, los trabajos de Jackson y Weakland se centran cada vez más en la familia a la que conciben como una organización jerárquica en la que los individuos luchan por establecer quién definirá las relaciones, en cambio Bateson concibe a cada familia como un conjunto unitario en el que confluyen diversos procesos de comunicación; por otro lado, Haley comienza a interesarse más por la forma en la que se asumen las terapias. De esta

forma, Bateson abandona sus investigaciones en el campo de la Psiquiatría para retornar a sus estudios de etología, mientras que Jackson, Haley y Weakland en 1962 se adhieren junto con Paul Watzlawick al *Mental Research Institute (MRI)*, fundado por Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin en 1959 con el objetivo de estudiar la comunicación y la naturaleza de las interacciones de las familias con otros sistemas sociales y así formalizar un método de terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004).

II.3.2. Axiomas de la Comunicación

El Mental Research Institute (MRI), se convierte en un afamado centro de investigación debido a las publicaciones de sus principales investigadores: Haley contribuye con su primer libro: *“Estrategias en Psicoterapia”*. Satir trabaja en su *“Conjoint Family Therapy”* (1967). Jackson, además de publicar diversos artículos, dirige las investigaciones de sus colaboradores. Pero sin duda, una de las obras clave del MRI fue la *“Teoría de la Comunicación Humana”* publicada por Watzlawick, Beavin y Jackson en 1967, obra centrada más que en la investigación en el establecimiento y consolidación de un modelo de intervención terapéutica. En esta obra los autores refieren la emergencia del enfoque comunicacional, interaccional o sistémico en las ciencias del comportamiento, nutrido de campos como: la ingeniería de las comunicaciones y la cibernética, la antropología y la teoría de los sistemas. En el MRI se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado *“en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos”*. (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1989)

Del modelo pragmático de la comunicación humana propuesto por Watzlawick, Beavin y Jackson se destacan los siguientes axiomas:

- **No es posible NO comunicarse.**
Toda conducta es comunicación por lo que es imposible no comportarse, la no-conducta no existe, así toda conducta es una forma de comunicar, actividad o inactividad, palabras o silencios tienen siempre valor de mensaje para el interlocutor, influyen sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican. Por lo tanto, la conducta (comunicación) “alienada” o “esquizofrénica” no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación familiar absurdo e insostenible.
- **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación.**

De acuerdo a las reglas descritas por Bateson con anterioridad, también la comunicación está definida por el contexto (en consecuencia, es la relación la que actúa como fondo). En toda comunicación hay una relación al haber un emisor y un receptor, el contenido del mensaje se refiere a la información transmitida y el aspecto relacional se centra en la relación entre comunicantes (a quién y cómo nos comunicamos).

El “nivel de contenido” de un mensaje transmite “INFORMACIÓN”.

El “nivel de relación” se refiere a cómo la comunicación sirve para “DEFINIR” el tipo de relación que quiero establecer con mi interlocutor.

La metacomunicación se refiere al análisis comunicacional cuando se comunica algo sobre la comunicación, la capacidad para metacomunicarse en forma adecuada es indispensable para una comunicación eficaz.

Cuanto más espontánea y sana es una relación, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado con la relación. Las relaciones “esquizofrénicas” suelen caracterizarse por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante

- **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.**

Para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambio de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama “puntuación de la secuencia de hechos”. En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Así, a una persona que se comporta de determinada manera dentro de un grupo, la llamamos “líder” y a otra “adepto”, aunque resultaría difícil decir cual surge primero o que sería del uno sin el otro. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencia de hechos es la causa de incontrolables conflictos en las relaciones.

- **Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente**

El lenguaje digital (se transmite a través de signos lingüísticos o escritos, y es el vehículo del contenido de la comunicación) tiene una sintaxis perfecta, pero una débil semántica relacional; el lenguaje analógico (se determina por la conducta no verbal, como gestos, tono de voz, etc., además es el vehículo de la relación) tiene semántica, pero no una sintaxis para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, sea como receptor o como emisor, debe traducir constantemente de uno al otro. En la comunicación humana la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No solo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta sumamente difícil. Hablar acerca de una relación requiere de una traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital. En la comunicación “confusa” se observan incongruencias entre el lenguaje verbal y el analógico. Una persona puede estar diciendo (digital): “no estoy enfadado”, y sin embargo, su tono de voz, su gesto y postura corporal expresan auténtica agresividad (analógico).

- **Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia.**

El intercambio simétrico tiene lugar en la producción de mensajes de la misma naturaleza, la cual, justamente por ello, puede provocar un mutuo crecimiento paradójal, mientras que el intercambio complementario produce un incremento paradójal de diferencias entre los mensajes.

En un intercambio complementario hay dos posiciones distintas, un participante ocupa lo que he descrito de diferentes maneras como la posición superior o primaria mientras que el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique con “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”. El intercambio complementario se puede establecer por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o por el estilo idiosincrásico de relación de una díada particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro.

En un intercambio o relación simétrica no existen dos posiciones ya que está basada en la igualdad. La relación simétrica puede estar definida por el contexto social, como por ejemplo, la relación entre hermanos, entre amigos, entre marido y mujer, etc. También puede ser el estilo propio de una díada particular. En este tipo de relación e intercambio existe el peligro de la rivalidad o la competencia. Cuando se pierde la estabilidad en una relación simétrica, se produce una “escapada” de uno de los miembros; el otro

intentará equilibrar la relación, produciéndose, a partir de aquí el fenómeno conocido como “escalada simétrica”.

Estos conceptos de complementariedad y simetría se refieren simplemente a dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios comunicacionales. Ambas cumplen funciones importantes y ambas deben de estar presentes aunque en alternancia mutua o actuando en distintas áreas. Ello significa que cada patrón puede estabilizar al otro siempre que se produzca una escapada en uno de ellos; así mismo es posible, y necesario, que los dos participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

II.3.3. Metacomunicación

En el lenguaje verbal podemos distinguir el lenguaje-objeto y el metalenguaje. El primero es aquél que “se usa”; mientras que el metalenguaje es aquél con el que “se habla” del anterior. Así por ejemplo, en una gramática inglesa para estudiantes castellanos, el lenguaje-objeto es el inglés, y el metalenguaje el castellano.

Garberí y Caompañ en su obra “Evolución Sistemas y Terapia Familiar” (1998, p. 77) proponen que es sintáctica y semánticamente correcto escribir: BARCELONA ES UNA GRAN CIUDAD, pero sería incorrecto escribir: BARCELONA TIENE CUATRO SÍLABAS, pues en este caso deben utilizarse comillas “BARCELONA” TIENE CUATRO SÍLABAS. La diferencia entre estos dos usos de la palabra radica en que la primera aseveración, la palabra se refiera a un objeto (una ciudad), mientras que en el segundo caso, esta palabra se refiere a un nombre (que es una palabra) y, por tanto así misma. (Garberí y Caompañ, 1998)

II.3.4. Circularidad en las pautas de Comunicación

En el modelo clásico de la ciencia pura, se considera que la causalidad es lineal. En cualquier situación dada, se nos ha enseñado a entender la “causa” de un “efecto” alterando las variables una por una hasta que se aísla el factor que produce el hecho particular. Sin embargo, cuando se trabaja a partir de la premisa de que los aspectos significativos de un sistema solo pueden comprenderse examinando el sistema como una “totalidad”, se hace necesario considerar la etiología desde un punto de vista diferente. En las cadenas progresivas lineales de causalidad, tiene sentido hablar del comienzo y el fin de una cadena, pero en los sistemas con circuitos de retroalimentación tales términos carecen de sentido. En un círculo no hay comienzo ni fin. La teoría general de los sistemas considera que la causalidad es un proceso circular. (Ríos, 2000)

II.3.5. Comunicación Familiar

Se ha mencionado que el desarrollo del ser humano es progresivo e integral, y la comunicación no está exenta de ello, los padres de familia, generalmente comienzan a tener contacto o comunicación desde el período prenatal, a partir de los comentarios acerca de sus expectativas como padres, de lo que esperan de su o sus hijos, etc. Esta comunicación se continúa comentando y fortaleciendo en la primera infancia, en la que el pequeño es muy receptivo desde los primeros meses de vida a los mensajes verbales y no verbales que le son transmitidos por sus padres, así como la comunicación que entre ellos (padres) se genera.

La comunicación familiar es de suma importancia para el desarrollo del individuo debido a que influye directamente en las perspectivas del mismo y en su desarrollo social, así como en la forma de mantener contacto con el entorno, lo cual se vive con mayor intensidad cuando el niño comienza con su vida escolar, en donde empieza a tener obligaciones, a compartir con otros niños de su edad, con maestros y otras figuras de autoridad incrementando su círculo social. No obstante lo anterior, la familia continúa teniendo un papel importante que incluso influye en la percepción de este cambio, lo cual puede determinar que continúe la buena comunicación expresando interés por las actividades que el niño desarrolle, afirmando así los vínculos afectivos y generando confianza en el niño.

Cuando llega la pubertad y la adolescencia, también comienzan grandes cambios psicosociales, los cuales pueden ser vividos con ansiedad tanto por los jóvenes que lo viven como para la familia, sobre todo cuando la comunicación entre ambos es distorsionada por la necesidad directa o indirecta de los padres por seguir tratando al joven todavía como a un niño, que depende todavía de ellos y que no cuestiona. Por lo tanto, la comunicación familiar también desarrolla cambios significativos en la manera de expresar y comprender sus mensajes.

Como se mencionó con anterioridad la comunicación puede ser referida desde la conducta y sus efectos, Watzlawick (1967) menciona “Toda conducta y no solo el habla es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan la conducta”.

Dentro de cada individuo, así como en la relación familiar la comunicación es la base para el establecimiento de las relaciones, la demanda de necesidades y para manifestar los afectos y emociones. Al momento de nacer, un ser humano no tiene experiencias, y es por medio de la comunicación (física en primera instancia), con sus padres y con su familia como comienza a aprender las bases para sus relaciones interpersonales dentro de la familia y con su entorno extrafamiliar.

Satir (1982) menciona que “la comunicación abarca la diversidad de formas como la gente transmite información: que recibe, cómo la utiliza y cómo le da significado”. Así mismo, propone seis elementos que intervienen en toda comunicación:

- Cuerpo: en el que percibimos o podemos observar su movimiento, su forma y su figura.
- Valores: conceptos en los cuales toda persona se apoya para actuar de acuerdo a lo que debiera y debería hacer o no, tanto la persona misma como los demás.
- Expectativas del momento que se derivan de experiencias previas.
- Órganos de los sentidos, los cuales permiten ver, oler, escuchar, sentir, etc.
- Capacidad de hablar, refiriéndose a lo que transmitimos al hablar como la voz, la palabra.
- Cerebro, mediante el cual almacenamos el conocimiento de experiencias pasadas que van a formar parte de nuestro repertorio como pueden ser los libros, conversaciones, situaciones vivenciales, las cuales influirán en la perspectiva de una situación presente.

De acuerdo con Satir, estos seis elementos, representan las bases para el desarrollo y desenvolvimiento de situaciones en el futuro, además de ayudar a formar una concepción de sí mismo, permiten interactuar, formar las bases de la comunicación familiar y participar en nuestro entorno social.

A pesar de ciertas diferencias conceptuales y metodológicas Watzlawick y Satir coinciden en que la comunicación se basa en la interacción personal y se va aprendiendo a lo largo de nuestra vida. Por lo tanto, dependerá de nuestro aprendizaje previo como vamos a percibir, interpretar y responder a los mensajes que recibamos del exterior, ya que, como podemos observar existen muchos elementos que tienen que ver con la comunicación, y su importancia radica en que en muchas ocasiones distorsionamos o malinterpretamos, o más aún no sabemos expresar lo que sentimos o lo expresamos incorrectamente, generando por tanto, fallas en la comunicación con nuestro entorno, incluido en este por supuesto nuestra familia. Por ejemplo, si un niño quiere acariciar a su hermano menor y lo hace con demasiada fuerza o no controla su impulso eufórico, y en consecuencia el hermano llora, la madre pensará que lo quiere lastimar por sentirse celoso o enojado, habrá un regaño o reprimenda, el niño no entenderá lo que sucede se confundirá ante cómo expresar adecuadamente sus emociones. Lo anterior puede llevar a resentimientos dentro de la familia por no poder entender verdaderamente los mensajes expresivos y receptivos.

A este respecto Macías (1994) corrobora uno de los axiomas comunicativos propuestos por Watzlawick y colaboradores, mencionando lo siguiente: “En el mensaje distinguimos dos aspectos, uno el contenido, que se dice (información, ideas, sentimientos), el otro, el relacional, cómo se expresa lo que se dice definiendo así la relación entre el

emisor y el receptor del mensaje (de jefe a subordinado, entre iguales, de inferior a superior, en términos amistosos o no)".

Sobre este punto es importante mencionar que pueden llegarse a dar malas interpretaciones aun cuando exista una congruencia entre los mensajes verbales y no verbales (verbal y analógico), ya que, es muy difícil tener la certeza de lo que nos están diciendo con toda exactitud, porque cada mensaje tiene implícita determinada emoción e intención y que puede ser correcta nuestra interpretación aunque no está exenta de ser "mal interpretada". Muchas veces los mensajes verbales y los no verbales dirigidos por los padres hacia sus hijos no concuerdan generando confusión e incongruencia comunicativa.

De acuerdo con Macías (1994), los mensajes en una familia pueden ser:

- *Directos*: Se envían directamente a la persona que se dirige.
- *Indirectos*: Se le dice a otra persona pretendiendo que la escuche o entienda aquella a la que realmente va dirigido.

El mismo autor nos comenta que la comunicación familiar puede ser:

- *Comunicación Clara*: Refiriéndose precisamente a que el mensaje sea preciso, se diga con toda claridad
- *Comunicación Enmascarada*: La cual se refiere a cuando se dice el mensaje disfrazado, encubierto y no muy claro.

En la relación familiar, de acuerdo con Macías (1994), la comunicación se puede dar en dos áreas: la instrumental y la afectiva, ambas ligadas. Puede haber familias que se comuniquen adecuada o inadecuadamente en ambas áreas, o en alguna de ellas. Cuando a una familia se le conoce cómo "funcional", se dice que su comunicación es clara, directa y congruente, es decir, se observa una coherencia entre los mensajes y las conductas de los miembros de la familia, y en el polo opuesto, en familias "disfuncionales" los mensajes y las conductas que se presentan son indirectas y enmascaradas, además de observar una incongruencia entre los mensajes verbales y los no verbales, que a su vez denotan la carencia afectiva entre los miembros, por lo que dicha situación se sigue fomentando.

Satir (1982) complementa este punto de vista, al mencionar la importancia que tienen los mensajes claros, directos y congruentes para la retroalimentación de la familia nutricia la cual ayuda a la alimentación de sus miembros; además de generar la necesaria congruencia entre los mensajes verbales y las conductas de sus miembros; hechos importantes y necesarios para el establecimiento de valores, reglas transmisión de emociones y al interacción entre los integrantes de la familia.

CAPÍTULO III **FAMILIAS Y ESQUIZOFRENIA**

A partir de las investigaciones acerca de la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1968)), de la Cibernética (Wiener, Rosenblueth y Bigelow 1948) y de la Comunicación Humana (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1967) ha habido un continuo interés sobre las influencias familiares y su impacto sobre el individuo. De la misma forma Ronald D. Laing junto a su colaborador A. Esterson en su libro “Cordura, Locura y Familia” publicado en 1963 mencionan que las relaciones de las personas dentro de un nexo familiar se caracterizan por la influencia recíproca, directa, intensa y duradera, sobre la experiencia y la conducta de los unos sobre de los otros. Por lo anterior, podemos identificar a la familia como un sistema abierto, tanto hacia el mundo interno de los individuos que conforman el sistema familiar y desde el cual intercambian vivencias e información, como hacia el sistema social que le impone sus normas y que determina algunos de sus valores fundamentales. Minuchin (1990) menciona que si la familia es medular para el individuo, entonces algún miembro de ella en estado de inestabilidad psíquica y/o emocional es muestra de una alteración psíquica-emocional a nivel familiar. A manera de resumen, entendemos que las características del individuo son moldeadas por sus relaciones interpersonales, por lo tanto, las pautas de interacción entre los sujetos y en específico: la interacción y comunicación familiar y la relación de estos con la alteración psíquica conocida como esquizofrenia pasan a ser el objeto primordial de estudio en esta investigación.

El estudio de estos procesos de interacción y comunicación familiar relacionados con la esquizofrenia ha sido el principal foco de atención de investigadores y terapeutas familiares en los últimos años. Como se mencionó con anterioridad en la década de los años 50 se formularon diversas teorías de la interacción y comunicación familiar, destacando de entre ellas las de los grupos de Bateson, Lidz y Wynne, quienes a pesar de las marcadas diferencias entre estas tres escuelas, las tres comparten la siguiente hipótesis general: “...condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia”. (Liem, 1980).

Debido a que en nuestra sociedad la familia es considerada como una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, es sabido que los estudios de los procesos de interacción familiar suelen aportar información valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos y su predisposición y/o relación con diferentes comportamientos llamados “desviados” o “anormales”. Este tipo de conductas generalmente no se presentan como actos individuales, sino que muchas formas de “desviación” son actos colectivos en los cuales se interrelacionan tanto valores derivados y sustentados por el grupo, como valores particulares del individuo, principalmente porque todo sistema social prescribe una serie de valores y normas rectoras que deben ser observados, asimilados e introyectados y cuando esta situación no ocurre, y se llegarán a

violar las reglas constitutivas, la situación se tornaría confusa ya que aparecen una multiplicidad de mensajes que entran en un llamado “corto circuito”, lo que podría conducir ya sea al retraimiento de las personas de la interacción o a una redefinición de la conducta inesperada. (Bastide, 1967).

III.1. Familia

Etimológicamente el vocablo “familia” es de origen latino y apareció en Italia derivado de “*famulus*” que era la palabra con la que se designaba al conjunto de esclavos y servidores que no solo recibían dinero por su trabajo, sino que también, su habitación, trabajo y vestido, dependían de su señor, compartiendo además su mismo techo; después pasó a ser la casa en su totalidad tanto el señor como la mujer, los hijos y los criados que vivían bajo su dominación.

Laing (1969) opina que damos el nombre de “la familia” al grupo de personas que viven juntas durante determinados períodos y se hallan vinculados entre sí, sin embargo, la dinámica y las estructuras que se identifican como propios de una familia, pueden muy bien no manifestarse en los grupos que recibieron esa denominación en otras épocas y lugares. Por lo que, la influencia de la dinámica y la estructura de una familia sobre la formación de la personalidad en un individuo puede variar de una sociedad a otra, o incluso dentro de la misma sociedad en donde se está inmerso. (Laing, 1969)

Carlos Sluzki define a “*la familia*” como un conjunto en interacción, organizada de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad y particularidad; es un sistema cuya característica principal excede la suma de las individualidades que la constituyen (Hoffman, Lynn. 1987)

Hall, Fagen y Mara Selvini, entre otros, coinciden en afirmar que “*la familia*” es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución (Hoffman, Lynn. 1987)

El sociólogo contemporáneo Bruce (1994) define como estructura familiar: “Un grupo de parentesco cuya responsabilidad primaria es la socialización de los hijos y la plena satisfacción de otras necesidades básicas. Esta consiste en un grupo de personas que tienen parentesco consanguíneo, de matrimonio o de adopción, y que viven juntos por un periodo indefinido”.

De acuerdo con Bruce se pueden encontrar dos tipos de familia: *la familia nuclear*, entendida ésta como la unidad básica, compuesta por el esposo, la esposa y sus hijos; a veces es denominada como *familia conyugal*. Es en la familia nuclear o conyugal donde todo individuo va a buscar en algún momento de su vida un refugio; la saciedad a sus

necesidades básicas y/o afectivas, en donde se desarrollan las bases de su estructura psíquica, en donde se internalizan los valores morales, sociales, necesarios para sus futuras interacciones en sociedad. El segundo tipo de familia, es la que se conoce como *familia extensa*, la que se basa en vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, primos, etc.; a este tipo de familias también se le conoce como *familia consanguínea*. (Bruce, 1994).

Lévi-Strauss (1976) afirma que si bien no existe ley natural alguna que exija la universalidad de la familia, se debe explicar el hecho que se encuentra en casi todas las organizaciones sociales y propone tres características esenciales que la familia como grupo social posee:

La primera de ellas sugiere que la familia tiene su origen en el matrimonio; el cual no se origina en los individuos; sino en los grupos interesados (familias, linajes, clanes) y que además une a los grupos antes y por encima de los individuos; también propone que si bien es el matrimonio el que origina la familia, es la familia o mejor dicho, las familias las que generan el matrimonio como el dispositivo legal más importante que poseen para establecer alianzas entre ellas, por lo cual el matrimonio se encuentra lejos de ser un asunto privado.

En *segundo* lugar, la familia está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos de éste, aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear. Independientemente de las formas de familia, siempre hay una estructura que permanece en todas las sociedades.

Como tercer característica sostiene que los miembros de la familia están unidos por: lazos legales; derechos, obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo; una red de prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversa de sentimientos tales como el amor, afecto, respeto, temor, etc.

David Cooper en su obra: *La muerte de la Familia* (1971), sostiene que, un condicionante para el surgimiento de la familia, es que el ser humano no se basta a sí mismo para existir en un mundo propio y que desde muy temprana edad se nos enseña a renegar del propio sí mismo; por lo cual se pegotea sobre el sí mismo trozos de otras personas, convirtiéndose así en un “alienado”. Cooper sostiene, que la familia se especializa en la creación de roles para sus miembros y no en propiciar condiciones favorables que permitan la libre formación de una identidad propia. Además menciona, que la familia, en su función de socializador primario del niño, instala en él controles sociales que exceden manifiestamente lo que el niño necesita para orientar su curso en la carrera de obstáculos que le fijan agentes extrafamiliares. (Cooper, 1986)

III.2. Familia como Sistema en una Sociedad

Levi Strauss, menciona que lo que verdaderamente diferencia al mundo humano del animal es que en la humanidad una familia no podrá existir si no existiera la sociedad, es decir, una pluralidad de familias dispuestas a reconocer que existieran otros lazos además de los consanguíneos y que el proceso natural de descendencia solo puede llevarse cabo a través del proceso social de afinidad.

De acuerdo con lo anterior se reconoce que la familia es el microsistema social de mayor importancia, y es en el seno de ésta, donde el individuo desde que nace experimentará los primeros contactos afectivos, introyectaré e internalizará a partir de ella las normas y valores, aprenderá de los límites o de la falta de ellos, es en donde desarrolla las bases de su estructura psíquica, y todo ello lo utilizará como herramientas para sus incursiones dentro de la sociedad.

Laing (1969) opina que lo que internalizamos es la familia como un sistema, internalizamos las relaciones y operaciones entre elementos (personas, cosas u objetos parciales) y conjuntos de elementos. Entendemos “internalizar” como trasponer lo externo a lo interno, implicando la transferencia de cierto número de relaciones que constituyen un conjunto. Complementando lo dicho por Laing, Sartre comenta que lo que une a una familia es la “internalización” recíproca por parte de sus miembros.

La familia se complementa y es influenciada por otros sistemas sociales, como la escuela, los grupos de amigos, los clubes, etc.; que también ejercen influencia sobre el desarrollo psicosocial, psicosexual y el desarrollo de vínculos afectivos del individuo.

Así mismo, Bruce (1994) menciona que la familia como institución social ha desempeñado a lo largo de su evolución histórica diversas funciones, éstas varían de una sociedad a otra, sin embargo las que podrían considerarse como más tradicionales y generales son:

- La regulación de la conducta sexual
- Cuidado y protección de los niños, ancianos y de miembros familiares con alguna disminución de sus capacidades.
- Socialización de los hijos.
- Fijación de la posición social y establecimiento del status.
- Provisión de seguridad económica.

Por lo tanto y como se menciona con anterioridad, la familia como sistema está abierto al sistema social que le impone sus normas y que determina la mayoría de sus valores, creencias y actitudes fundamentales. No obstante, podemos encontrar grupos familiares que se piensan a sí mismos, como sistemas cerrados y se basa en él su estabilidad como grupo, negando de esta manera el sistema de la relación, tanto con el exterior como

con el interior. De acuerdo con esta lectura sistémica, la familia sirve a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- a) La protección psicosocial de sus miembros (interno)
- b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

Con respecto al primer objetivo (interno), se sabe que en todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente, a su vez, la experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación. El sentimiento de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica, el sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares.

Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura (objetivo externo).

La familia como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, con el cuándo y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema. Es así como el sistema se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas preferidas tanto tiempo como sea posible. Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual.

La familia posee una complejidad y originalidad propia, con unas peculiaridades que no son equiparables a la de sus miembros si se consideran de una forma aislada (“el todo es más que la suma de las partes”). Cualquier cambio en un elemento influye en todo los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente (totalidad). Se rige por reglas que solo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive las interrelaciones entre sus miembros consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia. Se autorregula con la compensación de los fenómenos contrarios: homeostasis y cambio, lo que quiere decir que las retroalimentaciones pueden ser negativas o positivas, las primeras anulan o atenúan el impulso al cambio favoreciendo a la homeostasis, las segundas amplían y refuerzan los estímulos para cambiar favoreciendo el crecimiento y la transformación (morfogénesis). Posee un orden jerárquico que permite la viabilidad del grupo mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en último término por el principio de equifinalidad.

La **estructura familiar** describe la totalidad de relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico, es decir, se trata del conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, dicho de otro modo, podemos entender como estructura familiar al conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus “**subsistemas**” (Garberí y Caompañ, 1998). Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de esposo-esposa, madre-hijo y hermano-hermana, también se consideran subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Así por ejemplo, se muestran: el “subsistema conyugal” (matrimonio), el “subsistema parental” (padres), el “subsistema fraterno” (hermanos). Por otro lado, Garberí y Caompañ, mencionan que el sistema familiar mantiene contacto con otro tipo de sistemas llamados “**suprasistema**”, en el cual se incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones y membresías a otros grupos de interacción.

III.3. Familias consideradas “funcionales”

La familia es un sistema viviente, específicamente humano, una de cuyas peculiaridades, como tal, es la perdurabilidad de los vínculos e interrelaciones. La familia tiene una historia y una prehistoria; va pasando por distintas etapas y crisis vitales y se perpetúa en las generaciones siguientes que constituyen nuevas familias. Las interrelaciones tienen protagonistas, las personas con su originalidad, que constituyen esa trama familiar, y a su vez son constituidas por ella y que traen una historia de su familia de origen y a su vez se insertan en una historia con su familia actual, que las preexiste y las trasciende. Así como en el funcionamiento familiar está presente lo que se ve y lo que se dice, también lo están lo no dicho, lo que no se ve, lo que no se dice o se hace, lo inconsciente, que también hacen que la familia funcione como funciona. Hay mitos y moldes más o menos rígidos asignados por y en la familia, que preexisten a las personas. Hay una herencia transgeneracional y un peso importante de las familias de origen que en alguna medida son recreadas por ambos miembros de la pareja en su nueva familia y actúan como trasfondo en las interrelaciones de la familia nuclear.

Generalmente se consideran como familias “funcionales”, no a las hipotéticas familias perfectas, sin problemas, porque éstas en realidad no existen, sino a “aquellas familias que tienen la capacidad de registrar sus disfunciones y actuar para resolverlas; ya sea con recursos propios o extrafamiliares” (Galperín, 1996). Son familias que posibilitan, en su propio desarrollo como sistema familiar, el desarrollo y la formación de la identidad

de sus miembros favoreciendo el crecer y su propio ser.

En estas familias, generalmente son claros y definidos las posiciones de cada quien, así como, los papeles y funciones que ocupa cada uno los miembros. Los padres pueden asumir sus funciones de padres y adultos para que los niños puedan ser niños; la posibilidad de los padres de ser padres y adultos, es expresión de salud y madurez emocional. El poder es compartido, cada padre siente a su pareja en alguna medida como competente y confiable y cada uno de ellos es capaz de mantener la conducción. Son padres que logran un buen nivel de satisfacción sexual y acercamiento emocional, un vínculo afectivo de pareja profundo y privilegiado sobre los otros vínculos. Pueden tener buenas relaciones con sus padres y amigos pero menos intensas que la relación marital. Se valoran mutuamente a sí mismos y pueden desarrollar sus propias capacidades y trabajos, pero con espacio para el encuentro familiar. En estas familias sanas, los padres con respecto a los hijos son capaces de un buen sostén emocional, o los estimulan a la individualidad y la autonomía; son sensibles a su crecimiento y realización personal y pueden disfrutar con ello.

Existe una rica posibilidad de acceso e interrelaciones emocionales entre todos los miembros de la familia; hay una buena integración familiar pero con diferenciación y autonomía, son familias en las que se puede estar integrado sin dejar de ser uno mismo. En el sistema de comunicación de estas familias, predomina el diálogo; el diálogo implica un otro, poder escuchar y ser escuchado, poder tomar en cuenta el punto de vista del otro. La comunicación en las familias sanas es de mensajes claros y cuando hay contradicciones o mensajes confusos pueden metacomunicarse y hablar sobre ello o protestarlos. Los secretos familiares y los mitos no cobran predominancia y los rituales familiares están en general al servicio del crecimiento, la identidad y la socialización de la familia; hay respeto por la intimidad personal y de la pareja. Hay espacio para las diferencias, la creatividad y el error; se pueden expresar puntos de vista y sentimientos propios que pueden ser también diferentes; si hay intentos invasivos de meterse o violar la intimidad del otro o de contestar uno por el otro, éstos son resistidos. En estas familias hay un clima emocional “positivo”, de espontaneidad, de compartir lo bueno y lo doloroso; existen peleas, enojos, frustraciones, celos, pero predominan el amor, la confianza y la autovaloración. La nostalgia y tristeza por el paso del tiempo y las pérdidas sufridas en el crecimiento coexisten con la capacidad de goce por las nuevas adquisiciones del desarrollo familiar y personal. Hay intercambio entre los miembros y con el afuera; en general cada miembro sabe en qué está el otro, pero puede aceptar también el no saberlo cuando se trata de su intimidad. Se conocen los gustos y preocupaciones y suelen conocer a las personas significativas para cada uno fuera de la familia. Estas familias son sistemas negentrópicos; reciben e intercambian energía con otros sistemas, tienen amigos, tanto los padres como los hijos, compañeros, instituciones recreativas, laborales y culturales. Son familias que reconocen el paso del tiempo, tienen capacidad de aceptación de la separación y se adaptan a los cambios que se deben a la realidad. Los padres pueden separarse de sus progenitores y

aceptan lo mismo de sus hijos que se separan de ellos en camino a constituir sus propias familias.

III.4. Familias consideradas “disfuncionales”

A diferencia de las familias “disfuncionales”, en las familias muy perturbadas el poder es muy rígido; el miembro que tiene el poder es reconocido y aceptado como dominante. Muchas veces esto coexiste con luchas por el poder entre el padre y la madre en las cuales involucran a uno de los hijos.

En este tipo de familias, en general el poder o la ilusión de poder lo tiene la madre de modo estereotipado y polarizado y el padre aparece como débil o desdibujado. La madre monopoliza el vínculo con el hijo, con la permisividad no explícita del sometimiento del padre a esta situación, y constituye una coalición intergeneracional y una pareja que pretende compensar o reemplazar la falta de una buena relación emocional de pareja con el marido y consigo misma como mujer. Cuando esto sucede es porque hay un padre que lo permite y es cómplice activo de esta situación; su pasividad es permisividad. El no hacer del padre encubre una forma de hacer, de actuar. Su no actuar para cortar ese vínculo enfermizo y salvar a su hijo de ser engolfado y recuperar a la mujer como pareja, es su manera activa de participar. Un aspecto importante de la función del padre es separar al hijo de la madre; poder poner un orden en la familia en alianza con su mujer. En muchas parejas llamadas “disfuncionales”, la entrega excesiva al trabajo del padre, y a los hijos por parte de la madre, es usada como una manera de encubrir las dificultades entre ellos; cada miembro se sobreocupa con un tercero (trabajo, vocación, hijos) para evadir las dificultades de alianza de pareja. Continuando con las características de las familias muy perturbadas, se encuentran relaciones de oposición entre sus miembros; polarizadas, fijas, como de dominante-sometido, hay una ruptura de las barreras generacionales y entonces no está claro quién es quién en esa familia y cuál es el lugar de cada uno. No hay límites claros, diferenciación ni protección de cada subsistema. Los niños pueden ser llamados a jugar un papel de adultos, por ejemplo, como “contenedor oficial” de las quejas de la madre respecto del padre o viceversa, o a tomar decisiones que no están en condiciones de hacer porque corresponden a responsabilidades adultas. Suelen ser hijos triangularizados, muy exigidos por las carencias parentales y que sufren, pues están obligados a asumir el doble papel de padres y de hijos.

La percepción de la realidad de la familia, es decir, la visión del mundo compartida por todos sus miembros, tiene un alto nivel de mitología y una marcada discrepancia con la realidad; los miembros de la familia deben negar su propia percepción y funcionar en esas distorsiones. La posibilidad y el grado de autonomía de sus miembros es muy precaria, no hay discriminación, ni individuación. Un claro ejemplo de falta de autonomía y privacidad

y de cómo cada miembro responde por el otro, se manifiesta en un fragmento tomado de una sesión de un libro de Onnis, L (1990); esta familia que describe el autor se encontraba en tratamiento porque la hija adolescente “Luisa” padecía anorexia nerviosa. En una de las sesiones, el tema central era el de la autonomía; surge que aun cuando los padres y cada uno de los hijos tiene una habitación propia, las puertas no se cierran nunca, haciendo imposible cualquier forma de privacidad e intimidad. El terapeuta le pregunta a la paciente si cuando tiene ganas de llorar o se siente ansiosa, puede encerrarse en su habitación, ésta responde que no siempre puede hacerlo; frente a esta respuesta el psicólogo le dice que tiene derecho a llorar y le vuelve a preguntar si entonces puede llorar en su habitación; en ese momento los padres responden simultáneamente que sí puede hacerlo. El terapeuta interpreta esa situación y dirigiéndose a la paciente concluye que: “[...] en esta familia, Luisa, usted pierde la voz, le roban la voz. Ahora comprendo por qué usted, no teniendo normalmente una voz, se ve obligada a hablar de una manera extraña....comprendo que cuando usted no come, ésa es su voz [...]” (Onnis, L., 1990)

Continuando con las características de las familias “disfuncionales” que plantea Galperín, C., en estos grupos familiares, no se puede ser, pensar o sentir en forma diferente al resto de los miembros, ya que si uno de ellos lo intenta es castigado; ese miembro es desconfirmado por el grupo, es decretado como: “la oveja negra de la familia” o el paciente identificado. Establecen relaciones simbióticas que impiden crecer y ser; entonces sus miembros son incapaces de conectarse con sus propios sentimientos y consigo mismos diferenciadamente. Hay relaciones invasivas y no hay espacio para las diferencias y el intercambio; uno decide por el otro, uno responde por el otro y ninguno es una persona total en sí misma. Onnis, L (1990) hace referencia a lo dicho anteriormente ya que plantea que en las familias de las anoréxicas, existe una tendencia intrusiva que lleva a cada miembro de la familia a hablar de otro miembro, es decir, a expresar pensamientos, sentimientos que tienen que ver con otro. Estas familias tienen gran dificultad en aceptar cambios, separaciones y pérdidas; tampoco aceptan el paso del tiempo. En cuanto al tema de la comunicación, es perturbada, confusa y con mensajes contradictorios; no se pueden comentar las contradicciones, ni cuestionarlas. Sus miembros quedan atrapados en esas contradicciones sin poder reaccionar para protegerse defendiéndose o saliendo de ellas; por ejemplo el padre puede gritarle estridentemente al hijo que “¡aquí no se grita!”. No se acepta el error que es entendido como lo distinto; en este tipo de comunicación predomina el monólogo en lugar del diálogo.

Las familias conocidas como “disfuncionales” son familias pegoteadas, aglutinadas, que constituyen sistemas cerrados, entrópicos, con muy escaso intercambio con otros sistemas del exterior como por ejemplo, los amigos; se genera una sobrecarga de las relaciones internas entre sus miembros, y esta sobrecarga se vuelve en contra de ellos, si no hay un adecuado intercambio renovador con el afuera. En estas familias se impide y sabotea a los hijos la relación con el afuera y se plantea todo lo exogámico como peligroso,

hay que evitarlo, es mejor no salir; algunas frases que ejemplifican esto son: “no hay otra como tu mamá”, “no hay como quedarse en casa”. Sus miembros tienen mucha dificultad en la socialización porque les cuesta desprenderse e integrarse al mundo exterior de acuerdo con el modelo familiar; cuanto más sobrecargadas están las relaciones adentro de la familia más empobrecidas están con el afuera. Hay familias y madres que privilegian las relaciones con su familia de origen sobre la relación de alianza con el cónyuge y, entonces, las relaciones avunculares del hijo, con un representante de la familia materna (por ejemplo una abuela o un tío) sobre la relación de filiación (del hijo con el padre); pasando por privilegiar la relación endogámica de hija o hermana sobre la de alianza exogámica marido – mujer. Salvador Minuchin (1980) sostiene que en las familias anoréxicas, los límites dentro de la familia son a menudo difusos y débiles; a veces los límites entre la familia nuclear y la familia de origen están pobremente delineados; uno o ambos cónyuges mantienen una fuerte alianza con la familia de origen.

III.5. Interacción diádica y triádica

Ya en sus años antropológicos en Nueva Guinea, Bateson propuso una forma de clasificar las interacciones entre pares de personas (díadas) que ha seguido siendo empleada hasta la actualidad en la manera de entender la dinámica familiar, mostrando gran utilidad:

1. La interacción complementaria se basa en la aceptación, y a menudo disfrute, de la diferencia entre la posición superior (no nos referimos a superioridad en el sentido convencional) de un miembro y la inferior del otro. Las conductas que intercambian son diferentes pero encajan. Por ejemplo, uno ordena y el otro obedece, uno pide consejo o ayuda, y el otro la proporciona, uno cuida y el otro busca ser cuidado, uno toma la iniciativa y el otro le sigue. Pueden darse estos patrones entre padres e hijos, maestros y alumnos, médicos y enfermos, y en las parejas (entre otros).

2. En la interacción simétrica, los participantes tienden a situarse en el mismo nivel, a mantenerse en igualdad. Cualquiera de los dos puede ofrecer consejo, tomar la iniciativa, etc. Generalmente, estos patrones no son rígidos sino que evolucionan o varían en función de los contextos o el estadio de desarrollo de los interactuantes. Por ejemplo, la relación entre un jefe y su subordinado es complementaria en el trabajo, pero puede ser simétrica mientras toman un café y hablan de fútbol. Asimismo, la relación entre un niño y sus padres empieza siendo muy complementaria (no podía ser de otra forma, lo alimentan, lo visten, deciden todo en su vida) pero con el tiempo esto tiene que variar a medida que el niño va creciendo. De tal forma, que cuando los padres son mayores, el hijo adopta el papel de cuidador y se invierten, progresivamente, los papeles. El peligro de la complementariedad es que se vuelva **rígida**. Que la diferencia entre la posición superior y la inferior no evolucione e impida, así, el desarrollo del que se encuentra “abajo”. El peligro de la

simetría es la **escalada**. Si uno de los dos empieza a hacer movimientos en los que se sitúa “por encima” del otro, por ejemplo dar instrucciones, de forma que no permite cierta alternancia o negociación como sería propio de una situación de igualdad, ello supone una provocación irresistible para el otro. De hecho, cada mensaje de este tipo estimula una respuesta similar en el otro, en un patrón que se conoce como escalada simétrica. Si las consideramos tal cual, las escaladas simétricas son un patrón interaccional que en sí mismo lleva a la disolución de la díada o su destrucción. En la escena internacional, es común ver como el intercambio de amenazas termina con la guerra. Pero también existen muchas díadas que conviven con la escalada simétrica, y el conflicto que conlleva, durante años.

A menudo, en las familias esquizofrénicas se ven no sólo las situaciones caracterizadas por la rigidez (escaladas simétricas sangrantes, complementariedades rígidas), sino también otras caracterizadas por la inestabilidad. Es lo que se conoce como simetría inestable, situación en la que uno suele imponerse al otro pero el otro no se acaba de conformar y lucha por mantener su posición. En estas situaciones conflictivas lo más común es correr en busca de terceros que sirvan de aliados. Por eso, habitualmente se dice que se precisa de un tercero para formar un sistema. Las díadas acostumbran a articularse en función de un tercero. Y en una familia los candidatos más probables son los hijos, pero también puede ser el perro, el televisor, el internet, un amante, el trabajo, la suegra, etc.

En la terminología sistémica, se distingue entre alianzas, las proximidades naturales entre miembros de la familia (p. e. el padre y el hijo disfrutan viendo el fútbol mientras la madre no), y coaliciones (asociaciones entre miembros en contra de otro). Éstas suelen ser negadas a nivel explícito (aunque todos saben que existen) y no son aparentes a los ojos de un observador. Cuando la coalición implica reclutar a uno de los hijos en contra del otro progenitor, se conoce como triangulación, y suele tener efectos perjudiciales para el hijo en cuestión puesto que gran parte de su energía se dedica al conflicto parental, en lugar de dedicarla a afrontar los retos evolutivos de su propia vida.

III.6. Entendiendo a la Esquizofrenia a partir de alteraciones en el Sistema Familiar

Un concepto realmente importante en lo que refiere a la familia es la *interacción* ya que en ella se manifiesta la importancia de las relaciones psíquicas del individuo con su ambiente, si se parte de la premisa de que el ser humano es un animal social, entonces desde que nace busca el contacto interpersonal, siendo constante su interacción grupal, y como grupo primario la familia, influirá de manera directa en el desarrollo integral del individuo quien a su vez influirá sobre su grupo. Una familia es un grupo y requiere una descripción en términos de dinámica grupal y de la interacción entre sus miembros. Para un niño, la familia es el primer maestro de la interacción social y la reactividad emocional,

enseña a través de su medio y de la comunicación no verbal más que a través de la educación formal. Así mismo, el niño también está en contacto con la interpretación que los padres hacen de la realidad y de sus maneras de comunicarse, de las cuales también aprenderá. Por lo tanto, debemos reconocer que determinadas pautas de interacción familiar se asocian de manera estable con algunas patologías mentales y de entre ellas la *esquizofrenia*.

Se ubica en un lugar destacado las investigaciones hechas por Kasanin y Fromm-Reichmann, quienes partiendo desde la perspectiva psicoanalítica gestaron las primeras hipótesis patógenas en las que se proponía como causa de conductas desviadas conductas adecuadas a un medio familiar con interacción desviada. En esas investigaciones se notaba con claridad la influencia que ejercía el pensamiento de la psicología individualista, el concepto de “**madre esquizofrenógena**” (para caracterizar a la madre con ciertas peculiaridades como emocionalmente fría, perfeccionista, ansiosa, demasiado dominante, restrictiva y con una excesiva tendencia a la intrusión) por ejemplo, refería en realidad a la psicopatología de un individuo: la madre, a quien se le asignaba el carácter inductor de patología en el hijo., hipótesis que se aproximaba a entender el origen de la esquizofrenia a partir de la lectura analítica. Sin embargo, esta posición centraba a la madre como la principal causante de conductas esquizofrénicas, posición limitada pues deja de lado las interacciones familiares que retroalimentan y mantienen un sistema familiar perturbador que facilita y promueve todo un entorno esquizofrenizante.

Por otro lado, como se ha mencionado con anterioridad, a partir de 1956 los grupos de investigación de Gregory Bateson, Theodore Lidz y Lyman C. Wynne de una forma independiente pero casi simultánea se lanzaron de lleno al estudio de la interacción familiar en un esfuerzo por proponer modelos que correlacionaran casualmente las modalidades estables de interacción del sistema familiar con la presencia de esquizofrenia en un miembro que socializa en ese medio.

Theodore Lidz en 1958, descubre una patología general entre las madres de esquizofrénicos, describe como algunas de ellas muestran un pensamiento gravemente disperso, y a la mayoría las describe como frías, rígidas o muy indulgentes en relación con el niño, también subraya la impermeabilidad respecto de los sentimientos de los demás. De la misma forma, Lidz en sus investigaciones describe que en las familias con un miembro esquizofrénico ambos esposos tienden a humillarse y a denigrarse mutuamente, compitiendo por la atención y el afecto de los hijos; incluso, es muy característico, que tanto el esposo como la esposa se inclinen a permanecer muy unidos a las familias de sus propios progenitores lo cual impide una plena entrega a la unidad conyugal (Lidz, 1978). De acuerdo con lo anterior, ésta patología y conflicto de los padres permite que la familia no proporcione a los hijos modelos de roles apropiados, por lo que es deficiente la coherencia y la legitimidad de los controles que se imponen a la conducta. Por lo tanto, esta interacción familiar impedirá que el niño alcance una identidad digna y posea la capacidad

para discriminar comunicaciones de naturaleza emocional. Con estas conclusiones Lidz, no pretende proponer una etiología exacta de la esquizofrenia, pero si sugiere que la existencia de cierto grado de distorsión y determinados fenómenos concomitantes cuya especificación no es total puede desencadenar la esquizofrenia. De esta forma, postula la hipótesis de que las personas que se desenvuelven en esa interacción familiar tienden a retraerse mediante la alteración de sus representaciones internas de la realidad, debido a que se criaron en medio de la incongruencia y de sistemas intrafamiliares de comunicación que distorsionan o niegan interpretaciones instrumentadas válidas del medio (citado en Jackson, 1967).

Lyman C. Wynne, propone el término **“seudomutualidad”** cuando en la familia no se acepta la identidad del otro, cuando en una simbiosis y fusión entre padres e hijos todo intento de individualización es boicoteado (Hoffman, Lynn. 1987). De esta forma, dentro de la familia se presentará una aprobación indiscriminada, niveles de comunicación opuestos y mutuamente oscurecedores, además del empleo de intermediarios y de proyecciones para presionar sobre los demás miembros cuando amenacen con convertirse en relaciones complementarias. Por ejemplo, en cuanto al conflicto matrimonial, se han descrito dos pautas divergentes: la extrema escisión del matrimonio, con desconfianza y denigración mutua; y el enmascaramiento del conflicto y la discrepancia para alcanzar la **“seudomutualidad”**. En muchos de sus escritos sobre familias con un miembro esquizofrénico, Wynne resalta dos aspectos muy particulares, uno fue la calidad muy extrañamente irreal de la emociones, positivas o negativas, para las cuales, utilizó los términos de **“seudomutualidad”** (alineaciones no verdaderamente íntimas), y las escisiones no parecían una verdadera hostilidad o distancia, sino **“seudohostilidad”**. De esta manera, Wynne afirma que cuando se presenta una alineación dentro de una familia, nacerá casi de manera automática una escisión en otro nivel o en otra parte del grupo familiar; si surge una escisión, pronto aparecerá una alineación asociada. Estos cambios de escisiones a alineaciones y viceversa, tienen mucho que ver con los procesos de mantenimiento homeostático de la familia; estos procesos ocurren en cualquier familia, sin embargo, son mucho más frecuentes en familias con un miembro esquizofrénico. (Hoffman, Lynn, 1987)

“En la familia de un esquizofrénico, la estructura de alineaciones y escisiones parece cambiar de manera sorprendentemente rápida, pero con un rasgo de gran constancia: el significado de cualquier alineación particular no surge claramente”. (Citado en Hoffman, Lynn, 1987)

Gregory Bateson y colaboradores en 1956 centraron su atención en los mensajes confusos que se transmiten al niño en diferentes niveles, consideran que los padres de las personas consideradas como esquizofrénicas atrapan al niño en un **“doble vínculo”**, en el que los padres pueden expresar verbalmente amor y cordialidad, pero rechazan las tendencias del niño a responderles. Los sentimientos de los padres están teñidos de hostilidad o ansiedad, pero su incapacidad para enfrentar tales sentimientos lleva a negarlos y a expresar una conducta de demostración de amor.

III.6.1. Teoría del Doble Vínculo y su Aproximación a entender la esquizofrenia

El antecedente principal que remite a entender las interacciones esquizofrénicas en un entorno familiar y que sería el inicio de una serie de investigaciones fue el artículo llamado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” publicado en 1956 por Bateson, Jackson, Haley, y Weakland en la revista *Behavioral Science* (1, 4, 251-264), dicho artículo constituyó un hito para el desarrollo del modelo sistémico. Aunque su valor es hoy en día más que nada histórico, su efecto vitalizador y catalizador del movimiento sistémico fue muy intenso. Más que por ser una teoría válida de la esquizofrenia, un fenómeno demasiado complejo para ser entendido sólo desde esta perspectiva, el valor de este artículo radica en el logro de haber conseguido articular una explicación coherente de la misma en términos estrictamente comunicacionales, sin recurrir a conceptos intrapsíquicos. Con ello quedó demostrada la potencia explicativa del modelo sistémico y, por tanto, legitimado como tal.

El artículo presenta algunas de las conclusiones a las que llegó el equipo de Palo Alto en sus primeros años. Se presenta la sintomatología esquizofrénica como una forma de comunicación natural o congruente con el sistema familiar en el que se desarrolla. De forma implícita, lo que se sugiere es que el “enfermo” es el sistema, por su carácter disfuncional, y el paciente identificado lo es sólo en la medida en que forma parte del mismo. Así, la comunicación esquizofrénica, a menudo extraña o bizarra, es vista como un intento desesperado para adaptarse, y sobrevivir emocionalmente, a un sistema poco funcional.

En este trabajo se presenta la noción de doble vínculo, para describir una forma disfuncional de comunicación que según los autores es característica de las familias con miembros esquizofrénicos. En esencia, el concepto se refiere a la emisión de mensajes incongruentes a distintos niveles lógicos, también conocidos como mensajes paradójicos. Por ejemplo, estimular o provocar una respuesta en el otro y luego quejarse porque se ha dado, en un clima en el que no se puede meta-comunicar (o hablar acerca de lo ocurrido), y en un contexto de importancia vital para el niño: sus padres.

Se plantea, también, que el paciente identificado como esquizofrénico no puede distinguir entre distintos niveles lógicos, confundiendo los del nivel de la clase con los de sus miembros. Así, confunde un mensaje que indica que se cambia de registro (p. e. se va a contar un chiste o se va a hacer una broma) con uno ordinario, lo cual resulta en una dificultad para distinguir entre lo literal y lo metafórico.

Toda comunicación, para ser efectiva o clara, debe plegarse a determinadas leyes de codificación; la categorización de las informaciones es esencial, ya que, exige la identificación de las diferencias. Nuestras relaciones se construyen mediante el respeto de las leyes lógicas, por medio de la distinción entre las clases y los miembros de esas clases (Russell, 1910. Citado en Hoffman, Lyn, 1987)

La teoría del doble vínculo mantiene el respaldo teórico de la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell, cuya tesis central es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros, es decir, la clase no puede ser miembro de sí misma y tampoco puede uno de sus miembros ser la clase, debido a que el término utilizado para la clase está en un nivel de abstracción distinto (de un tipo lógico distinto del de los términos usados para los miembros).

Bateson y colaboradores., comentan que en la psicología de las comunicaciones reales, a diferencia de la lógica formal, la discontinuidad entre una clase y sus miembros es constante e inevitablemente quebrada, por lo que se podría esperar la aparición de alteraciones patológicas en el individuo cuando los patrones formales de esta escisión lógica se manifiestan en la comunicación del individuo con sus principales figuras dentro del hogar, más comúnmente con la madre (Bateson y colaboradores., 1998). Dicha alteración patológica manifestada en su forma más extrema presenta características formales que se expresan como síntomas claros de esquizofrenia.

De acuerdo con Bateson, algunas de las modalidades comunicacionales que incluyen diversos Tipos Lógicos son:

1. El uso de diversos modos comunicacionales en la comunicación humana, tales como: el juego, el no juego, la fantasía, la metáfora, etc. Entre los seres humanos, el encuadre y etiquetamiento de mensajes y de acciones significativas resulta de considerable complejidad y algunas veces cuando el vocabulario no es suficiente para la discriminación de éstos mensajes recurrimos a medios no verbales tales como los gestos, la postura corporal, la expresión facial, entonación y las circunstancias en las que se envuelven estos mensajes para poder nombrarlos, reconocerlos y comunicarlos.
2. El humor, también se presenta como un método para explorar los temas implícitos en el pensamiento o en una relación. El momento clave en el humor, es el momento en que el etiquetamiento del modo experimenta una disolución y una nueva síntesis.
3. Una modalidad comunicacional de tipo lógico también es la falsificación de las señales identificadoras de modos. Esto significa que para los seres humanos resulta posible el falsificar los identificadores del modo de comunicar, de esta forma tenemos como ejemplo, la risa artificial, el simular cordialidad, expresar comodidad ante un evento incómodo, etc.
4. El aprendizaje se puede ejemplificar como una situación en la que un individuo recibe un mensaje y actúa adecuadamente de acuerdo a como lo pide el mismo mensaje.
5. Los niveles múltiples de aprendizaje y la tipificación múltiple de señales son modalidades comunicacionales mutuamente dependientes, porque la capacidad para manejar los tipos múltiples de señales es en sí misma una

habilidad aprendida, por lo mismo, una función de los niveles múltiples del aprendizaje.

Al respecto de las modalidades comunicacionales que incluyen múltiples tipos lógicos observamos que las personas con esquizofrenia presentan una significativa dificultad en el proceso de discriminar modos comunicacionales tanto de sí mismo, como entre ellos y los otros. A este respecto se pueden identificar mayor afectación en tres áreas de esta función:

- a) Dificultad para atribuir el modelo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas.
- b) Dificultad para atribuir el modo comunicacional correcto a los mensajes que él mismo expresa o emite en forma no verbal.
- c) Dificultad para atribuir el modo comunicacional correcto a sus propios pensamientos, sensaciones y percepciones.

Tales deficiencias comunicacionales no convencionales pueden vivir en un mundo donde resulten en cierto sentido apropiados, ese mundo es el familiar a partir de su interacción y comunicación patológica, explicada de una mejor manera bajo una situación de “*doble vínculo*”.

Las características de la situación del doble vínculo son:

1. Un individuo participa en una relación bastante intensa, es decir, que le hace sentir que es vitalmente importante que distinga con precisión el tipo de mensaje que se le está comunicando, con la intención de que pueda responder de manera adecuada.
2. El individuo está atrapado en una situación en el que la otra persona que participa en esa interacción expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en el que uno niega al otro.
3. El individuo no puede comentar los mensajes que se expresan para corregir lo que entendió de la orden del mensaje a que debe responder, es decir, no puede hacer una observación metacomunicativa.

Bateson y colaboradores (1956) Proponen que los ingredientes necesarios para que exista una situación de doble vínculo son:

1. Dos o más personas; una de ellas podríamos llamarla “víctima” o “vinculado”, y los otros son la madre o algún otro u otros familiares.
2. Experiencias repetidas: un tema recurrente en la experiencia de la víctima hace que su estructura llegue a tornarse habitual
3. Un mandato negativo primario: “No hagas tal o cual cosa o te castigaré”, o “si no haces tal o cual cosa te castigaré”

4. Un mandato secundario que choca con el primero en un plano más abstracto y es puesto en vigor por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Dicho mandato se hace generalmente por medios no verbales e inferencias ocultas en el comentario verbal y puede ejercer su impacto sobre cualquier elemento de la prohibición primaria.
5. Un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima que escape del terreno.
6. El conjunto de ingredientes se hace necesario cuando se ha aprendido a percibir el universo en pautas de doble vínculo. (Bateson y colaboradores., 1972)

Lo anterior lo podemos entender más ampliamente de la siguiente forma:

- En tal situación de doble vínculo, la persona se enfrenta con una comunicación significativa que implica dos mensajes de diferente nivel o tipo lógico, que tienen una relación entre sí, pero son mutuamente incongruentes.
- La huída del campo está impedida, debiéndose por lo general, a que se depende de la persona (s), que transmite (n) los mensajes contradictorios, ya sea desde una posición de infante o de enfermo.
- Por lo tanto, resulta importante responder de forma adecuada a la situación de comunicación, lo que debe incluir una respuesta a su dualidad y contradicción. Dos mensajes encontrados o contradictorios que son significativos equivalen a dos exigencias de comportamiento incongruentes, por que como vimos anteriormente todo mensaje motiva una conducta. Sin embargo, al no haber reconocimiento y respuesta a la dualidad e incongruencia de los mensajes recibidos se generarían nuevas dificultades en el receptor del mensaje en varios niveles de su comportamiento, tales como: la incapacidad para discriminar el tipo de mensaje que se está recibiendo, la consiguiente confusión y distorsión subjetiva de ideas y afectos, y discursos o acciones que manifiestan confusión y/o escisión, algo muy semejante a la conducta escindida de la esquizofrenia. También pudiera ser que tales respuestas inadecuadas e incompletas generaran con mayor facilidad otro mensaje que condene la respuesta. Debido a esto, pareciera que ante semejante comunicación incongruente solo puede manejarse de forma apropiada mediante una respuesta que reconozca y señale la incongruencia, la cual pudiera ser: clasificando de manera manifiesta la incongruencia como tal, es decir, pasando a un nivel de comunicación diferente y analizando de forma explícita la situación original de la comunicación; también puede hacerse transmitiendo una respuesta dual o con una respuesta ocurrente (humor, sarcasmo, etc.) que exponga la índole de la incongruencia de doble vínculo.
- Es muy difícil lograr una respuesta adecuada al par básico contradictorio de mensajes, a causa principalmente del encubrimiento, negación e inhibición. Los elementos comunicacionales que pueden servir para restringir la conciencia y/o

comentarios acerca de la dualidad y contradicción son diversos: algunos pueden ser groseros, otros pueden ser sutiles; algunos explícitos, y otros, implícitos; algunos verbales, y otros no verbales; algunos positivos y otros negativos. Muy probablemente estos elementos hayan evitado que con anterioridad se identificara la comunicación de doble vínculo y su posible relación con la conducta esquizofrénica. Algunos de estos elementos se detallan a continuación:

a) Encubrimiento. Los mensajes pueden ser de diferente nivel o tipo lógico, no se confrontan directamente entre sí, ya sea que un mensaje verbal califique a otro en forma incongruente o un mensaje verbal (nivel digital) se halle en pugna con el tono o el gesto (nivel analógico), es decir, no existe una clara confrontación aún si los dos mensajes transmiten exigencias de conductas diferentes e incompatibles. Ante ésta circunstancia, es importante aclarar que señales muy tenues en el plano objetivo (fáciles de negar o ignorar) pueden modificar en forma drástica y radical, incluso a invertir, el significado de mensajes mucho más obvios o extensos.

b) Negación. Si a la pareja básica de mensajes contradictorios se le suman otros mensajes que nieguen abiertamente la existencia de la contradicción, se hará responsable al receptor de haber comprendido mal, destacando el nivel del emisor y su posición frente al receptor.

c) Inhibición. Se ignora en forma decidida las complejidades efectivas de la comunicación y las posibilidades de la incoherencia, y se actúa como si éstos mensajes contradictorios quedaran descartados. La inhibición también puede producirse por la prohibición directa de formular comentarios, o por medio de diversas amenazas, como los signos de retraimiento o perturbación de los progenitores si se intenta algún tipo de objeción. Aún se pueden ver más reforzados estos factores cuando el “vinculador” remarca su propia posición benévola y su preocupación por el bienestar del otro.

En cada momento que se agrega un mensaje de encubrimiento, negación o inhibición para reforzar una comunicación original de doble vínculo, la combinación produce otra estructura de doble vínculo pero a un nivel mucho mayor, por ejemplo, cuando a un par de mensajes incongruentes sigue otro que niega la existencia de una contradicción, ésta combinación abarca otro par de mensajes, que igualmente están a niveles diferentes cuya falta de congruencia es difícil de detectar o resolver, promoviendo que el proceso se repita haciéndose más amplio. De esta forma, entendemos que el poder patógeno de las pautas de comunicación del tipo “doble vínculo” y la dificultad de modificarlas parece promover tendencias progresivas y acumulativas de distorsión en el pensamiento y favorecer al origen y desarrollo de la condición esquizofrénica.

Bateson afirma que suele ser más seguro para la víctima de un doble vínculo recurrir a un orden metafórico de mensaje, y en una situación imposible, conviene cambiar e insistir en que se está en otra parte. De esta forma, lo patológico aparece cuando el individuo “vinculado”, no sabe que sus respuestas son metafóricas o no puede decir que lo son. Para reconocer que habla en término metafóricos tendría que ser consciente de que se encuentra en una situación defensiva, y en consecuencia, tendría que temer a la otra persona y si esta persona es su madre, padre o hermano, eso resulta inadecuado para las exigencias de vinculación afectiva familiar. Ahora, si un individuo ha tenido toda su vida el tipo de relación de doble vínculo, no compartirá con otro tipo de personas (ajenas a esa interacción) las señales que acompañan a los mensajes para indicar lo que una persona quiere decir, ya que su sistema metacomunicativo (entender el mensaje del mensaje) se habría desecho, y no sabría de qué clase de mensaje se trata.

Debido a esta incapacidad para juzgar con exactitud lo que una persona realmente quiere decir y dada la excesiva preocupación por lo que realmente se quiere decir, un individuo podría defenderse eligiendo entre varias alternativas, por ejemplo, podría suponer que detrás de cada aseveración existe un significado oculto que amenaza su bienestar. Por lo que, se preocuparía excesivamente por los significados ocultos y estaría decidido a demostrar que es imposible engañarlo. Si eligiera esta alternativa, estaría buscando significados detrás de todo lo que la gente dice y de los acontecimientos casuales en el medio, mostrando una típica conducta suspicaz y desafiante.

Otra alternativa que podría elegir sería el aceptar literalmente todo lo que la gente le dice y cuando el lenguaje no verbal o el contexto contradice lo que le están diciendo, podría establecer un patrón consistente en reírse de esas señales metacomunicativas. Renunciaría entonces a tratar de discriminar entre niveles de mensaje, y a todos los mensajes los trataría como risibles y/o triviales.

Por otro lado, otra alternativa que el individuo podría elegir sería pasar por alto los mensajes comunicativos, para lo cual sería entonces necesario ver y oír cada vez menos lo que sucede a su alrededor y hacer lo posible por evitar respuestas por parte del medio, es decir, trataría de apartar su interés del mundo externo y se concentraría en sus propios procesos internos, y así impresionaría en retraimiento y mutismo.

Dentro de la realidad clínica, de acuerdo con Jean Claude Benoit (1985), los aspectos negativos de los mensajes densifican el clima paradójico, y aún superparadójico, por la simultaneidad de mensajes contradictorios o en contradicción. La aclaración de éstos, dentro del hilo mismo de la relación, es imposible. Cuando un sujeto se encuentra frente a esas órdenes paradójicas, cuando el sublevarse y defender su posición le es imposible, cuando se exige a respuesta, la manera más hábil de reacción consiste en la expresión *metafórica*, es decir, una respuesta que puede conservar un sentido personal pero que, a la vez, pueda ser interpretada de múltiples maneras, es decir, una respuesta paradójica para

una orden paradójica. De esta forma, el individuo inmerso en este ambiente, prioritariamente los niños, crecen en la inaptitud de comunicar sobre la comunicación, teniendo por resultado la incapacidad de determinar lo que las demás personas quieren realmente decir, y la incapacidad de expresar lo que él mismo quiere decir.

De acuerdo a lo anterior y coincidiendo con la teoría de Bateson, reconocemos que no existe una persona con esquizofrenia, sino, un sistema familiar esquizofrénico, ya que como hemos visto hasta aquí, damos cuenta de que al interior de las familias ocurren procesos que podrían determinar dinámicas de relación disfuncionales, que podrían generar patologías como la esquizofrenia en algunos de sus miembros. Sumándose a esta idea encontramos a Ronald D. Laing, un autor también relevante en acercarse a entender la esquizofrenia a partir de las interacciones familiares (Sedgwick, 1978). Laing menciona, que la esquizofrenia puede entenderse como un trastorno de comunicación en la familia en su conjunto, de manera que el diagnosticar y tratar al individuo llamado esquizofrénico no hace sino enmascarar la trama de conexiones familiares las que realmente permiten entender mejor la manifestación humana llamada esquizofrénica.

Cabe mencionar que aún existen posibilidades de interacción más complejas, y debe reconocerse que la interacción “doble vínculo” no la produce necesariamente la madre o el padre por sí solos, sino que puede ser creada por una combinación de madre, padre y/o hermanos. Cuando en vez de una persona son dos los que imponen el “doble vínculo” uno de los padres puede negar, en un nivel más abstracto las exigencias del otro. Otra forma de un doble vínculo en forma tripartita consiste en la identificación explícita de los mensajes de ambos como idénticos. O uno de los padres puede mostrarse silencioso, dominante o ajeno a una situación, quedando solo el otro, como el único que establece la comunicación.

La descripción dual de un “vinculador” y de su “víctima” o “vinculado” es mucho más amplia, Weakland ha desarrollado el tema de las *interacciones entre tres, tríadas o triángulos de relación*. En donde el individuo vinculado adquiere muy pronto, una manera de comunicación ambigua y ejerce el doble vínculo. Los hechos visibles en una relación dual, por ejemplo, madre-hijo, pueden manifestarse en una situación triangular. Por ejemplo, los padres van a agrupar los mensajes paradójicos en su relación común con el hijo, ya colocado frente a ellos bajo una doble influencia. Al respecto Weakland, comenta que cuando dos individuos se comunican, aún de forma separada, con un tercero, agrupan sus dos mensajes en un todo aparente. “nosotros... te pedimos esto o aquello...”, “tu padre y yo pensamos que todavía no estás para volver de inmediato a la casa...”

Aludiendo al efecto que el doble vínculo puede producir en la conducta de una persona, Bateson (1972) describe tres formas de reacción frente a la indeterminabilidad que plantea el doble vínculo, asociada a la incapacidad de reconocer la clase de un mensaje.

Dichas reacciones coinciden con cuadros clínicos de la esquizofrenia de acuerdo a como son reconocidos en la psiquiatría actual, consistentes en:

- a) Hebefrénica o Desorganizada: El individuo descarta a priori la posibilidad de que exista otro aspecto en las relaciones humanas aparte del más literal y superficial, con la consecuencia de que, para él, ningún mensaje tiene un tipo definido, viviendo en una crónica de anécdotas disparatadas con desenlaces imprevisibles.
- b) Paranoide: La persona llega a la conclusión de que debe estar pasando por alto indicios vitales, de los cuales los demás estarían enterados (para ellos la situación parece lógica y coherente), pudiendo llegar a pensar que estos indicios serían retenidos deliberadamente por ellos. De tal modo, el individuo se ve obsesionado por encontrar tales indicios, buscándolos en los fenómenos más improbables y dispares, mostrando entonces, un alejamiento de los problemas reales.
- c) Catatónico (estuporoso o agitado): el individuo se aparta de toda relación humana, aislándose físicamente y, además, cerrando los canales de entrada de la comunicación, cuando el aislamiento no le basta.

Para entender cómo es posible que en una familia no todos sus miembros puedan ser diagnosticables como esquizofrénicos, Bateson explica que la familia, como cualquier organización, crea una diferenciación entre los roles de sus miembros, existiendo lugar, en general, solamente para un esquizofrénico.

Cabe señalar que Bateson no descarta la incidencia que en la ‘elección’ del miembro esquizofrénico tiene la genética, pese no estar claro los factores hereditarios específicos influyentes.

La teoría de la comunicación planteada por Bateson tenía la desventaja de ser esencialmente diádica, aspecto por el cual, varios autores pertenecientes a la escuela de Palo Alto comenzaron a realizar estudios diferentes que rompían con dicho modelo. Es así como Jackson propuso una variación del doble vínculo, señalando que en familias esquizofrénicas, uno de los padres critica al otro frente al hijo, exigiendo su apoyo. Se trataría de hogares con gran rivalidad o excentricidad en progenitores, en los que habría una tendencia a la ruptura de límites entre generaciones, con inversiones de roles. El padre, aquí, cumple un rol significativo por su incapacidad para contrarrestar las tendencias patológicas de su esposa (padre pasivo), siendo débil y poco perspicaz para ayudar al hijo. (Berenstein, 1987)

III.6.2. Esquizofrenia en la Homeostasis Familiar y el mantenimiento de la condición esquizofrénica

Berenstein (1987), menciona que por lo general cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familiar suele definirse como *sano* a

diferencia del integrante definido como *enfermo*, debido principalmente a que en el contexto de la relación familiar, para cada rol individual definido existe un contra-rol oculto en la persona de otro o de otros miembros de la familia.

Lo anterior nos permite entender y acercarnos al concepto propuesto por Don D. Jackson: *“homeostasis familiar”*. El concepto de *homeostasis* proviene de los estudios fisiológicos de Walter B. Cannon, y de los primeros intentos de Claude Bernard en torno su concepto de (medio interno), y se refiere a la característica de un sistema abierto o de un sistema cerrado, especialmente en un organismo vivo, mediante la cual se regula el ambiente interno para mantener una condición estable y constante. Los múltiples ajustes dinámicos del equilibrio y los mecanismos de autorregulación hacen la homeostasis posible. La homeostasis no es sinónimo del equilibrio estático, implica más bien que un sistema está activo y que hay una serie de procesos en marcha para mantener dicho sistema relativamente estable. Por lo tanto, la homeostasis familiar evoca la relativa constancia del medio familiar, mantenida así mediante el juego permanente de fuerzas organizadoras. Jackson menciona, que se puede especificar la homeostasis familiar describiendo a la familia como un “sistema de error activado”, que parece reaccionar a “inputs” (importación de los recursos como energía, materia, información, etc., que se requieren para dar inicio al ciclo de actividades del sistema) que no son acordes con sus reglas de base. Un termostato de calefacción puede funcionar para ejemplificar lo anterior: el termostato doméstico usual responde al aumento de calor con el apagado del sistema cuando la temperatura alcanza cierto nivel, a esto, se le conoce como sistema de desviación-reacción contraria (retroalimentación negativa); sin embargo, si el incremento del calor en lugar de apagar activara la calefacción para generar más calor aún, tendríamos un sistema de desviación-amplificación (retroalimentación positiva) que produciría mucho más calor, mayor incremento en el pago de energía y a la larga una calefacción averiada. Muchas familias reaccionan de acuerdo al sistema desviación-amplificación, en donde la retroalimentación positiva permite que las variaciones del comportamiento vuelvan a ser introducidas (feedback), utilizadas de nuevo para el mantenimiento constante del sistema global. La familia absorbe “inputs” de su entorno social, económico y comunitario, así como de la conducta de los miembros individuales, además de los cambios inevitables que produce el tiempo; pero la familia que resiste contrarresta estas desviaciones y mantiene su organización y tendencia homeostática.

Algunas veces, dentro del sistema familiar en donde se manifiesten comportamientos esquizofrénicos por parte de uno de sus miembros, y un “input” promueva una “desviación” en forma de mejora o curación para el paciente, puede conducir a una fuerte reacción contraria de otros miembros familiares. Así, el resto de la familia puede que insista en que el paciente identificado como esquizofrénico sigue verdaderamente enfermo, llegando a graves extremos para probar esto o para hacerlo posible, es decir, la mejora en un paciente con esquizofrenia dentro de su sistema familiar

puede causar la resistencia familiar, o síntomas emocionales y físicos en otros miembros familiares, llegando incluso a la disolución de la familia.

Don D. Jackson propone dos hipótesis al respecto:

- 1) Las familias en general establecen un sistema de reglas, o algo análogo, para mantener su supuesta estabilidad y orden en su sistema familiar a lo largo del tiempo independientemente de los innumerables cambios que tanto el entorno como los miembros individuales de la misma emprendan contra ella.
- 2) Las familias que tienen un miembro con algún tipo de desviación mental (entre ellas la esquizofrenia) son extremadamente rígidas en sus patrones homeostáticos y no permiten la “desviación” de dichos patrones.

La visión teórica de la homeostasis familiar nos lleva a pensar que la familia “funciona”, a veces, como un sistema perpetuador que puede mantener enfermo a un miembro de la familia, ya sea de esquizofrenia o de cualquier otra enfermedad. Es decir, según esta hipótesis un miembro de la familia que recibe tratamiento por separado, recaerá al regresar a un sistema familiar que no ha cambiado; las modificaciones en la conducta de la familia (desviaciones-amplificaciones) permiten que evolucione positivamente la enfermedad (retroalimentación positiva).

Un elemento interesante en el planteamiento de Jackson radica en la idea del surgimiento de esquizofrenia como un mecanismo homeostático de la familia del paciente. El síntoma aparece como un fragmento de la conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente, siendo la existencia del miembro esquizofrénico esencial para la estabilidad del sistema familiar, el cual reaccionará rápida y eficazmente frente a cualquier intento, interno o externo, de alterar la organización. De esta manera, Jackson propone que la concepción de madre esquizofrenizante debe variar a esquizofrenia como enfermedad de origen familiar, puesto que el paciente mantiene la homeostasis familiar. Siguiendo esta misma línea, Jackson señala que las familias de los pacientes esquizofrénicos no pueden aceptar las manifestaciones inevitables de madurez y concomitante búsqueda de autonomía en el hijo, contrarrestando estas desviaciones, al tildarlas de enfermas o nocivas. De esta manera, las familias perturbadas serían particularmente refractarias al cambio y con frecuencia demuestran una notable capacidad para conservar el *status quo* mediante una retroalimentación predominantemente negativa, manteniendo el equilibrio a través de la homeostasis.

Jackson agrega que los progenitores distorsionarían crónicamente los significados y comunicaciones, para defender el equilibrio de cada uno, del matrimonio y de la familia (o los tres), entregando una formación irracional de la familia, y objetos contradictorios para el futuro esquizofrénico, además de una preocupación exagerada por mantener a éste fuera del medio extra-familiar.

III.6.3. Visión Sistémica Familiar de la Esquizofrenia

A Jay Haley le debemos la descripción sistémica de la familia con un miembro esquizofrénico: a la idea de una “madre esquizofrenógena” sigue el descubrimiento de un padre inadecuado, para identificar finalmente la responsabilidad igual del paciente, sin dejar de lado la de la comunidad y el entorno sociocultural. Para Haley, lo esencial es la naturaleza funcional del comportamiento esquizofrénico en el interior de un sistema familiar dado (Hoffman, 1987). En su artículo “The Family of the Schizophrenic: a Model System” publicado en 1959, evidenció el rechazo que los miembros de las familias con un miembro esquizofrénico tienen para admitir el tipo de relación que se da entre ellos, y la dificultad que el mismo miembro con esquizofrenia tiene es decir, este tipo de familia es un grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada a tal punto de exasperación que la hace no declarable, y por lo tanto, encubierta.

Como se expone anteriormente, la aplicación de la teoría sistémica al comportamiento humano se liga estrechamente a las investigaciones de los autores de la escuela de Palo Alto en torno al problema de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esquizofrenia. De esta forma, es desde el enfoque sistémico de donde ha surgido más abundante material en relación al problema al que se aboca esta investigación, por lo cual los aportes provenientes del trabajo de sus distintos exponentes son cuantiosos y variados. Es por ello que en el caso particular de la teoría sistémica, atendiendo a la necesaria claridad en la exposición, se procederán a presentar de modo separado los aportes provenientes de las distintas vertientes.

1. Escuela de Palo Alto

El grupo de Palo Alto enfoca el fenómeno de la esquizofrenia desde una visión radicalmente distinta de aquellas hipótesis según las cuales dicha patología constituye primariamente un trastorno psiquiátrico que afecte secundariamente las relaciones del paciente con los demás y, eventualmente, las de éstos con él. Por el contrario, Bateson y sus colaboradores se centran en la indagación de las secuencias de la experiencia interpersonal que provocarían (en vez de ser efecto) manifestaciones de esquizofrenia. Suponen que el paciente identificado como esquizofrénico “debe vivir en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no convencionales resulten en cierto sentido adecuados” (Watzlawick, 1967).

En este sentido, el gran mérito de Bateson y su equipo fue plantear el modelo de doble vínculo, haciendo alusión a la existencia de secuencias insolubles de experiencias, que atentan contra la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre los tipos lógicos, tratándose de una situación en la que una persona, haga lo que haga, no puede ganar, quedando atrapada, y pudiendo finalmente desarrollar síntomas esquizofrénicos.

Cuando un individuo se encuentra en una relación de doble vínculo, en la que siente que es de importancia vital discriminar acertadamente qué tipo de mensaje se le comunica para poder responder adecuadamente, se ve atrapado en una paradoja, la cual es definida como “una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes” (Watzlawick, 1967). Por lo tanto, se expresan dos órdenes de mensajes y uno de ellos niega al otro, siendo incapaz de efectuar un comentario acerca de los mensajes que recibió. Se sugiere, así, que éste es el tipo de situación que se produce entre el pre-esquizofrénico y su madre. Ella se expresaría simultáneamente en dos órdenes de mensajes para controlar su ansiedad, mediante el manejo de la cercanía entre ella y su hijo. Así, ante la proximidad del hijo presenta una conducta hostil o retraída, pero cuando el niño responde a su conducta hostil, ella se comporta de manera amorosa, pero simulada, para encubrir su rechazo. El hijo reconoce la peligrosidad de apreciar la hostilidad de la madre y decirlo, amenaza la pérdida del cariño. De esta manera, la madre del sujeto identificado como esquizofrénico atrapa al hijo en una situación doble vinculante.

La alteración esquizofrénica, vendría siendo, entonces, una manera de manejar situaciones de doble vínculo para superar el efecto inhibitorio y controlador de la madre. El paciente identificado sacrifica su derecho a señalar que él ve algunas incongruencias metacomunicativas, aún cuando su percepción de esas incongruencias sea correcta, para mantener la ilusión sagrada de que lo que su progenitor dice tiene sentido y, de ese modo, permanecer cerca de éste. Así, el paciente identificado se convierte en cómplice de la hipocresía inconsciente de su progenitor, comprendiéndose, de este modo, lo frecuente que resulta en la persona considerada esquizofrénica el eliminar de sus mensajes todo lo que se refiera explícita o implícitamente a la relación entre él mismo y la persona a la cual se dirige, evitando o distorsionando todo lo que podría parecer que los identifica y pudiendo, de tal forma, llegar a una gran infelicidad y distorsiones groseras y sistemáticas de la comunicación (Bateson, 1972). De esta forma, el hijo o ‘víctima’ se encuentra atrapado en una maraña de imposiciones paradójicas que le impiden hacer lo debido.

Por otra parte, la conducta paradójica impuesta por el doble vínculo es, a su vez, un doble vínculo para quien anteriormente lo estableció. De tal modo, “una vez que dicho patrón ha comenzado a actuar, virtualmente carece de sentido preguntar cuándo, cómo y por qué se estableció, pues (...) los sistemas patológicos exhiben una cualidad de tipo círculo vicioso, curiosamente autoperpetuadora” (Watzlawick, 1989). De acuerdo a esto, se plantea que la patogenicidad no puede resolverse en términos de una relación causa-efecto, siendo por ello errado suponer al doble vínculo como la causa de la esquizofrenia, ya que, se considera al doble vínculo como agente causal sólo en el sentido de que éste “se ha convertido en el patrón predominante de la comunicación, y cuando la atención diagnóstica está limitada al individuo manifiestamente más perturbado, la conducta de este individuo, según se comprobará, satisface los criterios diagnóstico de la esquizofrenia” (Watzlawick, 1989). Sin embargo, la existencia de ciertos grados de distorsión y la escasa especificación

pueden desencadenar esquizofrenia.

Cómo se menciona en el capítulo dos, con el fin de sistematizar los conocimientos existentes en el estudio de la comunicación humana, Watzlawick, Beavin y Jackson publican en 1967 el libro *Pragmática de la Comunicación Humana*, proponiendo una ciencia de los modos como cada persona influye en los demás a través del carácter de mensaje de su propio comportamiento.

El aspecto central de esta obra radica en ofrecer instrumentos para el estudio de la comunicación basados en cinco axiomas, cada uno de los cuales, implica, como corolarios, ciertas patologías inherentes. A continuación se procederá a revisar estos axiomas, con las consecuencias que acarrea el trastorno en cada uno de ellos, siendo en algunos casos fundamental en el surgimiento de la esquizofrenia.

- 1) Imposibilidad de no comunicar: Toda conducta es comunicación, y al ser imposible no comunicarse, siempre se está comunicando algo, aunque no se tenga la intención de hacerlo. Esto constituye una parte integral del dilema de los pacientes esquizofrénicos, quienes “se comportan como si trataran de negar que se comunican y luego encuentran necesario negar también que esa negación constituye en sí misma una comunicación” (Watzlawick., 1967). Este intento de no comunicarse se da en un contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación, observándose que el paciente esquizofrénico se comporta como si evitara todo compromiso al no comunicarse. En relación a esto, se plantea que “el esquizofrénico (...) es un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no sólo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí” (Watzlawick., 1989), haciéndose posible negar cualquier aspecto de un mensaje o todos sus aspectos. Una de las reacciones que exhibe una persona, frente a la imposibilidad de no comunicarse, consiste en el surgimiento de un “síntoma como un mensaje no verbal: no soy yo quien quiere o no quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control, por ejemplo, mis nervios, mi enfermedad, mi ansiedad” (Watzlawick., 1967).
- 2) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional, de modo que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación: Dentro de las distintas variaciones de trastornos que pueden acarrear la confusión o desacuerdo en los aspectos de contenido y relacionales, se describe como un extremo, el caso de un sujeto que se ve obligado a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otro. El desacuerdo a nivel relacional es, desde el punto de vista pragmático, mucho más importante, pues en él, las personas se proponen mutuamente definiciones de la relación y, por implicación, de sí mismas. Cuanto más espontánea y sana es la relación más se pierde el aspecto relacional, apareciendo, en vínculos enfermos, una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación. Frente a la definición que un sujeto hace de la relación, su interlocutor puede responder por medio de una confirmación, un rechazo o la desconfirmación, aludiendo en éste último término a Ronald Laing, quien es el

que propone este mecanismo en los procesos comunicativos familiares esquizofrenizantes. De acuerdo a lo anterior, la desconfirmación sería fundamental en el desarrollo de la esquizofrenia, implicando la negación de la realidad de ese sujeto como fuente de la definición de la relación; “mientras que el rechazo equivale al mensaje ‘está equivocado’, la desconfirmación afirma de hecho: ‘tú no existes’” (Watzlawick, 1967). Tal tipo de mensaje incidiría de modo fundamental en el sujeto, pues el factor que más pesa en el desarrollo y estabilidad mentales sería el reconocimiento del otro, ya sea mediante la aceptación (confirmación) o la refutación (rechazo) de las propias definiciones.

- 3) La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de hechos: En una secuencia interaccional se considera que cada intercambio comunicacional es simultáneamente estímulo y respuesta, siendo éstos sometidos a una puntuación secuencial por parte de los participantes. Por medio de aquella, los participantes de una interacción establecen determinados patrones de intercambios, de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Al organizar los hechos de las conductas, este mecanismo se vuelve vital para las interacciones, pudiendo suceder que las discrepancias no resueltas en la puntuación lleven directamente a *impasses interaccionales* en que los que, eventualmente, se hagan acusaciones de locura o maldad.
- 4) Las personas se comunican tanto digital como analógicamente, siendo la comunicación digital aquella en la que el objeto o evento es expresado por medio de signos arbitrarios que no presentan ninguna semejanza estructural con el objeto o evento al que se refiere. En cambio, la comunicación analógica consiste en una forma de expresar objetos y situaciones por medio de símiles, analogías, semejanzas que poseen estructura similar a la del objeto o situación que representan.: La primera modalidad cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico cuenta con la semántica, pero no con una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

Por el hecho de distinguir dos niveles en la comunicación, se plantea la cuestión de si son, o no, coherentes entre sí. Lo que estipula la Teoría de los Tipos Lógicos es que cuando hay una incongruencia entre estos niveles, es decir un miembro de una clase que contradice o niega la clase, se da una paradoja. Por ejemplo, la afirmación "todos los cretenses son mentirosos" atribuida al cretense Epiménes es paradójica por aseverar algo acerca del propio mensaje de forma que el receptor del mensaje se halla en un dilema. Si se cree que esta afirmación es correcta entonces no es verdadera puesto que la dicho un cretense, y si no, resulta verdadera. Esta situación confusa generada por el mensaje se da por la incongruencia entre el nivel lógico de la clase (sentencias) y el de los miembros (una sentencia concreta), por aseverar algo acerca de la clase ("las sentencias son mentira"). Estas paradojas se diferencian de las simples contradicciones, del tipo "A y no A", que representan incongruencias al mismo nivel lógico. A diferencia

de las paradojas, estas contradicciones simples son aparentes y fácilmente detectables, y no generan confusión ni conflictos de autorreferencia.

Si las paradojas se redujeran a meros rompecabezas conceptuales no tendrían mayor interés para la comunicación humana y la psicoterapia, pero no es así. Además de estas paradojas lógicas, existen las pragmáticas. Se basan en la distinción anterior entre el nivel de contenido y el relacional, y consideran al segundo como un orden lógico superior al primero. Así, cualquier contenido digital incongruente con la definición de la relación que trasmite el nivel analógico/contextual constituye una paradoja pragmática. Por ejemplo, si una madre dice "te quiero" a un niño, pero lo abraza con rudeza y frialdad, el mensaje transmitido contiene un ingrediente paradójico por la incongruencia entre el contenido verbal (digital) y el no-verbal (analógico). Esta forma de paradoja, la incongruencia entre el mensaje verbal y el no-verbal, es la más común en las familias con algún miembro identificado como esquizofrénico.

La comunicación paradójica es vista como una modalidad disfuncional o, al menos, incongruente de comunicación que, si se instala como patrón predominante de comunicación tiene efectos perturbadores en los que participan de ella, más visibles en los más indefensos, los niños y adolescentes. De hecho, la hipótesis del doble vínculo consiste precisamente en eso, es postular que ese es el patrón comunicacional predominante en las familias de esquizofrénicos. En ese contexto interaccional, el niño o joven nunca puede verse confirmado en sus mensajes, porque el nivel digital y el analógico discrepan. Si responde a uno está mal en función del otro, de forma que no hay manera de acertar, o de verse confirmado, y eso afecta seriamente al establecimiento de un sentido de identidad, sobre todo si se dan las condiciones postuladas: una relación fundamental para la supervivencia (como la de padres-hijos) y la imposibilidad de escapar del campo. Ciertamente, si no se dan estas dos condiciones sus efectos suelen ser menos desfavorables. De hecho, la ironía y el humor utilizan mucho el mensaje paradójico, pero los contextos relacionales son muy distintos. Incluso entre padres e hijos pueden darse estos mensajes sin que nadie se perturbe mucho, el peligro radica cuando la comunicación paradójica se instala de forma predominante afectando el desarrollo de un sentido de identidad.

- 5) Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia, respectivamente: Ambos tipos de interacción son categorías básicas en las que se divide el intercambio comunicacional, sin ser buenas o malas intrínsecamente, al poder involucrar una confirmación recíproca, sana y positiva. En el caso de la patología en la relación y de entre ellas la esquizofrenia, la interacción complementaria aparece como de mayor interés psicopatológico que la simétrica, al involucrar en general a desconfirmaciones del self del otro. En el caso de que uno de los participantes (A)

exija ser confirmado por otro (B) en una definición de sí mismo que no concuerda con la que B posee, este último se verá expuesto a un dilema particular, pues debe modificar su propia definición de sí mismo de modo que complemente y así corrobore la de A. Dicho dilema se asocia al hecho de que “es inherente a la naturaleza de las relaciones complementarias el que una definición del self sólo pueda mantenerse si el otro participante desempeña un rol específico” (Watzlawick, 1967).

2. Escuela de Milán

El equipo de Milán se aproxima al estudio de patología mental a través del modelo de la metáfora del juego familiar, utilizándose la idea del juego como una metáfora que representa los procesos que llevan a un sujeto a actuar psicóticamente. Debe recordarse, sin embargo, que los juegos relacionales se presentan en todas las familias, ya que “si el juego es un modo de representar una organización interactiva que evoluciona en el tiempo, no jugar es imposible” (Selvini Palazzoli, 1988). El uso de esta metáfora implica un intento de trascender la teoría sistémica, al presentarse como un modo de “integrar las reglas generales de la interacción de los jugadores (razonamiento sistémico - holístico) con las movidas de los individuos (razonamiento estratégico)” (Selvini Palazzoli, 1988).

Se propone una conexión estrecha entre las modalidades de la relación de la pareja parental y los síntomas psicóticos del paciente señalado como esquizofrénico, originándose en aquellas familias un enredo relacional denominado juego sucio. Éste surge cuando los actores del sistema familiar recurren a medios desleales como engaños sutiles, mentiras, venganzas encubiertas, manipulaciones, seducciones, promesas ambiguas, etc., cuyo fin es disimulado y negado. Su postulado se basa centralmente en la **teoría del embrollo** (del vocablo embrollo en una acepción que hace referencia tanto al término anglosajón imbroglia, que indica intriga o confusión, y al mismo término italiano, que alude a una verdadera estafa), al cual se le atribuye un significado global, siendo definido como “un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y se desarrolla en torno a una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es” (Selvini Palazzoli, 1988). Se señala, entonces, que el supuesto privilegio no sería auténtico desde el punto de vista afectivo, puesto que se trataría de una estrategia enfocada en contra de alguien, usualmente, el otro cónyuge. Al ir profundizando en aquel proceso interactivo que origina un proceso esquizofrenizante en uno de los miembros de la familia, el equipo de Milán propone una evolución del proceso en seis estadios:

- 1) Impasse en la pareja conyugal: Se formula la hipótesis de que el trastorno en la relación conyugal, con resultado maligno (consistente en el desarrollo esquizofrenizante en uno de los hijos) es siempre y únicamente el juego al que denominan impasse. Éste es descrito como aquel juego “en el cual los dos adversarios

(...) parecen destinados a afrontar eternamente una situación sin salida: su relación no conoce verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras. Uno de ellos exhibe cada tanto una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes: parece estar siempre a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro, sin perder la calma invariablemente realiza una movida que equilibra el puntaje” (Selvini Palazzoli, 1988). En este juego, se distingue entre un provocador activo (el primer jugador) y otro pasivo, que se caracteriza por su provocadora imperturbabilidad, siendo difícil de identificar al último como tal, al ocupar un rol de víctima.

2) Intromisión del hijo en el juego de la pareja: Esta consiste en la fase más secreta, puesto que se la siente como ilícita, y es el momento cuando el futuro paciente designado interviene aliándose con el padre que cumple el rol de provocador pasivo. La solidaridad del hijo con el ‘perdedor’ surge en parte espontáneamente (ya que cree que el otro es el culpable, sufriendo también de sus provocaciones) y en parte instigado por este último. La estrategia se basa en un proceso de instigación, fenómeno obligado de los juegos relacionales de estas familias, el cual obedece a un mecanismo interactivo consistente en la seducción por parte de uno de los padres a un hijo, con el fin de ponerlo en contra del cónyuge. El hijo se convierte, de este modo, en un portavoz de mensajes ‘humillantes’ para uno de los padres, provenientes del otro, comunicaciones que este último no manifiesta personal ni explícitamente. Las comunicaciones seductoras, restringidas a lo implícito y lo analógico, por parte de este padre, se pueden interpretar como una promesa ambigua que atrae e involucra al hijo, promesa que luego es negada ambiguamente, instalándose de este modo el movimiento oscilante de las coaliciones. La coalición con el paciente designado es, según este planteamiento, casi exclusivamente instrumental, manteniéndose siempre el conflicto conyugal como centro focal. La gravedad del proceso que se desencadena en el paciente señalado cuando descubre el carácter instrumental de la ligazón que lo unía con el padre, responde no tanto al que éste hubiese construido la propia personalidad sobre bases frágiles (como plantearía el psicoanálisis), ni que hubiese sido sistemáticamente sometido a modelos comunicativos ‘desestructurantes’ (doble vínculo), sino más bien a que, en cierto momento, sea invalidado el presupuesto de fondo sobre el cual él ha construido su propio universo cognitivo y afectivo.

3) Conducta inusitada del hijo: Cuando el paciente señalado se percata de que su adhesión secreta al perdedor no lleva a éste a reaccionar y, con ello, el juego se ha mantenido inmutable, se obsesiona por terminar con el aparente triunfo del provocador. En ese momento, el hijo cambia las señales de apoyo casi imperceptibles, por conductas que nunca antes había manifestado y que, por tanto, le producen extrañeza, pero sin llegar a la patología (p.e., se encierra en la pieza, insulta violentamente al padre vencedor, despilfarra dinero, etc.).

4) Viraje del presunto aliado: El hijo experimenta el absoluto fracaso en su objetivo de acabar con las provocaciones del vencedor, como lograr que el perdedor se una a su rebelión. Incluso, el hijo presencia que su supuesto aliado llega a tomar partido por el vencedor en contra del niño, desaprobándolo y hasta castigándolo, pasándose al bando de aquel que este último consideraba el ‘enemigo’ común.

5) Eclosión de la manifestación esquizofrénica: El proceso puede evolucionar de distintos modos, desencadenándose la psicosis en los casos en que el hijo sospecha la traición del padre con el cual se aliaba. A partir de ese entonces la situación se torna imposible, siendo la dinámica totalmente inaccesible a la expresión verbal, ya que, a la vez que fue construida en niveles analógicos, aparece el hecho de que “la convicción de ilicitud y la conciencia de connivencia (propias de la alianza intergeneracional), sumadas a la desconfianza en cuanto a la lealtad del ex aliado, condenarían por sí solas al silencio a aquel que se sintiera traicionado, impulsándolo a efectuar una reivindicación encubierta (Selvini Palazzoli, 1988), reivindicación que en las familias estudiadas se traduce en un síntoma. El paciente señalado se siente abandonado por todos, experimentando una mezcla de sentimientos sumamente complejos, donde primará la confusión esquizofrénica por sobre componentes depresivos o agresivos. Habiendo sido educado en un contexto de aprendizaje donde predominaba el juego de impasse entre sus padres, el hijo no admite la posibilidad de declararse derrotado. Entonces, “la sintomatología psicótica será el arma que le permita automáticamente prevalecer: ahí donde ha fracasado con su conducta inusitada, ahora ya no podrá fallar, doblegará al vencedor y le mostrará a ese sometido perdedor lo que él, el hijo, es capaz de hacer” (Selvini Palazzoli, 1988).

6) Estrategias basadas en el síntoma: Hay casos en que la conducta psicótica está expuesta a cronificarse, pasándose a esta sexta etapa, en la cual cada miembro de la familia ha organizado su propia estrategia alrededor del síntoma del hijo, con el efecto pragmático de mantenerlo. Tanto el padre perdedor como el vencedor se oponen soterradamente al cambio del statu quo. El primero, saca ventaja de aquellos casos donde la sintomatología del hijo se dirige más directamente contra el cónyuge, mientras que este último, al momento en que el mal se hace crónico, ya ha elaborado una estrategia fundada en el supuesto de que el síntoma persistirá, comportándose de modo que favorece su mantención. De esta manera, ambos padres se presentan como adversarios implacables al trabajo terapéutico. En este sentido, se considera que lo que se cronifica es la impasse conyugal, más que el paciente mismo.

Por otro lado, cabe citar a Giuliana Pratta (1993) quién nos dice que “el modelo sistémico se basa en el modelo cibernético de la estocástica, es decir, de lo perteneciente o relativo a un proceso que incluye una secuencia de observaciones determinadas al azar, cada una de las cuales se considera una muestra de un elemento extraído de una distribución de probabilidades” (Pratta, 1993). Esto significa que, un individuo cuando nace

ingresa en una familia que ya ha fijado cierto número de reglas de convivencia entre sus miembros. Más tarde, el niño inicia una serie de intentos para explorar los diversos modos en que puede situarse en el marco de su familia y dar trámite a aquellas reglas. Luego de cada intento, el niño hace una elección: memoriza y repite las jugadas que le han dado resultados convenientes y elimina las inservibles. De esta forma, el síntoma no es una expresión gratuita del miembro identificado como esquizofrénico, tampoco es una expresión desarticulada del contexto donde aparece, más bien indica que algo anda mal, es un mensaje codificado que insinúa problemas que, al mismo tiempo, pretende encubrir. De esta forma, permite ver que el síntoma tiene un significado y un propósito.

3. Escuela de Roma

A partir del análisis que los autores de la Escuela de Roma hacen de los modelos interactivos de familias de pacientes identificados como esquizofrénicos, sobresale su propuesta de éstas como sistemas rígidos, es decir, aquellos en los que se observa una incapacidad para encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital. En éstos, los puntos de ruptura potenciales del equilibrio preexistente tienden a coincidir con procesos normales de desarrollo del sistema familiar, como son, entre otros, el crecimiento individual, el nacimiento, la formación de parejas, el envejecimiento o la muerte. Por ende, la rigidez no es una característica intrínseca de su estructura, sino que se muestra ligada a la dinámica y variaciones del estado del sistema en un tiempo y espacio definidos (Andolfi, Menghi, Nicoló y Saccu, 1987).

En los sistemas familiares se observa una evolución regida por el equilibrio entre los procesos de homeostasis y transformación, con una progresión normal del estado simbiótico a una libertad y autonomía cada vez mayor, lo que implica un enriquecimiento de un modo de existencia que depende de que ésta logre expresarse cada vez más auténticamente. De este modo, se describen tres estadios en el desarrollo ontológico, de los cuales el primero presenta una dinámica interpersonal regida por la coacción de ser, según la cual una persona no puede ser sino en función de una imposición de otro; en el segundo aparece el permiso de ser, que implica que el individuo puede ser él mismo, pero sólo dentro del rol que le está permitido; por último, en la tercera fase se describe la posibilidad de ser, gracias a la cual el sujeto puede ser libremente, pues está sustraído al máximo a los condicionamientos del otro (Ackermans y Andolfi, 1987).

La modalidad de permiso de ser se expresa a través de una claridad en las fronteras interpersonales, gracias a la cual cada miembro del sistema tiene la posibilidad de aceptar y controlar simultáneamente las situaciones de acercamiento (intimidad) y las situaciones de alejamiento (separación). Por el contrario, en la modalidad de coacción de ser aparece una falta de claridad en los límites interpersonales, con una consiguiente dificultad de afirmar

una identidad recíproca, que se manifiesta por una tendencia a vivir en el interior de relaciones de fusión y entorpecimiento recíproco o por la obligación de mantener una distancia segura mediante el rompimiento afectivo.

A partir de esta lógica es que la salud mental es definida como “la capacidad de vivir en el interior de un sistema interpersonal, logrando instalar fronteras precisas” (Piperno, 1987), gracias a las cuales cada uno de los miembros del grupo está capacitado para proponer el fin o el comienzo del juego relacional. Sin embargo, una característica fundamental de los sistemas interpersonales rígidos es la falta de claridad en los límites interpersonales, manteniéndose en el tiempo una imposición recíproca de ser obligado a ser, que dificulta cualquier permiso de ser por parte de cada uno de los miembros del grupo. De este modo, estos sistemas se rigen por reglas que excluyen la diferenciación y la individuación de sus miembros, replanteando constantemente un equilibrio alcanzado, en detrimento de la autonomía de cada uno.

En el sistema rígido, casi todo intento de diferenciación es vivido como una amenaza de inminente desintegración de aquel sistema, siendo una de sus reglas fundamentales la imposibilidad de escapar, pues el logro de autonomía de uno de los miembros del grupo pone el juego la estructuración de cada uno de los otros, que no han constituido la suya. La intrusión en el espacio personal de otro gracias a la pérdida del espacio personal propio aparece como la única posibilidad de coexistencia. Al respecto, Piperno señala que “si los límites de todos no se constituyen al mismo tiempo, todos corren el riesgo de hundirse” (Piperno, 1987). De esta dinámica deriva la necesidad de controlar permanentemente que ninguno de los integrantes del grupo logre definirse con claridad, pues sería sentido como una declaración de independencia, lo que implica una traición al grupo.

Un mecanismo propio de las familias con un paciente identificado como esquizofrénico, tendiente a mantener la dinámica descrita, es la provocación. Ésta corresponde a un modo particular de redundancia en la comunicación, cuyo fin es el mantenimiento homeostático del sistema. Ruggero Piperno define a la provocación como “una como modalidad de comunicación en la que las finalidades no son explícitas y son capaces por tanto de influir sobre una persona hasta el punto de hacerle realizar actos ajenos a su voluntad” (Piperno, citado en Ackermans y Andolfi, 1987). Se relaciona con la tendencia de sistemas rígidos que reemplazan la disposición a actualizar la separación a través de la individuación, por el control del estadio de autonomía del otro ante la amenaza de que logre emanciparse antes que los demás miembros de la familia. De ese modo, la provocación actúa en detrimento de la autonomía del otro. Al respecto, Piperno añade que “si el otro acepta mi provocación, si cede a mi intención, quiere decir que está lejos de poseer una identidad como persona y, por lo tanto puedo estar seguro de que no podrá separarse de mí antes de que yo me desprenda de él” (Piperno, 1987). Tal proceso habla tanto del no logro de una identidad y de límites personales en el que acepta la provocación, pero también en el provocador. Esta estructura interactiva se autosustenta en el tiempo,

pues los participantes se encuentran en la imposibilidad de renunciar a su juego de provocación y contra-provocación ya que, pese al desagrado, el equilibrio obtenido resulta más tranquilizador. Los límites interaccionales del sistema familiar son reemplazados por límites borrosos, definiéndose la manera de ser en el grupo como “coexistencia funcional”. Ante la imposibilidad de coexistir como persona, se hace concebible vivir en una forma de función relacional recíproca el uno para el otro, tornándose el sistema cada vez más rígido cuanto que es la única modalidad posible. Dichas funciones relacionales son definidas como aquellas conductas que satisfacen demandas recíprocas, es decir, todos los comportamientos atrapados por las necesidades del conjunto familiar y abstraídos a la libre disposición de cada uno de sus miembros.

En este sentido, “un sistema se vuelve rígido cuando sobre las necesidades de diferenciación de sus miembros pesan una acumulación de funciones o la incapacidad de modificar sus funciones en el tiempo. La creciente presión de los niveles de función acarrea una reducción de la expresión de sí a partir de lo cual se estructuran relaciones rígidas” (Ackermans y Andolfi 1987), que conducen a una compresión progresiva de las energías disponibles y a un empobrecimiento de las comunicaciones con el exterior. Se instaura en el interior del sistema familiar una compleja red de funciones que se refuerzan recíprocamente y que cristalizan las relaciones en roles estereotipados, en detrimento de experiencias e informaciones nuevas y diferenciadas vividas como demasiado amenazadoras para el equilibrio familiar. Esto acarrea, en cada uno de los miembros del sistema familiar, una creciente confusión entre el espacio personal, lugar de definición de cada uno en el interior de sí, y el espacio interactivo, lugar de intercambios negociados con el exterior, siendo generalmente, dicha confusión, atribuida exclusivamente al portador del trastorno mental.

La invasión del espacio personal del otro, particularmente permitida y facilitada por la patología grave de un miembro de la familia, trae como consecuencia última un vacío creciente del espacio personal de cada uno, así como una disminución masiva de los intercambios libres. Dicho vacío se agranda progresivamente, dando espacio para que contenidos y necesidades funcionales reemplacen progresivamente a los de los integrantes de la familia. “El vacío personal es colmado entonces, en un círculo vicioso, por un rol determinado a su vez por la imagen familiar de la función de cada uno. El espacio personal se reduce y el espacio interaccional se torna rígido” (Ackermans y Andolfi, 1987). En familias que incluyen un paciente diagnosticado de esquizofrénico aparece de modo característico esta situación, donde los límites de flexibilidad descritos se manifiestan claramente.

Por otra parte, en organizaciones sistémicas consideradas como patológicas se observa una tendencia familiar a transformar el potencial de informaciones que llegan del exterior, en una gama restringida de señales orientadas al mantenimiento del modo de funcionamiento preexistente y a la conservación del mapa cognitivo del sistema. Dicho

proceso implica una barrera para toda nueva experiencia y la decodificación de nuevas informaciones a partir de un esquema rígido y fijado previamente, donde las significaciones personales y diferenciadas son excluidas a favor de una significación común compartida por los miembros del sistema, repercutiendo en la integración y diferenciación de los individuos. La disminución en la entrada de información permitida por el sistema es proporcional a la rigidez de los presupuestos implícitos forjados en que cada miembro a lo largo de la historia familiar, ya que la organización de esos presupuestos constituye una suerte de grilla perceptiva que sólo permite el paso a cierto tipo de señales. En relación a esto, Anna Maria Nicoló sostiene que “el esquema fijado de antemano puede llegar a ser tenido por característica del yo, y quien lo expresa es la familia del paciente designado, quien de este modo, con sus síntomas y manifestaciones, se convierte en metáfora de las relaciones familiares” (Nicoló, 1986).

La idea recién planteada cobra sentido al vincularla con el concepto de mito familiar, propuesto como una estructura particularmente característica en familias llamadas disfuncionales. Éste exhibe los efectos del esquema de relaciones preestablecidas, condensando los presupuestos implícitos y haciendo desaparecer las diferencias individuales. De este modo, el mito indica como está hecha y pensada la realidad y, además, como ésta es percibida. En este sentido es que una importante función del mito es el existir en la estructura familiar al servicio del yo, como un modelo que pasa a ser una estructura de referencia en la construcción de una identidad personal, por cuanto cada uno se remite a él más o menos conscientemente. Nicoló alude a que “en una familia semejante, cuando el yo de cada uno de sus miembros, entendido como lazo con la realidad, presenta aspectos frágiles o débiles, el mito familiar cumple una función en parte sustitutiva del yo a nivel del grupo, y por eso éste puede resultar difícilmente modificable en el tiempo” (Nicoló, 1986).

Por otro lado, la mayor parte de las familias con transacciones esquizofrénicas funcionan antidepresivamente. Al respecto, la autora plantea que “todo lo que puede suponer la aparición de sentimientos como el dolor, la depresión, la soledad, vinculada en general con experiencias de separación, es evitado, combatido, negado, desviado, cuando ello es posible. No sólo se trata de la separación en un vínculo físico con un familiar determinado (...), sino también de todas las otras separaciones, desde las más antiguas hasta las más cotidianas, que caracterizan a cada momento de la vida de todos los miembros de la familia” (Nicoló, 1986).

Asimismo, se observa que, a fin de mantener la cohesión del grupo familiar, se excluye la percepción de conflictos y se busca minimizar la incorporación de novedad. Si la rigidez del sistema no tolera esto último, la forma de solucionarlo es incorporar a un tercero que se enferma. De esta forma aparece el paciente designado. Pero para que este conflicto sea lo suficientemente grave como para fomentar la aparición de una psicosis, deben agregarse otros factores.

4. Escuela de Heidelberg

Stierlin plantea en su teoría seis aspectos principales que captan distintos ámbitos de la realidad interhumana y que permiten una comprensión del problema de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esquizofrenia:

1. Individuación relacional: Definida como la capacidad que permite al sujeto experimentarse por separado y a la vez relacionarse en los más diversos contextos humanos, aparece con un área donde se observa una dificultad particular en los pacientes identificados como esquizofrénicos, que muestran, en situaciones interhumanas conflictivas una autodiferenciación y una autodelimitación deficientes y perturbadas, sin lograr distinguir entre sus propias percepciones y la de los otros. Esta perturbación aparece como rasgo característico de todo su sistema referencial y no en un individuo aisladamente. Los fracasos en la individuación aparecen de tres modos distintos:

- a) fusión simbiótica, en la que las vivencias propias, el sentimiento de mismidad o self, se confunden con las vivencias, sentimientos y rol de otra persona;
- b) aislamiento autista rígido, que a menudo tiene una tonalidad de desconfianza paranoica; y
- c) situación ambivalente pendular entre ambos extremos.

2. Modos de interacción, entendiendo interacción como “estructuras de relación, o bien escenarios de relación, que ejercen una acción prolongada” (Stierlin, 1986): ligazón y expulsión: Los modos de ligazón y expulsión obedecen respectivamente a fuerzas centrípetas y centrífugas en la dinámica de separación intergeneracional, incluyendo un factor dialéctico que apunta a la compensación de fuerzas ligantes y de expulsión. La intensa ligazón implica, por una parte, una privación para quien es ligado, quedando subdesarrolladas sus capacidades de imponerse y de lograr una vida autónomamente, pudiendo ejercer, a la vez, su efecto en el plano afectivo, a través de la manipulación y explotación de necesidades infantiles de dependencia, y en el plano cognoscitivo, cuando un padre impone al niño a la fuerza su propio Yo disonante, cuando “el padre da al niño señales contradictorias, de modo que al final no puede leer correctamente ni siquiera sus propias señales interiores” (Stierlin, 1986); o en el plano referido a explotación de necesidades infantiles de lealtad. Por otra parte, en la expulsión “el niño no es ligado, sino rechazado, descuidado, expulsado” (Stierlin, 1986), experimentando frialdad, rechazo y descuido, por parte de sus padres.

3. Delegación: Siendo su elemento central el vínculo de lealtad que une al delegante con el delegado, los encargos ‘delegados’ pueden provenir de los diversos planos de

impulsos y motivaciones, siendo un proceso no necesariamente patológico, al ser “a menudo la expresión de un proceso relacional necesario y legítimo: al dejarnos delegar nuestra vida adquiere dirección y sentido, cimentándose una cadena de deberes que trasciende a las generaciones” (Stierlin, 1986). No obstante, los procesos de delegación pueden ser nocivos pudiendo darse de tres modos distintos:

- a) la naturaleza de los encargos puede no armonizar con las capacidades y necesidades propias de la edad del delegado, siendo éste sobreexigido;
- b) los encargos pueden ser conflictivos entre sí, no pudiendo conciliarse unos con otros; y
- c) algunos encargos pueden involucrar conflictos de lealtad, sometiendo al delegado a intensos sentimientos de culpabilidad (si traiciona a un padre delegante a favor del otro).

En tal proceso de delegación nociva el paciente identificado aparece frecuentemente como delegado explotado, el cual, por un lado, intenta ejecutar fielmente misiones inconciliables que lo superan y, por otro, se rebela intentando vengarse de sus padres por lo que le han hecho. El paciente identificado aparece como el miembro de la familia más débil, enfermo y necesitado de ayuda. No obstante, “la debilidad manifiesta del paciente identificado es también un punto fuerte: los demás pueden descargar sus impedimentos, debilidades y dificultades sobre él y, en contraste con él, aparecer fuertes, sanos y altruistas” (Stierlin, 1986). A la vez que alivia a los demás miembros de la familia e incluso se sacrifica por ellos, el papel de víctima le otorga al paciente identificado el poder de cargar al resto con su culpabilidad. En tanto delegado de sus padres, asume dos papeles: primero ocupa el rol de víctima, otorgándoles satisfacción al cumplir sus encargos, quitándoles al mismo tiempo la carga de angustia, vergüenza y culpa al encarnar en su persona los problemas y conflictos familiares que los demás deben ocultar. Lo anterior le permite asumir un rol opuesto, pudiendo atemorizar a su familia cargándolos de culpa y vergüenza puesto que sus síntomas, enfermedad y fracaso son una prueba fiel del fracaso y la maldad de los padres, vengándose, así, de sus supuestos y reales explotadores.

4. Perspectiva plurigeneracional: legado y mérito: El legado es una perspectiva extraída del planteamiento de Boszormenyi-Nagy que puede ser entendida como una ampliación del principio de delegación, pudiendo “expresar muy bien una ligazón, obligación o compulsión a rendir cuentas que se mantiene a lo largo de varias generaciones” (Stierlin, 1986).

5. Status de la reciprocidad: Las cuatro perspectivas anteriores confluyen en el status de la reciprocidad, abriendo en éste, una nueva configuración. Mientras que los otros

aspectos aluden a un corte histórico longitudinal, esta quinta perspectiva se centra en el ‘aquí y el ahora’ de la constelación familiar. En este punto se hace referencia a que todas las relaciones se ven arrastradas por la lucha por el poder. La forma extrema de reciprocidad negativa (donde el movimiento dialógico está perturbado y restringido, se distingue de la reciprocidad positiva, que posee un carácter dialógico y expansivo), degenerada en la lucha por el poder, es designada como enganche maligno, especialmente característico en familias con miembros identificados como esquizofrénicos. Aquí, “el sistema se vuelve completamente rígido: Pese a una posible movilidad dramática exterior, en la relación no se mueve nada; las partes se encuentran como en el clinch en un combate de boxeo” (Stierlin, 1986).

En su desarrollo teórico, Stierlin otorga gran relevancia a la primera de estas perspectivas, referida a los procesos de individuación. Este concepto alude a la formación de peculiaridades individuales y delimitaciones psíquicas, distinguiéndose una sobreindividuación (frontera de los demás demasiado rígida y densa) y una subindividuación (fracaso en la delimitación segura, con límites demasiado blandos y permeables). Ambos extremos son patológicos, siendo necesario que el nivel más alto de individuación posibilite e incluya un nivel correspondientemente más alto de interrelación.

Se apunta, de ese modo, al concepto de individuación relacional que implica a ambas tendencias. Stierlin agrega que el proceso de individuación es posible como coindividuación, en tanto función relacional, siendo impensable una separación psíquica total entre el individuo y el otro, convergiendo, de este modo, individuo y contexto. Desde ahí, Stierlin desarrolla y propone el concepto de Individuación Conexa o Co-individuación que define como aquellos procesos que posibilitan y exigen la individuación y la separación, como también nuevas formas y niveles de conexión, haciéndose necesaria la coindividuación y coevolución dentro del ámbito familiar. La individuación conexa aparece como un proceso compartido en el seno de la familia en que los hijos pueden diferenciarse de los padres a través de un proceso dialógico, del cual sólo una pequeña parte es verbal y la otra es la transmisión de actitudes básicas a lo largo de la vida. Los hijos recogen determinadas misiones encomendadas por los padres, ya sea la continuación de su obra como la realización de aspiraciones frustradas en la generación anterior. Cuando estas misiones son en extremo contradictorias, por contener exigencias imposibles de llevar a cabo, aparece el riesgo de desarrollar alteraciones esquizofrénicas como escapatoria a la imposibilidad de otra solución, agregando que, de esta manera, algunos padres de esquizofrénicos lanzan a sus hijos a un dilema existencial insoluble.

Se entiende entonces que la perturbación de la individuación aparecería como rasgo característico del sistema, siendo necesario considerarla de acuerdo a éste. Se plantea, así, que la dialéctica relacional comienza y se despliega en la relación entre la

madre (o su representante) y el niño pequeño, incluyendo luego, en medida creciente, a otros miembros de la familia y finalmente también a personas externas como pares, profesores, parejas, etc. En esta dialéctica relacional hace una distinción entre dos tipos de individuación.

Por una parte, se identifica la individuación con (o individuación con los padres), refiriéndose a que las contribuciones de los integrantes de la relación se traducen desapercibidamente y sin esfuerzos en procesos de individuación; por otra parte, la individuación contra (o individuación contra los padres) alude a que para realizar la propia individuación hay que tener también posiciones contrarias dentro de una amplitud adecuada de perspectivas y vivencias, defender la propia posición sin evitar los conflictos, para desarrollar y consolidar así un sentimiento de la propia identidad e integridad. La individuación conexa requiere un equilibrio entre la 'individuación con' y la 'individuación contra', donde se trata sobre todo de una relación equilibrada entre la superación de conflictos intrapsíquicos o intersubjetivos (Stierlin, 1997).

En los pacientes identificados como esquizofrénicos a menudo se observa una perturbación en este proceso de individuación conexa, la que se ve impedida de desarrollarse en forma adecuada por la presencia de una realidad relacional blanda, en la que permanecen confusas las afirmaciones y posiciones de los integrantes de una relación, los que pareciesen llevar un diálogo de sordos, mostrando una y otra vez dobles vínculos o trampas relacionales. Los padres no muestran posiciones y enfoques sostenidos con la suficiente claridad durante el tiempo necesario para permitir a un adolescente individuarse frente a ellos y conseguir así un nivel más alto de individuación conexa, faltando las condiciones necesarias para una lograda 'individuación contra'. Cuando esto ocurre el adolescente no tiene otra alternativa que instalarse en la vaguedad de las relaciones y de la comunicación, no pudiendo delimitar sus propias metas, necesidades, deseos y valores de las de los demás. Al predominar una realidad relacional blanda, las afirmaciones, las posiciones y los puntos de vista se precipitan unos sobre otros, impidiendo la asimilación de las posiciones en conflicto sin poder experimentarlas internamente. De esta manera, las estructuras dinámicas, los procesos y patrones de conflictos se mantienen encubiertos, es decir, los miembros de la familia no son (al menos, no totalmente) conscientes de ellos, permaneciendo los conflictos en silencio. Stierlin denomina a esta situación disociación sincrónica, señalando que ésta se da sobre todo en familias con miembros diagnosticados como esquizofrénicos.

Stierlin refiere que éstas familias, además, poseen un estilo comunicativo particular, que denomina ligazón cognoscitiva, en las que sus miembros hablan sin entenderse, cambiando imperceptiblemente la dirección de la conversación, contestándose en una frecuencia distinta, que implicaría una incapacidad, o no

voluntad, comunicativa. Tales perturbaciones en la comunicación y en la relación reflejan y sustentan profundos conflictos interpersonales e intrapsíquicos que, en parte, se remontan a la historia familiar. Es así como el autor afirma que “muchos pacientes identificados como esquizofrénicos son delegados ligados que, sobreexigidos de modo típico, fueron empujados a un desarrollo psicológico desigual” (Stierlin, 1986), siendo especialistas en la supervivencia simbiótica. Al encarnar las debilidades y locuras negadas por los padres, frecuentemente, deben estar al servicio de la autoobservación y autojustificación paterna. Pero estos conflictos de encargos y lealtades no entran en el cómputo de mérito si no hasta que todos los miembros de la familia participen en el juego y cimenten el enganche familiar maligno.

5. Murray Bowen

Al inicio de sus observaciones de familias con hijos reconocidos como esquizofrénicos, Bowen partió de la hipótesis que concebía la esquizofrenia como el resultado de un nexo simbiótico no resuelto con la madre. Postulaba que la amenaza principal para la madre simbiotizada y el niño, es el crecimiento e independencia de éste, lo que provoca una violenta respuesta por parte de ella, para hacerlo retroceder hasta su posición de impotencia. Más tarde el autor amplía su teoría, al considerar la reacción esquizofrénica del paciente como un síntoma de una patología familiar, observándose una influencia recíproca entre la familia y el miembro esquizofrénico.

El concepto fundamental de la teoría de Bowen es el de masa indiferenciada del Yo de la familia, consistente en “una identidad emocional, aglutinada, que existe en cada nivel de intensidad, tanto en las familias en las que es más evidente como en aquellas en las que es prácticamente imperceptible” (Bowen, 1991). La relación simbiótica madre-hijo aparece como un fragmento de uno de los modos de relación más intensos, representando a una unicidad emocional más amplia, referida a la familia.

La idea fundamental que va ligada a esta teoría es la de un proceso emocional que circula dentro de la masa del Yo del núcleo familiar, con modos particulares de respuesta emocional. El grado de involucramiento de cada miembro de la familia depende del nivel de compromiso básico en la masa del Yo familiar. A la vez, el número de personas implicadas depende de la intensidad del proceso y del estado funcional de las relaciones que en un momento dado tenga el individuo con la masa del Yo común. De este modo, en periodos de tensión, el proceso puede involucrar a toda la familia nuclear y extenderse a miembros de la familia extensa o a representantes de instituciones sociales (como hospitales, tribunales, etc.).

En relación con esto, Bowen postula una escala de diferenciación del sí mismo. En un

extremo del continuum aparece la máxima intensidad de la masa indiferenciada del Yo familiar, con un predominio de fusión del Yo, mientras que en el otro polo está reservado al extremo teórico de total diferenciación del Yo. Tal extremo es teórico, ya que se plantea que todas las personas tienen un grado de apego no resuelto con la familia de origen, “el grado de diferenciación de una persona está determinado por el grado de diferenciación de los padres en el momento de su nacimiento, por su sexo, por la manera en que esa persona se ha adaptado a la esfera familiar, por el orden de nacimiento, por la normalidad, o no, de su patrimonio genético, por la disposición emocional de cada progenitor (...) y por otros detalles que se insertan en la configuración general” (Bowen, 1991)

Esta escala sitúa al sujeto en niveles básicos de diferenciación, apareciendo, junto a ellos, desplazamientos funcionales dentro del continuum. Un ejemplo de estos desplazamientos, sería el caso de un paciente identificado como esquizofrénico que vuelve a funcionar adecuadamente cuando los padres enferman, recayendo sólo cuando ellos se han curado (Bowen, 1991).

En el tramo inferior de la escala, se describen las fusiones del Yo “más intensas, y los mecanismos de distancia emocional, aislamiento, conflicto, violencia y enfermedad física que se ponen en marcha para controlar la emoción de una ‘excesiva intimidad’ son extremos porque la incidencia del contacto con el intrapsíquico del otro es más profunda en el nivel de fusión del Yo” (Bowen, 1991).

Por otra parte, las relaciones se describen como cíclicas, mostrando una sucesión de excesiva intimidad y distancia. En las familias observadas por el autor, aparecen fases de intimidad, en las cuales los sistemas intrapsíquicos de los miembros implicados se muestran estrechamente fusionados, resultando imposible distinguir uno del otro. “Un miembro de la familia podía saber con precisión cuáles eran los pensamientos, fantasías, sentimientos y sueños del otro” (Bowen, 1965), reflejándose en la madre cada detalle de la psicosis del hijo. En las fases de distanciamiento, en cambio, “aparece un rechazo distante y hostil, durante el cual se puede decir, literalmente, que ambos se repelen uno al otro” (Bowen, 1991).

Ante aquella intensidad de la fusión del Yo, aparecen mecanismos de control en tres áreas distintas:

- 1) conflicto conyugal: cada miembro de la pareja lucha por dividir en partes iguales el sí mismo común y ninguno cede ante el otro;
- 2) disfunción de un cónyuge: uno de los dos se ofrece como el “no sí mismo”, que hace las veces de soporte del otro, del que pasa a ser dependiente; y
- 3) transmisión del problema a uno o más de los hijos: los padres proyectan, en cada generación, gran parte de su inmadurez en un único hijo, creando grave deterioro en

él. La mayor parte de las veces, se recurre simultáneamente a mecanismos de más de un área, apareciendo notoriamente la disfunción al predominar un mecanismo redundante, que se cronifica cuando la tensión extrema bloquea los circuitos de comunicación hasta paralizarlos.

En relación con esta última idea, Bowen describe las relaciones entre dos personas como emocionalmente inestables y poco aptas para frenar la ansiedad, por lo cual se transforman automáticamente en sistemas emocionales triangulares, de mayor flexibilidad y adaptabilidad para tolerar y controlar esta ansiedad. Al crecer la tensión, un mayor número de personas ajenas se verá involucrado, ya que los circuitos emocionales se fijan en una serie de triángulos interdependientes. De tal manera, es que se propone al triángulo como la base de todo sistema emocional, apareciendo en su interior el desplazamiento constante de tensiones en una serie ordenada de alianzas y rechazos. Estos movimientos se efectúan de modo automático, como si fuesen reflejos, pudiendo ser, además, tan imperceptibles que apenas puedan observarse en momentos de calma, mientras que ante la presencia de ansiedad y tensión aumentan en frecuencia e intensidad.

Un punto importante dentro del planteamiento de Bowen se refiere a su hipótesis trigeracional, basada en una transmisión multigeneracional de enfermedades emocionales, ligada a una madurez decreciente de generaciones, con una indiferenciación cada vez mayor, siendo la esquizofrenia producto de un proceso familiar en el que, en cada generación, un hijo sufre mayor deterioro que sus padres. El proceso de transmisión del deterioro al hijo depende de la severidad de la masa de egos de los padres, como también del grado en que el deterioro de los padres se transmite a uno sólo de los hijos, se dispersa sobre varios de éstos o bien sobre las relaciones con otros parientes. En este sentido, Bowen sostiene que, al plantear hipótesis de que “se necesitan al menos tres generaciones para que aparezca la esquizofrenia, consideraba que el proceso de tres generaciones puede extenderse desde padres bastante bien ajustados en la primera generación, hasta la esquizofrenia en la tercera, si los progenitores transmiten gran parte del problema conyugal a un solo hijo en cada generación” (Bowen, 1965). En la mayor parte de los casos son necesarias más de tres generaciones para el desarrollo de esquizofrenia, pues aparecen distintos grados de dispersión en el proceso de proyección.

Pese a explicar, en algunos casos, al desarrollo de la esquizofrenia o de otros trastornos emocionales, la transmisión multigeneracional define un modelo amplio, pudiendo los hijos desarrollar un nivel de diferenciación más bajo, similar o, en otros casos, más alto que los padres, dependiendo de las circunstancias favorables o desfavorables que definan el proceso emocional de la familia. En este sentido, el planteamiento de la transmisión multigeneracional se diferencia de la idea de determinación genética de la enfermedad mental.

Bowen sostiene que “la esquizofrenia se desarrolla en una familia en la que los padres exhiben un bajo nivel de diferenciación del Yo, y en la cual un elevado nivel de deterioro de ellos mismos se transmite a uno o más hijos” (Bowen, 1965). Los padres del sujeto identificado como esquizofrénico son descritos como personas en cuyo desarrollo aparece una dificultad en el proceso de ir creciendo y distanciándose de sus padres, de tal modo que, “después de la adolescencia, en un esfuerzo por funcionar sin éstos, se ‘desprenden’ para establecer ‘pseudoyoes’, mediante una ‘pseudoseparación’ de la masa de egos de los padres” (Bowen, 1965). El momento en que se les dificulta la negación de la fusión con los padres es al establecer compromisos emocionalmente intensos, pudiendo funcionar exitosamente en otras esferas de su vida. Es por ello que al momento del matrimonio recurren al compromiso emocional con un cónyuge cuyo ‘Yo’ también esté poco diferenciado, fusionándose ambos en una nueva masa familiar de egos. Las personas que llegarán a convertirse en esquizofrénicas serían ejemplos de niveles aun más bajos de diferenciación, distinguiéndose de lo observado en sus padres, en el hecho de que nunca son capaces de desprenderse de otras personas para alcanzar un nivel adecuado de ‘pseudoyo’, manteniéndose como apéndices de la masa familiar de egos.

El profundizar en esta idea, Bowen propone el proceso de proyección familiar, aludiendo al mecanismo predominante en la esquizofrenia, en virtud del cual el problema de los padres se transmite al hijo, teniendo este último, no obstante, el mismo rol activo que los padres. De esta forma, el hijo acepta la proyección parental o, en otros casos, él mismo obliga a los padres a proyectar sus ansiedades en él. Al igual que en los padres, se observa en este hijo una falta de responsabilidad respecto al ‘Yo’, al acusarse para aliviar la ansiedad y no hacerse cargo de sí mismo.

La mayor parte de las veces la proyección es iniciada por la madre, con el apoyo del padre. Con el fin de localizar la causa de sus altos montos de ansiedad fuera de ella misma, la madre proyecta dicha ansiedad en pequeñas incapacidades, defectos o fracasos funcionales que descubre en alguno de sus hijos. Tal proceso transcurre a través de tres pasos principales, descritos del siguiente modo:

- 1) Sentimiento-Pensamiento: comienza con un sentimiento de la madre, que pasa a transformarse en un pensamiento respecto de los defectos del hijo.
- 2) Examen-Rotulación: la madre busca y diagnostica el defecto del hijo que mejor armonice con su sentimiento (paso del examen y diagnóstico clínico); y
- 3) Tratamiento: procedimiento que actúa sobre el hijo tratándolo como si el diagnóstico fuese cierto.

El proceso de proyección familiar llega a un punto crítico cuando el triádico cae en la manifestación esquizofrénica y ya no puede actuar como absorbente del proceso, siendo esta incapacidad su mayor fuente de ansiedad (más que la psicosis misma). Cuando el

diagnóstico es confirmado y el hijo pasa a ser 'paciente', se completa otra proyección familiar, disminuyendo la ansiedad parental. En relación a este punto, el autor llama la atención respecto a que la consulta médica "sirve para confirmar el proceso de proyección de los padres en la familia, para cristalizar y fijar la enfermedad emocional en el paciente y contribuir a convertir en crónica e irreversible la enfermedad" (Bowen, 1965). En el momento en que el profesional accede responsabilizarse del tratamiento del hijo, acepta y legitima el proceso de proyección, permitiendo su mantención, sin hacer a los padres responsables de las consecuencias de su proyección.

Asimismo, uno de los aspectos más importantes de la disfunción familiar consiste en el superfuncionamiento equivalente de otra parte del sistema. Este exceso de funcionamiento aparece como un mecanismo compensatorio necesario para los sistemas familiares, siendo necesario que la superactividad de un miembro compense el escaso funcionamiento de otro (como sería frente a la enfermedad temporal de uno de los cónyuges). Sin embargo, en los estados patológicos crónicos, se observa que la disfunción aparece enseguida para compensar la superfunción del otro. "Los síntomas se desarrollan cuando la disfunción se aproxima al no funcionamiento. (...) Si el mecanismo va más allá de un punto determinado, la ansiedad impulsa este mecanismo al pánico y a un rápido aumento de la superfunción y de la disfunción. El incremento de tensión puede 'bloquear los circuitos' del incapaz hasta llevarlo a un colapso paralizante. Incluso en estas condiciones, la mejoría puede producirse si se obtiene una disminución mínima de la superfunción o de la disfunción" (Bowen, 1991).

Por otro lado, es importante recalcar que los dinamismos familiares que Bowen describe en las familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se encuentran presentes también en familias con trastornos de menor gravedad e incluso en familias 'normales' o asintomáticas.

A modo de conclusión, puede destacarse el amplio desarrollo teórico de la perspectiva sistémica, en torno a las dinámicas familiares asociadas a la manifestación de conductas esquizofrénicas. En general, los aportes de los distintos autores revisados giran en torno a problemáticas comunicacionales, propias de sistemas rígidos, en donde los procesos homeostáticos se tornan particularmente intensos. Estas condiciones influenciarían en el sujeto designado como paciente, al alterar sus posibilidades de individuación.

CAPÍTULO IV.

APLICACIONES DE LA TERAPIA SISTÉMICA A LA ESQUIZOFRENIA

Pocas cosas ocurren con independencia de la familia, en sus múltiples y renovadas formas, la familia debe ser entendida como grupo socio-afectivo primario y como el principal grupo social en donde se crean, manifiestan, desarrollan, mantienen y extinguen diferentes alteraciones conductuales, emocionales y cognitivas del individuo. Por ello, el modelo sistémico tiene como campo de aplicación característico el trabajo con la familia, a la que sitúa como el centro de la vida social. Por lo tanto, desde esta práctica clínica en la intervención con pacientes identificados como esquizofrénicos, es a la unidad familiar a la que se debe considerar con transacciones y comunicaciones esquizofrenizantes y no a un miembro de la misma como esquizofrénico.

El modelo sistémico, es el marco conceptual más extendido en la terapia familiar, ha llegado a ser en los últimos años uno de los modelos de más popularidad no sólo entre los psicoterapeutas sino también en el campo de la asistencia y bienestar social, las organizaciones y redes sociales, la salud, y los problemas escolares. El modelo sistémico se distingue claramente de los demás modelos de la intervención psicológica (psicoanalítico, fenomenológico, conductual, cognitivo) porque su unidad de análisis es el sistema y no el individuo, ni la persona, tan ensalzadas por la psicología tradicional y la cultura occidental. En efecto, sus bases conceptuales no son ni la personalidad y sus rasgos, ni la conducta individual, sino el sistema familiar como un todo, como un organismo estructurado e interdependiente que se comunica con unas pautas de interacción, y en las que el individuo sólo es uno de sus componentes, su valor tiene que ver con la función y posición en el sistema.

Desde el enfoque sistémico las características que sugieren la presencia de alguna alteración mental, en este caso de la esquizofrenia son vistos como parte de este patrón comunicacional, y por tanto, como características propias del sistema familiar y no únicamente del sujeto que los vive (el denominado esquizofrénico). De esta manera, se trabaja terapéuticamente con toda la familia en dirigir la intervención a alterar los patrones de interacción familiar en los que el síntoma cobra su sentido. Desaparece así el paciente como objeto de la intervención y también el terapeuta, puesto que se suele trabajar en equipo. “La relación terapéutica, el eje de la psicoterapia para algunos modelos, no es ya algo que ocurre entre terapeuta y paciente, sino entre un equipo (terapeutas) y una familia”. (Hoffman, Lynn, 1987)

En resumen, se trata de una modalidad psicoterapéutica que surge en la década de los 50, la cual se explicará a continuación, no sin antes, mencionar cuáles fueron los orígenes, antecedentes y fundamentos teóricos de la psicoterapia sistémica.

IV.1. Introducción a la Terapia Familiar Sistémica

Después de décadas de estricta lealtad al modelo médico (lineal y causal en su etiología y tratamiento), empezó a surgir una nueva conceptualización dentro de la salud mental: la Terapia Familiar Sistémica. Era el decenio de 1950, cuando empieza a emerger este encuadre terapéutico, teniendo como su unidad de análisis a la familia en su

interacción, transacción y comunicación. Para entender a la familia no bastan los modelos tradicionales centrados en el individuo. Este nuevo foco requiere una nueva conceptualización, una nueva forma de pensar, en la que el objeto de análisis no sea el ser individual sino el sistema. Así es que el modelo sistémico se basa en presupuestos teóricos que se alejan de los tradicionales y se inspiran en la teoría general de sistemas, primero, la teoría de la cibernética y la teoría de la comunicación humana más tarde. (Hoffman, Lynn, 1987)

La noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes. Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (feedback) y relaciones de interdependencia. Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de un patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás.

Anterior al nacimiento de la terapia familiar sistémica al tratar de entender a los pacientes con una aflicción psiquiátrica, como la esquizofrenia, se hipotetizaba que padecía un desorden intrapsíquico surgido de su pasado, o alguna alteración orgánica cerebral, pero si se veía al mismo paciente con su familia en el marco de “las relaciones diarias”, se empezaba a ver algo distinto. Dentro de la nueva epistemología empezaban a verse *las comunicaciones, las interacciones, comportamientos y relaciones* de todos los presentes, originando “*conductas causales circulares* que avanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona alterada tan solo una parte de la “*danza*” general recurrente (Hoffman y colaboradores., 1987).

Poco a poco el impulso para el desarrollo de esta nueva metodología sistémica procedió de la labor de diferentes clínicos e investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington, D.C.; Lyman Wynne y Margaret Singer en los Institutos Nacionales de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y E. H. Auserswald en la Escuela Wiltwick, en el estado de Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuck en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale y Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto; Mara Selvini Palazolli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Gulliana Prata en Milán, por mencionar unos cuantos. Estas personas, sus colaboradores y muchos otros, en diferentes ciudades por todos los Estados Unidos, llegaron a ser la espina dorsal de un nuevo y creciente movimiento de prácticas e ideas terapéuticas.

La mayoría de estos investigadores se concentraron en el estudio de las propiedades de la familia como “sistema”. Y por “sistema” se refieren a toda entidad cuyas partes covarían entre si y que mantenían el equilibrio en una forma activada por errores. Hicieron mucho hincapié en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar a equilibrar o desequilibrar al sistema familiar.

La conceptualización y manejo que se tenía de la familia cambió gradualmente, pasó a ser vista como un sistema que trascendía los límites de la persona aislada y como

unidad de investigación. Con esto, una vez que se dejaba al individuo y se observaba a la familia como entidad sistemática que reside en campos cada vez más grandes, se empezaban a ver claras redundancias y distintas pautas de interacción desequilibrantes.

El rol del terapeuta también fue modificado, pasó de ser un “agente” sobre el paciente, a formar parte de un campo más extenso, en que terapeuta, familia y cierto número de otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de manera impredecibles. Ahora ambos forman parte de un nuevo sistema terapéutico en que cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen. No es posible estudiar los comportamientos por separado de los campos en que ocurren, sino que los campos deben integrarse lo bastante para hacer posible el estudio.

IV.2. Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

Aunque los orígenes de la terapia familiar son más antiguos, no es sino hasta mediados del siglo XX que la terapia familiar se popularizó como una alternativa de tratamiento y en la actualidad es una aproximación que se encuentra en constante crecimiento. Desde principios de los años 70, la terapia familiar ha tenido un gran desarrollo en su enseñanza, teoría y práctica.

Los conceptos del modelo sistémico proceden de diversas áreas como: la antropología, epistemología, sociología, historia, ética, psicología, filosofía científica, medicina, psiquiatría, ecología, la teoría de grupos, teoría de la comunicación, la cibernética y la teoría de sistemas. Este conjunto de teorías y de epistemologías llevaron al denominado paradigma sistémico, que ha ido más allá de una técnica para abordar las problemáticas familiares; se ha constituido en una epistemología que propone un modelo de psicoterapia, ya sean individual, de pareja o de grupo, cuyo eje fundamental está cimentado sobre las interacciones que se dan entre sus miembros y en un pensamiento circular.

Bajo este enfoque, es importante el entendimiento de perspectivas individuales, con la finalidad de lograr concebir un cuadro total y no parcial de las situaciones, ya que cualquier posición unilateral da solo el conocimiento fraccionado. Las partes son, una a una, un complemento para entender el todo. El pensamiento circular no es una visión de causa efecto. A diferencia del pensamiento lineal, todo lo que un miembro hace o dice, le afecta al otro y a su vez al primero. Se considera a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto, es decir que cada miembro familiar actúa sobre el sistema, pero a su vez es influido por las comunicaciones que provienen de él. Contextualizando el problema, se logra comprender lo que sucede en la familia; sin catalogar a los miembros como víctimas ni victimarios, sino como personas que viven una problemática desde su propia historia de vida, sensibilidad o necesidad.

La terapia familiar se ha desarrollado a través del tiempo, con los aportes de diversos profesionales, cada uno de ellos conforme a su experiencia terapéutica y con una visión sistémica, han dado lugar a la conjunción de conocimientos que conforman este sustento teórico llamado terapia familiar sistémica.

Durante la década de los 50's, los primeros estudios de la terapia familiar fueron realizados a partir de las teorías de la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. A pesar de que la obra de Bateson aportó muchos elementos al pensamiento transaccional no psicodinámico, la comunicación tenía una desventaja, era esencialmente diádica. Como resultado de este postulado un gran número de autores, entre los que destaca Weakland, empezaron a realizar estudios diferentes que rompían con este modelo diádico. Los primeros estudios que se hicieron sobre familia fueron hechos por psiquiatras, cuyo interés principal era complementar la intervención con pacientes esquizofrénicos, ya que la familia jugaba un papel fundamental en el mantenimiento del síntoma del paciente. Posteriormente el interés de las investigaciones se extendió hacia otros tipos de familias en las cuales existía algún tipo de patología que causaba una disfunción a nivel familiar. Fue así como en la década de los cincuenta, la escuela de Palo Alto, retomando la teoría de la comunicación de Bateson sistematizaron los estudios sobre la terapia familiar.

También durante los 50's, Bowen fue uno de los primeros psiquiatras que hospitalizaba familias enteras para su observación y tratamiento. Uno de los principales aportes a la teoría familiar fue la construcción teórica sobre el papel desempeñado por los triángulos en la interacción familiar. Para Bowen, un sistema emocional de dos personas formará bajo presión, un sistema de tres personas. Es decir, cuando surge una tensión entre ellos dos, el que se siente más incómodo aliviará la tensión triangulando ésta a la tercera persona, así la tensión cambiará a la nueva pareja, aliviando la tensión en la pareja original, pero el de fuera puede responder aceptando una alianza con uno de los otros, de modo que el que queda fuera, en un momento puede llegar a ser el de dentro en el momento siguiente. Siendo también factible que la acción puede no quedar localizada dentro del triángulo original, sino activar otros triángulos y arrastrando a más personas (Hoffman, 1987).

El movimiento familiar evolucionó en las siguientes cuatro décadas en diferentes partes del mundo. Mientras que en Norteamérica los investigadores de orientación psicodinámica retomaban los postulados psicoanalíticos para su trabajo con familia. En Europa, concretamente en Italia, los integrantes del Instituto de Terapia Familiar de concepción sistémica aportaban diferentes postulados sobre la familia como unidad sistémica. Fue así como se comenzó a desarrollar el paradigma sistémico que se ha retomado en el campo de las ciencias sociales, y sus elementos principales han influido en gran medida en el trabajo familiar (Hoffman, 1987).

Ackerman empleo formulaciones psicodinámicas para estructurar su teoría en el marco familiar. Por su parte, Selvini-Palazzoli, analista de niños, decidió destacar todos los elementos psiquiátricos y adoptar una orientación puramente sistémica. Selvini organizó el Instituto de estudios familiares de Milán, quienes durante diez años crearon un enfoque de sistemas familiares que utilizaron con familias de personas con anorexia y de niños con graves desordenes emocionales. La labor y las teorías del grupo de Milán, conformado inicialmente por: Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin, quienes se convirtieron en base de una nueva línea de pensamiento experimental acerca del comportamiento y del cambio terapéutico.

De esta manera fue evolucionando y se fue estructurando el cambio de paradigma en el tratamiento terapéutico, se inicio una visión circular o sistémica, para desplazar a la visión literal. El paradigma sistémico concibe a la familia como un sistema inmerso en un sistema mayor, que es la sociedad. Desde el punto de vista psicoterapéutico, el primer contexto relevante, es el sistema relacional en el que una persona se haya incluida. Concibe los elementos ambientales como el sistema psicosocial o sistema principal en el cual se desarrolla el individuo, generalmente se trata del sistema constituido por una pareja o una familia.

Por lo tanto, el fundamento de la terapia familiar es cambiar la organización de la familia, de tal manera que la experiencia de sus miembros también se modifique. Comprende un conjunto de teorías y técnicas cuyo objetivo de intervención es el sistema familiar como un todo y no el miembro individual. Las conductas inadecuadas o desviadas que manifiesta el “paciente identificado”, se consideran como sintomáticas de una estructura familiar disfuncional y la meta del tratamiento es mejorar el funcionamiento general de esta, modificando las relaciones y patrones de comunicación familiar, con la intención de obtener cambios positivos en las interacciones que presentan los miembros del sistema. Es a través de la facilitación del uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia, que el terapeuta recurre a la matriz de la familia para el proceso de cambio (Minuchin, 1974).

Esta alternativa terapéutica, promueve una manera nueva y diferente de entender el comportamiento humano. Esta perspectiva contextual cambió el punto de vista de los problemas y el modo de intervenir: desde el modo interno e individual o externo e individual hacia la interacción familiar. Si los distintos modelos terapéuticos como el analítico, conductual y médico biológico defienden una causalidad lineal de los trastornos comportamentales y de las enfermedades humanas, el modelo sistémico familiar hace hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento con su contexto socio-cultural especialmente intenso y vinculante dentro de los sistemas familiares. Desde el Paradigma Sistémico, la dinámica y la historia de la familia constituyen los principales factores que explican y permiten modificar el comportamiento de los individuos señalados como pacientes.

El terapeuta familiar y/o equipo terapéutico trabaja con el conjunto de la familia, siendo su objetivo el cambio del sistema familiar: en los aspectos estructurales y en la transformación de los procesos interaccionales en disfunción.

La Terapia Familiar Sistémica tal y como la conocemos actualmente, ha promovido una manera nueva y diferente de entender el comportamiento humano: los terapeutas familiares proponen que los problemas psicológicos se desarrollan y se mantienen dentro del contexto social de la familia. Esta perspectiva contextual cambió el punto de vista para enfocar el origen de los problemas y el modo de intervenir: el modelo sistémico hace hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento con su contexto socio-cultural. Desde el Paradigma Sistémico la dinámica y la historia de la familia constituyen los principales factores que explican y permiten modificar el comportamiento de los individuos señalados como enfermos o trastornados.

Como se mencionó anteriormente, el rasgo fundamental del modelo sistémico es su visión de los problemas y la actividad humana como interpersonal, dejando de lado la tradición clínica, psicológica y psiquiátrica, que se centra en la explicación intrapersonal. Este cambio requiere también un cambio en los esquemas explicativos empleados.

Las teorías sistémicas y cibernéticas aportan los elementos para ello. Los conceptos tradicionales, como “yo”, “autoestima”, “personalidad”, “defensa”, “intención”, “voluntad”, “conciencia”, etc., no pueden proporcionar esta visión más global.

Considerar la familia como un sistema supone centrarse en las interacciones actuales entre sus miembros, en lugar de estudiar a cada uno por separado. La motivación no se sitúa dentro del individuo, ni proviene del pasado. Las acciones de una persona se explican por lo que acaban de hacer otras. Lo que hace un padre tiene que ver con lo que acaba de hacer su hija. Sus pensamientos y sus emociones parecen estar en función de qué hacen los que lo rodean. De esta forma, el paciente, objeto de estudio e intervención en los modelos tradicionales, es visto como parte de un sistema complejo y su síntoma es explicado en función de la dinámica del sistema actual, no a través de procesos intrapsíquicos.

Así, el paciente es identificado por el sistema como tal, pero el objeto de estudio e intervención es una familia en la que se dan unas pautas comunicacionales, en esas “ocurre” que uno de los miembros se comporta de forma sintomática. El mismo síntoma es visto como una comunicación, un eslabón más de la cadena interaccional. La noción de patrón interaccional sugiere que las acciones de un miembro influyen en la de los demás, y éstas a su vez en el primero formando una pauta recurrente. Esta idea parte de la concepción de la familia como sistema cibernético que se retroalimenta de sus propias acciones. Cada acción es a la vez input y output para nuevas acciones en un proceso recurrente, sin fin, que permite a la vez mantener un cierto estado de equilibrio en el sistema.

A su vez, esta visión sistémica requiere de una nueva concepción de la causalidad. La causalidad tradicional, aún imperante en nuestros días, es lineal. Para explicar un problema, hay que encontrar la causa que lo antecede y lo genera. Pero si consideramos problemas recurrentes (casi todos los problemas clínicos), y los consideramos en el contexto interaccional en que aparecen (habitualmente, la familia), veremos que forman parte de un patrón interaccional. Identificar una causa (o incluso varias) supone una enorme simplificación.

El modelo sistémico emplea la causalidad circular, en la que se tiene en cuenta como las consecuencias influyen, a su vez, en las causas. De esta forma, la consecuencia deviene también causa, lo que pone en evidencia la poca utilidad de “causas” y “consecuencias”, y que se requieren nuevos conceptos, sobre todo si tenemos en cuenta más de dos interactuantes.

Desde una óptica circular las nociones de responsabilidad, o culpa son cuestionadas. Los sistémicos conceptualizan los problemas en términos de patrones interaccionales complejos y recurrentes. Por lo tanto, desde esta perspectiva resulta demasiado simplista

decir que una madre sobreprotectora crea ansiedad en su hijo. Más bien podemos decir que ambos forman parte de un patrón en el que (podemos comenzar con uno o con otro) los miedos del niño despiertan la atención preocupada de la madre, lo cual exacerba los miedos del niño, lo cual preocupa todavía más a la madre, y así sucesivamente. Con todo, esta descripción resulta demasiado simple. Podríamos incorporar en el esquema lo que dice o hace el padre cuando está presente, cuando los observa, o bien simplemente cuando se lo cuenta la madre. Y así ir asumiendo niveles crecientes de complejidad. Este patrón (irreducible a una de sus partes) es la unidad de análisis y de intervención, aunque el punto de entrada pueda ser actuar en tan sólo uno de los comportamientos o actitudes.

Cuando alguien describe una interacción en términos lineales de causa-efecto (p. e., un padre puede quejarse de que la sobreprotección de la madre causa los miedos del hijo) se entiende como una particular puntuación, entendida como operación que reduce la complejidad para designar un antecedente causal y una consecuencia. Se entiende como una particular segmentación del patrón interaccional que se hace en función de intereses personales, y que en sí misma, es un nuevo movimiento dentro de la danza de interacciones. Así pues, el modelo sistémico se centra en las interacciones actuales de todos los miembros de la familia (o los sistemas relevantes), en lugar de buscar las causas pasadas de los síntomas. Éstos se entienden como una comunicación congruente con la dinámica del sistema, y se insertan en un patrón interaccional complejo. Son estos patrones los que caracterizan a una familia como una entidad supraindividual, o sistema.

IV.2.1. Rol del Terapeuta

Son complejos los requisitos del terapeuta sistémico, ya que se debe desenvolver en un contexto familiar y/o individual. Los sintetizaremos brevemente a continuación:

- Se requiere antes que nada la capacidad de adoptar una posición que permita escuchar a los pacientes. Estas posiciones son más evidentes en el contexto de la terapia individual que en la terapia familiar, en la cual los terapeutas son más bien directivos y activos en el transcurso de la sesión. En ambos casos, la actitud de escucha es activa y no pasiva, es empática en el sentido de lograr “ponerse en el lugar del otro”, transmitiendo su propia participación emotiva.
- Un requisito importante del terapeuta es la curiosidad (Cecchin, 1987) en relación a los pacientes, de su historia y de la evolución del proceso terapéutico. Gracias a ello, el terapeuta evita encasillarse en intercambios redundantes y repetitivos, que pueden llevar a un impasse.
- La capacidad, por parte del terapeuta, de mostrarse positivamente (Cecchin, 1987) es otro importante recurso del terapeuta, que facilita (o hace más atractivo) su trabajo y la aceptación de los pacientes, los cuales pueden, a través de ello, ser positivamente influenciados. La pregunta que el terapeuta debiera formular podría ser: “¿Qué cosa podría hacer ahora que me haga sentir mejor y así poder ayudar de una mejor manera a mis pacientes?”. Se puede discutir el hecho de que la habilidad del terapeuta en el escuchar, en la empatía, en su curiosidad, en su sentido del

humor, sean los elementos terapéuticos inespecíficos más importantes para el logro de una buena terapia, especialmente una terapia de carácter explorativo.

- El terapeuta sistémico se interesa en el diálogo interno del paciente y también en su diálogo externo; estará atento entonces al sentido que las ideas, palabras y emociones del paciente tienen en relación a sí mismo y sus sistemas de pertenencia, y al sistema terapéutico.
- Es característico del modelo sistémico que el terapeuta mantenga una visión circular de los eventos, junto a aquella linealidad propia del sentido común. Tal perspectiva implica la renuncia a considerar un evento como causa suficiente de otro y lleva además a considerar las relaciones recíprocas entre los eventos y las acciones humanas (Bateson, 1972; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). La visión circular, naturalmente, no se aplica solamente a los eventos del mundo del paciente, sino también a todo lo que sucede en la terapia. El principio de circularidad en la conducción de la sesión se basa en la observación de las retroalimentaciones, es decir, en los mensajes verbales y no verbales del paciente. Para una mayor precisión, el terapeuta debería ser consciente además de las propias retroalimentaciones en relación al paciente, es decir, posicionarse en una visión externa (outsight) desde la cual observar la interacción, lo que conduce a una concepción verdaderamente coevolutiva de la terapia. Cada intervención del terapeuta se basa en mensajes del paciente y éstos a su vez se basan en relación a mensajes anteriores. Más que hablar de una visión sencillamente circular, conviene hablar de una visión “espiral” (Bateson, 1972), que considere el tiempo. En esta visión, los eventos se influyen retroactivamente alcanzando cada vez un resultado diferente al cual iniciaron, proceso que de hecho se representa como un espiral.
- Es oportuno que el terapeuta tenga conciencia del problema del poder en la relación terapéutica y en las relaciones del paciente con sus sistemas de referencia y de los roles sexuales (género).
- Un punto que no se debe olvidar, es que el terapeuta debe estar consciente de que su posición al interior de un contexto terapéutico no es objetiva, sino que está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías. La conciencia de esto le permite mantener cierta distancia y autonomía de sus propias posiciones, tanto como para poder experimentar la creatividad.

Trabajar de modo sistémico requiere, el operar en una perspectiva coevolutiva: el terapeuta evoluciona junto al paciente, evitando detenerse en una imagen que ratifique el pasado o el presente, o una historia que podría seducirlo. Pero, al mismo tiempo, sus modelos deben saber evolucionar junto a los modelos sociales del paciente. (Boscolo y Bertrando, 1997).

IV.3. Terapia familiar sistémica en el abordaje de la esquizofrenia

En la terapia familiar sistémica no existe un modelo único preestablecido, una hoja de ruta estructurada y fijada de antemano para el tratamiento de la esquizofrenia; se trabaja de forma interactiva con toda la familia, corresponsable y reflexiva. La espontaneidad y un cierto grado de impredecibilidad marcan de forma notoria las sesiones de terapia familiar sistémica. A pesar de ello, diferentes terapeutas sistémicos han propuesto diferentes técnicas terapéuticas que funcionan como guías semiestructuradas cuya finalidad es el de sintetizar aspectos relevantes a explorar o tener en cuenta en las diferentes sesiones con la familia. Se pretende facilitar la estabilidad clínica del paciente identificado, mejorar su autonomía e integración comunitaria, incrementar la calidad de vida de toda la familia y disminuir las reagudizaciones de la alteración.

Partiendo de los primeros trabajos sobre la familia del paciente identificado como esquizofrénico (Bateson, 1956; Jackson, 1960; y aplicando la teoría general de los sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, 1967) y la teoría de los tipos lógicos de Russel y Whitehead la terapia sistémica entiende la esquizofrenia como fruto de una disfunción familiar, considerando que si se corrige dicha disfunción familiar desaparecería el cuadro clínico.

Tres escuelas de terapia familiar sistémica se han ocupado particularmente de la esquizofrenia bajo estos preceptos: La Estratégica, la Interaccional y la Escuela de Milán, además como una derivación de estos principios y la particularidad de sus investigadores surge la Terapia Relacional de la Escuela de Roma.

IV.3.1. Terapia familiar estratégica

El modelo sistémico estratégico tiene su origen en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson, Milton Erikson (Watzlawick y colaboradores. 1967; Haley, 1963). En este primer período de actividad de grupo, que duraría hasta 1975, la terapia estaba siempre como un ofrecimiento a toda la familia a la que se le presentaba un problema, incluso cuando éste estaba relacionado con sólo uno de sus miembros (el “paciente identificado”).

Un espejo unidireccional dividía la sala de la terapia de la sala de observación. El equipo terapéutico se encontraba, en general, antes de cada sesión para formular alguna hipótesis de trabajo según las informaciones recibidas previamente. Por lo tanto, el terapeuta, o como sucedía regularmente, la pareja de terapeutas, iniciaba la sesión mientras el resto del equipo observaba detrás del espejo. La sesión podía ser interrumpida ya sea por los terapeutas como también por los miembros del equipo de supervisión; en ambos casos, terapeutas y equipo se reunían brevemente en la sala de observación para un intercambio de ideas. Al final de la sesión, terapeutas y equipo se encontraban nuevamente, esta vez por un tiempo más largo, a veces más de una hora: la discusión conducía hacia una serie de hipótesis que confluían en una hipótesis sistémica, capaz de dar un sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma. A partir de la hipótesis sistémica, después, se construía una “intervención final”, que podía consistir en una reformulación,

una prescripción con una tarea para seguir en casa, o bien con un ritual. El terapeuta o la copia de terapeuta eran quienes debían sugerir a la familia esta intervención final.

El método del MRI estaba basado en el pensamiento sistémico y en la cibernética de primer orden, es decir, en la cibernética del sistema observado. Esto implicaba un observador separado de la entidad observada. El equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación al síntoma o los síntomas presentados; las hipótesis por lo tanto debían corresponder a aquello que era definido como el "juego familiar". Para ser eficaces, las hipótesis debían corresponder, en cierto sentido, al juego familiar, así como una llave corresponde a su cerradura.

Haley (1980) incluye a los esquizofrénicos en el grupo de los "jóvenes excéntricos" o "jóvenes locos" caracterizados por: problemas sociales (no logran emanciparse, fracasan en sus estudios o trabajo haciéndose dependientes) y problemas de comunicación (conducta desordenada y anómala). Y atribuye dos funciones a esta conducta: a) Social, estabilizando al grupo familiar y b) metafórica, comunicando al grupo y al exterior que existe un conflicto familiar no explicitado. "El problema reside en el funcionamiento anómalo de la organización, la cual demanda una conducta comunicativa peculiar, y por ende, procesos de pensamiento peculiares...La intervención terapéutica tendrá máxima eficacia si apunta a la estructura organizacional básica, cambiada la cual cambian también todos los otros factores" (Haley, 1980).

El fallo organizacional consiste en un problema conyugal no afrontado, que lleva a que los padres se alíen con el hijo trastornado contra el otro cónyuge impidiendo su emancipación. Las premisas de la intervención son:

1. La jerarquía familiar está confusa y el estancamiento en que se encuentra la pareja conyugal es más grave de lo usual.
- 2."La persona problemática es orgánicamente sana e inteligente, aunque no lo manifieste. Si está fracasando, lo hace como un modo de proteger a su familia"(Haley, 1980).
3. La emancipación es una amenaza para la familia, y
4. Los padres presentan el problema del hijo y no el de la familia. Con esta visión de la esquizofrenia, Haley propone como objetivo terapéutica desligar al hijo de la familia haciendo que los padres no lo necesiten como vehículo de su comunicación y éste pueda hacer su vida. La intervención se basa en que los padres funcionen como coterapeutas haciéndose cargo de la conducta del hijo, y para ello deben fijar metas para el hijo utilizando refuerzos para su consecución. Los padres deben consensuar las tareas que debe hacer el hijo y los refuerzos que aplicarán (las tareas irán de lo más simple (levantarse, lavarse) a lo más complejo (trabajar)).

Lo que en apariencia es un simple abordaje conductual tiene unas implicaciones importantes, acordes con las teorías del modelo sistémico. Si la familia del esquizofrénico se caracteriza por una involucración del hijo en el conflicto parental y éstos le envían mensajes paradójicos que le reafirman en su convicción de que debe estabilizar a la familia "mediante su sacrificio personal" (Haley, 1980) (p.e., diciéndole que debe ser adulto y tratándole como un niño o mostrando disgusto cuando se comporta adultamente), el que los padres discutan qué normas ponerle al hijo favorece que aprendan a escucharse y negociar, con lo que se haría una terapia de pareja encubierta. Por otro lado, si ambos padres funcionan como sistema ejecutivo se restablece la jerarquía (el hijo ya no mandará con sus síntomas) se marcan límites entre subsistemas (los padres se alían frente al hijo y por tanto se separan de él) y, finalmente, al acompañar sus órdenes de premios y castigos, envían mensajes congruentes (dicen lo mismo con palabras y hechos) rompiendo la comunicación paradójica.

Haley es partidario de suprimir la medicación lo antes posible y que el joven trabaje y se emancipe, ayudando a los padres a tolerar esa separación (es frecuente que los padres amenacen con el divorcio cuando el hijo comienza a ser autónomo, lo cual estimula la recaída). Es posible que esta terapia sea efectiva con esquizofrénicos jóvenes de buen pronóstico (buen ajuste premórbido, paranoides, reactivos etc.) evitando intervenciones iatrogénicas y su cronificación, como sugiere Mc Farlane (1983). Pero simplifica peligrosamente un cuadro clínico que puede revestir una gravedad importante, fijando unas metas inalcanzables, con la consiguiente frustración de pacientes, familias y terapeutas.

IV.3.2. Enfoque Interaccional

Son los trabajos de Watzlawick, Weakland y Fish en 1974 y Watzlawick, Beavin y Jackson en 1976 dentro del Instituto de Investigaciones en Palo Alto California (Mental Research Institute) los que representan la terapia de enfoque interaccional y desde el punto de vista de solución de problemas se incluyen los trabajos de Haley (1966, 1971, 1976), de Erikson y Bateson (1976). Este enfoque se inicia desde un nivel concreto, específico, realizando cuestionamientos minuciosos para asociar interacciones, secuencias, personas y soluciones intentadas al problema relatado por la familia, en este caso la de convivir con un miembro identificado como esquizofrénico.

Para estos autores la esquizofrenia se mantiene por las mismas conductas que tratan de suprimirlo, esto es la solución. Debido a esto, a que el problema es atacado simultáneamente por las conductas que se oponen a él y otras encubiertas que lo favorecen.

La intención del terapeuta es la de encontrar estrategias terapéuticas que interrumpen el tipo de secuencias disfuncionales sin importar que se obtenga o no la conciencia del cambio. Para el análisis de la interacción lo importante es el realizar deducciones sobre lo observable ante la imposibilidad de conocer su funcionamiento interno, siendo las teorías de la cibernética, teoría de juegos y teoría de los sistemas en las que se basan sus puntos de vista.

El modelo básico de comunicación en el que se basas este enfoque terapéutico se refiere a que **no existe la posibilidad de no comunicarse, toda interacción tiene un valor comunicacional.**

La comunicación es dividida en varias categorías para efectos de análisis de la siguiente manera:

- **Sintaxis:** Se refiere a formas de transmisión de información, formas de codificación, canales de comunicación, variabilidad, redundancia, etc., estos conceptos se traducen en el diálogo interaccional como: “quién habla con quién”, “que tanto tiempo”, etc.
- **Semántica:** el significado de la comunicación en el que se consideran las palabras claves, señas, señales particulares que pueden o no ser comprendidas de la misma manera por los miembros de la familia generando acuerdos y/o confusión.
- **Pragmática,** se refiere a los efectos comunicacionales de la comunicación que se emplean para establecer las reglas de interacción, por ejemplo, si el mensaje es aceptado o descalificado, si es de apoyo o conflicto, etc.

El “reporte” y el “mandato u orden” son aspectos importantes en la comunicación. El reporte consiste en la transmisión de la información y el mandato es la definición de los aspectos jerárquicos de la relación entre los comunicantes, que determina el tipo de comunicación que define o descalifica las reglas de la relación y por lo tanto la naturaleza de la misma. Estos tipos de mensajes de orden pueden ser: “así como me veo a mi mismo... así como te veo a tí...así es como te veo viéndome a mí...” etc. (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967)

De esta manera, para Watzlawick, Beavin y Jackson la comunicación patológica en las interacciones esquizofrenizantes presentan los siguientes aspectos:

- En una comunicación esquizofrenizante se establece un patrón habitual de esta naturaleza, no se consideran patológicos los actos aislados.
- Para localizar los patrones patológicos de la comunicación se trabaja en los aspectos relacionales de la comunicación como la semántica y la pragmática.

Ahora bien, para lograr la identificación de los patrones patológicos en las familias esquizofrenizantes, los autores sugieren hacer énfasis en éste último aspecto de la comunicación esto es observando posibles tipos de respuestas desde el punto de vista de la pragmática:

1. **Rechazo de la comunicación**
Posible respuesta: guardar silencio
2. **Aceptación de la comunicación**
Posible respuesta: Contestar con monosílabos acompañado de un sentimiento de odio y debilidad, etc.

3. Descalificación de la comunicación

Posibles respuestas: autocontradicciones, inconsistencias, cambios de tema, frases incompletas, interpretación literal de metáforas.

4. El síntoma como comunicación

Posibles respuestas: Aparentar estar dormido, borracho, sordo o ignorar el idioma. Este tipo de comunicación sintomática se reduce a “no soy yo quien quiere o no quiera esto, es algo fuera de mi control”.

5. Confirmando o aceptando la definición del “sí mismo”

El hombre tiene necesidad de comunicarse y el intercambio de información como la necesidad de experimentar su propia conciencia del yo, por medio del encuentro con otro a través de la confirmación o aceptación, son partes importantes de la experiencia.

6. Rechazando la confirmación del otro

Esta forma de comunicación se da en ciertas formas de confirmación terapéutica y manejo de transferencia.

7. Desconfirmación

Como forma más dolorosa y patológica este tipo de comunicación se observa en el pasar “desapercibido por los otros”. En esta comunicación no se pone en juego la validez del punto de vista de sí mismo, sino que se está negando su realidad y el mensaje es “tú no existes”.

8. La comunicación paradójica

Como disfuncionalidad comunicacional y contribuyente al origen y mantenimiento de la condición esquizofrénica en la interacción familiar (Sluzki, 1976), así como en el empleo de la paradoja como elemento de cambio y desarrollo en la intervención terapéutica constituyen otro de los aspectos que caracterizan al estilo de terapia interaccional.

IV.3.3. Abordaje de la Escuela de Milán

Este abordaje ha sido llamado "Terapia Sistémica de la Escuela de Milan", sus principales representantes son Mara Selvini Palazolli, Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin.

Se ha discutido si era una terapia estratégica o solo una derivación de ésta, este equipo de investigadores ha sufrido varias escisiones y su terapia familiar de la esquizofrenia grandes modificaciones. Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata publicaron en 1975 "Paradoja y Contraparadoja", libro que causó gran sensación en el campo de la terapia familiar, pues proponían en él intervenciones que modificaban la interacción disfuncional de "familias de transacción esquizofrénica", las cuales se caracterizaban por un conflicto en la pareja que les llevaba a una "escalada simétrica" negada, con mutuas desconfirmaciones

y sin poder definir su relación. El esquizofrénico participaría en ese conflicto en el que frecuentemente estaría involucrada la familia extensa.

Esta descripción de la familia del esquizofrénico se basa en la teoría del Doble Vínculo y en las descripciones de Haley (1959) y Bowen (1960). La esquizofrenia sería el producto de ese juego relacional en el que "los participantes, comunican continuamente a los demás la demanda paradójica de cambiar una relación que no ha sido definida" (Selvini, 1988) y en el que el propio esquizofrénico se implica.

El libro "Paradoja y contraparadoja" (Selvini-Palazzoli y colaboradores, 1988), describe el trabajo con 15 familias, con un miembro diagnosticado como esquizofrénico, dicha obra narra que entrar en una relación con aquellas familias era como entrar en un laberinto. Uno de los objetivos de la terapia propuesta por Selvini era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dejando espacio al posible surgimiento de configuraciones más funcionales y más flexibles. Tal objetivo era alcanzado a través de la connotación positiva de todos los comportamientos, sintomáticos o no (reformulación paradójica) y por medio de los rituales familiares.

La terapia contraparadójica consiste en detectar cual es la función del síntoma dentro de las transacciones familiares y dar instrucciones paradójicas que rompan ese juego relacional, para que las relaciones familiares se normalicen y no sea necesaria la conducta anormal. Posteriormente, Selvini y Prata (1983), en vez de intentar descubrir el juego de cada familia para estructurar la intervención, propusieron utilizar una prescripción única con todas las familias. Esta "Prescripción Invariable" consistía básicamente en que los padres debían salir solos sin dar explicaciones a los hijos, guardar el secreto de la tarea y observar las conductas de los hijos para comentarlas con los terapeutas. Fueron enunciados tres principios para la conducción de las sesiones: **Hipotetización**, **Circularidad** y **Neutralidad**, que se transformaron en la marca distintiva del modelo (Selvini-Palazzoli y colaboradores, 1980)

La hipótesis tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar: "La hipótesis, en sí misma, no es ni verdadera, ni falsa, sino más o menos útil" (Selvini-Palazzoli y colaboradores, 1990). Es importante que la hipótesis no sea reificada (considerar lo abstracto como una realidad material o concreta). En los últimos años, algunos grupos que en el pasado se inspiraron en el modelo de Milán y recientemente han optado por el modelo narrativo construccionista (Anderson y Goolishian, 1992; Andersen, 1992; Hoffman, 1994) han sostenido la oportunidad de renunciar a las hipótesis, para evitar contaminar la historia del paciente con ideas, tipologías, o conocimientos traídos por el terapeuta. Sin embargo, para muchos terapeutas basados en el modelo de Milán las hipótesis permanecen como un instrumento útil en la conducción de la sesión, en cuanto permiten al terapeuta conectar las informaciones, los significados, las acciones que surgen en el diálogo, según las coordenadas del tiempo y el espacio, con otros puntos de referencia eventuales. Siendo considerada una hipótesis como sistémica si considera a todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones, que no es ni verdadera ni falsa: es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa la plausibilidad de las propias hipótesis en base a las retroalimentaciones verbales y no verbales del paciente.

La circularidad es, de hecho, el principio a través del cual el terapeuta confía en estas retroalimentaciones para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas hipótesis. Vale la pena recordar la definición original de este concepto: “Por circularidad, entendemos la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones (...) y las informaciones solicitadas en términos de relaciones, es decir, en términos de diferencia y cambio” (Selvini-Palazzoli y colaboradores, 1990). Es importante cambiar continuamente las propias hipótesis, para evitar caer en la trampa de la “hipótesis verdadera”, que introduciría una mayor rigidez y cerraría el discurso.

La neutralidad, ha sido el concepto y aplicación más fuertemente criticado que los otros dos. El terapeuta asumiendo una posición de neutralidad, evita ser parcial con un cliente o con las personas con las cuales establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un cliente. Naturalmente, mantener una posición de neutralidad no es fácil. Por definición, como es imposible no comunicar, según el primer axioma de la comunicación humana (Watzlawick y colaboradores, 1967), del mismo modo es imposible ser neutral en el momento de esta acción. Por ejemplo, en un determinado momento el terapeuta, para no perder su propia espontaneidad y evitar paralizarse en un trabajo mental y poder seguir haciendo lo que está haciendo en este momento, puede ponerse a favor de un específico paciente. Solamente después de una reflexión posterior se podrá enjuiciar si se mantuvo neutral o no. A veces, en el trabajo con el equipo terapéutico, es éste quien señala al terapeuta eventuales situaciones de pérdida de la neutralidad. También puede suceder que en el intervalo entre una sesión y otra, el terapeuta se dé cuenta que ha cometido un “error” respecto a la neutralidad; esto le permitirá estar más atento a sus efectos. A partir de lo que ya se ha dicho, surge una visión sincrónica que conduce a una posición de no neutralidad; es el tiempo, por ende la visión diacrónica, la que permite mantener la neutralidad.

De estos abordajes comenta Selvini "en la etapa paradójica y por mucho tiempo también en la prescriptiva, nuestra relación con los pacientes era demasiado tecnicista: Paradojas y prescripciones funcionaban como separadores emotivos, eran jugadas de un juego intelectual. No nos sentíamos cerca de la familia, no decíamos lo que pensábamos. Nos sentíamos unidos únicamente al equipo y protagonistas de una lucha con la familia, aunque fuese para prestarle ayuda" (Selvini-Palazzoli y colaboradores, 1990).

En 1988 Selvini hace hincapié en el juego familiar describiendo varios tipos de "juegos sucios" en los que la pareja implica a un hijo en su pelea recurriendo a maniobras desleales y enmascaradas. Describe 3 tipos de juegos:

1. Embrollado: el comportamiento psicótico aparece cuando el hijo se siente traicionado por el padre cercano.
2. Estrategia basada en el síntoma: Uno de los padres boicotea la mejoría del hijo favoreciendo su cronificación.
3. Instigación: Al paciente contra el otro cónyuge.

Siguiendo con la hipótesis de que la patología del hijo se debe a la disfunción familiar, la estrategia terapéutica se basa en:

- 1- El terapeuta evita ser absorbido por el juego.
- 2- Utiliza su influencia para invitar a la familia, por medio de prescripciones, a jugar otro juego.
- 3- Se revela el juego de la pareja, para abordar los problemas negados.

De la misma forma, la Escuela de Milán ha utilizado como un gran recurso terapéutico el interrogatorio circular, cuyo objetivo es el investigar cuáles son los patrones de relación que se repiten frecuentemente y conforman el sistema familiar, explorando ampliamente la interacción familiar a través de los vínculos de interacción e ideologías, evolución del problema, cambios en las relaciones inter e intrafamiliares. Esta exploración proporciona tanto al terapeuta como a la familia un encuadre sistémico del problema, permitiendo al terapeuta elaborar hipótesis y diseñar interacciones para inferir los ciclos de interacción disfuncional y desafiar las creencias y mitos que mantienen la organización esquizofrenizante de la familia.

Actualmente, Selvini da también importancia al individuo en el tratamiento, abandonando el abordaje sistémico radical que le dejaba de lado. Esta escuela, a través de la descripción de casos de "curaciones" espectaculares, fascinó como la "terapia milagro" de la esquizofrenia, pero el tiempo ha ido demostrando que para la esquizofrenia no existen curaciones mágicas y que las intervenciones "milagrosas" pueden ocasionar graves daños a la familia y paciente, como ha criticado Anderson (2000). Ello no invalida las técnicas desarrolladas por los autores que pueden ser útiles en el abordaje de diferentes patologías, siempre que se usen con prudencia y sin confiar en que una técnica puede curar la alteración esquizofrénica.

IV.3.4. Terapia Relacional

El enfoque terapéutico sistémico propuesto por Maurizio Andolfi (1977) al que denominó Terapia Relacional recibe influencia de autores como Horney, Minuchin y Haley entre otros. Para Andolfi las dinámicas interactivas de los diferentes sistemas familiares comparten problemáticas, conflictos y contradicciones similares, en cierto sentido universales aunque pueda variar la matriz de dichas perturbaciones.

Para Andolfi, en la mayoría de los casos el "verdadero malestar" en las familias con un paciente identificado como esquizofrénico consiste más en la perturbación expresada, en los significados relacionales, que en la perturbación misma y las implicaciones propias del contexto social en que cobra vida dicha perturbación.

El grupo familiar en donde se desenvuelve el paciente identificado como esquizofrénico es un sistema abierto que interactúa con otros sistemas: la escuela, el trabajo de los padres, el barrio o comunidad, el grupo de coetáneos, etc. Los procesos familiares

pueden sufrir modificaciones, que permiten la autorregulación por medio de reglas establecidas por la familia, con el propósito de adaptarse a las diversas exigencias que se presentan en diferentes fases del ciclo vital de la familia.

El sistema familiar asegura tanto la continuidad como el desarrollo mediante un equilibrio dinámico entre dos funciones comunes a todos los sistemas: la tendencia a la homeostasis y a la capacidad de transformación.

Para lograr un cambio en un grupo familiar con un paciente identificado como esquizofrénico, debe modificarse la relación entre homeostasis y transformación, a favor de esta última. Y para estabilizar y mantener la nueva estructura debe modificarse la relación homeostasis-transformación a favor de la primera.

Por lo tanto, todo cambio o adaptación va precedido por un estado temporario de desequilibrio entre homeostasis y transformación.

Dentro del enfoque terapéutico relacional para realizar una evaluación del sistema familiar con paciente identificado como esquizofrénico se observan tres aspectos:

1. Las relaciones existentes en el aquí y el ahora entre los miembros (rigidez, flexibilidad).
2. Sus niveles de desarrollo (matrimonio, nacimientos, vejez y muerte).
3. Diferenciación individual.

En el curso del tiempo la familia debe ir modificando el equilibrio entre las funciones de sus miembros (cohesión y el desarrollo de cada individuo (diferenciación).

En la terapia relacional, el problema se entiende en términos relacionales mediante la aportación de todos los miembros de la familia, el terapeuta traza en la mente de cada uno, un mapa de la estructura familiar como resultante de las interacciones significativas intra y extra familiares.

Los términos relacionales sugeridos para indagar el problema serían; saber cómo, dónde, cuándo, con quién, por qué, para observar y explorar los efectos de los comportamientos sobre los otros miembros de la familia y también fuera de ella e inmediatamente para determinar cómo el comportamiento de estos últimos inciden sobre el paciente identificado como esquizofrénico.

El terapeuta relacional estará atento al “aquí y ahora” de la situación, el entrelazamiento de interacciones familiares, la congruencia e incongruencia entre mensajes verbales y analógicos, la utilización del espacio y su significado pragmático y la comprensión de la relación terapeuta-sistema familiar, apoyándose en los medios audiovisuales para observar en términos sistémicos de manera objetiva la interacción familiar. En la actividad del terapeuta relacional se utiliza la representación escultórica

como modalidad no verbal con el propósito de “fijar” la crisis en una secuencia espacial y visualizar sus diversos componentes en términos relacionales.

La escultura es la representación simbólica de un sistema en la que se enfocan los aspectos comunes a todo sistema-espacio, tiempo, energía; de este modo las relaciones, los sentimientos, actitudes, distancias, posturas, los cambios pueden representarse y experimentarse simultáneamente. La escultura propone visualizar la red de relaciones inter e intrafamiliar y los vínculos entre generaciones presentes y pasadas, con el propósito de promover una mayor diferenciación de cada uno de los miembros en el ámbito de su propia realidad contextual, mediante la renuncia a roles y modelos estereotipados.

Las ventajas de esta técnica no verbal son la posibilidad de evitar racionalizaciones, así como resistencias y estigmatizaciones; además de permitir la representación visual, sensorial y simbólica de las triangulaciones, alianzas y conflictos de la familia.

Las prescripciones en el curso de la terapia son tareas que asigna el terapeuta que implican directamente a toda la familia o a alguno de sus miembros en la sesión o en el intervalo entre una sesión y la siguiente. Como intervención estratégica se emplea por varias razones, a saber, constituye una modalidad dirigida a promover un cambio para activar modelos relacionales distintos que no formen ni mantengan un sujeto sintomático o identificado como esquizofrénico, el establecer un contexto terapéutico colaborativo respetando ciertas reglas y evitando situaciones improductivas (victimismo, acusación, aprensión, delegación, o uso de roles estereotipados), el entrar en el sistema familiar y ser aceptado por otros utilizando un comportamiento directivo, objetivo manteniéndose ajeno a complicidades o coaliciones, el asignar tareas para ampliar el proceso terapéutico y promover la presencia del terapeuta en las actividades cotidianas de la familia. De esta manera la familia puede experimentar modalidades nuevas de comunicación con el objetivo de funcionar de manera autónoma y tenga menos necesidad de apoyos terapéuticos. Además la recolección de informaciones relacionales en torno a la estructura familiar y de las reacciones de sus componentes frente a los requerimientos de cambio. Mediante la prescripción que se debe cumplir pero no interpretar, se pretende llevar a la familia a vivir una situación relacional operativa, reduciendo las posibilidades de utilizar la defensa verbal y racional.

Algunos tipos de prescripción son:

- Las prescripciones reestructurantes (modificación de esquemas relacionales habituales de la familia) son las contrasistémicas, de contexto, de desplazamiento, reelaboración sistémica de refuerzo, de utilización del síntoma.
- Las prescripciones paradójales (emisión simultánea de dos mensajes incompatibles entre sí) son las prescripciones del síntoma perturbador y las prescripciones de las reglas.
- Hablar con metáforas para obtener información.
- Atribuir a algún objeto connotaciones emotivas propias de un individuo o varias personas.

- Juegos de roles en coterapia de parejas para representar temáticas análogas referidas a la pareja.

IV.3.5. Enfoque Psicoeducativo

Por último, es pertinente hacer notar que los desarrollos fundamentales de las vertientes mencionadas aparecen en la década de 1970 y 1980, evidenciándose una ausencia de propuestas más actuales respecto al rol de la familia en la etiología de la esquizofrenia. Dentro de la teoría sistémica, la aproximación más actual al tema de la esquizofrenia y sus vínculos con la familia es el “Enfoque Psicoeducativo”. Sin embargo, esta perspectiva orienta su desarrollo a ámbitos distintos que el del problema abordado por esta investigación, partiendo de la premisa de que la familia no tendría rol alguno en la etiología de la esquizofrenia. Este enfoque considera a la esquizofrenia como una patología biológica del cerebro que puede ocurrir incluso en familias que funcionan perfectamente bien (Biederman y Salinas, 2003). Es por ello que, en lugar de estudiarse a la familia con un rol en la etiología de la enfermedad, se la considera en la evolución de la ésta, proponiéndosele un rol activo en el proceso terapéutico. Es el concepto básico de “emoción expresada” (EE) el referente obligado desde esta perspectiva psicoeducativa (Vizcarro y Arévalo, 1987).

Desde esta nueva perspectiva, se reconoce que la esquizofrenia constituye un trastorno de etiología compleja con la participación de variables de muy diversa índole. Cuyo curso puede verse modulado por diferentes variables ambientales entre ellos destaca el clima familiar que rodea al paciente. Los familiares de alta EE, categorizados así por su expresión por sus actitudes de hostilidad, de críticas y/o de implicación emocional excesiva en una entrevista semiestructurada, constituyen un elemento de riesgo de recaída para pacientes identificados como esquizofrénicos y de otros trastornos (Brown, Birley y Wing, 1972). Sin embargo, los estudios de EE han servido también para subrayar que un número elevado de pacientes se ven acogidos por un ambiente familiar benigno, el compuesto por familiares de baja EE. Este tipo de familiares se caracteriza en general por su tolerancia ante la conducta problemática del paciente, al que perciben como una persona que está viviendo una enfermedad, que es, en gran medida, responsable de sus dificultades (Vaughn, 1986). Este hecho se convirtió en plataforma para la aparición de nuevas formas de intervención familiar en la esquizofrenia, con una orientación marcadamente distinta a la mantenida por sus predecesores. Estos nuevos enfoques comparten la idea de que existen interacciones recíprocas entre variables familiares identificables y déficits relativamente específicos de las personas identificadas como esquizofrénicas. Además tratan de incorporar a la familia como un importante colaborador en el proceso terapéutico, con la tarea de compensar las dificultades del paciente mediante estrategias adecuadas. El objetivo es la rehabilitación del paciente, la idea de “curar” al paciente es vista con total escepticismo, para centrarse en las metas principales de disminuir las recaídas al mínimo y alcanzar el mayor nivel de funcionamiento social y ocupacional posible.

En concreto es la terapia centrada en la crisis propuesta por Goldstein y el paquete de intervenciones sociales para disminuir la EE creado por el equipo del Medical Research de Unit de Londres. (Hatfield, 1983, citado en Ortega y colaboradores 2001).

V. CONCLUSIONES

Como conclusión, es necesario tener presente que el entender al surgimiento de la esquizofrenia en su relación con determinadas dinámicas familiares, implica salir del marco conceptual de la psiquiatría clásica o de la psicología clínica individual, abordando dicha problemática a partir de lo grupal.

A la vez, la reflexión en torno a la familia como una institución social, acarrea concebirla en relación a sus vínculos con el resto de las instituciones y, de esa forma, como un grupo cuya estructura y funcionamiento responde a un determinado orden sociopolítico que la trasciende. Esta mirada conlleva a un posicionamiento desde una teoría que concibe al ser humano como un ente, esencialmente social, puesto que aquel se constituye como tal en la medida en que está sujeto a la sociedad y a las instituciones que la conforman; instituyendo tanto el aparato psíquico del sujeto como la forma en que éste se vincula con los demás.

Sustentando esta perspectiva aparecen los aportes extraídos de los distintos autores que estudian las dinámicas relacionales de las familias de pacientes identificados como esquizofrénicos. Desde el enfoque teórico sistémico, se propone a la familia como un grupo fundamental en la constitución del sujeto, describiéndose a la protección del recién nacido y su posterior socialización como sus funciones primordiales. De esa manera, la familia aparece en nuestra cultura, como el eje constitutivo del aparato psíquico y de los procesos de socialización de las personas.

En relación a las dinámicas relacionales características de las familias con algún miembro esquizofrénico, es posible recabar una gran cantidad de material referido tanto a desarrollos teóricos como prácticos en relación al tema, aparecidos mayormente entre las décadas de 1950 y 1970. Si bien es posible detectar algunas divergencias en las distintas aproximaciones, es posible identificar algunos puntos fundamentales en los cuales la teoría sistémica identifica a la esquizofrenia a partir de una perspectiva holística.

En términos generales, las manifestaciones de esquizofrenia en un individuo son concebidas como representantes de una alienación en la estructura interaccional de la familia, la cual sería depositada en él. Tal alienación del grupo familiar respondería a una fragilidad en los límites interpersonales de sus miembros, lo que repercutiría en el uso de mecanismos defensivos asociados a la representación de papeles formales funcionales al sistema, a expensas de la identidad de cada individuo. Entonces, quien cuestione la idea compartida sobre la familia será desconfirmado, acarreando la invalidación de su experiencia. En esta dinámica es que al futuro paciente esquizofrénico se le impone el lugar de objeto en las relaciones, acarreando dificultades en la constitución de una propia subjetividad.

Al concebirse a la familia como una institución social, se considera que la realización de ésta, en un contexto determinado, mostraría aspectos funcionales a la mantención de un orden sociopolítico que la trasciende. De esta manera, al interior de la familia, cobraría relevancia la mantención del sistema por sobre el desarrollo subjetivo de cada uno de sus miembros. Esto se lleva a cabo bajo la premisa de que la divergencia en las maneras de leer la realidad atentaría contra las instituciones que sostienen a determinada estructura social. Como una forma de evitar dicho atentado, se articularían severos mecanismos defensivos orientados a reprimir los intentos de autonomía por parte de algunos individuos, los cuales, en el peor de los casos, conllevan la invalidación y anulación de la subjetividad de éstos.

La problematización de la idea de familia y la consideración del modo como ésta puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia en uno de sus miembros, no responde a una postura fatalista en torno a ella. Por el contrario, el estudio de la familia en tanto institución social, distinta a su comprensión universalista y naturalista, posibilita concebirla de un modo distinto, que se amolde a las necesidades de los individuos que la constituyen.

De esta forma, en esta investigación no se pretende proponer la abolición de la institución familiar. Más bien se postula una reflexión respecto a ciertas particularidades propias de la familia que conocemos y que se relacionarían con la alienación del sujeto en distintos grados, llegando al extremo de psicosis en algunos casos. A la vez, se estima relevante aclarar que la propuesta de un abordaje de la esquizofrenia desde el ámbito familiar, y de modo más amplio, desde lo social, propuesto por los autores revisados y, asimismo, por la presente investigación, no desestima el valor de otros factores que estarían involucrados en la etiología y manifestación de dicho cuadro psicopatológico. Si concebimos al sujeto como una compleja unidad bio-psico-social, se entiende que una aproximación limitada a la consideración de variables biológicas conlleva una comprensión restringida del fenómeno.

Junto a esto, se considera que limitar la comprensión de la esquizofrenia y, en general, de la patología mental, a elementos genéticos, excluyendo factores grupales y sociales, acarrea una repetición de la dinámica observada en familias de esquizofrénicos.

Esto, en el sentido de comprender el padecer del sujeto afectado considerando aquello que lo aqueja como algo totalmente ajeno a quienes lo rodean. Entonces, el esquizofrénico y, más ampliamente, el “loco”, representaría lo ajeno, lo inexplicable, lo distinto, aquello en lo cual el resto de grupo –o la sociedad- no estaría implicado.

Estimo que el movimiento mediante el cual se problematiza la patología familiar asociándola a condiciones sociales que la facilitarían, es por sí mismo radical y, aun en la actualidad, luego de más de 60 años del surgimiento de las diferentes escuelas sistémicas, estas se mantienen vigentes y con mucho camino aún por recorrer.

En este punto, aparece la necesidad de reflexionar en torno al modo particular como desde la psicología, se complementarían, ampliarían y enriquecerían los procesos teóricos descritos en esta investigación. Evitando que el psicólogo se limite a ser solo un agente de socialización, ya que de esta manera solo estaría participando en un proceso que favorece la mayor alienación del sujeto en aras de su funcionalidad al sistema y su mantención.

Así como la esquizofrenia y sus vínculos con determinados funcionamientos familiares y sociales se entienden desde el ámbito de lo social, también la psicología aparece como una institución social, cuyo funcionamiento respondería a condicionantes particulares. Junto a ello, el psicólogo mismo proviene de determinado grupo familiar en el cual se constituyó como sujeto, habiendo participado, en mayor o menor grado, en muchas de las dinámicas familiares descritas. Desde este marco, entonces, aparece como una tarea fundamental para el psicólogo la reflexión en torno al modo cómo se ve implicado en su labor, discerniendo los diversos atravesamientos psicoafectivos e institucionales, que condicionarían el modo particular como se relaciona con la realidad en la cual pretende intervenir.

BIBLIOGRAFÍA

Abi-Dargham, A. Increased baseline occupansy of D2 receptors by dopamine in schizoprenia. *Psychiatry*. New York, USA. 2000

Ackerman, N. & Franklin, P. (1965). Dinámica familiar y reversibilidad de la formación de delirios, estudios de un caso en terapia familiar. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 291-337). México D. F.: Trillas, 1976.

Ackermans, A. & Andolfi, M. (1987/1994). *La Creación del Sistema Terapéutico: la Escuela de Terapia Familiar de Roma* (1ª reimpression español, comps.). Barcelona: Ediciones Paidós.

Aladro, L. P. *Manejo del Interrogatorio Circular en Algunos Modelos de Terapia Familiar Sistémica*. Textos de Apoyo Académico para las Materias de Consejo Educacional y Orientación Vocacional y Escolar. Facultad de Psicología UNAM. 2006

Alvarado, L (2000, Mayo). Apuntes de cátedra de *Psicología Anormal*. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.). Barcelona. Masson.

Anderson, Carol, Reiss, Douglas. *Esquizofrenia y Familia*. Ed. Amorrortu. Arg. 2000

Andolfi, M. *Terapia Familiar: un enfoque interaccional* (1º reimpression). Buenos Aires, Paidós. 1977

Andolfi, M. y Angelo, C. (1987). Familia e individuo desde una perspectiva trigeracional. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la Escuela de Terapia Familiar de Roma* (1ª reimpression español, pp. 227-241). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.

Andolfi, M. y Angelo, C. (1989/1997). *Tiempo y Mito en Psicoterapia Familiar* (1ª ed., 1ª reimpression). Barcelona: Ediciones Paidós.

Andolfi, M., Menghi, P., Nicoló, A. M. & Saccu, C. (1987). La interacción de los sistemas rígidos: modelo de intervención en la familia con paciente esquizofrénico. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la Escuela de Terapia Familiar de Roma* (1ª reimpression español, pp. 31-63). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.

Andrè-Fustier, F. & Aubertel, F. (1998). La transmisión psíquica familiar en suspenso. En Eiguer, A., Carel, A., André-Fustier, F., Aubertel, F., Ciccone, A. & Käes, R. (Comps.). *Lo*

Generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica (pp. 123- 168). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

Arévalo, J. Vizcarro, C. Emoción expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. Análisis y modificación de Conducta. Jaureguizar, J. Espina, A. Compiladores *Enfermedad física crónica y familia*. España: Libros en Red.

Ayuso, J.L., Carulla, L.S. Manual de Psiquiatría. Editorial Madrid Interamericana McGraw-Hill Madrid, España. 1992.

Barnes, M., Berke, J., Schatzman, M. & Sedgwick, P. (1978). *Laing y la Antipsiquiatría* (R. Boyers & R. Orrill comps). Madrid: Alianza.

Bastide, R. Sociología de las enfermedades mentales. México: Siglo XXI. 1967

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Buenos Aires: Planeta, 1991.

Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., Lidz, T., Weakland, J., Wynne, L. et al. (1971). *Interacción Familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica* (C. E. Sluzki Comp.). Buenos Aires: Ediciones de la Bahía, 1985.

Bellak, L. (1962). *Esquizofrenia: revisión del síndrome*. Barcelona: Herder.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Benoit, J.C. *El doble vínculo*. México: Fondo de Cultura Económica. 1985

Berenstein, I. *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires: Paidós. 1987

Bertalanffy, L. *Teoría General de los Sistemas*. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. (1ª Edición en español, 6ª reimpresión). México D.F. Fondo de Cultura Económica, 1987.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. *Historia de la terapia familiar, los personajes y las ideas*. Paidós: Barcelona. 2004.

Biederman, N. & Salinas P. (2003). *Psicosis y Bipolaridad en la Psicoterapia Contextualrelacional: trabajo con individuos y familias*. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile, Unidad de Terapia Sistémica, Hospital del Salvador.

Bion, W. R. (1957). *Volviendo a Pensar* (4º ed.). Buenos Aires: Hormé, 1990.

Blankenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 177-188.

- Boscolo, L. Bertrando, P. *Terapia sistémica individual*. España: Amorrortu. 1997
- Boszormenyi-Nagy, I. (1965a). Una teoría de relaciones, experiencias y transacción. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (1ª ed. Español, pp. 56-115). México D. F.: Trillas, 1976.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1965b). La terapia familiar intensiva como proceso. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (1ª ed. Español, pp. 116-178). México D. F.: Trillas, 1976.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (1965/1976). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (1ª ed. español, comps.). México D. F.: Trillas.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1983). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bowen, M. (1965). Psicoterapia familiar de la esquizofrenia en el hospital y en la práctica privada. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos*. México D. F.: Trillas, 1976.
- Bowen, M. *De la Familia al Individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª ed., 1ª reimpresión). Barcelona: Paidós. 1991
- Broustra, J. *La Esquizofrenia*. Argentina: Herder. 1979
- Brown, G.; Birley, G. y Wing, J. *Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication*. British Journal of Psychiatry. 1972
- Calligaris, C. (1991). *Introducción una Clínica Diferencial de las Psicosis*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Caponni, R. (2000). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica* (6ª ed.). Santiago: Editorial Universitaria.
- Chadwick, P. Lowe, C.. *A cognitive approach to measuring and modifying delusions. Behaviour Research and Therapy*. UK: Wiley. 1994
- Cohen, Bruce, J. *Introducción a la Sociología*. México: McGraw Hill. 1994
- Collier, A. (1981). *Filosofía y Política de la Psicoterapia* (1ª ed. castellano). México: Colección Brevarios Fondo de Cultura Económica.
- Cooper, D. (1967/1986). *Psiquiatría y Antipsiquiatría* (1ª Reimpresión). Barcelona: Paidós.
- Cooper, D. (1971). *La Muerte de la Familia*. Buenos Aires: Paidós.

- Dobson, D., McDougall, G., Busheikin, J. y Aldous, J. Effects of social skill training and social milieu treatment of symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*. New York, 1995.
- Eiguer, A. (1987). La Familia del Psicótico: nuevas aportaciones. *Revista de Psicoanálisis*, 87/1 (XLIV), 135-155.
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Foerster, H. Von. *Construyendo una realidad*. Buenos Aires: Gedisa. 1996
- Foladori, H. (2004). *Análisis Institucional e Intervención Familiar*. Santiago: Editorial Espiral.
- Foucault, M., *Enfermedad Mental y Personalidad*. Paidós. Buenos Aires, 1984.
- Foucault, M., Historia de la Locura en la Época Clásica I. Fondo de Cultura Económica. España, 2006.
- Franzek, E., Beckman, H. Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses. A twin study. *Am. J. Psychiatry*. EUA. 1998
- Freud, S. (1924 [1923]). Neurosis y Psicosis. En *Obras Completas* (2ª ed.), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- Freud, S. (1924). La Pérdida de Realidad en la Neurosis y la Psicosis. En *Obras Completas* (2ª ed.), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- Freud, S. (1940 [1938]). Esquema del Psicoanálisis. En *Obras Completas* (2ª ed.), tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- Fromm-Reichmann, F. (1961). *La Psicoterapia y el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Galperín, C. Z. *Modalidades de funcionamiento familiar*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano. 1996.
- Garberí, R. y Caompañ, E. *Evolución sistemas y terapia familiar*. Edit. Servicios Psiquiátricos Provinciales Diputación de Alicante. 1998
- Garnica, R. Esquizofrenia, nuevas perspectivas. 2ª Edición. Editorial Piensa. México D.F. 2002
- González D., E. (2001, Octubre). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. Texto íntegro de la conferencia de clausura del *1er Encuentro Estatal sobre*

Perspectivas Críticas en Psicología y Psiquiatría. Publicado en la revista *El rayo que no cesa*: N° 4 (anuario 2002). Málaga.

Haley, J. *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu. 1980

Halguin P. R., Krauss, S.. *Psicología de la Anormalidad*. Mc Graw Hill, EUA, 2001

Hoffman, Lynn. *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica, México, 1987.

Hyman, S.E. Jenike, M.A. *Problemas clínicos en psiquiatría*. Barcelona: Salvat. 1992

Ivanovic, F. (2002, Abril). Apuntes de cátedra *Psiquiatría*. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Jackson D., (compilador). *Etiología de la Esquizofrenia*. Amorrortu, Buenos Aires, 1967.

Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. & Baranes, J. (1996). *Transmisión de la Vida Psíquica entre Generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Kaplan, H., Sadock, B., Sadock, V. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica*. Edición revisada. EUA, Philadelphia. Ed. Walters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

Klein, M. (1946). *Notas Sobre Algunos Mecanismos Esquizoides*. En *Obras Completas*, tomo III. (pp. 10-33). Buenos Aires: Paidós, 1988.

Klinenberg, O. *Psicología Social*. 2ª Edición, Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1965

Kolb, L., Noyes, A. *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana. México 1983.

Laing, R. D. *El Yo Dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad* (1ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica. 1964/1988.

Laing, R. D. 1965. *Mistificación, confusión y conflicto*. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos*. México D. F.: Trillas, 1976.

Laing, R. D. *El Cuestionamiento de la Familia* (1ª Reimpresión). Barcelona: Paidós Ibérica. 1969/1980

Laing, R. D. *El Yo y los Otros*. México: Fondo de Cultura Económica. 1974/1985

- Laing, R. D. (1983). La familia y la estructura individual. En Lomas, P. (Ed.). *La Crisis de la Familia: simposio psicoanalítico*. México: Premiá Editora, 1986.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1964/1983). *Cordura, Locura y Familia* (2ª Reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lèvi-Strauss, C., Spiro, M. & Gough, K. (1974). *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lieberman, R., Massel, H., Mosk, M. y Wong S. Social skills training for chronic mental patients. Hospital and Community Psychiatry. New York: Guiford, 1985.
- Lidz, T. (1978). La esquizofrenia, R. D. Laing y el tratamiento actual de la psicosis. Entrevista con el Dr. Theodore Lidz. Entrevistadores: Robert Orrill y Robert Boyers. En Barnes, M., Berke, J., Schatzman, M. & Sedgwick, P., R. Boyers & R. Orrill (Comps.). *Laing y la Antipsiquiatría*. (pp. 147-190). Madrid: Alianza, 1978.
- Lidz, T. & Fleck, S. (1960). Esquizofrenia, integración humana y rol de la familia. En Jackson, D. (Comp.), *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1960.
- Lidz, T., Cornelison, A., Carlson, D & Fleck, S. (1957a). El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo marital. En Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., Lidz, T., Weakland, J., Wynne, L. et al., C. E. Sluzki (Comp.). *Interacción Familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. (pp. 57-80). Buenos Aires: Ediciones de la Bahía, 1976.
- Liem, J.H. Family Studies of Schizophrenia: An update and commentary. *Schizophrenia Bulletin* 6. EUA. 1980.
- Losso, R. (2001). *Psicoanálisis de la Familia: recorridos teóricos y clínicos*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Macías, R. La familia, en antología de la sexualidad humana. Tomo II, Pérez Fernández y Rubio Auriol Coordinadores, México: CONAPO y Porrúa. 1994
- McGorry, P., McFarlane, C., Patton, G. C. & Bell, R. *La prevalencia de rasgos prodrómicos de la esquizofrenia en la adolescencia*. Un estudio preliminar. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000
- Merea, C. (2005). *Familia, Psicoanálisis y Sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Minuchin, S. *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa. 1974
- Minuchin, s. y Fischman, S. *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós. 1984
- Nicoló, A. (1986). La relación terapéutica en terapia familiar. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la escuela de terapia familiar de Roma* (1ª reimpresión, pp. 205-217). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994. Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed.). Madrid: Meditor.
- Onnis, L. *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Barcelona: Paidós. 1990.
- Ortega, H., Valencia, M. (2001). *Esquizofrenia Estado actual y perspectivas*. México, D.F. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Packman, M. Investigación e intervención en grupos familiares, una perspectiva constructivista. En métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Costa Rica: Síntesis. 1996.
- Pichon-Rivière, E. *El Proceso Grupal: del psicoanálisis a la psicología social (I)* (2ª ed., 33ª reimpresión). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. 1985
- Piperno, R. (1987). La función de la provocación en el mantenimiento homeostático de los sistemas rígidos. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la escuela de terapia familiar de Roma* (1ª reimpresión, pp. 64-77). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.
- Porter, R. (2003). *Breve Historia de la Locura* (1ª ed. castellano). Madrid: Turner Publicaciones, Fondo de Cultura Económica.
- Pratta, G. *Un arpón sistémico para juegos familiares: intervenciones preventivas en terapia*. Buenos Aires: Amorrortu. 1993
- Rios, J.A. *Orientación y terapia familia*. Chile: Instituto de Ciencias del Hombre. 2000
- Roa, A. (1981). *Formas del Pensar Psiquiátrico*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Sánchez y Gutiérrez, D. *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno. 2000.
- Satir, V. *Psicoterapia familiar conjunta*. México: La Prensa Mexicana. 1982.

Searles, H. (1965). Las contribuciones del tratamiento familiar a la psicoterapia de la esquizofrenia. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 524-558). México D. F.: Trillas, 1976.

Selvini Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1990). *Juegos Psicóticos en la Familia* (1ª ed.). Barcelona: Ediciones Barcelona: Paidós.

Stierlin, H. *El Individuo en el Sistema: psicoterapia en una sociedad cambiante*. Barcelona: Herder. 1997

Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wtzel, N. & Wirsching, M. *Terapia de la Familia: la primera entrevista*. Barcelona: Editorial Gedisa. 1986

Szasz, T., *La Fabricación de la Locura*. Ed. Kairós. Barcelona 1974.

Szasz, T., *Esquizofrenia El Símbolo Sagrado de la Psiquiatría*. Ed. Premia. Madrid. 1976.

Szasz, T. *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorroutu. 2008

Ullmann, L. y Krasner, L. *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall. 1975.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas* (7ª ed.). Barcelona: Herder, 1989.

Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder. 1999

Wynne, L. (1965). Algunas indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar exploratoria. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 338-375). México D. F.: Trillas, 1978.

Referencias de Internet:

Eira, G. (2001). *Familia y Grupo Familiar*. Extraído el 27 Enero, 2009, de www.campogrupal.com/flia.html

Gómez, F. (2004). *La enfermedad mental: un concepto anticuado*. Extraído el 18 Agosto, 2010, de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EplAkVZVpZFyBybrGf.php>

González, E. (2002). *Concepto Actual de la locura y las Nuevas Formas de Tratamiento*. Extraído el 29 Noviembre, 2009, de <http://www.geocities.com/bakuninn/antipsiquiatria.htm>

Miró, P. (2004, Enero). *La Familia como Institución Económica*. Extraído el 10 Junio, 2010 de <http://www.eumed.net/cursecon/1/instfamilia.htm>

Ricci, E. (2002, Noviembre). *La Terapia con la Familia: Un encuentro con Maurizio Andolfi*. Extraído el 7 Febrero, 2010 de <http://www.unibe.edu.do/psicologia/13septiembre.html>