



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

242  
zej



**FACTORES ETIOLOGICOS DE LA PSICOSIS  
ESQUIZOFRENICA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:**

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.**

**Rosa María Zacarías Pérez**



**ESTUDIOS PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA**

**DIRECTOR DE TESIS: DRA. ANNE MARIE BRUGMAN GARCIA**

**FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D.F.**

**MAYO, 1995.**



## **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 está 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.

Los problemas que a  
primera vista parecen  
totalmente insolubles  
llevan por esa misma  
circunstancia las  
claves de su solución

Charles S. Peirce

## D E D I C A T O R I A S :

Dedico este trabajo a la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M), por la oportunidad que me brindó en mi formación profesional, por representar, contribuir y difundir el valor del conocimiento en relación con la responsabilidad, el compromiso y la superación constante. porque gracias a ella logre ser lo que ahora soy, y por permitirme formar parte de su distinguida comunidad.

¡Luchare por mantener su nombre muy en alto!

Agradezco a todos los Maestros que sembraron en mi el entusiasmo por ampliar mi Consciencia.

A los pacientes que han dejado en mi un recuerdo inolvidable y el interes de seguir investigando esa luz necesaria para iluminar con esta profesión que elegí, mil rostros perdidos.

Agradezco muy cariñosamente a mi Directora de Tesis Anne Marie Brugman G. por su apoyo y disposición incondicional, por el profesionalismo en la supervisión de este trabajo, quien con inteligencia, dirigió y apoyo en la culminación del mismo. Por haberse constituido en un pilar determinante para la conclusión de este sueño.

Por su gentil y valiosa Supervisión.

¡ Mil Gracias!

Agradezco a los miembros del Jurado:

Psic. Rosario Muñoz Cebada  
Psic. AnneMarie Brugman García  
Pisc. Asunción Valenzuela Cota  
Psic. Carmen Tinajero Barrios  
Psic. Alicia Migoni Rodríguez

Por las valiosas sugerencias y aportaciones que me permitieron ampliar el panorama sobre la genesis de la Psicosis.

Agradezco infinitamente a la Dra. Carmen Tinajero, quien me acompañó en los momentos más difíciles durante la realización de este trabajo, y quien me impulso para no desistir de mi anhelo.

A mi madre con todo cariño por haberme regalado la vida, por estar conmigo y apoyarme en los momentos más felices y difíciles de mi existencia, dándome toda su entrega y apoyo.

A ti Papá dedico muy Especialmente este trabajo, por que siempre me has apoyado en todo momento para alcanzar mis metas, por tu amor y ejemplo de vida, basado en tu admirable espíritu de lucna y superación, porque todo tu esfuerzo y trabajo empleados en mi no han sido en vano.

Me esforzare por no defraudarte

A mis Padres por que juntos me dieron la vida, por su apoyo humano y económico que siempre me han brindado, porque sembraron en mi la semilla de la superación, la responsabilidad y el amor de comprometerme en todo lo que realizo.

¡ Los Quiero Mucho !

A mis Hermanas Elizabeth y Ma Teresa, quien con cariño y paciencia siempre estuvieron escuchando los borradores de este trabajo. Mi cariño por todo lo que hemos compartido y por los lazos de hermandad que nos unen.

¡ Las Quiero Mucho !

A Daniel con quien aprendí que no hay obstáculos cuando existe un amor sincero, por su interés en que siga logrando mi superación profesional y personal, por su cariño y apoyo incondicional que siempre me ha mostrado.

# FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA

## I N D I C E

### RESUMEN.

### INTRODUCCION.

#### I. REVISIÓN HISTÓRICA, CONCEPTUALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA.

1.1 Concepto de Salud . . . . .	p 3
1.2 Concepto de Enfermedad . . . . .	5
1.3 Clasificación de las Enfermedades Mentales . . . . .	11
1.4 Concepto de Psicosis . . . . .	18
1.5 Concepto de Psicosis Esquizofrénica . . . . .	20
1.6 Formas Clínicas de la Psicosis Esquizofrénica . . . . .	22
1.7 Características Generales de la Psicosis Esquizofrénica . . . . .	28

#### II. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA PSICOSIS.

2.1 Factores Genéticos . . . . .	36
2.2 Factores Bioquímicos . . . . .	44
2.3 Factores Psicodinámicos . . . . .	51
* Freud . . . . .	
* Abraham . . . . .	
* Melanie Klein . . . . .	
* Fairbairn . . . . .	
* Factores frecuentemente encontrados en la niñez de los Esquizofrénicos . . . . .	64
2.4 Antipsiquiatría . . . . .	70

#### III. CARACTERÍSTICA DE LA ESTRUCTURA Y DEL SISTEMA FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

3.1 La Familia . . . . .	73
3.2 Estructura familiar . . . . .	74
3.3 Dinámica Familiar . . . . .	75
3.4 Factores frecuentemente encontrados en los padres de los pacientes Esquizofrénicos . . . . .	77
3.5 Seudomutualidad . . . . .	80
3.6 Teorías acerca del Doble Vínculo . . . . .	83
3.7 Mitos Familiares . . . . .	87
3.8 Roles . . . . .	89
3.9 Familia Funcional y Disfuncional . . . . .	90
3.10 Emoción Expresada . . . . .	93

CASOS CLÍNICOS . . . . .	97
--------------------------	----

CONCLUSIONES . . . . .	112
------------------------	-----

SUGERENCIAS . . . . .	115
-----------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA . . . . .	116
------------------------	-----

## RESUMEN

En el presente trabajo se llevó a cabo una revisión documental que permitió ofrecer una clara reseña de las características de la Esquizofrenia y de los términos y clasificaciones que los Psiquiatras utilizan para definir las manifestaciones y síntomas que presentan los pacientes, se dió a conocer un marco Teórico que describe con fundamentos sólidos, las diversas Teorías que explican la etiología de este padecimiento.

En donde se encontró que algunas condiciones que influyeron en la incidencia de la Esquizofrenia, están asociados a factores tanto Genéticos, Bioquímicos, Psicológicos como Familiares.

Entre los Factores Genéticos se encuentran: la alteración de componentes químicos localizados en los genes, la penetrancia incompleta de un gen, los defectos en la programación genética, el manejo defectuoso de la información, los factores poligenéticos, la transmisión de genes alterados etc.

En cuanto a los Factores Bioquímicos, se ha encontrado que la alteración de determinadas sustancias químicas localizadas en el Sistema Nervioso tales como: las indolaminas metiladas, Catecolaminas, Noradrenalina, Acetilcolina, Serotonina, Norepinefrina, Dopaminas etc. Son responsables de determinadas aberraciones Psíquicas como la Esquizofrenia.

De acuerdo a los Factores Psicológicos se ha observado cómo ciertas situaciones de carácter intenso suscitadas en el medio, sobre todo pautas de comportamiento inconscientes, presentadas por los padres y asimiladas por los hijos contribuyen en gran medida para el desarrollo de la Enfermedad Mental.

Así como también los Factores Familiares adversos en donde existe escaso intercambio comunicacional, o éste se encuentra distorsionado con dobles mensajes (Doble Vínculo), en el que la familia se encuentra aparentemente muy unida, pero bajo esta apariencia se observa que las relaciones entre los miembros de la familia, está fundada en necesidades y expectativas patológicas, en esas familias ambos esposos tienden a humillarse y denigrarse mutuamente, compitiendo por la atención y el afecto de los hijos, y en virtud de la relación enferma que establecen los padres, no llegan a proporcionar a los hijos modelos de roles apropiados. Todo esto está íntimamente relacionada con una perturbación mental. Entre estos enfoques teóricos, destacan los trabajos realizados por Minuchin, Ackerman, Andolfi, Bateson etc.

Por lo que una característica de la Esquizofrenia es que se manifiesta de muy diversas maneras y tiene tantas causas como consecuencias. Este análisis permite establecer que en la incidencia de la Esquizofrenia participan diversos factores, todos ellos de gran importancia, puesto que proporcionan datos vitales que permiten conocer los avances de la investigación científica indispensables para describir y entender dicho padecimiento.

## INTRODUCCION

La Psicosis Esquizofrenica, es una enfermedad que en la actualidad cobra cada vez mayor relevancia, debido a que forma parte de los trastornos mentales mas graves, pues existe el reconocimiento de que este padecimiento frecuentemente es cronico; es decir, deja incapacitado al individuo años, incluso toda su vida.

La Esquizofrenia es una entidad nosologica que segun estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se presenta universalmente en un 3% de la poblacion.

Los conocimientos Científicos que se tienen en la actualidad y los tratamientos farmacológicos y terapeuticos, no han disminuido su incidencia; por lo que resulta importante hacer una revision exhaustiva de este padecimiento, que tiene en mayor grado una repercusión en la vida del individuo, a nivel personal, familiar, economico y social, puesto que ataca a sus victimas en los años mas fructíferos de la vida. A pesar de que en raras ocasiones conduce a la muerte del paciente, su caracter destructivo es significativo, ya que acaba dejándolo incapacitado para su vida productiva y de relacion, a tal grado que con frecuencia el paciente tiene que ser hospitalizado de por vida. (Savosa, 1950).

La Esquizofrenia es una enfermedad bastante compleja, es por eso que resulta difícil poder distinguir una entidad etiologica especifica, que conlleve a la aparicion de la misma. Se buscan motivos tanto Geneticos, Bioquimicos, Psicologicos y familiares, que permitan comprender la determinacion de este padecimiento.

Ya que la etiologia de la Esquizofrenia, es muy diversa; no se puede decir que un hecho determinado fue el factor desencadenante de la enfermedad, puesto que se estaria cayendo en un reduccionismo. No se necesita buscar una solucion de tipo excluyente, pues como ocurre con muchos otros trastornos, es posible que intervengan aqui multiples factores. Sin embargo; no es este el momento para analizar la naturaleza de tales diferencias, ya que al examinar cada hecho etiologico de la psicosis esquizofrenica, seria un campo de investigación bastante extenso, que implicaria ser contemplado desde una perspectiva fisiologica, hasta incluso una filosofica.

Por el momento cabe mencionar que la Psicosis es un fenomeno multicausal, que parte desde el nacimiento hasta la muerte. En esta trayectoria se conjugan diversos aspectos, en donde la familia juega un papel importante, ya que tiene una influencia decisiva en la produccion de elementos que determinan en el individuo, estados de salud y fuerza, o bien, de enfermedad psiquica.

En esta direccion, se ha observado que una de las causas que conducen a la esquizofrenia, se expresa dentro del núcleo familiar; donde se cuestiona no solo su estructura y su funcionamiento, sino tambien la forma como sobrevive dicha institucion basica. Puesto que el poder social ejercido sobre el individuo, puede ser confundido, mediante "Roles Confusos", "límites no esclarecidos", "dobles mensajes" etc., que se filtran a traves de la familia y que repercuten en la experiencia real del individuo por medio de actitudes contradictorias dirigidas hacia el, que mas

adelante determina no solo el desarrollo de ciertos factores, sino también la influencia de determinadas perturbaciones mentales.

<sup>MURRAY, 1968)</sup>  
La Enfermedad Mental, ha existido desde los Albores de la humanidad, la cual ha tenido diversas acepciones que varían de acuerdo a la evolución histórica del hombre y de la cultura de cada país. <sup>(VICELA, 1991)</sup>

En siglos anteriores. Se pensaba que el enfermo mental era un ser divino, con poderes mágicos, mas adelante se le considero como célula maligna, y se le apartaba de la Sociedad, por ser considerado como un ente maléfico o perverso, ya que al no entender la manifestación de sus síntomas, era rechazado y temido por los demás. De esta forma podemos observar que la religión consideraba a la enfermedad mental como consecuencia de un castigo por haber infringido un código moral. <sup>(VIGAS, 1966)</sup>

Mas adelante durante la mayor parte de la antigüedad y de la Edad Media; se concretaba la creencia en poderes mágicos o espíritus de signo diabolico. De acuerdo a ello, los medios utilizados para su curación, variaban desde la plegaria hasta la tortura. (Es decir; los azotaban, los sumergían en agua hirviendo o los quemaban vivos, en el mejor de los casos los exorcisaban). Tales prácticas se llevaban a cabo por sacerdotes y brujos, debido a su frecuente contacto con el misterio y los poderes ocultos, tanto del bien como del mal. <sup>(SARASON, 1970)</sup>

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

A finales del siglo XIX, a la enfermedad mental llamada "locura" se le asigno el nombre de Psicosis, la cual se clasifico de acuerdo a una sintomatología esencialmente psíquica. <sup>(GALLAGHER, 1953)</sup>

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

Al observar este recorrido es difícil deducir que un enfoque meramente individual, debió ampliarse para valorar los elementos que conciernen a los fenómenos de pareja, (como es la diada Madre-Hijo). De aquí que el enfoque individual tuvo que modificarse al de pareja, incluyendo mas adelante al padre, hermanos etc. Entonces de ser en un principio un enfoque individual, paso al estudio de un enfoque global, es decir la formación de este complejo sistema que llamamos Familia. A partir de esto, se busco un Marco Teórico que enlazara tanto al individuo como al sistema al que pertenece. <sup>(ESTRADA, 1981)</sup>

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

De esta forma se crean los hospitales de día, con la finalidad de integrar al enfermo a su grupo familiar y no separarlo mas del mismo.

De acuerdo a lo anterior se ha observado, que la Salud Mental esta ligada no solo al espacio privado de la vida social; siendo que el bienestar físico y mental de una persona, o la incapacidad grave y prolongada de la misma, repercute fuertemente en los miembros del grupo al que pertenece; desde el punto de vista tanto económico como emocional. (Vega, 1957).

Hasta hace tiempo la esquizofrenia, ha sido considerada por la mayoría de la gente como una enfermedad que aterroriza, por parecer totalmente inexplicable. Pero hay algo mas en este enigmático trastorno que ha generado enormes controversias Científico-Médicas, y grandísimo interes entre Psicoanalistas, Psicólogos y Psiquiatras. Ese algo mas que ha estimulado el interes, es que la esquizofrenia es el prototipo de la "Locura". La Locura, la perdida de las facultades mentales, el descontrol de nuestros pensamientos y conducta, no es vivenciado como cualquier otra enfermedad, pues amenaza la esencia misma de nuestra personalidad y el nucleo de nuestro sentido de identidad. (Paniagua, 1971).

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

A la magnitud del problema, en cuanto al sufrimiento humano causado por esta enfermedad hay que añadir su relativa frecuencia, su aparición en la juventud y su cronicidad, lo cual hacen de esta enfermedad un problema clínico y sanitario de enormes repercusiones. (Paniagua, 1971).

Por esta razon surgió el interes por investigar aquellos fenomenos que se saben son causa de la misma, y conocer el factor tan importante que representa la familia en el surgimiento y mantenimiento de la enfermedad, ya que el abordaje Psiquiátrico a través de medicamentos que remueven los sintomas no es suficiente.

Por tanto el principal objetivo de la presente investigación documental fue dar a conocer una Marco Teórico, con los factores etiológicos mas frecuentemente encontrados en la Esquizofrenia. Esto es con la finalidad de permitir que el Psicologo que participa en el tratamiento del paciente esquizofrenico, conozca las principales causas que determinan dicho padecimiento, las cuales van desde las lesiones y alteraciones del cerebro, los procesos psicologicos que estan subyacentes, y que todavía no se comprenden con precision, hasta la influencia de la familia. Esto permitira que el Psicologo pueda diseñar y planear una intervención oportuna, con tecnicas pertinentes en el Tratamiento del paciente.

El metodo de investigación documental que se utilizo en la presente investigación es el Analítico-Sintético. Dado que permitio separar todos los elementos que forman parte de los factores etiológicos, para detectar como estos influyen en la esquizofrenia, y de esta manera tratar de dar respuesta a los planteamientos aqui vertidos.

La cama de Auhanel era una jaula empleada para refrenar y, a menudo, para castigar a los enfermos difíciles de controlar. Estas jaulas dejaron de ser usadas en los asilos de los Estados Unidos hasta principios de 1900.



CAPITULO UNO

REVISION HISTORICA Y CONCEPTUALIZACION DE LA PSICOSIS  
ESQUIZOFRENICA

1.1 CONCEPTO DE SALUD

Para poder entender la enfermedad, es necesario explicar y tener claro el concepto de Salud, ya que esto permitirá una mejor comprensión al referirnos a una de las manifestaciones más graves de la enfermedad mental, como es el caso de la Psicosis, objeto de estudio de la presente investigación.

Existen diferentes enfoques acerca de la definición de Salud. En épocas anteriores la Salud fue conceptualizada como un equivalente de bienestar en todas las áreas. Posteriormente se enfocó dentro de la teoría de la multicausalidad de la enfermedad, y en la actualidad se considera que el hombre tiene salud cuando logra resolver sus problemas fisiológicos, psicológicos y sociales, de acuerdo con sus necesidades y expectativas reales (Gomezjara, 1981; Videla 1991).

R. Dubos (citado en Higashida, 1990), define la Salud como el estado de adaptación y la capacidad de funcionar en el medio.

San Martín (1984) la define como un estado variable biofisiológico del organismo que conlleva a un equilibrio y a una adaptación física, mental y social, ante las condiciones de un ambiente total.

Del mismo modo Cohen (1983) menciona que la salud es un estado de funcionamiento Físico, Psicológico, Afectivo y Total; el cual tiene un significado tanto relativo como absoluto, pues varía a través del tiempo y del espacio tanto del individuo como de la sociedad a la cual pertenece.

Desde el punto de vista fisiológico, la salud se traduce como un funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo, como respuesta a los estímulos del medio externo, manteniendo de esta manera una armonía. (Vega, 1987).

El enfoque ecológico la define como un equilibrio dinámico con el ambiente para el desenvolvimiento pleno de las capacidades biológicas, psicológicas y sociales del hombre con su ambiente. (Higashida, 1990).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la define como: "Un completo estado de bienestar Físico, Mental y Social; y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades".

Este planteamiento, pone de manifiesto en lo que en la actualidad, diversos autores como: Gomezjara, 1981; Cohen, 1983; San Martín, 1984; Vega, 1987; Higashida, 1990; Videla, 1991 etc. hacen hincapié al considerar, que la Salud no se reduce a situaciones de equilibrio biológico del organismo ni a acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de la vida personal. Sino a un estado relativamente perdurable en el cual la

persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida, y está logrando su autorrealización. Es decir, se le considera como un estado de armonía y no como la mera ausencia de enfermedad, siendo un factor importante el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

Los diversos autores coinciden en considerar la salud como: el desarrollo del potencial humano en sus diferentes áreas de funcionamiento, hasta el nivel óptimo.

Una vez que se ha llegado a un entendimiento integral de la salud, pasaremos a revisar lo que se entiende por enfermedad.

## 1.2 CONCEPTO DE ENFERMEDAD

Al hablar de enfermedad ha de considerarse que al igual que sucede con la concepción de salud, se les ha dado diferentes significados a lo largo del tiempo, mismos que han variado de acuerdo a la evolución histórica de la humanidad y a la cultura de cada país. (Videia, 1991).

San Martín (1984), por su parte menciona que la Salud y la Enfermedad son dos extremos en la variación biológica, es decir, es la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente.

Desde el punto de vista fisiológico es una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios en las relaciones con otros seres. (Vega, 1987).

Higashida (1990), la define como un estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y por tanto afecta su bienestar. (El término Bienestar equivale al concepto de adaptación dinámica, puesto que al estar adaptados al medio físico, biológico y social, el hombre se encuentra en lucha por ajustarse y por mantener un equilibrio; equilibrio que pierde con la enfermedad, la cual se manifiesta cuando el hombre no tiene un rendimiento óptimo consigo mismo en relación con el grupo social. En este sentido la enfermedad no es sólo un proceso biológico, sino una experiencia de los seres humanos, misma que puede afectar en forma determinante su modo de vida. (Cohen, 1983).

Así mismo Page (1982) menciona que la enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado, sino como algo que se encadena en forma indisoluble con el resto de la biología personal.

Por lo que el concepto comúnmente aceptado establece, que la enfermedad es el desequilibrio Biológico, Psicológico y Social del hombre con el ambiente que lo rodea. (Vega, 1987).

De esta forma el cambio de orientación conceptual sobre la enfermedad constituyó una revolución que marcó el tránsito de la medicina como ciencia biológica a constituirse en ciencia social. (Higashida, 1990).

Para ahondar más en el tema, se detallaran algunas consideraciones históricas y científicas, referentes al continuum Salud-Enfermedad, con el fin de poder detectar con mayor claridad los avances contemporáneos.

Se empezará por analizar las conjeturas del hombre primitivo, el cual tenía una idea fatalista sobre la vida, la muerte y más aún sobre el oscuro misterio de la enfermedad. Durante la edad de Piedra la trepanación (práctica quirúrgica primitiva), consistía en agujerar el cráneo de ciertas personas con la finalidad de permitir la salida de los malos espíritus que causaban conductas aberrantes. (Ver fig. 1).

Fig. 1 LAS PERFORACIONES DE ESTOS CRÁNEOS

FUERON APARENTEMENTE PRACTICADAS  
PARA PERMITIR LA SALIDA DE LOS  
MALOS ESPÍRITUS.



Así mismo Davison (1983), señala que las creencias de la cultura Hindú, China, Egiptia y Griega afirmaban que la Enfermedad era el resultado de causas o factores externos, por lo que hacían uso de todos los medios disponibles para restablecer el equilibrio perdido.

En este sentido Timio (1986) comenta que para las religiones, la enfermedad, y la muerte prematuras son expresiones de un castigo que suponía la existencia de culpa. Esto coincide con lo que menciona Videla (1991), al hacer referencia que para los griegos, la salud era: armonía, lo justo, lo equilibrado, lo limpio y lo puro. Por tanto la enfermedad era vivida como un castigo de los Dioses. Siendo un claro ejemplo de lo anterior, la famosa tragedia griega de Edipo; donde el parricidio y el incesto conllevan a la peste de la población.

Esta misma idea, fué la que prevaleció durante la Edad Media, época en la que se consideraba que los diversos males eran la influencia de la posesión demoniaca y como consecuencia utiliza-

ban como forma de "Curación" el exorcismo. (Videla, 1991).

La convicción de que la conducta anormal era obra de los demonios llevó a proporcionar a los Enfermos Mentales tratamientos contra estos demonios, en forma típica de elaborados rituales, hacer ruidos u obligar al enfermo a beber menjurjes de sabor repugnante e incluso a tomar medidas más drásticas como ser privados de alimento, azotados, sumergidos en agua caliente y con frecuencia quemados vivos; todo ello en un esfuerzo por librarlos de los espíritus malignos. (Davison, 1983).

Antes de proseguir es necesario considerar que los desequilibrios mentales desempeñan un papel importante en el modo en que se intenta y se intentaba eliminarlos, ya que si antiguamente se creía que dicha enfermedad provenía de fuerzas maléficas, era probable que combatieran dicha fuerza exorcizando al demonio que vivía en el enfermo, si es que realmente se le quería ayudar a recuperar su salud. Por lo que llevaban un tratamiento de acuerdo a la forma como se creía que reaccionaría el demonio. Es decir, si se pensaba que el demonio respondía a las ordenes de Dios, utilizaban la oración, pero si consideraban que el demonio era lo bastante malo y fuerte que ni siquiera a Dios respondía, el tratamiento a seguir era de su propio nivel, es decir se utilizaban calificativos ofensivos e incluso torturando al demonio por medio de martirizar el cuerpo poseído por el mismo. Por tal motivo Sacerdotes y Médicos que practicaban el exorcismo elegían los tratamientos que creían más eficaces contra el demonio particular que se quería eliminar. (Davison, 1983).

De esta forma se puede apreciar, cómo antiguamente la enfermedad era considerada como una maldición.

No obstante al avance científico, todavía es común el observar, estos enfoques animistas y/o místicos, en los que la enfermedad, en muchas ocasiones sigue siendo tratada por medio de brujos, espiritistas o curanderos, que a través de plegarias, limpias o amuletos, "logran" ahuyentar las enfermedades. (Sarason, 1990).

Durante el siglo XV la creencia en la posesión Demoníaca alcanzó su máxima expresión. En Alemania dos monjes dominicos designados por el Papa como inquisidores, se convirtieron en líderes de un movimiento dedicado al exterminio de brujos, con la publicación de su libro "El Martillo del Diablo", que describía los signos para detectar a los brujos, además de que establecía la forma legal para juzgarlos y sentenciarlos. Una de esas señales era: que si el enfermo tenía manchas rojizas en la piel, pensaban que habían sido hechas por la garra del demonio, al tocar a la persona, para sellar un pacto. Para 1862 centenares de personas eran perseguidas, acusadas y torturadas, si se les encontraba culpables, eran colgados o quemados públicamente. (Kisker, 1984). (Ver figuras A, B, C y D)

FIGURA (A)  
ESTE GRABADO DEL SIGLO DIECISEIS REPRESENTA EL ENJUICIAMIENTO DE UNA BRUJA. LA CUAL ERA JUZGADA COMO CULPABLE SI LA  
BALANZA SE INCLINABA HACIA ALGUN LADO. YA QUE SE RECONOCIA SU INOCENCIA SI SE MANTENIA EN EQUILIBRIO.



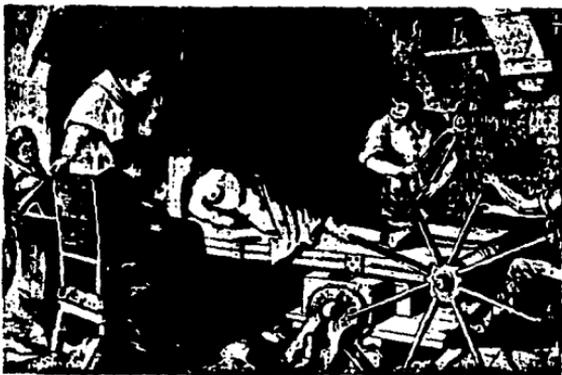
FIGURA (B)  
LA PRUEBA DEL AGUA PARA DETECTAR LA BRUJERIA. LA ACUSADA ERA ATADA Y LANZADA AL AGUA; SI FLOTABA, SE CONSIDERA-  
BA ASOCIADA CON EL DEMONIO.



FIGURA (C) UN GRABADO DEL SIGLO DIECISEIS ILUSTR LA INCINERACION DE UNA BRUJA.



FIGURA (D) EL POTRO UNA TORTURA UTILIZADA PARA PROVOCAR CONFESIONES DE LOS ACUSADOS.



Las leyes de la brujería no fueron abolidas; sino hasta el siglo XVII. el enfoque naturalista de Hipócrates volvió a adquirir fuerza con Johann Weyer que afirmaba que todos podían correr el riesgo de enfermarse de la mente o del cuerpo y que los actos bárbaros perpetrados contra estas personas eran terribles equivocaciones. Su libro que se publicó en ese tiempo, también contenía descripciones de la enfermedad mental. (Sarason, 1990).

Weyer es comúnmente considerado como fundador de la psiquiatría moderna.

Sin embargo todavía en el siglo XVIII, muchas instituciones exhibían a sus pacientes en jaulas, los domingos y días festivos, cobrando por ello una cuota; como si se tratara de un zoológico.

Más tarde Philippe Pinel, médico francés, luchó para que los pacientes fueran desencadenados de los postes, paredes y camas. A pesar de haber sido sumamente criticado obtuvo el permiso para hacerlo, el resultado fué sensacional, ya que los pacientes que eran considerados como peligrosos y que habían permanecido encadenados por veinte años o más, caminaban por el hospital con camisas de fuerza sin mostrar hacer daño alguno. (Kisker, 1984).

A partir del siglo XVIII, con el avance de la medicina se llegó a configurar la Enfermedad Mental de modo análogo a la Enfermedad Física. Según el modelo Biológico-Médico la Enfermedad Mental era el resultado de causas biológicas, como el mal funcionamiento del cerebro. De este modo el tratamiento cambió del conjuro o el castigo, por una serie de técnicas más naturales y humanitarias como: Hidroterapias, dietas especiales, curas de sueño, masajes, ejercicios adecuados etc. (Sarason, 1990).

Es interesante observar a lo largo de la historia, como en la antigüedad el hombre echaba la culpa de sus enfermedades a los demonios, espíritus malignos, espíritus de los muertos, brujos, hechizos o al mal de ojo, etc. y advertir como en la actualidad los microbios, infecciones, traumatismos etc. han tomado el lugar de los demonios.

Más adelante con el avance científico, los nuevos conocimientos fueron modificando estas concepciones. Sin embargo, no fué sino hasta mediados del siglo XIX, cuando el conocimiento de la naturaleza maduró lo suficiente para justificar la creencia de que el hombre podía por medio del saber y de la acción controlar los principales peligros del medio ambiente que amenazaban su salud. (Georges, 1985).

En la actualidad, se ha hecho una clasificación de los Trastornos Mentales, con la finalidad de tener un conocimiento de las características de cada una de ellas y poder brindar un tratamiento adecuado a cada enfermedad. A continuación se presentarán las más usuales, ya que resulta importante tener un panorama general de las mismas. Aunque en este trabajo, nos concentraremos únicamente en las Psicosis de tipo Esquizofrénica, ya que constituye el enfoque central de la presente investigación.

La nomenclatura Psiquiátrica contemporánea, tiene sus raíces en los trabajos del psiquiatra Alemán Emil Kraepelin, quien estudió miles de historias clínicas de Enfermedad Mental y luego a estructurar sus categorías. Kraepelin atribuyó todos los trastornos a alguno de cuatro orígenes como: perturbaciones metabólicas, trastornos endócrinos, enfermedades cerebrales y la herencia; ninguno de ellos incluía la posibilidad de una causa Psicológica. No obstante a ello sus categorías eran tan perspicaces, que con pequeñas modificaciones continúan siendo la base del sistema de Clasificación de la American Psychiatric Association. La Clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana" (Tomada de Strecker, E. 1975), es la siguiente:

### 1.3 CLASIFICACIONES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

(American Psychiatric Association)

#### A. PSICOSIS DEBIDAS A, O ACOMPAÑADAS DE INFECCION.

- \* Psicosis con meningoencefalitis sífilítica (Parálisis General progresiva)
- \* Psicosis con Lúes meningovascular (Sífilis Cerebral)
- \* Psicosis con coma intracranial
- \* Otros tipos a especificar
- \* Psicosis con encefalitis epidémica
- \* Psicosis con meningitis tuberculosa
- \* Psicosis con corea aguda (Sydenham)
- \* Psicosis con otras enfermedades infecciosas
- \* Psicosis postinfecciosa (especificar la infección).

#### B. PSICOSIS DEBIDAS A INTOXICACIONES.

- \* Psicosis debidas al alcohol
- \* Intoxicaciones patológicas
- \* Delirium Tremens
- \* Psicosis de Korsakoff
- \* Alucinosis aguda
- \* Psicosis debidas a drogas u otras toxinas exógenas.
  - a) Psicosis debidas a metales.
  - b) Psicosis debidas a gases.
  - c) Psicosis debidas al opio y sus derivados.
  - d) Psicosis debidas a otras drogas.

#### C) PSICOSIS DEBIDAS A TRAUMAS (PSICOSIS TRAUMATICAS)

- \* Delirio traumático
- \* Desórdenes postraumáticos de la personalidad (Constitución traumática)
- \* Otros tipos (a especificar)

#### D. PSICOSIS DEBIDAS A DESORDENES CONVULSIVOS (Epilepsia)

- \* Deterioración epiléptica
- \* Estados crepusculares epilépticos
- \* Otros tipos epilépticos

F. PSICOSIS DEBIDAS A PERTURBACIONES DEL METABOLISMO, CRECIMIENTO NUTRICION O FUNCION ENDOCRINA.

- \* Psicosis seniles
- a) Deterioración simple
- b) Tipo presbiofrénico
- c) Tipos delirantes y confusos
- d) Tipos depresivos y agitados
- e) Tipos paranoides
- \* Enfermedad de Alzheimer (Tipo presenil)
- \* Psicosis evolutivas.
- a) Melancolía
- b) Tipos Paranoides
- c) Otros tipos (a especificar).
- \* Psicosis con enfermedades de las glándulas endócrinas (a especificar)
- \* Delirio de agotamiento
- \* Psicosis con pelagra
- \* Psicosis otras enfermedades somáticas (A especificar).

G. PSICOSIS DEBIDAS A NEOPLASIAS.

- \* Psicosis con neoplasias intracraneales
- \* Psicosis con otras neoplasias.

H. PSICOSIS DEBIDAS A CAUSAS DESCONOCIDAS O HEREDITARIAS. PERO ASOCIADAS CON CAMBIOS ORGANICOS. I. DESORDENES DE ORIGEN PSICOGENICO O SIN CAUSAS DEFINIDAS Y TANGIBLES O CAMBIOS ESTRUCTURALES.

- \* Psiconeurosis (Neurosis).
- a) Histeria: de angustia y de conversión
- b) Psicastenia o estados compulsivos.
- c) Neurastenia
- d) Hipocondriasis
- e) Depresión reactiva
- f) Estados de angustia
- \* Psicosis Maníaco-Depresivas
- a) Tipo maníaco con elevación de ánimo o irritabilidad con verbosidad, fuga de ideas y aumento de la actividad motora.
- b) Tipo depresivo con marcada depresión de ánimo y retardo mental y motor, e inhibición.
- c) Tipo Circular
- d) Tipo Mixto
- e) Tipo Perplejo
- f) Tipo Estuporoso
- g) Otros tipos
- \* Demencia Precoz (tipos de reacción esquizofrénica).
- a) Tipo simple
- b) Tipo hebefrénico
- c) Tipo catatónico
- d) Tipo paranoide
- e) Otros Tipos

- \* Paranoia: Condiciones paranoides
- \* Psicosis con personalidad Psicopática
- \* Psicosis con deficiencia mental
- J. PSICOSIS NO DIAGNOSTICADAS.
- K. SIN PSICOSIS
- L. DESORDENES PRIMARIOS DE LA CONDUCTA

Otra clasificación (Citada en Vidal, 1986) es La Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades "CIE-9"; la cual se encuentra en vigencia en todos los países de América Latina. Las categorías que a continuación se presentarán son las correspondientes a los trastornos afectivos, por ser las que nos interesan.

#### TRASTORNOS AFECTIVOS

- 290 Psicosis Orgánicas Senil y Presentil
- 290.2 Demencia presentil de tipo depresivo o paranoide
- 295 Psicosis Esquizofrénica
- 295.7 Tipo Esquizoafectivo
- 296 Psicosis Afectivas
- 296.1 Psicosis Maníaco Depresiva, tipo depresivo
- 296.2 Psicosis Maníaco Depresiva, tipo maníaco
- 296.3 Psicosis Maníaco Depresivo circular, Fase Depresiva
- 296.4 Psicosis Maníaco Depresivo circular, fase mixta
- 296.5 Psicosis Maníaco Depresiva de tipo circular, fase no especificada.
- 296.6 Psicosis Maníaco Depresiva de otro tipo y del no especificado.
- 296.7 Otros
- 296.8 Sin especificación
- 298 Otras Psicosis no Orgánicas
- 298.0 Tipo depresivo.

En la CIE-9, las Psicosis Figuran bajo las siguientes 10 Categorías:

#### PSICOSIS ORGANICAS (290-294)

- 290 Psicosis Orgánica Senil Y Presentil
- 291 Psicosis Alcohólicas
- 292 Psicosis debidas a drogas
- 293 Psicosis Orgánicas transitorias.
- 294 Otras Psicosis Orgánicas (Crónicas)

## OTRAS PSICOSIS (295-299)

- 295 Psicosis Esquizofrénicas
- 296 Psicosis Afectivas
- 297 Estados Paranoides
- 298 Otras Psicosis no Orgánicas
- 299 Psicosis peculiares de la niñez

Vidal, (1986) propone que para la práctica clínica conviene distinguir cuatro tipos de Psicosis:

- 1.- Psicosis Agudas (Que no deben confundirse con los trastornos mentales sintosomáticos).
- 2.- Psicosis Cognitivas: Esquizofrenias y Estados Paranoides.
- 3.- Psicosis Afectivas: Trastorno bipolar y Depresión Mayor.
- 4.- Psicosis Marginales y Mixtas.

Por último se expondrá la Clasificación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental DMSIII-R que incluye las formas más conocidas:

### I. PSICOSIS ASOCIADAS CON SINDROME CEREBRAL ORGANICO.

Demencia Senil y Preseñil

Psicosis Alcohólica

Psicosis Asociada con Infección intracraneal

Psicosis Asociada con otras afecciones cerebrales

Psicosis asociada con otras afecciones Físicas.

### II. PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A UNA AFECCION FISICA

Esquizofrenia

Trastornos Afectivos Mayores

Estados Paranoides

otras Psicosis.

### TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS.

1.- DEMENCIAS DE INICIO SENIL Y PRESEÑIL, provocadas por sustancias Psicoactivas como:

- a. Alcohol
- b. Anfetaminas
- c. Cafeína
- d. Cannabis
- e. Cocaína
- f. Alucinógenos
- g. Inhalantes
- h. Nicotina
- i. Opiáceos
- j. Fenciclidina
- k. Sedantes hipnóticos.

### 2.- ESQUIZOFRENIA

- a. Catatonica
- b. Desorganizada

- c. Paranoide
- d. Indiferenciada
- e. Residual.

3.- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.

- a. Trastorno Bipolar: Mixto.
  - Maníaco.
  - Depresivo.
  - Ciclotimia
  - Trastorno bipolar.
- b. Trastornos depresivos: Depresión Mayor: Episodio Unico  
 Recurrente  
 Distimia (o Neurosis depresiva)  
 Trastorno depresivo.

4.-TRASTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS

- a. Psicosis Reactiva Breve
- b. Trastorno Esquizofreniforme
- c. Trastorno Esquizoafectivo
- d. Trastorno Psicótico inducido
- e. Psicosis Atípica.

En la Actualidad, se encuentra la nueva Clasificación de la Organización Mundial de la Salud: "CIE-10", en la cual se hizo una elaboración de los trastornos mentales. A continuación se expondrá sólo las categorías concernientes de la Clasificación de los trastornos Psicóticos:

F20-29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNOS

DE IDEAS DELIRANTES.

- F20 ESQUIZOFRENIA.
- F20.0 Esquizofrenia Paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia Catatónica.
- F20.3 Esquizofrenia Residual.
- F20.4 Depresión Port-esquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia Residual.
- F20.6 Esquizofrenia Simple.
- F20.7 Otras Esquizofrenias.
- F20.8 Esquizofrenia Sin Especificación.

**F21 TRASTORNO ESQUIZOTIPICO**

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastornos de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastornos de ideas delirantes persistentes sin especificación.

**F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios**

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno Psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo tipo esquizofénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

**F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas**

**F25 Trastornos esquizoafectivos**

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

**F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos**

**F29 Psicosis no orgánica sin especificación**

**F30-39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)**

**F30 Episodio maniaco**

F30.0 Hiponamía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maniaco sin especificación.

**F31 Trastornos Bipolar**

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hiponamíaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

*F32 Episodios Depresivos*

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

*F33 Trastorno depresivo recurrente*

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

*F34 Trastornos del humor (Afectivos) persistentes*

- F34.0 Ciclotimia.
- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

*F38 Otros Trastornos del humor (Afectivos)*

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

*F39 Trastorno del humor (Afectivo) sin especificación.*

Como puede observarse, las Psicosis se clasifican en dos grandes grupos: Las Orgánicas y las Funcionales:

**PSICOSIS ORGANICAS:** Las condiciones que la originan, son evidentemente por influencias físicas ejercidas sobre el cerebro o por una lesión del mismo cerebro, es decir son los trastornos resultantes de una lesión irreversible, causada al Sistema Nervioso, por una enfermedad o por una lesión corporal. La cual puede ser reversible cuando es causado por: desnutrición, deficiencia glandular, algunas infecciones e intoxicaciones. (Crowcroft, 1980; Vallejo, 1991).

Las Psicosis Orgánicas pueden ser: Agudas o Crónicas:

**PSICOSIS AGUDA:** Es Aguda cuando, suele ser el resultado de algún proceso tóxico que afecta al cerebro. Este tipo de Psicosis ha sido definido como "sintomáticas" y suele ser reversible, ya que por ejemplo, en el delirio de una fiebre, el paciente se encuentra en un estado de confusión, el cual desaparece, una vez que ha cedido la misma. (Crowcroft, 1980).

**PSICOSIS CRONICA:** Surge cuando se ha tenido lugar a una grave lesión cerebral, la cual es irreversible, por ejemplo en la demencia senil, el tejido cerebral sólo puede volverse a unir, formando cicatrices; de ahí procede el carácter crónico. (Crowcroft, 1980).

**LAS PSICOSIS FUNCIONALES:** Estas son causadas por factores Psicológicos. La hipótesis general es que las alteraciones funcionales se deben fundamentalmente a la interacción de defectos genéticos predisponentes y a experiencias adversas, esto se explicará con mayor detalle en el capítulo dos; por el momento solo cabe señalar que en las Psicosis Funcionales existe un trastorno de las neurohormonas que tiende a ser permanente. En algunos casos, si reciben tratamiento Psicológico y Psiquiátrico adecuado y oportuno, el diagnóstico puede ser favorable. (Kleinmuntz, 1980; Page, 1982).

#### 1.4 CONCEPTO DE PSICOSIS.

El término "Psicosis" viene del griego "*psyche*" que significa alma, actividad mental y "*osis*" que indica estado o condición patológica. Este término aparece por primera vez, en el siglo XIX, este hecho marcó una evolución, dado que permitió diferenciar las enfermedades mentales de las enfermedades del cerebro o de los nervios, así como también las del cuerpo y las del alma que la tradición filosófica consideraba como producto del error y del pecado. (Laplanche, 1963).

Durante el siglo XIX, la noción de Psicosis se difunde, sobre todo en la literatura Psiquiátrica, para designar las enfermedades mentales en general. Por lo que el término Psicosis denota un estado caracterizado por la pérdida del juicio de realidad, lo que implicaba un quiebre en la historia personal del ser humano.

En este sentido Psicosis equivalía a la "LOCURA" (grado máximo de trastorno mental), al cual se le asignaba un peso fundamentalmente orgánico.

En la clínica Psiquiátrica el término Psicosis abarca generalmente, una amplia extensión de toda una serie de enfermedades

mentales, refiriéndose tanto a procesos Organicos, genéticos como Psíquicos. Sólo a finales del siglo XIX, se le atribuye a la noción de Psicosis una sintomatología posiblemente psíquica. (Laplanche, 1983).

Es por eso que para los autores que utilizan este término, la psicosis puede tener su causa en el Sistema Nervioso, en las alteraciones Genéticas, Bioquímicas o bien en los trastornos Psicológicos.

Sin embargo las definiciones coexisten en criterios como: La incapacidad de adaptación social (debido a la gravedad de los síntomas), la perturbación de la facultad para comunicarse, tanto consigo mismo, como con los demás (por lo que las relaciones con otras personas resultan afectadas), la falta de consciencia de enfermedad, la pérdida de contacto con la realidad (que no es más que la incapacidad para distinguir su mundo del mundo real), debido a una falsa percepción del mismo. (Laplanche, 1983; Ey, 1987).

De esta forma Llopis (1970) define a la Psicosis, como un tipo de conducta anormal, que se caracteriza por un funcionamiento gravemente impedido tanto cognoscitivamente como conductual, en el cual los estados de ánimo suelen estar alterados profundamente y con frecuencia desconectándose de la realidad, por lo que son incapaces de cuidar de sí mismos por largos periodos.

Para Tocaven (1977) la Psicosis es una Enfermedad Mental, caracterizada por una distorsión de la personalidad, puesto que al parecer el contacto con la realidad revela graves trastornos en muchos aspectos de su vida.

En este sentido Crowcroft (1980) afirma que el Psicótico es una persona que tiene problemas muy graves en relación con su ambiente y con otras personas, ya que la imaginación generalmente la vivencia como un hecho real.

Kisker (1984) menciona que la conducta psicótica, es un desequilibrio muy grave de la personalidad, en el cual, la persona afectada muestra pérdidas periódicas o prolongadas de contacto con la realidad. Esta pérdida de contacto se refleja en desórdenes de la percepción, del pensamiento, de la emoción y de la orientación personal.

En el DSM III-R los pacientes son descritos como Psicóticos, cuando su funcionamiento mental se encuentra alterado como para interferir en forma evidente con su capacidad de hacer frente a las demandas ordinarias de la vida.

Del mismo modo Zax (1989) señala que este grupo de trastornos se caracterizan por una afección intensa del juicio de realidad, ya que existe una incapacidad para distinguir el mundo interno del mundo externo, aunado a una intensa regresión que incapacita al individuo a postergar la gratificación a controlar sus impulsos y a organizar las funciones intelectuales y conductuales.

Resumiendo, Georges (1985) afirma que La verdadera psicopatología, se aprecia cuando hay una perturbación del comportamiento directamente relacionada con los intercambios del primer ambiente (perturbaciones de la alimentación, del sueño, agitación o apatía), o bien en las llamadas perturbaciones instrumentales (Lenguaje hablado, leído y luego escrito, psicomotricidad, orientación temporal, espacial, personal).

Para diversos autores como: Kolb, 1966; Fish, 1972; Kleinmuntz, 1980; Davison, 1983; Ey, 1987; Zax, 1989 y Vallejo 1991. La Psicosis consiste en perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada, ya que no hay diferencia entre sus fantasías y la realidad. Es por eso que pierden contacto con el mundo que los rodea, puesto que tienden a interpretar de otra forma la realidad, para hacer que embone con las propias necesidades o conveniencias, además de que su conducta es extravagante, y no intentan comprender sus desajuste, pues rara vez se dan cuenta de que salen fuera de lo común; los desequilibrios cognoscitivos relacionados con la percepción y el razonamiento, son con frecuencia los signos más evidentes y dramáticos de la psicosis, pues el enfermo vive perdido en espacio y tiempo sin embargo la ausencia de sensibilidad y las respuestas emocionales inadecuadas tienen un peso fundamental para el diagnóstico de la Psicosis ya que algunas veces los síntomas adoptan la forma de respuestas emocionales que resultan inadecuadas a la situación, pues mientras que unas personas son impulsivas, otras parecen carecer totalmente de sensibilidad emocional. Por último en los pacientes psicóticos no hay consciencia de estar enfermos.

Bajo esta vertiente y para fines de esta investigación, se entenderá el término Psicosis como:

*"Un trastorno mental mayor, de origen orgánico y/o emocional, en el que la capacidad del individuo para pensar, recordar, responder emocionalmente, comunicarse, establecer contactos personalizadores, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada, esta deteriorada, hasta el grado de una seria interferencia con la habilidad para enfrentar las demandas ordinarias de la vida. Puesto que su conducta, esta muy lejos de ser una respuesta a la estimulación de la vida diaria, ya que al tener poco contacto con los demás, forman su propio mundo, y cuando manifiestan air voces que no podemos escuchar, o cuando padecen castigos que no logramos entender, generan temor, lo cual hace que sea evitado por lo demás. De tal modo que su sintomatología lo lleva a que se aparte aún más del mundo". (Kolb, 1966; Hughes, 1984; Georges, 1985; Ey, H, 1987; Fuentenebro, 1990)*

### 1.5 CONCEPTO DE PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

El término *Esquizofrenia* viene del griego "*Schiŷein*" escindir, disociar, y "*Phrēn*" mente. La Esquizofrenia ha sido comparada con la "Locura", término que designa un desorden mental caracterizado por la falta de juicio o de razón.

H. Ey (1987) señala al igual que Jackson (1980), que entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las Esquizofrenias, engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alteración mental.

Emil Kraepelin, describió las entidades nosográficas de manera precisa y reunió todos estos casos con el nombre de "Demencia Precoz".

Para kraepelin, consistía en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento como la indiferencia, la apatía, los sentimientos paranoicos, etc. Era una enfermedad severa caracterizada por una psicosis crónica que llevaba al deterioro. (Kendell, 1988; Grebb, 1989).

Más adelante, a este mismo padecimiento Bleuler lo denomina como: Esquizofrenia, caracterizándolo por una transformación profunda y progresiva de la persona. La originalidad de la aportación de Bleuler estriba en substituir el planteamiento clínico de Kraepelin, por un enfoque Psicopatológico. (Pichot, 1983).

Bleuler creó el término esquizofrenia derivado de las palabras griegas Schizis (dividir fragmentar) y Phren (mente). Bleuler pensaba que la característica patognomónica de la esquizofrenia era la pérdida de las asociaciones entre las diferentes funciones psíquicas. (Andreasen, 1989).

La O.M.S. la ha definido como: "Un grupo de Psicosis en las que existe un trastorno fundamental de la personalidad, una deformación del pensamiento característico, que con frecuencia da la sensación de estar controlado por fuerzas ajenas, delirios que pueden ser insólitos, percepción perturbada, afecto anormal que escapa de la situación real y, autismo. A pesar de todo ello, el paciente, por lo general conserva claridad en su conciencia y en su capacidad intelectual".

Sin embargo, como todos los aspectos de la esquizofrenia, también lo relativo a clasificación de subtipos o formas clínicas, está sujeto a controversias. A pesar de ello tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S. "CIE-10" como la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana "DSM III-R", incluyen las formas más conocidas. En la descripción que sigue, se tratará de reflejar los criterios más ampliamente aceptados.

La ESQUIZOFRENIA es un grupo de desordenes caracterizados, por trastornos en la integración de las emociones, el pensamiento y la conducta y por un retraimiento de los contactos humanos y de la realidad.

Habitualmente se presenta en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, pero también puede desarrollarse en la madurez o aún más tarde. Es difícil precisar con exactitud la fecha de inicio. Sin embargo se puede identificar un claro deterioro del nivel previo de actividad, es decir hay disminución en la actividad (escuela, trabajo, labores del hogar, etc.), deterioro de la higiene y aseo personal, afecto "inapropiado", aficiones peculiares (religiosas, políticas, filosóficas etc.), falta de iniciativa e interés. A éste período que es de duración variable, se le conoce como fase prodrómica y siempre precede a la aparición de los síntomas psicóticos. En otros casos el inicio se puede asociar a un estrés psicosocial. (Kendell, 1988; Grebb, 1989).

A continuación se explicará en forma breve las Psicosis Esquizofrénicas, debido a que es el tema que nos ocupa, esto es con la finalidad de saber de manera muy general, en que consiste cada una de ellas.

El motivo por el cual, no se describirán las Psicosis de tipo orgánico, es por que su etiología básicamente es una alteración en el S.N. es decir son atribuidas a alguna afección física, así como también en las Psicosis Afectivas, cuya causa precipitante es una alteración bioquímica.

### 1.6 FORMAS CLINICAS DE LA ESQUIZOFRENIA.

**ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA:** Comienza entre la pubertad y los 25 años, su desarrollo es engañoso, ya que una conducta neurótica o hipocondríaca puede, en un momento dado esconder el verdadero proceso, básicamente psicótico. Por ejemplo un brillante estudiante, puede empezar a bajar en su rendimiento académico, mientras esto sucede, puede sentir que no existe como persona, y experimentar al mundo exterior como irreal. Los síntomas asociados comprenden muecas, manierismos, quejas hipocondríacas, retraimiento social extremo. Por lo que la conducta se vuelve extraña e infantil. (Crowcroft, 1980).

Así mismo se presentan delirios de grandeza mal sistematisadas. Por lo general hay una rápida evolución hacia el deterioro. Llevándolo hasta al aislamiento social, por la progresiva apatía e indiferencia, por el comportamiento infantil y caprichoso y por la regresión a un estado de decadencia demencial rápida. (Hughes, 1984; Vidal, 1986; Ey, 1987).

**ESQUIZOFRENIA SIMPLE:** Empieza alrededor de la adolescencia o un poco más tarde. Su principal síntoma es: la superficialidad emocional; ya que existe una indiferencia en sus afectos, en ocasiones llega a la insensibilidad. Su curso puede ser engañoso y va en detrimento; es decir el paciente es incapaz de mantener su trabajo, cae cada vez más bajo en la estructura social, hasta llegar al aislamiento, prostitución, vagabundeo y en ocasiones llegan a cometer crímenes. (Crowcroft, 1980).

Se observa una notable indiferencia, inactividad, aislamiento, falta de iniciativa y una tendencia a funcionar con un mínimo de esfuerzo y a limitar el ámbito vital. (Vidal, 1986).

**ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:** Por lo regular se presenta en la tercer o cuarta década de la vida. En la mayoría de los estudios, la edad promedio de inicio oscila entre los 40 y los 55 años. Con frecuencia se acompañan de delirios y alucinaciones. Se caracteriza por trastornos en el contenido del pensamiento; es decir, hay preocupaciones hipocondríacas, las cuales toman formas muy diversas; las más habituales consisten en la convicción de que la piel, la boca, el recto o la vagina emiten un olor repugnante, de que hay una plaga de insectos sobre o debajo de la piel, o de que hay vísceras o sistemas del organismo que no funcionan. En general, los sujetos con ideas delirantes somáticas

acuden al médico para tratar el supuesto trastorno que padecen, que luego se tornan en obsesivas, también presentan ideas de tipo persecutorio, las cuales son gradualmente reemplazadas por delirios de grandeza. A veces pueden tornarse violentas y presentar impulsos homicidas, especialmente en la fase persecutoria. (Vidal, 1986).

Dichas ideas pueden ser simples o elaboradas y con frecuencia comprenden un solo tema o temas conectados entre sí, como creerse objeto de conspiración, o sostener que es víctima de un fraude o creerse espiado, seguido, envenenado, drogado, hostigado etc. En ciertos casos, la idea central consiste en alguna injusticia que debe ser reparada por medio de una acción legal. Los sujetos se sienten a menudo resentidos y furiosos y pueden mostrarse violentos con los que creen que les están perjudicando.

**ESQUIZOFRENIA CATATONICA:** Comienza alrededor de los diecinueve o veinte años. Puede empezar a raíz de un período de insomnio o depresión, con una disminución cada vez mayor del contacto con el ambiente. En esta enfermedad se puede producir extrañas muecas y contracciones de los músculos faciales. Es interesante observar como el paciente al recuperarse da un informe detallado de todo lo que ha ocurrido a su alrededor, es decir quien fue desagradable con él, quien le ayudo. Por lo que se evidencia que la memoria y la percepción permanecen intactas, a pesar de una aparente anulación de toda la personalidad. (Crowcroft, 1980).

En general, éste tipo de psicosis se caracteriza por trastornos en el comportamiento motor. La cual suele aparecer repentinamente, de tal manera que una persona que parecía ser relativamente normal se precipita un día en un letargo (estado de suspensión de los sentidos y de las facultades del ánimo, por somnolencia profunda y prolongada). Comprende dos variedades fundamentales: ESTUPOR (estado de inmovilidad, en el que predominan los signos negativos. Sobre este fondo de inercia sobrevienen bruscos brotes de agitación y de impulsividad) y LA AGITACION (que se caracteriza por una violencia extrema. Aquí la ensalada de palabras, las violencias verbales y de gesticulación así como las expresiones teatrales, se dan en grado máximo). (Ibid).

En ambas variedades se presentan alucinaciones. En la 1ª el paciente se muestra lento o apático, llegando en muchas ocasiones a la inmovilidad, al mutismo y hasta el estupor, puede presentarse sumisión y pasividad. Por el contrario en la variedad agitada, hay un aumento de la actividad motora, el paciente se torna destructivo, exhibiendo verdaderas crisis de furor y violencia. Las personas que han padecido de estupores catatónicos y que han descrito posteriormente sus experiencias, indican que estaban conscientes del mundo que los rodeaba, pero que se sentían incapaces de responder a él en forma significativa. La fase de excitación se caracteriza por un continuo nerviosismo, actividad exagerada, insomnio y episodios de conducta agresiva. La Fase de excitación de la Catatonía, es menos frecuente que la de estupor, cuando se presenta, es probable que muestre violencia y agresivi-

dad, por esta razón la esquizofrenia se convierte en uno de los desequilibrios mentales más peligrosos. Debido a que dichas personas desarrollan ataques de furia en los que se vuelven destructivos y destrozan cualquier cosa que este a su alcance; además son capaces de atacar a sus semejantes sin ningún aviso y de la manera más agresiva. (Kisker, 1984; Vidal, 1986; DSMIII-R).

Así mismo Ey (1987) comenta que, en éste tipo de psicosis, tiene un fondo NEGATIVISTA, el cual se expresa por conductas de rechazo (mutismo, bloqueo, rechazo de alimentos etc.), así como un MANERISMO que es llevado al máximo de intensidad (muecas, explosiones de risa, tics, gestos ceremoniosos o patéticos), ESTEREOTIPIAS que consisten en conductas repetitivas de gestos o palabras y movimientos rítmicos o bien fijaciones de actitudes; así como también IMPULSIONES que son descargas motrices repentinas, enigmáticas y aparentemente absurdas.

ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO: Incluye incoherencia, conducta muy desorganizada, afectividad aplanada o inapropiada, no hay ideas delirantes sistematizadas como en el caso del paranoide, pero las ideas delirantes fragmentadas y las alucinaciones son comunes. Puede presentar muecas, manierismos, quejas hipocondriacas, retraimiento social extremo y otras conductas raras.

Este cuadro clínico se acompaña habitualmente de un deterioro social extremo, una personalidad premórbida pobre, un inicio temprano e insidioso y un curso crónico sin remisiones significativas. (DSM III-R, 1988). NOTA: En otras clasificaciones, este tipo se denomina "HEBEFRENIA".

ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFECTIVA: Consiste en una combinación de características esquizofrenicas con síntomas maníacos o depresivos, es decir se presentan cuadros de euforia o depresión acompañados de delirios de influencia y pensamiento mágico. (Vidal, 1986).

En el DSM III-R, el trastorno Esquizoafectivo queda colocado dentro del capítulo "Trastornos Psicóticos No Clasificados en Otros Apartados", lo cual indica que se requiere una mayor investigación, para determinar si es necesario esa categoría, para definir y establecer su relación con la esquizofrenia y los trastornos afectivos. Así mismo, se aconseja considerar los otros diagnósticos señalados en otras secciones del manual, antes de decidirse por el trastorno "Esquizoafectivo".

ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA: Los síntomas esenciales son: ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o conducta muy desorganizada, sin embargo no puede ser clasificada en ninguna de las categorías señaladas previamente. (DSM III-R, 1988).

La Hebefrenia y la Esquizofrenia simple, son trastornos que se presentan muy tempranamente. Van deteriorando paulatinamente al paciente, sin que se observe una remisión ni espontánea, ni propiciada por los Psicofármacos, que solamente sirven como paliativos. Por tal motivo se consideran Enfermedades Crónicas.

En los otros tipos de Esquizofrenia se puede observar brotes repentinos y agudos que en ocasiones remitan espontáneamente, pero sobre todo que responden a los Psicofármacos, logrando que

el paciente pueda alcanzar nuevamente una adaptación aceptable a su entorno.

Sin embargo no se elimina el riesgo de nuevos brotes futuros, muchas veces desencadenados por presiones externas. Por lo tanto el estado en que se encuentra un paciente independientemente del diagnóstico preciso puede ser:

**ESQUIZOFRENIA AGUDA** En esta forma clínica, existe una aparición de síntomas esquizofrénicos generalmente con perplejidad, confusión, estados disociativos y despersonalización. Incluye un oscurecimiento de la conciencia, semejante a un sueño, así como también síntomas esquizofrénicos.

Entre ellos destacan los delirios de referencia, influencia y persecución y las alucinaciones auditivas. Se observa a menudo aceleración psicomotriz y manifestaciones de angustia, agitación, depresión y a veces pánico. Por lo general se mezclan síntomas catatónicos, paranoides, hebefrénicos y afectivos, por lo que este caso el diagnóstico debe modificarse. (Hughes, 1984; Vidal, 1986).

**ESQUIZOFRENIA LATENTE:** Esta dominación es objeto de muchas controversias, por la dificultad implícita en hacer un diagnóstico antes de que el trastorno se manifieste clínicamente. En la práctica se aplica a los casos que presentan características esquizofrénicas definidas, pero que aún no han sufrido un episodio psicótico; es decir, se aplica a pacientes que dan la impresión de ser esquizofrénicos, pero que no presentan síntomas definidos. (Hughes, 1984; Fuentenebro, 1990; DSMIII-R).

**ESQUIZOFRENIA RESIDUAL:** Esta categoría debe usarse cuando ha habido, como mínimo, un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación o admisión clínica, no haya síntomas Psicóticos predominantes, puesto que persisten signos de la enfermedad.

Son frecuentes el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica, y el pensamiento ilógico. Aunque los síntomas accesorios desaparecen con el tiempo, queda una secuela de la Esquizofrenia, la cual consiste en afecto aplanado o inapropiado, disturbios en el curso del pensamiento, así como también fallas en el comportamiento social. (DSM III-R, 1988; Fuentenebro, 1990).

A continuación se presentará un cuadro de las formas clínicas más usuales de la Esquizofrenia, el cual ha sido tomado de Fuentenebro y Vazquez, 1990, sólo con la modificación hecha del DSM III al DSM III-R.

KRAEPELIN:	{ (DEMENCIA PRECOZ)		
	Hebefrénica		
	Catatónica		
	Paranoide- Parafrénica		
BLEULER:	{ (ESQUIZOFRENIA)		
	Simple		
	Hebefrénica		
	Catatónica		
	Paranoide		
	Latente	DSM III-R:	{ Desorganizada
			Catatónica
O.M.S	Simple		Paranoide
CIE-9	Hebefrénica		Indiferenciada
Y	Catatónica		Residual
CIE-10	Paranoide		
	Episodio Esquizofrénico Agudo		
	Latente		
	Residual		
	Esquizoafectiva		
	Otra		
	No Especificada		

## 1.7 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

### SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS:

Kraepelin reconoció dos amplias clases de síntomas en la Esquizofrenia: las que eran más floridas y aquéllas caracterizadas por pérdidas o déficits. Bleuler también separó los síntomas de la esquizofrenia en fundamentales y accesorios, pero fué Crow quien propuso el concepto de dos síndromes en la Esquizofrenia. Crow los llamó síndrome tipo I y tipo II, el primero caracterizado por síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones), con buena respuesta a los neurolépticos y un proceso patológico neuroquímico, se pensó que probablemente era dopaminérgico; el tipo II, está caracterizado por síntomas negativos (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje), pobre respuesta al tratamiento y anomalías estructurales cerebrales observables en la tomografía axial computarizada, después Andreasen propuso un subtipo mixto por que muchos pacientes Esquizofrénicos presentaban tantos signos positivos como negativos. (Crow, 1985; Andreasen, 1990).

Los rasgos esenciales de la Esquizofrenia, están básicamente constituidos por: trastornos en la *Percepción, el pensamiento y el lenguaje; la Consciencia, la Conducta Motora, y las Emociones.* (Greeb, 1989; Andreasen, 1987). A continuación se explicará cada uno de ellos:

### TRASTORNOS DE LA PERCEPCION

Dentro de los trastornos de la percepción se encuentran: Las Alteraciones Sensoriales que pueden ser divididas en "Ilusiones", que son interpretaciones falsadas de estímulos que provienen de objetos externos, es decir, existe un objeto perceptual real y constante, solo que es percibido en forma distorsionada, y las "Alucinaciones" que son percepciones sin ningún estímulo externo, que lo propicie, ya que a pesar de ausencia del estímulo adecuado la experiencia es vivida como real. En los desordenes Psicóticos, las alucinaciones más comunes son visuales y auditivas; sin embargo no es raro que se presenten las de tipo olfativo, gustativo, del tacto y sensaciones corporales. (Mueser, 1990; Vallejo, 1991).

### CAUSAS DE LA PRESENCIA DE ALUCINACIONES.

Las alucinaciones ocurren de vez en cuando en personas mentalmente "sanas". Kisker (1984), señala que las alucinaciones se producen por causas orgánicas y/o psicológicas.

LOS DETERMINANTES ORGANICOS: Incluyen factores tales como: cansancio excesivo, drogas, fiebre, lesión cerebral consumo de alcohol y privación del sueño.

**LOS DETERMINANTES PSICOLOGICOS:** Implican entre muchas posibilidades, los procesos de proyección, racionalización, procesos oníricos, fantasía y sentimientos de culpa.

Estas últimas sobre todo, ocurren durante períodos de tensión emocional, pueden ser el resultado de emociones intensas (por ejemplo: los pacientes muy deprimidos, con sentimientos de culpa, pueden escuchar voces que les reprochan su conducta, es decir, una persona puede ver que su padre lo ve con desaprobación cuando intenta robar algo o bien oír que su madre llora cuando tiene contacto sexual con una prostituta. Aquellos que sienten que alguien les quiere hacer daño, pueden escuchar conspiraciones en su contra), se pueden presentar también debido a trastornos de los órganos sensoriales sin ser manifestaciones de enfermedad mental. (Por ejemplo cuando existen en las enfermedades o deficiencias del oído o de la vista), privación sensorial (algunas investigaciones han demostrado que si a una persona normal se le reducen todos los estímulos externos, empieza a alucinar después de unas cuantas horas), y por trastornos del Sistema Nervioso Central (las alteraciones del diencéfalo y la corteza, pueden producir alucinaciones que por lo general son visuales, pero también pueden ser auditivas). (Kisker, 1984).

Las alucinaciones se pueden clasificar en :

**AUDITIVAS:** Las alucinaciones más frecuentes entre los desequilibrados mentales son las de naturaleza auditiva, en las que el paciente escucha voces, que provienen de su interior, o bien que son del medio externo. Son las más comunes en la Esquizofrenia, ocurren en un 50 a 90%. Las alucinaciones auditivas se asocian con un inicio temprano de la enfermedad, según Heuser y cols (1990). Las voces pueden resultar conocidas para el paciente, las puede percibir como dos o más voces hablando de él. Dichas voces en la mayoría de las veces son acusadoras e insultantes. En pocas ocasiones son de apoyo y de aliento, en otros dirigen los pensamientos y ordenan las actividades de la persona. Es frecuente que los pacientes hablen en voz alta respondiendo a sus alucinaciones, como si conversaran con alguien (soliloquios); en algunos casos las voces no son escuchadas claramente. Aunque también pueden ser en forma de ruidos, parcialmente melódicas. (Zax, 1989; Mueser, 1990).

Assad (1986) y Mueser (1990), hacen notar la importancia de las alucinaciones de mando, (voces que ordenan realizar actos frecuentemente violentos o destructivos) que pueden proceder a conductas extrañas, destructivas, suicidas u homicidas, y su presencia se ha usado como justificación para hospitalización de emergencia. Sin embargo no todos los pacientes que las escuchan actúan violentamente.

**VISUALES:** Las alucinaciones visuales, aunque menos frecuentes que las auditivas, se presentan, sin embargo en un elevado número de Psicóticos. Generalmente adoptan la forma de figuras fantasmales, parecidas a sombras oscuras. Estas falsas percepciones son vagas y amenazadoras. Y la mayoría de ellas no pueden describirse o identificarse con claridad. (Kisker, 1984). Sin embargo H. E. (1987) menciona que pueden adquirir la forma de destellos, o bien completamente organizadas como ver gente, animales y objetos. En la Esquizofrenia, las alucinaciones visuales frecuentemente son

formadas como imágenes de gente o animales de tamaño normal, en tercera dimensión, con movimiento, a veces son figuras amenazadoras, otras solo son experimentadas como luces; pueden ser en color o en blanco y negro; casi siempre ocurren en combinación con alucinaciones auditivas y pueden aparecer durante un momento de intensa necesidad afectiva o de preocupación. (Assad, 1986; Kendell, 1988; Bracha, 1989). Kleinmuntz (1980) afirma que las alucinaciones pueden ser liliputienses, es decir en las que el enfermo ve pequeñas figuras ya sean personas o animales.

**OLFATORIAS:** Generalmente el enfermo tienden a percibir un olor desagradable

**GUSTATIVAS:** El paciente percibe sabores extraños, por ejemplo su comida le sabe algo raro y desagradable.

**TACTILES:** Se perciben como sensaciones de dolor, de hormigueo.

**PROPIOCEPTIVAS:** Sienten volar en el aire, sumirse en la cama, o bien que están destruyendo su cuerpo etc. (Noyes, 1992; Ey, 1987).

### TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO Y EL LENGUAJE

Otra de las áreas afectadas en la Psicosis, es el área del pensamiento y lenguaje. Dentro de los trastornos del Pensamiento se encuentran:

A) "Fugas de Ideas": El pensamiento se sigue uno a otro rápidamente, no existe una dirección general y las conexiones entre los pensamientos se desvían con facilidad. Puede llegar a ser tan severa que da lugar a la incoherencia, ya que el pensamiento se presenta enmarañado y desordenado, pues parece derivar de alguna idea pasada. (Vallejo, 1991; Noyes, 1992).

B) "Retardo del Pensamiento": el paciente experimenta dificultad para tomar decisiones, pues el pensamiento es lento y las ideas e imágenes se encuentran disminuidas o lentificadas. (Noyes, 1992).

C) "Circunstancialidad": el pensamiento contiene muchos detalles triviales e innecesarios. En esta categoría entra lo que se llama PERSEVERANCIA. Aquí las operaciones mentales tienden a persistir más allá del punto en el que son importantes y por tanto impiden el progreso del pensamiento. En el BLOQUEO DEL PENSAMIENTO el relato se detiene bruscamente durante largos segundos, el pensamiento queda suspendido por la presencia de un estímulo, que impide que la persona responda y/o siga la conversación, ya que es afectado por un grupo de recuerdos y sentimientos que lo paralizan y lo perturban. (Fish, 1972; Davison, 1983; Ey, 1987). FUGA DE IDEAS. El paciente no puede continuar con una conversación, debido a que comienza con una idea, y enseguida lo asalta otra, y luego otra, y así sucesivamente.

He aquí algunas descripciones de este estado:

"Mis pensamientos se enredan todos. Empiezo a pensar o a hablar de algo pero nunca puedo terminar. En lugar de ello, empiezo a divagar y me enredo con toda clase de cosas diferentes

que podrían relacionarse con lo que quiero decir, aunque no sabría explicar en qué sentido. Las personas que me escuchan hablar se pierden todavía más que yo... Mi problema es que tengo demasiados pensamientos. Usted podría estar pensando en algo, por ejemplo en este cenicero, y nada más pensar: ¡ ah sí ! es para poner mi cigarro... pero al pensar yo en él, se me ocurren al mismo tiempo una docena de cosas relacionadas con él". (Davison, 1983, pág. 390).

En los trastornos del CONTENIDO del pensamiento se encuentran los "Delirios", los cuales se definen como una creencia falsa, que se presenta fuera del contexto social y cultural del paciente. (Kleinmuntz, 1980). Dichas creencias van más allá de la razón, pues evidentemente son falsas y aunque algunas personas "Sanas" también se aferran a ideas, por lo general no se empeñan en mantenerlas cuando se les descubre; sin embargo el Psicótico persiste en mantenerlas aún cuando hay clara evidencia de ser falsas.

Muchas veces es el resultado de procesos de pensamiento normal en respuesta a percepciones o estados emocionales anormales como: sordera, alteraciones de la Gestalt, exaltación afectiva etc. (Cutting, 1988).

Sin embargo la idea Delirante es una creencia personal errónea que se basa en inferencias incorrectas a partir de la realidad externa, sostenida con firmeza a pesar de lo que los demás crean lo contrario. La creencia no es ordinariamente aceptada por otras personas del mismo grupo cultural. (Noyes, 1992).

Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor extremo, es calificada de delirante, sólo si el juicio es tan extremo como para desconfiar de su credibilidad. Por ejemplo una persona que la mayoría de la gente vería con un moderado sobrepeso puede considerarse gorda sin que esto pueda enjuiciarse como delirante, pero si una paciente excesivamente delgada, casi esquelética insiste en que está gorda y en mantenerse en ayuno, esa convicción puede ser considerada como idea delirante. (DSM III-R).

En el Delirio existe alteración de los procesos lógicos mentales generalmente en las Psicosis, pero también por enfermedades infecciosas que producen fiebres elevadas, por intoxicaciones (alcoholismo), etc. Durante el Delirio las ideas se presentan sin llevar un orden lógico, y el enfermo no cae en la cuenta de la incoherencia de las palabras que pronuncia. El delirante ha roto sus relaciones normales con los demás y todas las ideas las centra sobre sí mismo llegando a un comportamiento típicamente autista. (Hemsley, 1986).

En general los delirios se caracterizan porque:

- 1.- Son sostenidos con absoluta convicción.
- 2.- Son experimentadas como verdades evidentes, de gran significación personal.
- 3.- No son reductibles por la razón.
- 4.- Su contenido es frecuentemente fantástico o inverosímil (para otros).
- 5.- Las creencias no son compartidas por el resto de los sujetos en su contexto cultural o social. (Hemsley, 1986; Ellis, 1990).

Las ideas delirantes son muy variables en cuanto al tipo y aun más en su contenido y particularmente extrañas en la esquizofrenia.

Los delirios pueden clasificarse en dos tipos: Las Sistemizadas y las No Sistemizadas. Que van de acuerdo a las ideas fantásticas que fluctúan desde aisladas y desorganizadas (no sistemizadas); hasta las muy organizadas y sistemizadas, y la que van de acuerdo a su contenido, el cual puede ser de: persecución, de sexualidad, de religión, de religión de grandeza y de cambios corporales. (Vallejo, 1991).

Los delirios más comunes son:

**DELIRIOS DE PERSECUCION:** El paciente piensa que lo quieren lastimar, que lo persiguen para matarlo. (La policía me persigue... Me quieren matar. (Kulick, 1990).

**DELIRIOS DE PERJUICIO:** Siente que alguien les roba sus pertenencias, o que envenenan sus alimentos.

**DELIRIOS MEGALOMANIACOS O DE GRANDEZA:** Algunos pacientes creen ser Dios, la Virgen María, el Rey de Inglaterra, Napoleón etc. Otros son menos sofisticados y creen ser de sangre real o grandes inventores, los delirios pueden ser reforzados por confabulaciones; es decir cuando inventan una historia por ejemplo hacen un relato detallado acerca de su coronación. (Fish, 1972; Ey, 1987).

**DELIRIOS SEXUALES:** El paciente cree que es utilizado con fines sexuales, por ejemplo pueden hacer comentarios de que sus vecinos lo acusan de pervertido, que la gente murmura que es homosexual e impotente, que por las noches un duende tiens relaciones con ellos, que en el periódico hacen comentarios de que es prostituta, o bien pensar que su marido la hizo pasar por loca para que pudiera cometer adulterio libremente etc. (Kisker, 1984; Vallejo, 1991).

**DELIRIOS DE CULPA:** El paciente cree haber cometido un pecado imperdonable, y que tiene que pagar por él.

**DELIRIOS RELIGIOSOS:** El paciente puede argumentar que por las noches tiene que sacudir su cama para arrojar a los demonios, así como también creer que por las tardes va al cielo para ver a Jesucristo y hablar con la Virgen María, o que lo Canonizan. (Kisker, 1984).

**DELIRIOS SOMATICOS:** El paciente puede tener la creencia de que su cabeza está perforada, que no tiene ni brazos ni piernas, (a pesar de que se encuentra parado y utiliza sus manos para señalar donde le han cortado las piernas), también puede pensar que en lugar de sangre tiene lodo en sus venas, o bien creer que no tiene ni hígado, ni pulmones ni corazón, que está mutilado por dentro. (Kisker, 1984). O bien hay la creencia de que el cuerpo está habitado por gusano o insectos. (Kilick, 1990).

**DELIRIOS MESIANICO:** Los cuales estan asociados con delirios de enfermedad, el paciente cree que es el enviado de Dios para salvar el mundo.

**DELIRIO DE OMNIPOTENCIA MAGICA:** Es aquél en el que el paciente cree que puede producir una catástrofe con el solo hecho de pensar en ello, o bien que con solo mirar a la gente la puede convertir en piedra. (Fish, 1972).

Se describen otras ideas delirantes como la Celotipia, expresada como una convicción injustificada de la infidelidad del cónyuge. Donde el paciente puede estar convencido de que por ejemplo, su esposa lo engaña y para evitar esto, puede dejarla encerrada y vigilarla constantemente.

La Licantropía es la idea delirante de ser animal, habitualmente es un síntoma transitorio de un episodio psicótico severo. Estos síndromes se han observado en la esquizofrenia y también en otros trastornos psiquiátricos, así como en enfermedades neurológicas, metabólicas y tóxicas. (Cummings, 1985; Kulick, 1990).

### TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Es necesario recalcar que no se puede separar el pensamiento de su expresión verbal. Por lo que entre algunos de los síntomas mas afectados de la psicosis, se observa la forma como se comunica con sus semejantes. Debido a la ruptura con la realidad y a la indiferencia por los convencionalismos sociales, el psicótico utiliza con frecuencia formas de expresión verbal y no verbal muy personales, a tal grado que sus palabras y movimientos son un lenguaje secreto, el cual suele ser extraño y extravagante y con Neologismos. En general la conversación en la mayoría de las ocasiones resulta imposible debido al mutismo, semimutismo (Tono demasiado bajo de voz), a respuestas absurdas y desconcertantes. La entonación, el ritmo y la articulación, están desintegrados; lo mismo ocurre con la deformación del vocabulario. (Crowcroft, 1980; Hugnes, 1984; Kisker, 1984).

**I. EL MUTISMO:** Es la completa renuncia al habla.

**II. PARARRESPUESTAS:** Es cuando se hace una pregunta al enfermo y el contesta otra cosa, menos lo que se le preguntó.

**III. NEOLOGISMOS:** El paciente crea palabras nuevas o atribuye un significado nuevo a las palabras. Por ejemplo: un paciente puede afirmar que estreñimiento significa malo, o que osab significa reloj. (Fish, 1972; Ey, 1967). Dichas palabras tienen un significado privado para quien la inventó, por tal motivo el Psicótico le confiere un significado propio a las palabras que utiliza.

**IV. ENSALADA DE PALABRAS:** El Psicótico tiende a combinar y a deformar el sentido de las palabras, en apariencia sin sentido y sin relevancia entre sí. (Davison, 1983).

Por ejemplo: "Por que voy a experimentar cualquier caso de demencia, voy a conquistar a los rusos, sólo es un problema matemático, así que yo no moriré de cáncer, ya que no hay conexión con los cigarrillos, hay más comidas y bebidas contaminadas" (Kisker, 1984).

**V. ECOLALIA:** Se caracteriza por la repetición de las preguntas que se le hacen, por ejemplo: cuando se le hace una pregunta, responde con la misma pregunta: si se le pregunta ¿Cómo se llama? él contesta: "¿Cómo se llama?". Es una perturbación del lenguaje, donde el enfermo involuntariamente repite una palabra o frase que acaba de pronunciar él mismo u otra persona en su presencia. Se caracteriza por la repetición de las palabras que ha dicho otra persona; por ejemplo, una persona puede tener una conversación con otra y el paciente repite las últimas palabras de cada frase.

**VI. VERBORREA:** Aumento de la cantidad de lenguaje espontáneo, acelerado, muy difícil de interrumpir, el paciente habla y puede continuar hablando aunque nadie lo escuche.

**VII. INCOHERENCIA:** El lenguaje es incomprensible en su mayor parte, debido a que las ideas van de un tema a otro, sin relación entre sí, sin que el paciente note ésta desconexión temática, hay una ausencia de conexión lógica entre palabras, frases o relatos. (King, 1990).

**VIII. ILOGICALIDAD:** Lenguaje en el cual las conclusiones son claramente erróneas, dadas las premisas iniciales. (Ibid).

**IX. ASONANCIA:** Lenguaje en el que la elección de palabras está subordinada a su dimensión sonora, más que a su significado o a su contenido conceptual y puede incluir rimas y juegos de palabras. (King, 1990).

Investigaciones recientes han analizado la lingüística y la producción de los pacientes Esquizofrénicos. Por ejemplo, se han comparado grupos de Esquizofrénicos agudos, crónicos y controles, para investigar si el lenguaje en la Esquizofrenia se deteriora progresivamente, encontrando que los Esquizofrénicos crónicos tienen una menor complejidad y fluidez lingüística y más errores en el lenguaje que los esquizofrénicos agudos, esto posiblemente se debe a un deterioro global de la función cognitiva conforme la Esquizofrenia progresa; un subgrupo con pobre pronóstico puede caracterizarse por una función lingüística pobre desde el inicio; o la falta de oportunidad para la interacción social, debido a hospitalizaciones repetidas puede resultar en una "atrofia por desuso". (Thomas, 1990).

Otra investigación señala que en el grupo de Esquizofrénicos, en comparación con maníacos y controles, existe un deterioro más pronunciado en la complejidad e integridad del lenguaje, en particular la sintaxis (parte de la gramática que enseña a construir oraciones), es lo que se deteriora en el proceso de la Enfermedad. (King, 1990).

## TRASTORNOS DE LA CONSCIENCIA

La consciencia la define Fish (1972) como: "La propiedad de percatarse de sí mismos y del medio ambiente" El paciente con trastornos en la consciencia, como es el caso del Psicótico Esquizofrénico, muestra una discrepancia entre el dominio de su medio ambiente y su situación personal. Por lo que en la mayoría de la veces el enfermo, está desorientado en cuanto al tiempo y el espacio, es decir, las personas que están desorientadas no saben quiénes son, e ignoran la hora, el día, la semana, el mes o el año en que viven, así como tampoco parecen reconocer el lugar donde se encuentran y mucho menos tienen conciencia de su enfermedad. Algunos pacientes están desorientados en una sola de estas áreas; otros están desorientados en dos o tres. (Kolb, 1966; Zax, 1989).

## TRASTORNOS MOTORES

En la Psicosis los movimientos expresivos son a menudo desordenados. Kisker (1984) menciona que Algunos Psicóticos ejecutan toda clase de movimientos, hacen gestos peculiares con brazos y manos, los cuales aparentemente pueden parecer agresivos, sin embargo tales movimientos simbólicos pueden revelar algo de su problemática interna. A veces hay rigidez de los músculos y resistencia general al movimiento. En la Psicosis Esquizofrenia de tipo catatónico el paciente tiene una cara tiesa, sin expresión y los movimientos de su cuerpo son escasos, a pesar de que parece estar completamente fuera de la realidad, hay evidencia de que la persona sabe lo que sucede; pero sencillamente no responde a los estímulos del ambiente. (Ey, 1987).

En la manía, los movimientos expresivos están exagerados. El paciente con frecuencia utiliza ademanes amplios y expansivos, por el contrario en la depresión, la expresión triste y la falta de motilidad son característicos. (Fish, 1972; Hughes, 1984; Georges, 1985).

## TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES

Estos últimos constituyen la capa más profunda, puesto que funciona como el motor de los demás trastornos. Su actividad consiste en destruir la realidad exterior al mismo tiempo que la interior, en negar su persona y alterar los hechos para volverlos desconocidos. El Psicótico se siente insensible, indiferente y frío en relación a su capacidad de sentir y de emocionarse, ya que se encierra en un círculo de creencias, de deseos y de sentimientos intensos e irreales, en un infierno de relaciones ambiguas, frágiles e inestables, que constantemente se esfuerza en destruir y en recrear. No obstante a que evitan el contacto y las relaciones amorosas, en el fondo se encuentran ávidos de cariño. (Ey, 1987).

La presencia de rasgos esenciales toma la forma de tres modalidades:

1.- APLANAMIENTO AFECTIVO: En el que la expresión parece estar embotada, no hay signos de expresión afectiva, la voz es monótona, la cara inmóvil, no existe ningún estímulo que pueda producir en ellos alguna respuesta emocional. Esta superficialidad hace que se vuelvan apáticos, no ríen, ni parecen deprimidos; sencillamente parecen carecer de emociones al menos superficialmente. El paciente puede tener la mirada perdida; sus músculos faciales flácidos y sin expresión. El paciente puede quejarse de su pobre respuesta emocional. (Noyes, 1992; Kisker, 1984)

2.- AFECTOS INCONGRUENTES: En otros pacientes hay afectos incongruentes, las respuestas emocionales de estos, quedan fuera de contexto, pues sus emociones son inoportunas; por ejemplo el paciente puede reírse al oír que su madre acaba de morir o bien ponerse profundamente deprimido ante un chiste o enfurecerse terriblemente ante la pregunta, de ¿Cómo le queda la ropa nueva? Cambian rápidamente de un estado emocional a otro, sin motivo aparente. (Georges, 1985).

En este sentido Kisker hace hincapié al señalar que estas personas emocionalmente impulsivas son, por completo impredecibles, por lo que no es raro que caigan en arrebatos súbitos de furia o de alegría, y sin ningún aviso pueden actuar en forma agresiva o sexual. Por lo que la conducta impulsiva e impredecible de tales personas las convierte en fuente de peligro constante tanto para ellos mismos como para los demás.

3.- AMBIVALENCIA: Son sentimientos opuestos que son vividos en forma sincrónica. Es decir, alguna persona o algún objeto puede despertar emociones positivas y negativas en forma simultánea. El paciente puede expresar al mismo tiempo fuertes sentimientos de amor y de odio, de deseo y de temor hacia otra persona, o bien querer al mismo tiempo y rechazar determinado objeto. (Davison, 1983).

*En síntesis, las psicosis Esquizofrénicas son caracterizadas por ser un trastorno mental severo, en el que hay alteraciones en la percepción, en el pensamiento, así como en la presencia de alucinaciones o percepciones que carecen del estímulo externo y de delirios o ideas falsas; se comunican de manera simbólica y excéntrica tanto en el lenguaje verbal, escrito como corporal; existe perturbación en la actividad motora (gestos y poses extravagantes y extrañas, algunos Esquizofrénicos presentan movimientos repetitivos, o rituales, que tienen un significado simbólico, a través de los cuales pretenden evitar que se les haga daño o evitar hacer un daño a los demás). Presentan reacciones emocionales inapropiadas, impredecibles o mal controladas; hay desorientación en cuanto al tiempo, espacio y persona, y no tienen conciencia de enfermedad.*

*Estas características pueden estar presentes en algunas Psicosis, pero no en otras, o pueden ocurrir en la misma persona en grado variable de un momento a otro.*



A este enfermo, de un año de los Estados Unidos, se le mantuvo encadenado durante doce años. Su terrible experiencia no era única. En todo el país, miles de desequilibrados mentales, hombres y mujeres, recibían esta clase de tratamiento inhumano.

## CAPITULO DOS

FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO DOS

### 2.1 FACTORES GENETICOS

Durante los últimos años la genética ha permitido detectar las anomalías cromosómicas y llevar adelante estudios sobre su influencia en el desarrollo y en la conducta. El primer aporte que abrió este camino: fué el plan hereditario que han cifrado en los cromosomas y la identificación del complemento de 46 cromosomas en el núcleo de cada célula humana normal (Coleman, 1978).

En el presente capítulo, se hará una breve exposición de la transmisión genética, con la finalidad de ahondar en las diversas investigaciones, que se han hecho referentes al tema.

Los seres humanos tienen 46 aglomerados de sustancia genética responsable de la transmisión de los rasgos hereditarios, llamados "Cromosomas", los cuales se unen en pares formando 23. Cada progenitor transmite, por medio de las células reproductoras, uno de cada uno de sus 23 pares de cromosomas. De esta forma, cuando los 23 cromosomas recibidos del padre, se combinan al azar con los 23 cromosomas recibidos de la madre, el cigoto (que es un óvulo fertilizado), tiene el complemento humano normal de 46 cromosomas. (Page, 1982).

De esta forma lo que determina la naturaleza de cada célula en todo el organismo, estableciendo la especie, el sexo, las características físicas y temperamentales y en general las características individuales de cada persona, son Los GENES, los cuales están constituidos por segmentos de ácido nucleico, y forman el conjunto más complejo de información que se conoce hasta el momento, debido a que son factores determinantes en la individualidad biológica y conductual de cada organismo, ya que estos inician y regulan los procesos biológicos que se encuentran asociados al crecimiento y al desarrollo humano normal. Los descubrimientos más recientes demostraron que la composición química de los genes consiste fundamentalmente en ácido desoxirribonucleico "ADN". (Jackson, 1980; Page, 1982).

La estructura del ADN es parecida a la de una escalera en doble espiral, la cual está alternada por azúcar y fosfato, los escalones que conectan las dos espirales están combinados por adenina, guanidina, timina y citosina. Dichas substancias proporcionan a un gene, una especie de código Morse Molecular. Donde los mensajes del ADN, son transmitidos a otras moléculas llamadas ARN que se encargan de conducir las enzimas especiales a la estructura y los procesos metabólicos, que influyen a su vez sobre la conducta. Por esta razón, los factores genéticos son responsables de las variaciones individuales en la materia prima de la cual derivan todas las personalidades. (Page, 1980).

Los Científicos actualmente pueden leer el desciframiento del "Código genético del ADN" y de esta forma tener un conocimiento más claro en la relación de los trastornos físicos y mentales. Ya que el papel de la herencia, puede deducirse a partir de las

pruebas basadas sobre las correlaciones de la Enfermedad Mental, entre los miembros de una misma familia. Pues algunas de las enfermedades que afectan al hombre, tienen sus orígenes en las características físicas heredadas de sus padres, así como en el grupo de genes con el que el individuo nace. (Millón, 1991).

Los teóricos de la herencia adoptan una exposición más rígida y recurren a una gran cantidad de datos que implican factores genéticos en una variedad de patologías como: la Psicosis, y, aunque admiten que las variaciones más frecuentes en dicha enfermedad pueden ser producidas por las condiciones ambientales, están convencidos que son influencias superficiales las cuales no pueden evitar que la persona sucumba a una enfermedad mental si ya tiene un defecto hereditario. (Millón, 1991)

El interés por el carácter hereditario de las Enfermedades Mentales, se remonta al siglo XIX; cuando se creía que la herencia era un tipo de proceso degenerativo, que se transmitía de una generación a otra. De esta forma, algunos autores como Pavlov y Michurin, afirmaban que la herencia viene impuesta por genes invariables que pasan de una generación a otra sin cambiar su aspecto. (Sluchesk, I. 1986; Jackson, 1980).

En el presente siglo se ha desarrollado más la genética médica, la cual ha aportado una comprensión más clara sobre los principios y factores de la herencia, se han realizado numerosas investigaciones que permitieron conocer que los componentes genéticos pueden deberse, básicamente a tres formas de transmisión:

- 1.- Un Gen Dominante
- 2.- Un Gen Recesivo y
- 3.- La combinación de varios genes.

La hipótesis del Gen Dominante ha sido propuesta por Shulz, Böök; así como los trabajos de Ph Jolly, Hoftmann y el Instituto de Munich (Luxemburger). Los autores, recurrieron al método de comparación entre gemelos. Suponían que la patología es mayor entre aquellas personas de parentesco más cercano. Es decir si uno de los padres tenía un trastorno, había una mayor probabilidad de que su hijo lo padeciera más adelante, y si un gemelo monocigótico (idéntico) padecía dicha enfermedad su otro gemelo tenía altas probabilidades de enfermarse también; señalaron que los padres, hermanos e hijos quedan afectados con igual frecuencia; J. Lange y H. Luxemburger, creían que la penetración es más alta entre los gemelos homocigóticos cuando hay dos genes defectuosos emparejados, que entre los heterocigóticos, cuando sólo un miembro de un par genético es defectuoso. (Ey, 1987; Millón, 1991).

En 1862, Moreu de Torus describió el primer caso de gemelos afectados de una enfermedad semejante, pero fue Rüdín, el padre de la Psiquiatría moderna, quien propuso la hipótesis del gen Recesivo para la Psicosis. Rüdín elevó a la categoría de ciencia la investigación hereditaria de la esquizofrenia con un monumental trabajo, llevado a cabo en 735 esquizofrénicos y sus correspondientes hermanos, de los cuales sólo en 34 casos uno de los padres padecía la enfermedad. Rüdín trazó las líneas maestras de

la genética en la esquizofrenia; comprendió que no era explicable con las leyes de Mendel, por tal motivo señaló un cierto carácter recesivo y afirmó la posible influencia de factores ambientales. (Colodrón, 1992). En esta dirección los trabajos realizados por R. Vogt, plantea que el problema es causado por una herencia Recesiva. Por su parte el Psiquiatra e investigador Franz Kallmann, estableció la hipótesis específica de que los trastornos psicóticos provienen de los efectos de un gen simple, que se transmite según los procesos hereditarios normales. (Jackson, 1980).

Kallman continuó los estudios con gemelos, hacia la mitad de la década de 1930 y llegó a la conclusión de que las psicosis se transmiten mediante genes recesivos. él plantea que el gen recesivo tiene dos pronósticos:

I. Cada descendiente de dos pacientes trastornados será perturbado y

II. Una cuarta parte de los hijos de individuos perturbados padecerán más tarde una perturbación similar. (Millón, 1991):

Otros genetistas como Shulz, Denrose (citados en Millón, 1991), han sugerido un mecanismo multifactorial en el que varios genes mayores actúan conjuntamente para producir un cuadro patológico.

Es decir, los componentes genéticos, pueden ser poligénicos, deberse a muchos genes que se combinan entre sí, y producen distribuciones continuas (como por ejemplo, el color de piel, la estatura, la inteligencia etc.) (Jackson, 1980).

Una segunda hipótesis de los genes múltiples sugiere que existen varios genes patológicos que actúan conjunta o individualmente para producir diferentes manifestaciones Psicopatológicas. (Millón, 1991).

Rosenthal y Kety señalaron que alrededor de un esquizofrenico existen siempre familiares con personalidades inadecuadas en cuanto, y acuñaron para definir este fenómeno la expresión de "espectro esquizofrenico". (Colodrón, 1992).

Lo cierto es que hay acuerdo en que las expectativas genéticas de morbilidad no siguen las leyes Mendelianas. Se ha propuesto un modelo poligénico que permita concebir la esquizofrenia como un umbral cuya fenotipia pudiera depender al mismo tiempo de un número de genes presentes y de la cantidad de stress.

Relevey y Murray (1987), han probado la existencia de una predisposición genética. Sin embargo aún no se ha llegado a precisar si es responsable un sólo gen, con penetrancia incompleta, con herencia poligénica o un gen X ligado.

Por su parte Millón (1991) menciona que la coincidencia de un trastorno entre los miembros de una familia, cuya similitud genética está bien definida, puede señalar un tipo particular de agente genético; es decir si en una familia, el padre estuviera gravemente enfermo y todos sus hijos lo estuvieran igual, se podría deducir que se debe a la intervención de un gen dominante. Si por el contrario sus hijos tuvieran diferente variación en cuanto a la intensidad del padecimiento, se podría pensar que se

trata de una causa poligénica, pero si ninguno de los hijos, padeciera dicha enfermedad, entonces se deduciría que se trata de un gen recesivo.

De acuerdo al mecanismo de transmisión, la forma como se distribuyen los genes durante la mitosis (que es la forma de división celular, que tiene lugar en la reproducción) y durante la recombinación de estos durante la fecundación; el agente que causa la enfermedad es el gen modificado.

Jackson (1980), señala que las mutaciones o alteraciones genéticas, solo se transmiten de padres a hijos. Dichas mutaciones se deben a genes "normales" que han sido modificados, y cuya causa se desconoce, pero se cree que se debe a la intervención de agentes químicos como: fármacos, gases, etc. y/o agentes físicos como radiaciones.

Las anomalías cromosómicas y las mutaciones genéticas son material heredado normal, que ha sido dañado en el proceso de transmisión, dichas irregularidades y distorsiones en la composición molecular del mismo gen, ha sido identificados como el origen de ciertos trastornos bioquímicos que producen deficiencias mentales graves, sin embargo no parecen estar involucradas en los principales modelos de la psicopatología. (Millón, 1991).

Las condiciones biológicas accidentales constituyen un segundo grupo de los factores etiológicos de las alteraciones mentales. La causa de la anomalía no se conoce con precisión, no obstante se puede atribuir a los genes defectuosos o a diferentes condiciones que puedan afectar al óvulo fecundado. (Goldin, L.R, 1987)

Colman (1978), observó que las mujeres son menos susceptibles a las alteraciones genéticas, debido a que tienen sólo cromosomas "X", de este modo, si uno sale defectuoso, el otro homólogo, por lo general puede desempeñar las tareas del desarrollo. En cambio, como los varones tienen un solo cromosoma "X", apareado con un cromosoma "Y" un defecto en cualquiera de ellos puede representar un problema. Sin embargo aun no hay resultados evidentes y precisos de que las irregularidades cromosómicas están relacionadas directamente como en el caso de la Psicosis, no obstante, se debe tomar en consideración que los factores potenciales de las anomalías cromosómicas, son en gran medida desconocidas, puesto que no se ha podido llevar a cabo un estudio longitudinal ya que dichas irregularidades terminan con la muerte del embrión. (Colman, 1978)

A este respecto, se ha observado que las anomalías cromosómicas son muy altas, sobre todo en el momento de la concepción. Se estima que por lo menos el 6% de las concepciones son anómalas. Por fortuna, parece ser que en la mayoría de estas uniones del esperma con el óvulo, ocurre un aborto espontáneo, por lo que se cree, que hasta el 50% de los abortos espontáneos durante el primer trimestre, ha sido casuado por este tipo de defectos. (Noyes, 1992).

Por otro lado, es importante no olvidar que las Enfermedades Genéticas cuya causa primaria se debe a genes específicos, tiene una gran diversidad de factores como: la frecuencia de nuevas mutaciones, la fertilidad selectiva de los sujetos afectados por

migraciones y fluctuaciones fortuitas, etc. Todas ellas modificadas en mayor o menor grado por el ambiente.

Es por eso que los genetistas saben que el éxito de cada persona en la lucha contra las infecciones y otras enfermedades dependen de los dotes genéticos. No obstante el problema radica en la creencia de que los individuos que poseen ciertos genes específicos desarrollarán más tarde la enfermedad específica correspondiente, siempre y cuando los factores ambientales sean propicios para el desarrollo y evolución de la misma. (Jackson, 1980; Millón, 1991).

De acuerdo a lo anterior se considera que los individuos que quedan exentos de dichos genes no padecerán de la enfermedad, aun cuando los estímulos ambientales sean adversos. (Jackson, 1980).

Dobzhansky en 1960, señaló que cada uno de los millones de genes heredados, tiene una mínima probabilidad de cambiar mediante su generación, es decir; los genes disponen de frecuencias mutativas, por ejemplo, se ha calculado que aproximadamente cada célula sexual de cada 50, 000 células producidas por una persona normal, transporta un gen mutante que afecta a los niños, causando cáncer en el ojo. (Colman, 1978).

Bajo esta dirección Davis en 1968, estimó que cada persona, lleva consigo un promedio de 5 a 10 genes mutantes, además de miles de genes normales.

Las investigaciones que adjudican a la herencia un papel fundamental para la psicosis son muy numerosas, ya que se han realizado gran cantidad de estudios sobre la etiología genética de la misma. Sin embargo hasta el momento la mayor parte del conocimiento que se tiene del papel que desempeñan los factores genéticos en los trastornos mentales, ha sido obtenido a partir de estudios de familias, entre los cuales se encuentran los análisis de hermanos y mellizos, que indican que el índice de psicosis es mayor entre todos aquellos que tienen algún grado de parentesco sanguíneo, con el paciente, que en la población en general, y que con un aumento del grado de parentesco existe un aumento en la incidencia. (Ely, 1987; L.R. Goldin, 1987).

De 1960 a la fecha, se han realizado estudios genéticos, especialmente en gemelos monocigóticos y heterocigóticos, ya que los gemelos idénticos (monocigóticos) tienen genotipos idénticos; pues son el producto de una única célula fertilizada por la unión de un espermatozoide y un sólo óvulo, por lo que en una primera etapa de su desarrollo el cigoto único se divide, con el eventual nacimiento de dos bebés por separado, dichos gemelos monocigóticos tienen exactamente la misma cantidad de genes, son siempre del mismo sexo y por lo general se parecen muchísimo. Por otra parte los gemelos heterocigóticos (dicigóticos o fraternales), tienen genotipos similares pero no idénticos; ya que son el producto de la fertilización de dos huevos separados, fecundados por dos espermatozoides, por lo que el grado de similitud genética es el mismo que para los hermanos comunes, la principal diferencia biológica, es que los mellizos dicigóticos tienen la misma edad. Pueden tener o no el mismo sexo, y pueden parecerse o ser distintos entre sí. En estas parejas, las diferencias pueden atribuirse a la herencia o al ambiente. (Jackson, 1980; Page, 1982)

Se ha indicado que los gemelos idénticos con frecuencia se unen entre sí y son tratados de manera parecida por sus padres, mientras que los gemelos fraternales experimentan reacciones diferentes por parte de los demás y tienden a desarrollar mayor independencia. (Jackson, 1980).

Por su parte Kety y Rosenthal. (Citados en Colodron, 1992) apoyan fuertemente la hipótesis que considera que la Psicosis es un trastorno heredado. En un estudio él y sus colegas encontraron que un número significativamente mayor de hijos de padres sanos, educados en hogares de padres Esquizofrénicos no contraían la enfermedad, ni los trastornos del espectro esquizofrénico, por lo que la prevalencia de los desórdenes en las familias adoptivas es mucho más baja, y se distribuye al azar entre los parientes más cercanos, es decir el modo de transmisión parece poligénico. Por tanto la carga emocional que suponía convivir con padres esquizofrénicos no parece suficientemente relevante para desarrollar la enfermedad.

De esta forma observaron que existe una elevada incidencia de esquizofrenia en los parientes próximos al paciente, con el mayor grado de consanguinidad, fenómeno que encuentra su máxima expresión en la alta tasa de concordancia para la esquizofrenia en gemelos monocigóticos.

En 1960 Kallman informó una tasa de concordancia de 76% a 86% en gemelos monocigóticos, es decir que si un gemelo se enfermaba existía una probabilidad del 86% de que el otro gemelo monocigótico, también se enfermara. En otros estudios realizados en gemelos homocigóticos y heterocigóticos y en hijos de esquizofrénicos, se refuerza definitivamente la teoría genética de estos padecimientos. (Leckman, 1987; Jackson, 1980).

Colodron (1992) señala que en la investigación de la herencia de la esquizofrenia se han seguido tres caminos:

- 1.- Estudios en Familiares.
- 2.- Estudios en Gemelos. y
- 3.- Estudios en Adoptivos.

1.- Los Estudios en Familiares: Han demostrado que los familiares de un esquizofrénico padecen la enfermedad con una frecuencia muy superior a la población en general. Sin embargo existe dificultad para precisar la incidencia de la psicosis en los familiares de enfermos: la incidencia aparece de la siguiente forma:

Padres	12.0%
Hijos	8.7%
Hermanos	8.7%
Hermanastros	3.2%
Sobrinos	2.2%
Nietos	2.8%
Primos hermanos	2.9%

2.- Estudios en Gemelos: Los datos de concordancia entre los gemelos univitelinos y bivitelinos apoyan suficientemente la importancia de los factores genéticos. Sin embargo en gemelos idénticos la concordancia no es del 100%, la cual abre un amplio resquicio a la hipótesis ambientalista. Estos estudios han probado que esa superior incidencia familiar está vinculada a un factor genético. Aproximadamente hasta 1960 se estimaba la cifra media de concordancia alrededor del 63% en monocigóticos y del 12% en dicigóticos. Estudios en gemelos monocigóticos educados separadamente tienen una concordancia análoga a las tasas previsibles de haber sido educados por los padres biológicos.

Bleuler, Jackson han señalado una cierta diferencia en la concordancia a favor de los varones y mayor frecuencia de madres esquizofrénicas que de padres esquizofrénicos entre los progenitores, argumentos que esgrimen en favor de los factores psicosociales.

3.- Estudios en Adoptados.- Han confirmado el significado de ese factor y han permitido eliminar la contaminación socio-familiar-ambiental, no suficientemente excluida por los segundos. Para intentar precisar el alcance de las variables psicosociales se han realizado investigaciones sobre adoptados y sus padres biológicos y adoptivos, es decir, un material humano que recibe su dotación genética de unos padres y su educación temprana de otros. Estos estudios básicamente, se han ordenado conforme a tres ejes:

a) Investigaciones sobre hijos de padres biológicos esquizofrénicos y no esquizofrénicos, adoptados en edades tempranas.

b) Estudios sobre esquizofrénicos adultos que fueron adoptados en la infancia, y

c) Estudios sobre padres adoptivos de esquizofrénicos adoptados, en comparación con padres que han criado a sus propios hijos. (Colodrón, 1992; Hueyer, 1978).

Hestan (citado en Colodrón, 1992), realizó estudios en hijos de madres esquizofrénicas, separados de ellas poco después de haber nacido, y encontró que había un 16.6% de esquizofrénicos, mientras que la cifra correspondiente en niños separados de madre sana era el 1%.

Así mismo Wender en 1971, encontró que los padres biológicos de sujetos esquizofrénicos estaban claramente más perturbados que los padres adoptivos de los sujetos. (Nathan, 1983)

De acuerdo a lo anterior se ha observado que los niños de madres esquizofrénicas, criados en hogares adoptivos tienen muchas posibilidades de un buen desarrollo psicológico, que cuando quedan con su madre enferma, pero resulta difícil separar el factor genético del factor ambiental. Ya que en el caso de niños esquizofrénicos, hijos de madres esquizofrénicas y criados por estas mismas, hay un argumento a favor de la genética, pero también un argumento a favor de la influencia de la relación

temprana y primaria entre madre e hijo. Aunque lo que va a formar la personalidad del individuo y por ende, a contribuir en la psicopatología del mismo, es la combinación de los factores ambientales, así como la relación madre e hijo, y los diversos factores constitucionales hereditarios.

Los investigadores han estudiado gemelos que fueron separados en las primeras épocas de la vida y fueron educados en hogares diferentes. Pero por desgracia, para la ciencia, los gemelos educados por separados desde las primeras épocas de la vida son muy pocos.

Aunque se han hecho considerables progresos en la identificación de algunos de los principales componentes. Los datos actuales apoyan las siguientes conclusiones generales:

\* La probabilidad de la enfermedad, esta directamente relacionada con la cercanía del parentesco genético de un pariente cercano diagnosticado como Esquizofrenico. Es decir el riesgo es mayor cuando un gemelo monocigótico es psicótico, y cuando los padres también lo son. De esta forma la tasa de enfermedad disminuye considerablemente cuando el parentesco es más lejano como en el caso de medios hermanos, tíos, primos, sobrinos y otros parientes lejanos.

\* Es probable que el componente hereditario en la esquizofrenia consista en dos o más genes (poligénes) antes que uno solo. (Jackson, 1980; Page, 1982; Ey, 1987; Millón, 1991).

Los mapas cromosómicos de los rasgos genéticos de una variedad de enfermedades, todavía están siendo compilados. Las enfermedades relacionadas con los genes ya han sido localizadas en cada uno de los cromosomas, y otras más están siendo constantemente descubiertas, por lo que se cree que casi todas las enfermedades parecen tener un componente genético. (Scientific American Vol. 270, No. 6 pp. 68-69, Junio, 1994).

Sin embargo la tarea no es sencilla, ya que las causas de la conducta Psicótica son múltiples, acumulativas e interactivas. La aclaración y el aislamiento de determinados factores como únicos que contribuyen al desencadenamiento de los síntomas y el análisis de su interacción, continúa siendo un desafío.

Prueba de ello es que hasta el momento nadie ha estado a favor, ni siquiera en forma radical de un solo punto de vista de una sola postura. Ya que por un lado no se puede negar que factores genéticos son importantes; por otro lado tampoco se puede descartar que antecedentes ambientales como: la encefalitis, el daño en la cabeza y complicaciones perinatales, ofrecen mecanismos plausibles mediante los cuales la patología cerebral y la enfermedad misma, surge en algunos individuos, esto nos lleva a tomar en consideración de que la contribución genética puede ser uno de los pocos factores etiológicos establecidos, pero su argumentación no debe ser considerado como el único factor etiológico.

## 2.2 FACTORES BIOQUIMICOS

Kraepelin en 1896 y Bleuler en 1916 expresaban ideas de que la base de la psicosis era Neuropatológica. Sin embargo Winkelman y Book establecieron en 1948. después de investigar el caso 20 años antes, que excelentes investigadores han concluido en que la psicosis esquizofrénica no tiene fundamentación orgánica. No obstante Watanabe encontró enfermedades agudas y severas en células nerviosas de esquizofrénicos. Miskolezy reportó la desaparición de neuronas corticales de la región frontal, parietal y temporal. Así mismo Winkelman y Book encontraron perdida focal y general de células nerviosas y cambios degenerativos e hipertrofia uniforme. (Cutting, 1988).

Actualmente se ha propuesto una asociación con patología de áreas temporo-límbicas, basado en la hipótesis de que como los síntomas son primariamente trastornos del pensamiento simbólico, del lenguaje y alucinaciones auditivas, es el hemisferio dominante el que se sabe involucrado en éstos procesos, por lo que no sería inconcebible que una afección del sistema límbico en el lado dominante pudiera alterar seriamente tales facultades. (Cummings, 1985; Trimble, 1970).

Otras hipótesis concernientes al mecanismo del trastorno del pensamiento en Esquizofrenia, mencionan que la alteración fundamental es un trastorno en la comunicación, que resulta de la incapacidad del paciente para darse cuenta que su interlocutor no lo entiende, por lo que argumenta que la anomalía primaria está en el cerebro, probablemente en forma difusa, y quizá en el hemisferio izquierdo, y posiblemente es más neuroquímica que anatómica. (King, 1986).

Así mismo, para explicar las alucinaciones auditivas se menciona un trastorno de los sistemas perceptuales y de memoria, que se encuentran en varias partes de los lóbulos temporales; la hipótesis menciona que las alucinaciones auditivas se originan en las memorias auditivas que se almacenan en la amígdala e hipocampo, y que son liberadas intermitentemente por la falta de regulación desde otra región del cerebro como la Corteza Frontal. (Andreasen, 1988).

Lauterbach (1990), propone que los ganglios basales pudieran estar involucrados en las alucinaciones auditivas.

Un artículo reciente dice que en esquizofrénicos jóvenes, hay un volumen menor de la circunvolución temporal superior (es una área de asociación auditiva) y de la amígdala izquierda, el encogimiento de esta circunvolución se correlaciona con la severidad de las alucinaciones. (Barta, 1990).

De esta forma Weinberger (1983) hizo una revisión selectiva de recientes estudios y descubrimientos Neuroencefalográficos, los cuales concluyeron en que la patología cualitativa no específica del sistema límbico y diencefalo esta asociada en muchos casos de psicosis, particularmente de esquizofrenia. Así como también en forma significativa los agrandamientos ventriculares consistentes y las reducciones regionales de densidad cerebral. Este es el más reciente descubrimiento en el estudio de Kovelman y Scheibel, la atención es directa a los sustratos biológicos de la psicosis. En sus conclusiones, han enfatizado los estudios

estructurales y psicológicos, los cuales son indicaciones de la disfunción del hemisferio izquierdo.

En 10 casos seleccionados de un grupo de 60 Psicóticos usando un encefalógrafo, Huber, Haug y Asano encontraron descu-birmientos histopatológicos, y la observación de ventrículos alargados en algunos pacientes esquizofrénicos. Y en 1976 Johns reporta la presencia de ventrículos laterales significativamente agrandados en pacientes psicóticos crónicos.

Gracias a las técnicas de tomografía computarizada han rele-vado anomalías cerebrales en algunos pacientes psicóticos. (Lewis, 1987).

En 1982 Crow postuló que algunos psicóticos como los esquizo-frénicos reportan una buena respuesta a los neurolepticos y a una ausencia de daños intelectuales, por lo que se cree que el tamaño de los ventrículos en un individuo es un factor predisponente para la psicosis en particular para la esquizofrenia, ya que esto es claramente observado en aquellos pacientes con ventrículos mas grandes antes de que presenten un cuadro psicótico.

Una investigación reciente llevada a cabo por Goldin, Delisi and Gershon (1987), han demostrado que en gemelos psicóticos, sin ningún antecedente de Enfermedad familiar de Psicosis, muestran Ventrículos Cerebrales significativamente mayores que aquellos gemelos esquizofrénicos con un antecedente familiar de psicosis. Y concluyen que mientras haya determinación genética del tamaño ventricular dentro del rango normal, ventrículos largos reflejarán una etiología ambiental, que es más importante en casos esporádicos que en aquellos con un patrón familiar de la enferme-dad. Por lo que se sugiere que el tamaño ventricular aumentado representa una vulnerabilidad heredada hacia la predisposición a la Psicosis; ya que todos los pacientes esquizofrénicos cuyos ventrículos fueron más largos que el tamaño standard, tuvieron en su infancia un antecedente de daño en la cabeza, complicaciones en el momento del parto, o bien una infección intracraneal. Por tanto, a partir de estos resultados, se piensa que el alargamien-to ventricular en la Psicosis esquizofrénica, representa el resultado de una influencia ambiental y no de un factor genético. (Lewis, 1987; Goldin, 1987).

Investigaciones previas han demostrado que los esquizofrénicos tienen la circunferencia de la cabeza desproporcionadamente mas chica al nacer en relación con el largo del cuerpo, provyen-do así evidencia de desordenes en el desarrollo cerebral prenatal entre esquizofrénicos. Esta reducción de la Circunferencia de la cabeza (C.C) al nacer parece resultar de algunos factores no genéticos de Esquizofrénicos, ya que la reducción C.C ha sido significativamente relacionada con la ausencia de historia fami-liar Psicótica. Una segunda prueba para encontrar que el riesgo genético de esquizofrenia no está asociado con la reducción C.C fue llevada a cabo en un estudio de alto riesgo que comparó la Circunferencia de la Cabeza; rangos de longitud del cuerpo al nacer en 31 descendientes de mujeres con historia de Esquizofre-nia vs. 38 descendientes comparados demográficamente. Los descen-dientes con alto riesgo genético fueron muy similares a aquellos con C.C de control; los rangos de longitud corporal dan soporte a investigaciones previas de que los desordenes de desarrollo prena-

tal. medidos como reducción de C.C no son una función de riesgo genético para la Esquizofrenia. (Thomas, 1993).

Estos y otros descubrimientos como: las complicaciones del embarazo, que llegan a lesionar el Sistema Nervioso, y que generalmente producen la muerte fetal; así como tumores, traumatismos, arterioesclerosis, trastornos circulatorios, encefalitis, viruela, rubeola, escarlatina, sífilis, hipertensión arterial, diabetes, así como las deficiencias nutricionales en la dieta materna, que pueden producir alteraciones profundas en el desarrollo físico del feto. Y otras fuentes de individualidad biológica que incluyen el daño cerebral producido durante el proceso del nacimiento incluyen la observación de que algunos casos de Psicosis resultan ser sintomáticos de enfermedad cerebral, frecuentemente desencadenadas por factores ambientales. Por tal motivo hay razones para creer que el efecto de estas dolencias sobre el desarrollo neurológico, que podría escapar a observaciones clínicas, y en general sobre el desarrollo físico del individuo, es bastante grave; ya que las consecuencias más comunes, en cuanto a la Psicopatología se refiere son varias formas de Retraso Mental y Ciertas Psicosis Orgánicas. (Page, 1982; Ey, 1987; Millón, 1991).

Es necesario hacer una breve explicación del funcionamiento de los factores bioquímicos, que intervienen en el Sistema Nervioso, ya que esto permitirá, entender mejor el papel que juegan los Factores Bioquímicos en cerebro humano.

El S.N. es la fuente de todos los fenómenos Psicogenéticos o Mentales. Pues si un metabolito Tóxico o un trastorno químico es responsable de determinadas aberraciones Psíquicas, la perturbación debe reflejarse finalmente en la composición química de los elementos neuronales que dependen del exacto equilibrio de varios factores químicos. Ya que lo elementos constituidos de cualquier sistema biológico, incluido en el Sistema Nervioso, son sustancias químicas interrelacionadas en forma dinámica, de tal modo que toda alteración en el sistema, por muy leve que sea, debe reflejarse a nivel molecular. De esta forma, cuando el Sistema Químico ya no es estable o capaz de mantenerse por sí mismo se manifiestan las aberraciones mentales. Pues el sistema que se encuentra implicado en el funcionamiento del S.N. se encarga de todas las facetas de la conducta humana, incluyendo las aptitudes, los impulsos fisiológicos, el temperamento, la tolerancia a la tensión, los recursos de adaptación y las capacidades de respuesta. Así como de las variaciones individuales, de los rasgos neurofisiológicos y bioquímicos de cada persona. (Jackson, 1980; Page, 1982).

De esta forma el Sistema Nervioso controla los movimientos que el ser humano realiza, y cada función de conocimiento que experimenta a lo largo de su vida.

El funcionamiento íntegro y adecuado del S.N. permite percibir acontecimientos, e irlos integrando con las experiencias y con otras sensaciones; para luego organizar todo, con el fin de poder dar respuestas apropiadas a las exigencias tanto del medio como de las exigencias internas.

Dichas respuestas, se realizan a través de las Células Nerviosas, llamadas Neuronas, que están altamente especializadas para:

A) Recibir información en forma de impulsos electroquímicos, provenientes de los receptores sensoriales como son: los ojos, la nariz, los oídos, la boca, etc. Y

B) Para transmitir los impulsos electroquímicos llamados impulsos nerviosos a otras neuronas.

La información que se transmite de Neurona a Neurona a través de sus dendritas, (que son pequeñas ramificaciones), se ha denominado "Sinapsis", en ella se liberan pequeñas cantidades de substancia química llamadas "Neurotransmisores", que luego se difunden para crear un impulso Nervioso, que da la información para que le cerebro de una respuesta adaptativa ante un estímulo. De esta forma la comunicación que se realiza a través de la Sinapsis, se lleva a cabo por medio de los Neurotransmisores. (Nathan, 1983).

La transmisión Nerviosa dentro del Sistema Nervioso, es un fenómeno electroquímico. Un impulso eléctrico recorre la neurona y estimula la liberación de una substancia química; es decir, un neurotransmisor que atraviesa luego la sinapsis, para provocar un impulso en la siguiente neurona. (Davison, 1983).

La gran mayoría de las teorías bioquímicas, parten fundamentalmente de la presencia anormal, ya sea cuantitativa o cualitativa de una substancia responsable que actúa en el cerebro del paciente Psicótico. (Nathan, 1983).

Uno de los primeros estudios, fué presentado por Osmond y Smythies en 1952; ellos observaron que la mezcalina (alucinógeno, que se encuentra en ciertos tipos de cactus) y la Norepinefrina (un neurotransmisor), eran substancias derivadas del mismo elemento químico básico; por lo que suponían que algunas formas de Psicosis como la esquizofrenia, podía resultar de metabolismos anormales de una substancia como la mezcalina. (Nathan, 1983).

Hoffer, Osmond y Smythies, sostiene que por la similitud estructural de algunas drogas como la mezcalina y el LSD tienen propiedades alucinógenas Psicotizantes, ya que tienen gran parecido a las moléculas de la adrenalina. Dichos autores hicieron un estudio, inyectando a personas normales, el producto degradado de la adrenalina, como es el *adrenolutin* o *adrenocromo* y observaron que provocaban, una conducta Psicótica, en aquellas personas. (Jackson, 1980; Millón, 1991).

La hipótesis sobre el adrenocromo y otros metabolitos anormales de la adrenalina circulante, se forman en la Psicosis, y son causa de muchos de los síntomas de dicha enfermedad. Ningún otro aminoácido (como: la glicina, tirosina, fenilalanina, triptofano, histidina, glutamina, etc.) estuvieron asociados a dichos fenómenos. (Millón 1991).

Sin embargo la Naturaleza de los efectos de la acetilcolina en el Sistema Nervioso Central, no deja lugar a dudas acerca del

Dichas respuestas, se realizan a través de las Células Nerviosas, llamadas Neuronas, que están altamente especializadas para:

A) Recibir información en forma de impulsos electroquímicos, provenientes de los receptores sensoriales como son: los ojos, la nariz, los oídos, la boca, etc. Y

B) Para transmitir los impulsos electroquímicos llamados impulsos nerviosos a otras neuronas.

La información que se transmite de Neurona a Neurona a través de sus dendritas, (que son pequeñas ramificaciones), se ha denominado "Sinapsis", en ella se liberan pequeñas cantidades de substancia química llamadas "Neurotransmisores", que luego se difunden para crear un impulso Nervioso, que da la información para que le cerebro de una respuesta adaptativa ante un estímulo. De esta forma la comunicación que se realiza a través de la Sinapsis, se lleva a cabo por medio de los Neurotransmisores. (Nathan, 1983).

La transmisión Nerviosa dentro del Sistema Nervioso, es un fenómeno electroquímico. Un impulso eléctrico recorre la neurona y estimula la liberación de una substancia química; es decir, un neurotransmisor que atraviesa luego la sinapsis, para provocar un impulso en la siguiente neurona. (Davison, 1983).

La gran mayoría de las teorías bioquímicas, parten fundamentalmente de la presencia anormal, ya sea cuantitativa o cualitativa de una substancia responsable que actúa en el cerebro del paciente Psicótico. (Nathan, 1983).

Uno de los primeros estudios, fué presentado por Osmond y Smythies en 1952; ellos observaron que la mezcalina (alucinógeno, que se encuentra en ciertos tipos de cactus) y la Norepinefrina (un neurotransmisor), eran substancias derivadas del mismo elemento químico básico; por lo que suponían que algunas formas de Psicosis como la esquizofrenia, podía resultar de metabolismos anormales de una substancia como la mezcalina. (Nathan, 1983).

Hofter, Osmond y Smythies, sostiene que por la similitud estructural de algunas drogas como la mezcalina y el LSD tienen propiedades alucinógenas Psicotizantes, ya que tienen gran parecido a las moléculas de la adrenalina. Dichos autores hicieron un estudio, inyectando a personas normales, el producto degradado de la adrenalina, como es el *adrenolutin* o *adrenocromo* y observaron que provocaban, una conducta Psicótica, en aquellas personas. (Jackson, 1980; Millón, 1991).

La hipótesis sobre el adrenocromo y otros metabolitos anormales de la adrenalina circulante, se forman en la Psicosis, y son causa de muchos de los síntomas de dicha enfermedad. Ningún otro aminoácido (como: la glicina, tirosina, fenilalanina, triptofano, histidina, glutamina, etc.) estuvieron asociados a dichos fenómenos. (Millón 1991).

Sin embargo la Naturaleza de los efectos de la acetilcolina en el Sistema Nervioso Central, no deja lugar a dudas acerca del

papel fundamental que desempeña esta substancia en las funciones Nerviosas. (Jackson, 1980).

Por otra parte Rubin (citado en Millón 1991), menciona que la incapacidad de los Psicóticos para responder de manera eficaz al stress, puede deberse a diferentes desequilibrios hormonales; dicho autor propone que las respuestas adrenérgicas (adrenalinicas) al stress pueden estar disminuidas o suprimidas por respuestas colinérgicas (antidrenérgicas). De esta forma los diferentes patrones de desequilibrio hormonal, en exceso o en defecto pueden dar lugar a la matriz de diferentes trastornos mentales.

Sin embargo es importante señalar que no solamente las hormonas propiamente dichas que se producen en órganos exteriores en el cerebro, como la tiroxina, la adrenalina, afectan su funcionamiento, sino que las más importantes y todavía no plenamente estudiadas son las neuro-hormonas, que se producen en el cerebro mismo como la Gaba-mono-amino-oxidasa, la serotonina etc.

Por otro lado se cree que la acetilcolina es una substancia transmisora entre las neuronas motoras y los músculos voluntarios (esqueleticos). Resulta interesante saber, que la acetilcolina, se encuentra en muchas áreas del encefalo, especialmente en el sistema activador reticular y se concentra más en la región del Sistema Nervioso, que regula los sentimientos y las emociones. Mientras que la Noradrenalina, que actúa como Neurotransmisor en la sinápsis que ocurre entre neuronas motoras y los órganos específicos del Sistema Parasimpatico, se encuentra en áreas implicadas en la regulación del Sistema Nervioso Autónomo. Este hecho es importante, debido a que existe cierta evidencia de que el metabolismo alterado de la Noradrenalina es el responsable de la Psicosis Esquizofrénica. (Jackson, 1980; Nathan, 1983).

Brune y Himwich, encontraron que la betaina, otro donador de metilo, era igualmente eficaz en acentuar los síntomas Psicóticos. (Millón, 1991).

Por otro lado, Terenius (Citado en Martínez, 1987), observo al administrar naloxona en psicóticos crónicos, que poco después aparecía una drástica reducción de las alucinaciones auditivas, por lo que concluyó que un aumento de los niveles de endorfinas, podría ser el sustrato fisiopatológico causal de la psicosis, principalmente de la esquizofrenica.

Dichas observaciones generaron un enorme interés por el estudio de las endorfinas en la investigación psiquiátrica, generando una proliferación de trabajos relacionados con las endorfinas.

Olson y cols. (Citados en Martínez, 1987), recopilaron un total de 600 publicaciones sobre endorfinas en el periodo de 1981. Esta recopilación científica sugirió que en el caso concreto de la esquizofrenia, existen tres corrientes sobre la hipótesis patogénica de las Endorfinas:

- 1.- Hipotesis del exceso de Endorfinas.
- 2.- Hipotesis del déficit de Endorfinas.
- 3.- Hipotesis del desbalance o desregulación en las endorfinas.

Por su parte Martínez (1987), en su revisión general sobre el papel fisiopatogénico de las endorfinas en la esquizofrenia, encontró que aproximadamente el 50% de los trabajos describen niveles elevados de Endorfinas en sus muestras, mientras que el otro 50% indica niveles normales, y sólo uno encuentra niveles bajos en esquizofrénicos crónicos y altas en agudos. Por lo que señala que esta disparidad en los resultados, probablemente se debe a los diferentes niveles de dosificación, a la muestra, los criterios, el diagnóstico y los instrumentos de medida que son bastante generales, y que necesitan ser estudiados sistemáticamente, así como también la interacción antagonista-neuroléptica.

En el dominio de las teorías Bioquímicas y metabólicas de la esquizofrenia, se aportan argumentos de tesis actuales sobre dimetabolismos esquizofrénicos, señalan que la sintomatología de la esquizofrenia es de tipo biológico, como trastornos en la actividad de las enzimas, dimetabolismo cuantitativo y cualitativo de las sustancias de derivación indólica, en la sangre y la orina. (Heuyer, 1978).

Recientes investigaciones confirman la existencia de una toxicosis amínica en los esquizofrénicos. Los síndromes psicopatológicos de tipo esquizofrénico y confusional son desatados en el hombre por sustancias de estructura amínica. La esquizofrenia, especialmente en aquellos sujetos predispuestos por la herencia, es la consecuencia de una toxicosis amínica compleja, en particular por sustancias de estructura indólica, excluida de serotonina. (Colodrón, 1992).

Las fuentes originarias de sustancia básicas de derivación indólica son complejas, la más importante parece ser el triptófano, cuya descarboxilización produce la indoletilamina, la 2a, la tirosina; la 3a la adrenalina. Las aminas poseen una disposición heterogénea en el cerebro y es sabido que estas se reparten con preferencia en las estructuras cerebrales implicadas en el aprendizaje el comportamiento y la emoción. (Heuyer, 1978).

Con lo que respecta a las Psicosis Maniaco-depresivas, Schildkraut y Kety, consideraron que en las fases depresivas se deben a una disminución de Norepinefrina y al abatimiento de un sistema que utiliza norepinefrina como transmisor sináptico. Señalan que dicha disminución es lo que condiciona el estado depresivo. Por el contrario, los receptores noradrenergicos de este sistema son bombardeados por un exceso de norepinefrina, lo que constituye la fase maniaca. Dicha teoría es sustentada, en base a medicamentos antidepressivos, ya que producen cambios en la excreción urinaria de los metabolitos de la Norepinefrina. (Jackson, 1980).

Así mismo Hughes (1984), señala, que las concentraciones cerebrales de la Noradrenalina (nuerotransmisor), disminuye la Psicosis Depresivas, mientras que las concentraciones de Dopamina aumenta la fase Maniaca.

Otra Teoría sugiere que la depresión es causada por una inhibición en la transmisión Nerviosa, es decir: un retraso en la transmisión de los impulsos desde una fibra nerviosa hacia otra. Varias pruebas parecen respaldar esta Teoría, por ej. algunas drogas resultaron efectivas en el tratamiento para la depresión.

entre ella, los llamados inhibidores de la mono-amino-oxidasa, que incrementa la disponibilidad de la norepinefrina. Así mismo, las drogas triciclas, también mitigan la depresión, ya que permiten una mayor cantidad de norepinefrina en estado libre, de este modo aumenta las transmisiones nerviosas. Por tal motivo se cree que la Depresión, es causada, posiblemente, por niveles reducidos de Norepinefrina. (Portuondo, 1985).

De esta forma los Antidepresivos han pasado a ocupar el papel de los electrochoques, que actuaban provocando un aumento de Norepinefrina en la brecha sináptica, y en el receptor correspondiente. Actualmente gracias a estos descubrimientos, muchos de los enfermos se recuperan. (Davison, 1983).

En relación a los estudios biológicos, se cuenta en la actualidad con dos Teorías sólidas: 1) La Teoría de la Transmetilación y 2) La Teoría de la Catecolamina.

La Teoría de la Transmetilación: Propone que en la Psicosis Esquizofrénica intervienen sustancias llamadas indolaminas metiladas, y que además se ha encontrado en el cerebro de los humanos una enzima capaz de producir alucinógenos, muy parecidos a la bufotonina. Por lo que se piensa que debido a un defecto de transmetilación, se acumulan indolaminas metiladas que determinan alteraciones Psicopatológicas en los enfermos.

La Teoría referente a la Catecolamina: Supone que en los esquizofrénicos, existe un bombardeo excesivo de dopamina, en los receptores de dicha sustancia. Esta Teoría es reforzada, por la semejanza con las esquizofrenias Paranoides, las cuales comienzan con alucinaciones y con las Psicosis Anfetaminicas, que se diferencian tan sólo por el hecho de que los pacientes han estado ingiriendo altas dosis de amfetaminas (para reducir su peso). (Millón, 1991). La investigaciones metabólicas de los pacientes psicóticos, han demostrado un incremento en la densidad de receptores de dopamina. La hipótesis de la dopamina aún representa la más reciente teoría de la esquizofrenia, apuntando hacia una condición patofisiológica en el ganglio basal del sistema límbico. Por esta razón investigaciones específicas en las regiones límbicas en cerebros de pacientes psicóticos son de gran interés. (Colodrón, 1992).

Por otra parte es importante no olvidar el papel fundamental, que desempeñan los electrolitos en el funcionamiento del Sistema Nervioso. Entre los más importantes, destacan los Cloruros de sodio y de Potasio, los cuales se encuentran en diferentes concentraciones en ambos lados de la membrana de la célula Nerviosa. Existiendo mayor concentración de Sodio afuera de la Neurona y mayor de Potasio dentro de ella. (Davison, 1983).

En cuanto a la Psicosis Maníaco-depresiva, se ha realizado estudios acerca de electrolitos sobre agua y sobre niveles de cortisona, encontrándose que en los pacientes con cuadros depresivos, hay un aumento de sodio residual, y que al mejorar los pacientes, el nivel de sodio baja en su concentración, así como también los niveles altos de cortisol. (Millon, 1991).

Por su parte Coppen y Shaw (citados en Davison, 1983) descubrieron un alto nivel de sodio en pacientes deprimidos psicóticos, al mismo tiempo que había un considerable decremento en el nivel de sodio fuera de la célula.

A este respecto Hughes (1984), señala que el sodio intracelular aumenta en la enfermedad depresiva, pero en la manía aumenta aún más. Debido a que en la enfermedad depresiva, la secreción de cortisol aumenta casi el doble y disminuye la tolerancia a la glucosa.

Kelsey y colaboradores encontraron en Psicóticos esquizofrénicos, una disminución en la intensidad del metabolismo basal, acompañada de una obsorción aumentado de Yodo (I) y atribuyeron el fenómeno a la falta de este elemento. La Catatonia y otras Psicosis, parecen estar asociadas con trastornos en la regulación de la hormona tiroxina o tirotrópica; sin embargo existen pocas pruebas que confirmen esta hipótesis. (Millón, 1991).

Sin embargo, se ha observado que en circunstancias normales las variaciones metabólicas innatas y otros factores bioquímicos no son los suficientemente mutables como para producir trastornos significativos, pero pueden proceder de ese modo en condiciones de tensión y otras circunstancias ambientales adversas, que inducen cambios bioquímicos más extremos. (Page, 1982).

Por tal motivo es conveniente, no pasar por desapercibido el papel que desempeña el factor ambiental; ya que la naturaleza del hombre es determinada por su interacción con el medio, y este a su vez, sobre el desarrollo del individuo y en especial sobre el desencadenamiento de ciertas Psicopatologías, como en el caso de la Psicosis. (Georges, 1985).

Antes de abordar el siguiente punto, es necesario hacer la salvedad, que cuando se consideran factores ambientales, que inciden en el nivel de Salud Mental, no solo se refiere a ellos como causales, sino también como elementos coadyuvantes o precipitantes de los trastornos mentales; entendiéndose que es necesario que exista en el individuo una predisposición genética, un factor constitucional, metabólico y/o experiencias tempranas que lo harán susceptible de padecer dichos desequilibrios.

### 2.3 FACTORES PSICODINAMICOS:

La conducta esquizofrénica es uno de los problemas más difíciles de comprender y uno de los más intrigantes de la psicología anormal, consta de una variedad de síntomas dramáticos, relacionados a una gran diversidad de condiciones etiológicas, que aun la ciencia no ha podido explicarlos plenamente. No obstante existen numerosos elementos que permiten plantear la hipótesis de que la esquizofrenia es una enfermedad cuya etiología puede estar relacionada con factores psicodinámicos, los conceptos descriptivos (es decir los síntomas) que integran estas formulaciones proceden de la Psiquiatría fenomenológica y los conceptos explicativos y dinámicos de estos fenómenos, fueron abordados por el Psicoanálisis.

Las teorías intrapsíquicas modernas tienen su origen en las contribuciones de Sigmund Freud, y se caracterizan por apuntar a los procesos inconscientes. Freud sostenía que buena parte de la conducta estaba motivada por fuerzas inconscientes, él distinguió tres niveles de conciencia: el Consciente, el Preconsciente y el Inconsciente.

**EL CONSCIENTE:** Está constituido por recuerdos y/o impulsos de los cuales el individuo tiene un acceso rápido para evocarlos y traerlos en un momento determinado. Los contenidos de la consciencia son coherentes, están relacionados con hechos reales.

Freud (En el "Yo y el Ello" 1923) señala que la Consciencia es un término descriptivo, ya que es un estado transitorio. Es decir puede existir una representación consciente en un momento dado, pero no ulteriormente, aunque puede volver a serlo bajo ciertas condiciones. Pero en el intervalo tuvo que ser algo que ignoramos, se puede decir que era latente.

Por lo que existen procesos o representaciones anímicas de gran energía que, sin llegar a ser conscientes, pueden provocar en la vida anímica las más diversas consecuencias, algunas de las cuales llegan a hacerse conscientes como nuevas representaciones. El estado en el que estas representaciones se encontraban antes de hacerse conscientes es lo que conocemos con el nombre de "Represión".

De esta forma el concepto de Inconsciente tiene como punto de partida la teoría de la represión. Lo reprimido es para nosotros el prototipo de lo inconsciente. Pero vemos que hay dos tipos de Inconsciente. El Latente (Pre-consciente) capaz de conciencia y lo reprimido (Inconsciente), incapaz de conciencia.

**EL PRECONSCIENTE:** Sería el depósito de recuerdos y deseos superficiales de los cuales no se recuerdan en el momento, pero que pueden ser recordados y ser accesibles a la consciencia.

Suponemos que lo Preconsciente, se encuentra mas cerca de lo Inconsciente que de lo Consciente. Por tanto todo nuestro conocimiento se encuentra ligado a la consciencia. Tampoco lo inconsciente puede sernos conocido si antes no lo hacemos consciente. Entonces solo puede hacerse consciente lo que ya fue alguna vez una percepción consciente. (Freud, S. 1923).

**EL INCONSCIENTE:** Esta formado por pensamientos, recuerdos e impulsos que no son fácilmente accesibles al control voluntario; ya que el material inconsciente está constituido por pensamientos, recuerdos y deseos que una vez fueron conscientes, pero que han sido reprimidos por ser demasiado dolorosos o vergonzantes como para ser tolerados. Por tal motivo dicho material no tiene acceso directo a la conciencia, puesto que sería trastornante para el individuo. No obstante los impulsos inconscientes no están inactivados, buscan expresarse a través de las fantasías y los sueños, y la patología de la vida cotidiana como son los olvidos, actos fallidos, lapsos etc. Los contenidos del inconsciente son intemporales, independientes de la lógica y desligados de las exigencias de la realidad o de las reglas sociales. (Millón, 1991; Page, 1982).

A diferencia de la persona normal, en el Esquizofrénico los recuerdos e impulsos florecen, y tienen su expresión através de las alucinaciones y los delirios, los cuales son intemporales, ilógicos e incongruentes (para nuestro entendimiento) y desligados de las reglas sociales; este material resulta demasiado trastornante para el paciente. Debido a que el Yo pierde su fuerza, y el contenido del inconsciente y las fuerzas que habian estado reprimidas brotan sin ningún control, y son las que determinan la conducta, afectos y pensamientos del Psicótico.

La Teoría Psicoanalítica acentúa la influencia de las experiencias vitales de los primeros cinco años de vida, aunque considera que la génesis de las enfermedades mentales se encuentra en factores compuestos por varios elementos.

Uno de ellos es el desarrollo de la personalidad, que procede de acuerdo con un patrón biológicamente determinado, considera que cualquier interferencia con el funcionamiento equilibrado de sus tres partes constitutivas (Ello-Yo-Superyo), conlleva al desorden mental. Freud señaló que en la persona mentalmente sana, esas tres estructuras forman una organización unificada y armonica. La cual al funcionar juntos y en cooperación, le permiten al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de esas relaciones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre. (Hall, 1988).

Hall (1988) retomando totalmente la teoría Freudiana, señala que el ELLO.- Es el reservorio de la energía instintiva, que no reconoce la realidad externa, sino la necesidad interna y subjetiva; por lo que no puede tolerar aumentos de energía que experimenta como incómodos estados de tensión e intenta por todos los medios que el estado de tensión se descargue. Está compuesto por deseos e impulsos, se rige por el principio del placer, cuya finalidad es desahogar a la persona de la tensión o bien, reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y soportable. Ya que la tensión se experimenta como dolor, incomodidad o malestar, mientras que el alivio se experimenta como placer o satisfacción. Cuando el bebe experimenta cierto grado de frustración y malestar, se va estimulando el desarrollo del ello. El cual es exigente, impulsivo, irracional, egoísta y amante del placer. No puede soportar la tensión, y exige una gratificación inmediata. También se dice que es omnipotente por que posee el poder mágico de realizar sus deseos mediante la imaginación y la fantasía (proceso primario), en los que la búsqueda del placer y la evitación del dolor son las únicas actividades que importan.

En este termino no existe tiempo, lógica ni estructura; tampoco existe vergüenza, conciencia social ni remordimiento. Ya que el ello no razona, solo desea y actúa. Los procesos como el ello y la formación de imágenes (realización de deseos), no son suficientes para alcanzar los grandes fines evolutivos de la supervivencia. Por lo que a partir del ello se desarrolla el nacimiento de las otras dos instancias Psíquicas el Yo y el Superyo.

El YO.- Este esta gobernado por el principio de la realidad. (la realidad es lo que existe en el mundo exterior), y la finali-

dad del principio de realidad es demorar la descarga de energía hasta que exista y se presente de manera oportuna el objeto real, que ha de satisfacer tal necesidad (Proceso secundario); es decir el YO debe ser capaz de tolerar la tensión hasta que ésta pueda ser descargada, por una manera apropiada de comportamiento, el principio de la realidad no implica que el principio del placer sea rechazado, solo lo suspende temporalmente y lo descarga a su debido tiempo. (Hall, 1988).

El Yo se esfuerza en transmitir a su vez al Ello dicha influencia del mundo exterior y aspira a sustituir el principio del placer, que reina sin restricciones en el Ello, por el principio de realidad. El Yo representa lo que pudiéramos llamar la razón o la reflexión, opuestamente al Ello, que contiene las pasiones. El Yo no es sino una parte del Ello, especialmente diferenciada, por lo que ningún suceso exterior puede llegar al Ello sino por mediación del Yo, que representa en él al mundo exterior. Es así como el Yo se encuentra bajo la influencia especial de la percepción y que puede decirse, en general, que las percepciones tienen para el Yo la misma significación que los instintos para el Ello. (Freud, 1923).

El YO es una parte organizadora de la mente que es consciente y está por tanto en contacto con la realidad. Sus ideas acerca de la realidad le son transmitidas por los sentidos y tiene rápido acceso a muchos de nuestros recuerdos.

El YO distingue entre la fantasía y la realidad. Las fantasías producidas por el YO son reconocidas como tales, como imaginaciones juguetonas y placenteras, y no se les confunde con la realidad. (Crowcroft, 1980).

EL SUPERYO.- Es la rama moral y fundamental de la tercera institución de la personalidad, representa lo ideal mas que lo real, lucha por la perfección antes que por el placer o la realidad. El Superyo es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el Yo, a partir de las normas paternas acerca de lo que es bueno y virtuoso, y lo que es malo y pecaminoso. De esta forma el niño al asimilar la autoridad moral de sus padres, reemplaza la autoridad de ellos por la autoridad de su interior que ha internalizado. Lo cual le permite controlar su comportamiento según los deseos de sus padres y de los dictados de la Sociedad en la que vive, pues al hacerlo asegura su aprobación y evita su disgusto. (Hall, 1988).

De esta forma puede observarse que el Superyo es el representante interno de los valores tradicionales y las normas sociales según son transmitidas de padres a hijos, reforzadas por medio de un sistema de frenos y castigos impuestos al sujeto. Y bajo la acción del Superyo, el Yo crea represiones contra las tendencias libidinales. Pues su relación con el Yo no se limita a la advertencia: "Así como el padre debes ser", sino que comprende también la prohibición: "Así como el padre no debes conducirte", es decir no debes hacer todo lo que el hace, pues hay algo que le está exclusivamente reservado a él. Esta doble faz del ideal del Yo depende de su anterior participación en la represión del complejo de Edipo, e incluso debe su génesis a tal represión. (Freud, "El Yo y el Ello", 1923).

EL SUPERYO  
esta com-  
puesto por  
dos subsis-  
temas.

EL IDEAL DEL YO.- corresponde a lo que los  
padres del niño consideran moralmente bueno,  
como las normas de virtud que le transmiten. Los  
cuales constituirá en uno de sus ideales.

LA CONCIENCIA MORAL: Corresponde a los concep-  
tos que el niño tiene de lo que sus padres con-  
sideran moralmente malo, los cuales se estable-  
cen mediante experiencias de castigo. (Hall, 1966).

De esta forma el ideal del Yo y la conciencia moral son  
caras opuestas de la misma moneda moral. El Superyo es el repre-  
sentante de la personalidad, de los valores e ideales tradiciona-  
les de la Sociedad.

El Superyo al igual que el Ello no hace distinciones entre lo  
subjetivo y lo objetivo, es decir no distingue entre la realidad  
interna y la realidad externa. Es por eso que el Superyo puede  
castigar al Yo por tener malos pensamientos, aunque los pensa-  
mientos nunca se traduzcan en acciones. El Superyo censura al Yo  
(ya que es el que tiene control sobre las acciones de la persona,  
y es considerada responsable de los actos morales o inmorales).

La teoría del Yo (Bellak, 1993) señala que en el psicótico,  
el Yo ha fallado como instancia regidora, organizadora, racional,  
lógica y adaptativa, ya que no puede gobernar y controlar las  
demandas del Ello y las censuras del Superyo.

En la Psicosis el YO es débil y dependiente del ELLO, por lo  
que tiende a compensar la pérdida de realidad objetiva mediante  
la creación de una nueva realidad exenta de lo desagradable que  
tenía la anterior, es decir una realidad subjetiva. Es importan-  
te mencionar que en la Neurosis no se niega la realidad, solo se  
limita a no querer saber nada de ella. En cambio en la Psicosis  
se niega a toda costa o intenta sustituirla, de esta forma cae  
en la fantasía transformando las representaciones por nuevas  
percepciones. (Crowcroft, 1980).

Es decir en la Psicosis el trozo de realidad rechazado, es  
apartado de la realidad y en su lugar se crea una distinta, la  
cual se lleva a cabo a través de una fantasía que reemplaza la  
realidad, al perder el contacto con la realidad, la fantasía se  
convierte en Delirio. En la Psicosis Esquizofrénica la fantasía  
le ayuda a construir su nueva realidad interna, desligándose de  
la realidad externa.

Sin embargo es conocido que la mayor parte de las alucinacio-  
nes esquizofrénicas no son placenteras, generalmente son penosas  
o atemorizantes. Las alucinaciones no son solamente la expresión  
de la fuga del YO, sino también del fracaso del Yo por controlar  
las pulsiones del ello y las censuras del Superyo, un retorno  
deformado de las prohibiciones parentales, bajo la forma de  
proyecciones de impulsos que habían sido rechazados. Las alucina-  
ciones son fenómenos complicados que comprenden elementos de  
percepciones, de pensamientos traducidos a sensaciones y recuer-  
dos tempranos y experiencias dolorosas. (Fenichel, 1969).

El ELLO, YO, y SUPERYO, son una manera abreviada de designar procesos funcionales, mecanismos dinámicos diferentes, dentro de la personalidad total. De esta forma se puede observar como el Yo nace a partir del ello y el Superyo a partir del Yo. Sin embargo, no hay límites precisos entre los tres sistemas ya que continúan interactuando y fusionándose entre sí durante toda la vida. (Hall, 1988).

Un rasgo fundamental de la Teoría de la Psicosis de Freud, es el concepto de regresión. La regresión es un elemento central y sustancial en la teoría psicoanalítica de la vida psíquica, particularmente en lo referente a las etapas del desarrollo de la vida instintiva y de aquellas funciones que han sido reunidas bajo el concepto del Yo. La regresión describe una tendencia involutiva en las etapas del desarrollo y se refiere a una situación en la que se da un retorno hacia una fase más temprana de la organización instintiva o del YO. (Fenichel, 1989).

Freud describió la regresión refiriéndose a su teoría del desarrollo Psicosexual, esto es al avance de la libido durante las diferentes fases de erotización como son: oral, anal, fálica. Si en el transcurso de estas fases aparecen dificultades, que interrumpen la debida evolución de algunas funciones específicas, tendrá lugar más fácilmente a la regresión. Freud designó a tales interrupciones y sus efectos como fijaciones. La regresión será mayor si en el curso del desarrollo del individuo, el Yo se ve incapacitado de responder a las demandas simultáneas de la realidad externa y de la interna. El grado de regresión depende de las etapas de fijación. El fenómeno de regresión implica la incapacidad del Yo, para adaptarse eficientemente a la realidad. En la medida en que la regresión es más profunda, más se ve impedido el Yo en sus funciones reguladoras y organizadoras. Sin embargo, mientras no se pierda el contacto con la realidad Freud habla de perturbaciones neuróticas "es decir los trastornos mentales que se presentan sin ninguna base orgánica demostrable. En los que el paciente puede ser capaz de una introspección considerable y de un testimonio claro de la realidad; sin que por lo general confunda sus experiencias morbidas subjetivas y sus fantasías con la realidad externa, aunque la conducta puede estar afectada en forma considerable, normalmente se mantiene dentro de los límites socialmente aceptados, ya que no se observa desorden en la personalidad. Entre las principales manifestaciones se encuentran: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos compulsivos y depresión. El individuo que experimenta cualquiera de estos estados se da cuenta de que son anormales, aunque su significado se le escape al entendimiento, tiene un grado de autoconciencia, que el Psicótico no tiene" (O.M.S) Freud hizo varias consideraciones para aclarar el uso del término "regresión", enumeró tres variedades de la regresión Psicológica. En la primera los conceptos verbales llegan a ser sustituidos por imágenes visuales; en la segunda los procesos perceptivos, afectivos y pulsionales más tempranos reaparecen en la vida adulta. Finalmente la regresión formal, se refiere al mecanismo mediante el cual los procesos Psicológicos diferenciados adultos, son sustituidos por el medio de representación más primitivos. El pensamiento concreto, mágico e ilógico. (Freud en Freeman, 1982).

En todas ellas, la regresión es un aspecto involutivo, ya que se abandonan conductas de un grado o nivel mayor de desarrollo y se reasumen las conductas más primitivas.

Por su parte Abraham (citado en Fenichel, 1989), resumió la historia del desarrollo de la libido en un cuadro gráfico, que a continuación se presentará, sin embargo cabe hacer la aclaración que se le han hecho pequeñas modificaciones y con el agregado de dos columnas adicionales, en las que se consigna anticipadamente el tipo de pensamiento y el trastorno patológico respectivo (\*). Es necesario señalar que Abraham consideró los estadios más importantes, sin pasar por alto todo aquello que queda situado entre uno y otro, además las etapas en que las columnas se presentan a la misma altura, no necesariamente deben hacer figurar que coinciden entre ellas.

ETAPAS DE LA ORGANIZACIÓN LIBIDINOSA	ETAPAS DEL DESARROLLO	(1) PENSAMIENTO	SÍNTOMS	(2) PATOLOGÍA
1ª ETAPA ORAL (DE SUCCIÓN)	AUTODEROTISMO (SIN EXISTENCIA DE OBJETO, FREASIBVALENTE)	MÁGICO-ILÓGICO	AUTISMO, DISOCIA- CIÓN, (RED-AFECTIVO, ALUCINACIONES, CELIBATO NO SISTEMATIZADO.	CIERTOS TIPOS DE ESQUIZOFRENIA (ESTUPO)
2ª ETAPA ORAL (SABIDO ORAL)	MARCISISMO: INCORPORACIÓN TOTAL DEL OBJETO	MÁGICO-ILÓGICO CONCRETO-LÓGICO	EXIGENCIA, TRISTEZA	TRASTORNOS MANÍACOS-DEPRESIVOS
3ª ETAPA SABIDO-ANAL	AMOR PARCIAL CON INCORPORACIÓN	CONCRETO	CONDUCTA ANTISOCIAL REBELDE, OPPOSITIVISTA, AGRESIVIDAD.	PARANOIA, CONVER- SIÓN, SOCIOFATIA
4ª ETAPA SA- BIDO-ANAL	AMOR PARCIAL	CONCRETO-FUNCIONAL	CONDUCTA REPETITIVA, IDIOS OBSESIVAS	NEUROSIS OBSESIVO- COMPULSIVO, CONVER-
5ª ETAPA GENITAL (FALICA)	AMOR OBJETIVO LIMITADO POR EL COMPLEJO DE EDIPO Y CASTRACIÓN	FUNCIONAL	CONVERSIÓN Y PROVOCACIÓN	HISTERIA PERVERSIONES SEXUALES
LATENCIA	-----	FUNCIONAL-ABSTRACTO	AMBIVALENIA	
ETAPA GENITAL FINAL	AMOR (POST-AMBIVALENTE)	ABSTRACTO	-----	NORMALIDAD "SALUD"

Dado que la perturbación de estadios anteriores del desarrollo, o la regresión a los mismos, es una característica de las psicosis esquizofrenicas, éstas no podrán ser comprendidas sin un conocimiento cabal de estos primeros estadios del desarrollo mental. Por consiguiente, las etapas más tempranas deberán ser comprendidas a través de las expresiones de "Excitación" y "Relajamiento", y solamente las etapas posteriores podrán ser escritas en términos más definidos y diferenciados.

Melanie Klein (Citada en Segal) postula, que la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos (los cuales son los buscadores de objetos) y por consiguiente la expresión existente desde el comienzo de la vida. Señala que las fantasías inconscientes siempre están presentes y activas en todo el individuo, y son creadas por el Yo, las cuales son impulsadas por los

instintos y la ansiedad a buscar imaginariamente el objeto que reducirá la tensión. La fantasía presenta varias funciones como por ejemplo; es capaz de satisfacer los impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa, ya que hay una gratificación proveniente de la fantasía, la cual funciona como una defensa contra la realidad externa de la privación, así como también una defensa contra la realidad interna. Es decir, cuando el sujeto hace una fantasía de realización de deseos, no está solamente evitando la frustración (del hambre por ejemplo) y el reconocer de lo frustrante de su realidad externa, sino también aliviar el malestar interno al sentir hambre. De esta forma ayuda al yo a fugarse de la realidad, cuando el medio exterior le resulta amenazante, alterando la percepción o la interpretación de la realidad, aún cuando se pueda ver, percibir y observar correctamente la realidad. La fantasía puede tener un fuerte impacto sobre el medio pero también la realidad, ejerce una gran influencia sobre la fantasía. La presencia de fantasías no es considerada como índice de enfermedad, siempre y cuando su contenido y su relación con la realidad no se pierda del contexto social. La importancia del factor ambiental sólo se evalúa si se toma en cuenta cómo la interpreta el infante, en función de sus propios instintos y fantasías.

El niño a través del tocamiento y del contacto físico, aprende a conocerse, esta estimulación de su cuerpo conlleva necesariamente a una estimulación psíquica. Puesto que el organismo está constituido tanto de sensaciones como de sentimientos. Es por eso que el niño tiene necesidades fisiológicas que van acompañadas de un bienestar emocional. Cuando no hay una congruencia con dicha sensación, el flujo dinámico equilibrado se siente como una fractura, como displacer. (Segal, 1990).

Ana Segal retoma la teoría de Melanie Klein, la cual señala que el ser humano atraviesa a lo largo de su vida por diferentes etapas que lo conducen al crecimiento psicológico, dichas etapas del desarrollo las denomina posiciones, las cuales en un principio son motivadas por los instintos y fantasías. Melanie Klein argumenta que cuando los instintos (buscadores de objetos) llevan su camino adecuadamente, la necesidad queda satisfecha y la tolerancia aumenta. Pero cuando no es así, se crea tensión, ansiedad, creando una respuesta emergente. Un ejemplo de ello sería el tener mucha hambre y mejor quedarse dormido, al no encontrar el objeto que satisfaga dicha necesidad. (Proceso Primario). Cuando el instinto no va por buen camino y se encuentra con un obstáculo que lo desvía del mismo, el objetivo no se cumple, cobrando aquí vida las imágenes. Las fantasías son imágenes que expresan mentalmente a los instintos (buscadores de objetos). Estas existen desde el comienzo de la vida y son normales pues tienen relación con el mundo real. Es sabido que la satisfacción e insatisfacción se traduce a través del Yo. Siendo este el creador de las fantasías, ya que es él quien nos permite relacionarnos con el mundo de afuera, donde las experiencias con la realidad, influyen más adelante con las experiencias internas, que a su vez influyen sobre ellas. Dichas fantasías creadas por el Yo, tienen como finalidad fugarse de la realidad, cuando el

medio exterior resulta amenazante: es decir tiene un aspecto defensivo que debe tomarse en cuenta, ya que su objetivo es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa. Por lo que un Yo creativo busca formas de satisfacción, es decir la gratificación que proviene de la fantasía es considerada como una defensa contra la realidad externa de la privación; siendo a su vez una defensa contra su realidad interna, como anteriormente se había señalado. Es por eso que cuando un Yo no ha podido construir imágenes sobre las experiencias, no se desarrolla por sí mismo, por lo que busca aliarse con el ello. Cuando al Yo le quitamos una realidad externa se ancla en una realidad interna. El factor ambiental se evalúa, de acuerdo como el niño lo va interpretando en función de sus propios instintos y fantasías.

Resulta interesante ver como la estructura de la personalidad, esta determinada por las fantasías del yo sobre sí mismo y sobre los objetos que la contienen. Al principio del desarrollo, el Yo se encuentra desorganizado y lábil; pero conforme se da el crecimiento el Yo se va estructurando, al mismo tiempo que establece una relación con el objeto ideal, las fantasías de éste se fusionan con experiencias gratificadoras de ser amado. Cuyo objetivo es guardar dentro de sí al objeto bueno e ideal, para identificarse con él, pues es el que da vida y protege; ya que proporciona todas aquellas sensaciones que generan satisfacción, y evitan o trata de alejar las insatisfacciones y el dolor. Es en la posición Esquizo-Paranoide, cuando el Yo se siente amenazado, pues teme ser destruido, se encuentra temeroso, nervioso y angustiado; ya que la ansiedad predominante es, que el objeto persecutorio aniquile al objeto ideal y al Yo. Por lo que éste último ve la forma de protegerse para no escindirse y seguir su desarrollo. Por eso emplea como mecanismo de defensa la Proyección y la introyección.

Para que el Yo logre su objetivo de consolidarse, se requiere de un objeto ideal (que lo cuide, lo alimente, lo proteja y lo ame, como en el caso de una madre buena) pues es esta la que le da una motivación para superar las etapas de las cuales va atravesando, ya que para poder librarlas el Yo, necesita de una energía propia.

De esta forma el niño va introyectando lo bueno y proyectando lo malo, de acuerdo a las experiencias propias del Yo. Para poder proyectar al objeto, primero tiene que sentirlo suyo, es decir que lo sienta parte de él. Al proyectar los objetos que considera malos, pierde parte de sí, por eso se vuelven perseguidores. Se introyecta no solo para permitir que el objeto entre en él, sino para hacerlo suyo e incorporarlo al Yo. Esta escisión permite al Yo emerger del caos y ordenar sus experiencias, de acuerdo a las experiencias externas y vivencias internas. Es por eso que para permitir y dar lugar a una nueva etapa del desarrollo, es necesario que las experiencias buenas, predominen sobre las malas. Para que de como resultado una personalidad bien integrada, donde todas las etapas del desarrollo queden incluidas, ninguna se escinda y se aparte, ya que esto es de vital importancia, para el desarrollo posterior y para poder pasar a la posición siguiente.

Melanie Klein señala que es en los primeros meses de la infancia, cuando surgen los puntos de fijación de la psicosis. En la enfermedad Psíquica se produce una regresión no a una fase del desarrollo que fue en sí normal, sino a una fase en la que ya estaban presentes perturbaciones patológicas, que crearon bloques en el desarrollo y consituyeron puntos de fijación. Es decir en la medida en que el psicótico hace una regresión a los primeros meses de la infancia, regresa a una fase del desarrollo que ya entonces contenía rasgos patológicos.

En el desarrollo normal la posición esquizo-paranoide se caracteriza por la escisión entre los objetos buenos y los malos y del yo que ama y que odia. Escisión en la que las experiencias buenas predominaron sobre las malas, esta es una condición necesaria para que en estadios posteriores del desarrollo se produzca la integración.

En el desarrollo normal, el bebé proyecta objetos internos y parte del Yo en el pecho y en la madre. Estas partes proyectadas, no se alteran durante el proceso de proyección, y cuando tienen lugar la reintroyección subsiguiente pueden reintegrarse al yo. Pero cuando la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos, la identificación proyectiva sucede de otro modo. La parte proyectada es hecha pedazos y desintegrada en fragmentos diminutos, y son estos fragmentos los que se proyectan en el objeto, desintegrándolo a su vez en partes diminutas, como consecuencia de este proceso de fragmentación no hay una "limpia disociación" entre un objeto u objetos ideales y malos, sino que se percibe al objeto escindido en diminutos pedazos, conteniendo cada uno en una parte diminuta y violentamente hostil al yo.

De este modo se establece un círculo vicioso, donde el dolor que produce la realidad conduce a una identificación proyectiva patológica, y esta a su vez hace que la realidad se vuelva cada vez más persecutoria y dolorosa. El niño enfermo siente que la parte de la realidad afectada por el proceso está llena de objetos extraños cargados de enorme hostilidad, que amenazan a un yo despojado y mutilado. El bebé esquizoide vive en un mundo muy distinto al del niño normal. Ya que tiene su aparato perceptual dañado, se siente rodeado de objetos hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad están cortados o son muy dolorosos, y su capacidad de establecer vínculos y de integrarse ha desbaratado. Para sobrevivir en semejantes condiciones, el bebé debe tratar de preservar de alguna manera una parte del yo capaz de alimentarse, y de establecer un objeto lo bastante bueno como para que obtenga de él la alimentación y otros procesos introyectivos, como el aprendizaje. Por lo que se encuentra ante la tarea de escindir y apartar y conservar un objeto ideal protegido de los devastadores efectos de su identificación proyectiva.

Cuando el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo, esto ayuda en su desarrollo para que pueda identificarse con el objeto ideal, gracias a que esto ocurre, su yo se fortifica y se siente más seguro, capaz de defenderse a sí mismo y al objeto ideal. Esto le crea menos temor de sus impulsos malos y tolera mejor el instinto de muerte dentro de sí, por lo que predomina el impulso a la integración del yo y del objeto bueno. Cuando los procesos inte-

gradores se hacen más estables y continuos surge una nueva fase del desarrollo: La Posición Depresiva.

Melanie Klein definió esta posición como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total. Es decir reconoce a su madre ya no en forma parcial sino como un todo, y es capaz de reconocer a personas que se encuentran en su alrededor. Sin embargo es aquí cuando el bebé descubre que esta desamparado y que depende de la madre para poder sobrevivir, pues ella es quien lo cuida y lo alimenta, lo cual le provoca celos.

Como se mencionó anteriormente en la posición esquizo-paranoide, el motivo principal de ansiedad es que el objeto o los objetos malos lleguen a destruir al yo. En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente, es aquí cuando los procesos introyectivos se intensifican ya que descubre cuánto el bebé depende de su objeto, a quien ve ahora como persona independiente que puede alejarse de él.

El bebé bien integrado, que puede evocar y conservar su amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia, está expuesto a nuevos sentimientos poco conocidos durante la posición esquizo-paranoide: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destuido, y la culpa, una experiencia depresiva típica provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. En la cúspide de la ambivalencia puede sobrevenirle la desesperación depresiva.

La experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. Y como cree que la destrucción de su objeto se debe a sus propios ataques destructivos, cree también que su propio amor y cuidados podran deshacer los efectos de su agresión. De esta forma el fracaso en la reparación conduce a la desesperación, y el éxito a renovadas esperanzas.

La posición depresiva marca un progreso crucial en el desarrollo, ya que durante su elaboración el bebé cambia radicalmente su concepción de la realidad, al advertir su propia existencia, y la de sus objetos como seres distintos y separados de él. Advierte sus propios impulsos y fantasías, y comienza a distinguir entre fantasía y realidad externa. En la posición depresiva esta prueba de la realidad se afirma más, se hace más significativa y se vincula más estrechamente con la realidad psíquica. Es decir, el bebé descubre gradualmente tanto los límites de su odio como los de su amor, y a medida que su yo crece y se desarrolla encuentra cada vez más recursos para influir realmente sobre la realidad externa.

En la posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas. Los objetos externos buenos de la vida adulta siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva.

Cuando la posición depresiva no se ha elaborado suficientemente, el desarrollo posterior es mucho menos favorable. Es decir el yo se siente acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas, está empobrecido y debilitado y su relación con la realidad es frágil. Por el contrario, si durante la posición depresiva el bebé ha podido establecer un objeto interno bueno suficientemente afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva no le conducirán a la enfermedad sino a una elaboración fructífera, cuyas consecuencias son de mayor enriquecimiento y creatividad. (Segal, 1990).

La obra de Melanie Klein ya ha preparado el terreno para el estudio de las relaciones de objeto.

Fairbairn señala que en comparación con las relaciones de objeto, las actitudes libidinosas son relativamente de poca importancia, y que el propósito final de la pulsión libidinosa lo constituye el objeto y no la gratificación.

Fairbairn desde 1943-1948 intenta reformular una nueva versión de la teoría de la libido de Freud. Para Fairbairn el concepto básico es que la libido no busca primariamente la satisfacción (el placer como lo postula la Teoría Clásica), sino al objeto, y que el origen de todas las condiciones psicopatológicas deben buscarse en la perturbación de las relaciones de objeto del Yo en desarrollo. Considera que este enfoque constituye una derivación inevitable del esclarecedor concepto de los objetos internalizados, que tan fructuosamente ha desarrollado Melanie Klein. (Fairbairn, 1980).

Es de notar, que ya sea el caso de que la identificación sea fuerte y el yo se someta a los requerimientos del superyó, o en el caso de que la identificación sea débil y el yo se oponga a los requerimientos del superyó, este continúa siendo para el yo un objeto bueno. Aunque pueden existir también objetos malos internalizados, con los que el yo puede identificarse en grados variables. La obra de Melanie Klein no deja lugar a dudas de que tales objetos malos se encuentran en la psique. Por lo tanto, la necesidad de una Psicología basada en las relaciones de objeto, llevará a deducir que si la clave del trabajo de la represión radica en la relación del yo con los objetos buenos internalizados, la clave de la naturaleza de lo reprimido ha de radicar en la relación del yo con los objetos malos internalizados.

La represión provee al yo de un medio de defensa. Freud descubrió que los recuerdos contra los que se dirigía esta defensa, eran de naturaleza libidinosa, y con el fin de explicar por qué los recuerdos libidinosos, intrínsecamente placenteros, podían tornarse dolorosos, recurrió al concepto de que los recuerdos reprimidos eran dolorosos por ser culpables. En cambio Fairbairn señala que lo que se reprime primariamente, no son los impulsos culpables ni los intolerables recuerdos desagradables, sino los objetos malos internalizados, que son intolerables. De esta manera, los recuerdos se reprimen sólo porque los objetos comprendidos en tales recuerdos están identificados con objetos malos internalizados, y los impulsos se reprimen sólo porque los objetos con los cuales tales impulsos incitan al individuo a tener una relación, son, desde el punto de vista del yo, objetos

malos. Los impulsos se tornan malos si se dirigen a objetos malos, si tales objetos son internalizados, se interalizan los impulsos dirigidos hacia ellos y la represión de los objetos malos internalizados, implica, como fenómeno concomitante, la represión de los impulsos. Sin embargo debe señalarse que lo que primariamente se reprime, son los objetos malos internalizados. El niño vive la relación con un objeto malo, no sólo como algo intolerable sino también como algo vergonzoso. El hecho de que la relación con un objeto malo sea vergonzosa, sólo puede ser satisfactoriamente explicado presumiendo que en la temprana infancia todas las relaciones de objeto están basadas en la identificación. Por lo que se deduce, que si al niño le parecen malos sus objetos, él mismo se considera malo. De esta forma Fairbairn establece, en forma categórica, que si un niño se siente malo es invariablemente, porque tiene objetos malos.

Es evidente que el niño preferirá ser malo él, a tener objetos malos, y de esta manera, se observa que uno de los motivos que lo llevan a ser malo, es el deseo de tornar buenos a sus objetos. Al hacerse malo, carga con el peso de la maldad que parecen tener sus objetos. En esta forma, busca despojarlos de su maldad, y en la medida en que lo consigue, es recompensado con el sentimiento de seguridad que confiere en forma tan característica, un ambiente de objetos buenos. Al decir que el niño carga con el peso de la maldad que tienen sus objetos malos, es por que el sentimiento de seguridad exterior a que da origen este proceso de internalización, está sujeto a ser seriamente comprometido por la existencia de objetos malos internalizados o bien se encuentran dentro de él. La seguridad exterior se obtiene así, a costa de la inseguridad interior y de esta forma se yo queda a merced de una banda de perseguidores internos, contra los que primero deben dirigirse defensas en forma aceleradas, que luego son laboriosamente consolidadas. La forma mas precoz de defensa a la que recurre el yo en el desarrollo en su esfuerzo desesperado por enfrentar a los objetos malos internalizados es la REPRESION. Sólo cuando la represión no constituye una defensa adecuada contra los objetos malos internalizados y éstos comienzan a amenazar al yo, entran a actuar las cuatro defensas psicopatológicas clásicas, es decir: la fóbica, la obsesiva, la histerica y la paranoide, pero existe otro tipo de defensa que apoya en forma invariable al trabajo de la represión y a la que pasaremos a referirnos. Es aquella a la que se puede llamar "Defensa del Superyo", "defensa de culpa o defensa moral".

En la cual es mejor vivir en un mundo de bondad, donde uno es el malo, y puede sentir cierta seguridad y una esperanza de redención, que vivir en un mundo hostil, donde uno también es malo y en donde la única perspectiva es la de muerte y la destrucción.

De esta forma el niño no internaliza sus objetos malos, por que se le imponen y trata por este medio de controlarlos, sino también, y sobre todo, porque los necesita. Si los padres son objetos malos, no puede rechazarlos, ni siquiera cuando no se le imponen, porque sin ellos no puede hacer nada, ni aún en caso de que lo ignoren, porque si lo ignoran, aumenta su necesidad por ellos.

Esto es básicamente lo que caracteriza la posición esquizo-paranoide y también a las Esquizofrenias, en las que el Yo está escindido, es incapaz de reprimir a los objetos malos internalizados y estos emergen como figuras persecutorias, en las alucinaciones y en sus delirios.

#### 2.4 FACTORES FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN LA NIÑEZ DE LOS ESQUIZOFRENICOS.

La descripción premórbida del futuro esquizofrénico, se caracteriza por ser un individuo con un elevado nivel de respuesta ante los estímulos de la infancia, por ser una persona retraída, poco atento, inhibido y/o con escaso control de sus sentimientos, con relaciones interpersonales casi nulas, no tienen amigos íntimos, experimentan sentimientos de soledad con dificultades que aumentan en la adolescencia. (Humbert, 1987).

Es por eso que en la descripción clínica al período activo de la enfermedad, se describe un deterioro en el nivel de actividad, retraimiento social, afectividad embotada o inapropiada, alteraciones en la comunicación, etc.

Se sabe que en la mayoría de los casos de esquizofrenia que presenta el adulto, han tenido su inicio durante la adolescencia o en la infancia. (Humbert, 1987).

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, la principal etiología de las influencias del medio, se limita a la primera infancia. Durante este período el conflicto del niño con las figuras materna y paterna, u otros adultos importantes es interiorizada y transformada en conflicto intrapsíquico. (Heuyer, 1978).

Por lo que uno de los principales aciertos de Freud, fue el señalar la importancia de las relaciones del niño con sus padres, para el desarrollo de su personalidad. Freud hizo hincapié en que la infancia se perpetúa en los seres humanos y condiciona el modo particular como cada persona se enfrenta a los múltiples problemas de su existencia. (Arieti, 1975).

Esto se aprecia claramente si analizamos las condiciones biológicas y sociales que caracterizan la situación de los seres humanos en sus primeros años de vida. Debido a que el niño desde el nacimiento y durante cierto tiempo necesita del cuidado de sus padres para poder sobrevivir. Es por eso que la infancia es la época de mayor plasticidad en el desarrollo psicológico, al mismo tiempo que también la de mayor vulnerabilidad a la enfermedad.

Noyes señala que el destino psíquico del niño está determinado en gran parte por la estructura de la personalidad propia de los padres, pues muchas relaciones defectuosas entre ellos y el niño tienen su origen en los conflictos emocionales, en la incapacidad de relacionarse y en las experiencias pasadas de sus progenitores. (Noyes, 1992).

Ya que la inestabilidad de los padres, con los resultantes cambios de actitud en el niño, puede impedir que establezca una identificación con ellos, lo cual es fundamental para los mecanismos más importantes en la formación de su personalidad. La actitud de los padres hacia el niño, esta influida por los conflictos no resueltos que surgieron en la relación con sus propios padres. Las hostilidades y los resentimientos que provienen de tal fuente pueden formar parte de la penosa relación con su hijo

y ejercer un efecto nocivo sobre el crecimiento y desarrollo social y emocional del niño. (Ibid).

Ya en el año de 1620 Robert Burton Médico Inglés, desarrolló una tesis titulada "Anatomía de la depresión". En la cual junto con otros colegas escribía que muchos de los padres que con gran frecuencia se enojaban, eran demasiado severos con su familia; ya que constantemente amenazaban, discutían, golpeaban y azotaban, formando de esta manera hijos acobardados, tímidos, desanimados y sobre todo constantemente intranquilos, perdiendo así mismo toda capacidad de disfrutar la vida. Sin embargo había otros que actuaban en el extremo contrario, causando también grandes daños, como por ejemplo, una indulgencia excesiva característica de las madres que hacían demasiado por sus hijos, hasta que al final, terminaban por ahogarlos (Eisemann, 1988).

Son numerosos los trabajos y teorías que desde principios del siglo señalan la importancia de los diferentes estilos educativos en el desarrollo de la personalidad. En las dos últimas décadas ha aumentado el interés por estudiar sistemáticamente la relación entre la interacción padres e hijos y estados psicopatológicos específicos, como la esquizofrenia.

Sin embargo, es sólo a principios de nuestro siglo cuando crece el interés respecto a la importancia que tiene la infancia para el posterior bienestar psicológico.

Diversos estudios proporcionan información sobre las experiencias de los sujetos en edades tempranas, encontrando sin excepción que en su primera infancia no solo existen necesidades económicas, sino que además había crueldades y miserias de todo tipo. Se ha encontrado como común denominador una crueldad implacable por parte de uno (o de los dos progenitores) con la conformidad del otro.

Eisemann (1988), afirma que las experiencias tempranas de la infancia son fundamentales para el desarrollo físico y emocional del ser humano. Pues los padres biológicos o sustitutos pueden ser determinantes para el desarrollo de características de personalidad desadaptada y manifestaciones psicopatológicas. Señala que algunos de los resultados generales que han ido apareciendo de forma constante, describen a las madres con características como: pasividad, excesiva dependencia, ansiosas y emocionalmente lábiles, madres "sobreprotectoras", preocupadas respecto a las necesidades de dependencia y punitivas respecto a los comportamientos de independencia. Otra opinión aceptada afirma que prácticas educativas caracterizadas por hostilidad, punitivas, avergonzantes, de rechazo y sobrecontroladoras, están relacionadas con una personalidad agresiva.

En lo que se refiere a una condición psicopatológica específica, como la esquizofrenia, los teóricos y terapeutas de orientación Psicoanalítica, han puesto de relieve el concepto de madre Esquizofrenógena, debido a que la mente esquizofrénica ha sido semejante a la infantil, la investigación se ha orientado hacia la naturaleza de las primeras relaciones entre el enfermo y su madre, hace aproximadamente 20 años, que el término de "Madre Esquizofrenógena" tuvo un peso fundamental, se caracterizaba a dichas madres como encubiertamente rechazadoras, superansiosas, dominantes y obsesivas.

Sin embargo la idea de que éstas pudieran causar la Esquizofrenia ha perdido parte de su fuerza. Una condición más minuciosa del efecto que produce el rechazo materno sobre el niño, muestra que puede producir perturbaciones emocionales, pero no es causa específica de la Esquizofrenia. (Crowcroft, 1980).

No obstante Arieti, señala que aunque en la historia de los esquizofrénicos, ambos padres han dañado al niño, con frecuencia y por diferentes razones, es la madre, quien contribuye principalmente a producir las condiciones que generan una perturbación. (Arieti, 1975).

Más recientemente la analista Suiza Alice Miller (1980, 1981), ha centrado su interés en los efectos negativos de una disciplina educativa muy punitiva, en el maltrato físico y emocional como determinantes de trastornos severos en la personalidad.

Sandler y Joffe (Citados en Noyes), describieron, como el cuidado materno constante e interesado produce y mantiene en el niño un estado afectivo de bienestar, en cualquier etapa del crecimiento, la ausencia, la pérdida, o incluso la pérdida imaginaria de las personas de quienes el niño depende, pueden interrumpir dicho sentimiento de bienestar afectivo, la interrupción de bienestar afectivo produce en el niño la sensación subjetiva de pérdida que puede ser tan intensa que lo hace responder con un comportamiento que se caracteriza por desamparo y pasividad que quizá sea mejor denominar "depresión de la infancia", tal como ocurre con los niños de las casas cuna. (Noyes, 1992).

Fenichel, señala que las psicosis se inician en el transcurso de ciertas crisis, es decir, cuando a raíz de cierta experiencia, se perturba el equilibrio que hasta entonces ha prevalecido, y cuando los métodos habituales de defensa del Yo han dejado de ser suficientes. (Fenichel, 1989).

Rutter (Citado en Noyes), sugiere que el factor principal en los individuos psicóticos que aparentemente no quieren a nadie, es la ausencia de la oportunidad que tuvieron en la infancia de poder formar un vínculo afectivo, este factor es fundamental en el periodo de los tres primeros años de la vida, cuando los vínculos del ser humano constituyen parte esencial de la estructura de la personalidad. (Noyes, 1992).

French y Kasanin (Citados en Fenichel), describieron varios casos en los cuales el derrumbe psíquico se produjo después de ciertos acontecimientos externos que sirvieron para demostrar el carácter deficiente de los mecanismos de defensa del Yo. Sin embargo, en las esquizofrenias, que han sido precipitadas de esta forma, más que ser un nuevo tipo de adaptación, representa el derrumbe de toda forma de ajuste al medio. (Fenichel, 1989).

A continuación Sechehaye (1992), describe el caso de una chica esquizofrénica, el cual es importante retomar en este trabajo, ya que a través del mismo se podrá observar no sólo la serie de acontecimientos que afectan al estado psíquico de la paciente, sino también el simbolismo que encierra en cada una de sus conductas y manifestaciones de la enfermedad, así mismo se observará como estas tienen una estrecha vinculación con la tortuosa relación que vivió con sus padres. Este caso comenzará describiendo algunas de las principales características de los progenitores de la paciente cuya madre una mujer guapa y culta, se casa con un

sueco sano y muy inteligente, más joven que ella, ambos con grandes ilusiones para su porvenir, en la que la idea de futuras obligaciones como padres escapa de sus mentes, se ven tan sorprendidos como decepcionados cuando al poco tiempo de su matrimonio, ella queda embarazada.

El parto de este primer niño es difícil, pero nace una pequeña, la cual es sana y hermosa, únicamente a la madre le parece espantosa, como no puede amamantar a su bebé, la alimenta con biberón: "sin notarlo", mezcla demasiada agua a la leche, y como resultado el bebé grita continuamente y se niega a beber. El médico cree que esta antipatía por el biberón es indicio de un estomago delicado, y receta que se añada más agua a la leche, lo que provoca en la pequeña un odio al biberón, el cual se acrecienta cada vez más. Un día, la abuela hace una visita a la casa y ve inmediatamente lo que ocurre. La niña casi un esqueleto está en peligro de morir de hambre, por lo que la abuela se compadece y comienza a alimentarla con papillas, ya que rehusa el biberón, esto logra salvarla. Cuando la abuela está alimentándola observa el ansia de la pequeña, pues en cuanto hay una pausa entre los pequeños tragos, sus manitas se crispan y comienza a gritar de miedo, por lo que la abuela opta por alimentarla con dos cucharitas.

La abuela cuida con esmero y cariño a la pequeña, la lleva de paseo, y permite que duerma en su cuarto, la quiere y la consiente, convencida de que no vivirá por mucho tiempo.

Al cumplir la niña 11 meses, la abuela se va de repente, y la pequeña sufre por esta causa un fuerte shock, comienza a pegarse con la cabeza en la pared y busca desesperadamente con la vista a su abuela. A partir de ese momento queda al cuidado de sus padres, quienes la castigan, cuando por las mañanas se despierta exigiendo su desayuno, los padres se rien y la amenazan, diciéndole que no recibirá nada si grita. Cuando la pequeña tenía 14 meses, recibe por compañero de juego un pequeño conejo blanco, a quien ama cariñosamente, un buen día, su padre mata al animalito en presencia de la niña, quien recibe de nuevo otro shock afectivo. A partir de ese momento la niña pregunta constantemente "Conejito... ¿duele... duele?". la pequeña se niega a comer y sufre delirios febriles.

El padre de la pequeña es bromista y para divertirse un poco, le ordena que se aice su camisoncito, para enseguida burlarse de su cuerpecito esquelético, poco a poco la madre observa que la pequeña no quiere que le compren juguetes, y durante los paseos se mete en todos los jardines ajenos y le explica a su madre que busca a "su mamá".

Cuando la madre la amenaza con abandonarla, la pequeña llora y para consolarla el padre le asegura que en su lugar vendrá una negra con grandes dientes y se la comerá.

El padre en sus momentos de depresión propone a la niña que se suiciden juntos, la niña siente profundo miedo, pero no lo manifiesta verbalmente.

En esta época la niña tiene miedo hasta de su propia sombra, la cual está llena de intenciones hostiles hacia ella. Esta sombra se le pega y la imita en todo para burlarse y echarse sobre ella en la primera ocasión. La pequeña también tiene miedo

de pisar las rayas de las banquetas, ya que podrían abrirse y ella caería al infierno.

A la edad de siete años, carga grandes piedras y las coloca sobre las vías para que el ferrocarril descarrile y mate a alguien. No sabe exactamente a quién. Muchas veces, escala una roca y tiene que luchar con toda su voluntad contra el deseo de no tirarse al vacío. A menudo está tan cansada que desea morir.

En su hogar, la niña es obediente, a pesar de que algunas veces tiene momentos inesperados de brusca terquedad. Se muestra cariños con su madre, hecho que se puede considerar como compensación de su inconsciente agresividad.

En esta época se realiza un gran cambio en la vida de la familia, el marido sale frecuentemente con otra mujer, lo que da lugar a violentas discusiones entre los esposos, en presencia de la niña. Poco después cuando el padre las abandona, con todo el dinero que tenían, la madre le propone a su pequeña hija que mueran juntas. La niña no se atreve a decirle a su madre que no solamente desea vivir, sino que a veces hasta ha deseado jugar.

A los 11 años la niña se vuelve muy religiosa, se levanta por las mañanas a las cinco y va a misa. Visita cementerios, donde con seriedad y sorprendente puntualidad cuida de tumbas abandonadas. Habla con los muertos y les pide permiso para coger sus flores y darlas a los muertos desamparados. No hay nada que desee con tanto fervor como la muerte, para poder llegar así al cielo.

Más o menos al cumplir los doce años, la niña tiene ocasionalmente ilusiones ópticas, en la iglesia el sacerdote aparece como un meffequito movido por hilos, parece que es un personaje de película, que se mueve en la pantalla sin vivir en la realidad.

A la edad de 13 años sufre otro shock interior, cuando su madre le cuenta que no había sido deseada, pues no quería embarazarse tan pronto, y que le había parecido un bebé sumamente feo.

Con frecuencia la madre le reprochaba a la niña que no la amara lo suficiente. Le insistía que tenía inclinaciones anormales, por ir demasiado a la iglesia. Muchas veces la amenazaba con tirarla de los pies después de su muerte, como castigo por haber amado a otros más que a su propia madre.

-Todo esto hace que crezca en el inconsciente de la muchacha una vehemente rebeldía, que por fuerza tiene que quedar reprimida-

Más tarde la niña se hace sonámbula y todo el día bebe sólo té. Mal nutrida y con demasiado trabajo, es sorprendente de que todavía pudiera ser buena alumna. Sin embargo, lo es gracias a la rapidez con que capta todo. Pero la maestra la encuentra inatenta, excitada y un poco rara. Se le olvida ponerse su vestido para ir a la escuela y aparece en ella, ya muy tarde. Durante las horas de clase habla en voz alta y pregunta ¿Quién tiene las llaves del paraíso?!. Durante las clases dibuja peculiares figuras geométricas en sus cuadernos y les explica a sus compañeros que es el Sistema, una máquina para hacer estallar la tierra.

El médico de la escuela, al examinarla, determina en ella una infección primaria y es enviada a un sanatorio de montaña. Permanece ahí seis meses, y luego su madre la hace volver. La señora dice que preferiría envenenar a su hija antes que saberla tuber-

culosa. El miedo se adueña de la niña cuando la oye. Su estado psíquico empeora, por lo que es nuevamente enviada al sanatorio, el médico diagnostica angustia y alucinaciones. Observa que su comportamiento es raro, ya que se mantenía despierta toda la noche y se acostaba sobre fríos ladrillos debajo de su cama con el fin de endurecerse y perder su sensibilidad. Además se negaba a comer, para hacer penitencia por un delito que no podía describir con mayor detalle. Tenía constantes angustias, en las cuales veía al pie de su cama a un muerto o un esqueleto que se parecía a su madre y que la amenazaba. El médico, considera necesario utilizar la sugestión o la hipnósis. Esto le permite descubrir la existencia de muchas perturbaciones psíquicas cuya causa, se hallaban en la primera infancia, y que habían surgido por las escenas que se desarrollaron entre sus padres.

Después de ser dada de alta y de volver a su hogar, se presentó un temblor nervioso y pérdida de memoria.

En la escuela la profesora reconoce lo patológico de su conducta y la saca de clase para tranquilizarla, un psiquiatra le receta algo para calmarla, pero sin efecto.

La situación empeora aún más debido a los exagerados esfuerzos que la muchacha hace en su casa. Ya que su madre ha perdido el ánimo. Sale a menudo de su casa y expresa frente a sus hijos asustados su deseo de suicidarse. La muchacha duplica sus esfuerzos para mantener en orden el hogar. Se hace cargo de las compras y se empeña en lograr que el poco dinero alcance.

Sin embargo aparecen síntomas de regresión, comienza a jugar con muñecas. Vuelve al estado mágico, por ejemplo cuando barría el suelo, escondía el polvo debajo de los muebles, convencida de que ya no existía éste en cuanto no era visible. Cuando en la calle o en la iglesia, necesitaba arreglar su ropa interior, lo hacía como si estuviera sola. Y lo que más anhelaba era la soledad.

En la escuela ya no trabajaba y su comportamiento era cada vez más extraño, de tal manera que la profesora la llevó al médico que ya anteriormente la había examinado. El médico determina en comparación con la consulta de dos años atrás, un diagnóstico de Esquizofrenia, considera que su pronóstico es pobre, debido a que está en el camino de la desintegración mental.

Este como otros casos, nos llevan a comprender que gran parte de la naturaleza de los delirios y las alucinaciones, tiene que ver con la problemática que el paciente experimentó en su infancia.

Es por eso que la primera infancia es considerada de mayor peligro, dado que en ella los factores ambientales y emocionales constituyen un riesgo para la posible predisposición de la psicosis, pues la falta de amor, de ayuda para favorecer la autonomía, las desavenencias permanentes entre los padres y las diversas decepciones y rechazos de personas encargadas del cuidado de los niños forman individuos emocionalmente vulnerables al desorden mental. En esta trayectoria el ser humano no está exento de experimentar vicisitudes que lo llevan a formar una muralla para protegerse de las adversidades del mundo exterior. (De la Fuente, 1992).

Si estas experiencias son muy intensas, o bien, si se produce una sucesión de acontecimientos destructivos, hay un grave peligro de que el muro de resistencia se debilite peligrosamente. En este caso cualquier circunstancia fortuita y trivial puede precipitar una psicosis.

Por lo que una de las características de la psicosis es la afección del tipo de convivencia familiar que incluye la presencia de algunos acontecimientos vitales de especial significación, que en la gran mayoría de las ocasiones hace un factor clave para la evolución posterior de la enfermedad, al menos para el perfil evolutivo que pueda orientarse y nos pueda ayudar a comprender que ha llegado el momento de intervenir terapéuticamente.

## 2.5 ANTIPSIQUIATRIA.

Durante los años de 1950 y principios de los sesentas se publicaron numerosos trabajos que desafiaban la concepción médica tradicional de la Esquizofrenia que había persistido casi inalterada desde la época de Kraepelin y Bleuler. Hasta ese momento se había descrito los sucesos comprobados y hasta cierto punto objetivos, que se habían registrado y que se referían a la expresión bioquímica y genética de la enfermedad. (Heuyer, 1978).

Sin embargo fue a partir de Bleuler cuando se insistió en la importancia de los trastornos afectivos de la esquizofrenia, ya que sufrió una gran influencia de Freud, los psiquiatras fueron abandonando las explicaciones patológicas y orgánicas de la enfermedad, para encontrar explicaciones psicológicas en la acción del medio responsable del trastorno afectivo inicial. (Heuyer, 1978).

La obra más inminente y prácticamente significativa es la publicada en 1956 por Gregory Bateson y el grupo de Palo Alto, en la que avanzaban una teoría sobre la esquizofrenia basada en la patología comunicativa. Esta obra no desafiaba de ningún modo la noción de Esquizofrenia como entidad patológica; es decir no se oponía a la estructura conceptual médica.

Sin embargo desvió el énfasis de un enfoque orgánico mecanicista a un enfoque interaccional microsociaL.

Este trabajo abrió el camino hacia una visión de la Esquizofrenia no como un proceso patológico que se produce en una persona, sino más bien como algo que sucede entre personas.

La actitud médica siempre busca lo concreto, lo sustancial, lo localizable, la idea de encontrar un proceso supuestamente patológico que pueda rebasar los límites cuantificables y medibles resulta bastante perturbador para la conciencia médica. (Cooper, 1981).

Laing señala que la Esquizofrenia no es algo exclusivo en una persona, sino que la contribución de Esquizofrenia nace en el contexto de un determinado esquema disyuntivo de relaciones interpersonales. Laing tiene como base la comprensión cabal de la locura y del proceso de perder la razón. Hace una crítica a los especialistas encargados de la Salud Mental, que familiarizados

con la Enfermedad, no están acostumbrados a ver a sus pacientes como individuos, sino que lo reducen a "casos". (Laing, 1990).

La palabra esquizoide designa a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos formas principales: en primer lugar, hay una brecha en su relación con el mundo y, en segundo lugar, hay una ruptura en la relación consigo mismo. No se experimenta a sí mismo como una persona completa sino más bien como si estuviese "dividida" en varias formas. Vive una verdad acerca de su posición existencial, la cual es vivido como realmente verdadero. Por ejemplo un hombre dice que está muerto, aunque está vivo físicamente, pero su VERDAD es que está muerto. Experimenta su YO como si estuviera divorciado o separado de su cuerpo, se siente el cuerpo como un objeto entre objetos".

Sin embargo la mayoría de las personas consideran que esta vivo y que lo realmente verdadero es un determinado hecho o concepto compartido por los demás. Laing señala que mientras se trate de entender la Esquizofrenia de acuerdo a nuestro propio mundo y juzguemos al paciente por nuestras propias categorías que para él no tiene ningún sentido, no podrá haber un cambio, ya que lo que el esquizofrénico necesita o desea, es que reconozcamos su carácter distintivo, su aislamiento, su soledad y su sufrimiento. La esquizofrenia no puede comprenderse sin comprender la desesperación, sólo entendiendo esto es posible comprender como se desarrollan algunas psicosis. (Laing, 1992).

La locura a fin de cuentas, no es totalmente ajena a la vida normal; por el contrario, cada uno de nosotros, en su primera infancia, tiene fantasías tan fuera de este mundo como las quimeras de cualquier psicótico, y todos volvemos a entrar, de vez en cuando, en ese mundo ilógico, a través de nuestros sueños. En otras palabras, incluso las personas normalmente muy enfermas no están tan lejos de nosotros como parece ser a primera vista: el problema consiste, naturalmente, en comprender por qué parecen estar sumergidas en sueños si no es que en pesadillas, incluso cuando están despiertos. (Crowcrow, 1980).

La actitud general hacia la enfermedad mental sigue necesitando Urgentemente un cambio, si es que en verdad queremos que nuestra sociedad no desempeñe una función antiterapéutica.

En este sentido Cooper (1931) señala que la locura es una expresión desesperada de una necesidad de cambiar, que el mundo parece no ver, pues la persona solo es considerada como loca cuando el comportamiento desviado es lo bastante oscuro, lo suficientemente incomprensible y aterrador para las personas "normales" que aplican la estigmatizante etiqueta de esquizofrenia para marginar al paciente, ya que a diferencia de otras enfermedades, como en el caso de la Maniaco depresiva, todos hemos experimentado en alguna época de la vida, tristeza, como también períodos maniacos o de euforia por determinados acontecimientos o situaciones, por lo tanto existe cierta comprensión, así como en aquellos casos de una enfermedad orgánica, por ej. en el caso de un Tumor Cerebral, o de la ingesta de determinada droga, que un individuo ha ingerido. Sin embargo en el caso de la Esquizofrenia, parece que nos enfrentamos con la locura definitivamente incomprensible. (Cooper, 1981).

con la Enfermedad, no están acostumbrados a ver a sus pacientes como individuos, sino que lo reducen a "casos". (Laing, 1990).

La palabra esquizoide designa a una individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos formas principales: en primer lugar, hay una brecha en su relación con el mundo y, en segundo lugar, hay una ruptura en la relación consigo mismo. No se experimenta a sí mismo como una persona completa sino más bien como si estuviese "dividida" en varias formas. Vive una verdad acerca de su posición existencial, la cual es vivida como realmente verdadero. Por ejemplo un hombre dice que está muerto, aunque está vivo físicamente, pero su VERDAD es que está muerto. Experimenta su YO como si estuviera divorciado o separado de su cuerpo, se siente el cuerpo como un objeto entre objetos".

Sin embargo la mayoría de las personas consideran que esta vivo y que lo realmente verdadero es un determinado hecho o concepto compartido por los demás. Laing señala que mientras se trate de entender la Esquizofrenia de acuerdo a nuestro propio mundo y juzguemos al paciente por nuestras propias categorías que para él no tiene ningún sentido, no podrá haber un cambio, ya que lo que el esquizofrénico necesita o desea, es que reconozcamos su carácter distintivo, su aislamiento, su soledad y su sufrimiento. La esquizofrenia no puede comprenderse sin comprender la desesperación, sólo entendiendo esto es posible comprender como se desarrollan algunas psicosis. (Laing, 1992).

La locura a fin de cuentas, no es totalmente ajena a la vida normal; por el contrario, cada uno de nosotros, en su primera infancia, tiene fantasías tan fuera de este mundo como las quimeras de cualquier psicótico, y todos volvemos a entrar, de vez en cuando, en ese mundo ilógico, a través de nuestros sueños. En otras palabras, incluso las personas normalmente muy enfermas no están tan lejos de nosotros como parece ser a primera vista: el problema consiste, naturalmente, en comprender por qué parecen estar sumergidas en sueños si no es que en pesadillas, incluso cuando están despiertos. (Crowcrow, 1980).

La actitud general hacia la enfermedad mental sigue necesitando Urgentemente un cambio, si es que en verdad queremos que nuestra sociedad no desempeñe una función antiterapéutica.

En este sentido Cooper (1931) señala que la locura es una expresión desesperada de una necesidad de cambiar, que el mundo parece no ver, pues la persona solo es considerada como loca cuando el comportamiento desviado es lo bastante oscuro, lo suficientemente incomprensible y aterrador para las personas "normales" que aplican la estigmatizante etiqueta de esquizofrenia para marginar al paciente, ya que a diferencia de otras enfermedades, como en el caso de la Maníaco depresiva, todos hemos experimentado en alguna época de la vida, tristeza, como también períodos maníacos o de euforia por determinados acontecimientos o situaciones, por lo tanto existe cierta comprensión, así como en aquellos casos de una enfermedad orgánica, por ej. en el caso de un Tumor Cerebral, o de la ingesta de determina droga, que un individuo ha ingerido. Sin embargo en el caso de la Esquizofrenia, parece que nos enfrentamos con la locura definitivamente incomprensible. (Cooper, 1981).

El grupo de Laing y Esterson, hacen referencia al situar al enfermo en su medio global, pues la sociedad interviene en el fenómeno del rechazo del que el enfermo y su familia son víctimas. Señalan que la Esquizofrenia es una tentativa de liberación frente a la opresión, a la soledad y a la desesperación en las que es encerrado el psicótico por la familia y tras de ella, los medicos, los hospitales y los psiquiatras.

Laing señala que la posición insostenible impone al paciente una estrategia especial para soportar su inacción pues no puede hacer un gesto, o permanecer inmóvil, sin ser acosado por las presiones y las exigencias contradictorias, sin ser lanzado de una lado a otro y descuartizado a la vez en el interior de sí mismo y exteriormente por los que le rodean.

Así mismo Cooper en 1967 escribe que la familia es la que origina la enfermedad, por lo que el sujeto considerado enfermo responde con la violencia o la violencia que sufre, esto constituye la "locura" que a su vez, da lugar a otra violencia la "Psiquiatría".

La conceptualización de la política anti-institucional inicia a finales de Junio de 1961 en una institución psiquiátrica tradicional, en Europa "El manicomio de Gorizia"; en donde las relaciones eran rigidamente jerárquicas y la mortificación del enfermo y la violencia estaban institucionalizadas. Al cabo de 8 años de trabajo, el hospital se abrió y organizo una lógica comunitaria o comunidad terapeutica. La relación de autoridad se rige de un modo totalmente distinto, el equipo de salud Mental y los enfermos tienen posibilidad de reuniones, discusiones, comunicaciones constantes, etc. Todo esto pertenece a la historia de una revolución psiquiátrica que parece haber sido supuestamente asimilada, sin embargo, en la práctica continúa manteniendo su significado inmutable y rigido como antaño. Este análisis pretende hacer una reflexión sobre la tentativa de transformar en la práctica una institución psiquiátrica, sobre las contradicciones que le son implícitas, las cuales han querido mantenerse abiertas, sin revestir con una nueva ideología. Pues la ideología Psiquiátrica tiende a ocultar las contradicciones expresadas por el enfermo, mediante su objetivación y su evidente incomprendibilidad sobre la enfermedad.

El análisis de las instituciones psiquiátricas, antiguas y nuevas, revela que su significación estructural se mantiene coherente con el terreno político sobre el cual actúa. Ya que una vez dentro de la Institución, uno se da cuenta que más allá de la separación entre sano y enfermo, normal y anormal, aquél que cae bajo la "Etiqueta" de "Enfermo Mental" establecido por la institución es ante todo, aquél que no dispone de ninguna reciprocidad contractual, ahora está excluido, pues las ideas dominantes son precisamente las ideas de la clase dominante... los Psiquiatras, evidentemente la psiquiatría y sus congresos siempre han tenido como objeto a los psiquiatras, su prestigio, su carrera y en ningún caso a los enfermos. La ideología psiquiátrica como rama particular fija un papel irreversiblemente pasivo, ya que la enfermedad no es sino la ocasión suficiente para marginar y discriminar al paciente, que pasa inevitablemente a hacer un objeto más, y en el mejor de los casos a ser un caso más.



*CAPITULO TRES*

## TERCER CAPITULO

### CARACTERISTICAS DE LA ESTRUCTURA Y SISTEMA FAMILIAR DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO

#### 3.1 LA FAMILIA.

El interés en el estudio de la familia empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su habitat familiar, es decir en la familia y no en el consultorio del médico. Durante el decenio de 1950 se desarrolló por la vez el marco familiar de los desórdenes psiquiátricos. No había un tratamiento ni del padre, ni de la madre, ni de la familia. Inicialmente la familia del paciente, no llevó la importancia que requería en el tratamiento, por el contrario, hubo un periodo en que los familiares fueron excluidos de todo contrato terapéutico. Este criterio pronto fue abandonado gracias a la influencia de autores que se enfocaron al desarrollo infantil; tales como Ana Freud, Charlotte Bühler, Winnicott, Melanie Klein, etc. A partir de entonces se empezó a considerar importante agregar al tratamiento del niño a la madre, ya que con ella pasaba la mayor parte del tiempo. Más adelante el desarrollo de los últimos años, enfoca la atención del individuo dentro de una familia y a esta desde una dimensión distinta, concibiéndola como una estructura. Por lo que el interés ahora es centrado en el medio Psicosocial o contexto por el cual se considera al ser humano en una interrelación constante con el otro y con el medio, el cambio individual es visto también en función de esta interrelación. De esta forma en lugar de enfocar al individuo aislado para librarlo de sus síntomas, se enfoca al individuo dentro de la familia, en su grupo natural primario, donde se ha formado su personalidad en el pasado y donde sigue interactuando en el presente. (Ackerman, 1976).

A tal fin se considera que el ambiente en el que vive un individuo es mucho más que un mundo físico, incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, la cual es la que influye en la forma como se desarrolla la personalidad del individuo, ya que tiene la capacidad de mejorar las tensiones y las dificultades de la vida diaria para los diferentes miembros que la integran. Así mismo es la que proporciona a través de los padres, apoyo emocional y económico. De esta forma se concluye que si es sana la unidad familiar, incrementará las interacciones con otros individuos, proporcionará animación, placer y alegría. (Noyes, 1992).

La mayoría de las teorías psicogénicas expresan en forma específica, que buena parte de la Psicopatología se adquiere a través de las relaciones familiares defectuosas. Este aspecto singular surgió de observaciones clínicas en las cuales la eficacia de la terapia individual estaba influida en gran parte y con frecuencia, por la acción familiar. En suma, la presencia de síntomas en un miembro de la familia representa una expresión homeostática y cambiante de la patología familiar. (Page, 1982).

Explicar el porqué y cómo algunos niños son afectados por la patología familiar, mientras que la mayoría de sus hermanos escapan a dichas alteraciones, es un tema sumamente amplio, misterioso e interesante, en el que la explicación más convincente es que la dotación genética singular de cada niño, tiene un fuerte impacto, junto con alguna alteración bioquímica, así como también y en igual medida, el impacto del medio familiar.

La familia ha sido estudiada, bajo diferentes análisis de organización, en cuanto a su estructura. En un principio los factores biológicos que dieron origen a la familia como una unidad de reproducción humana, persistieron en su funcionamiento, dando lugar más adelante para que se estableciera, como un agente de socialización, el cual determina múltiples formas para hacer de su descendencia, una prolongación de sí misma y de su medio cultural. (Andolfi, 1989).

Así mismo Bateson apunta que la familia es el primer maestro en la interacción social y la reactividad emocional, puesto que enseña a través de su medio y de la comunicación no verbal, las fuentes de identificación y autoestima del individuo, las cuales influyen sobre sus patrones de conducta y funcionamiento mental, por lo que resulta conveniente analizar la extraordinaria complejidad de esta interacción entre los integrantes de la familia, ya que en diversas ocasiones han dado lugar para la confusión de roles y conductas perturbadas que son presentadas por los padres y asimiladas por los hijos, y que inexorablemente los predisponen a una perturbación Psíquica. (Bateson, 1982).

Para Speir todas las personas que habitan en una misma casa, tengan o no vínculo de sangre, forman parte del sistema familiar, ya que se pueden incluir las relaciones adaptativas, tanto legales formalmente reconocidas, como aquellas formadas por la costumbre y la tradición. (Speir, 1983).

Sin embargo Berenstein menciona que la familia es un conjunto de seres humanos ligados por cuatro tipos de relaciones constitutivas de parentesco:

- 1.- ALIANZA o relación marido y mujer,
- 2.- FILIACION o relación entre padres e hijos
- 3.- CONSANGUINIDAD o relación que une a los hermanos y
- 4.- Relación que liga al hijo con la familia materna o paterna.

En este sentido Minuchin afirma que la familia es un conjunto de personas que interactúan entre sí, unidas por lazos consanguíneos o legales, en donde cada uno de las partes o miembros de la familia está relacionada de tal modo con los otros que un cambio en uno de éstos ocasiona un cambio en todos los demás. Las funciones que se realizan son: en pequeños grupos o subsistemas como esposo- esposa, padres-hijos y hermano-hermanos. De esta forma se definen diferentes tipos de relaciones como son conyugales, parentales y fraternales. (Minuchin, 1983).

### 3.2 ESTRUCTURA FAMILIAR.

Minuchin señala que el individuo influye sobre su contexto y es influido por éste, por secuencias repetidas de interacción. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran

regidas por las características del sistema. El individuo puede ser considerado como un subsistema o como parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta la totalidad del conjunto. (Minuchin, 1983). La totalidad de las relaciones de ese sistema se denomina Estructura). (Hoffman, 1992).

La estructura es la forma como se encuentra organizada la familia, es la construcción u organización de las relaciones y las conexiones entre las partes de un conjunto. De esta forma atienden a sus mutuas expectativas. Esta organización coloca a cada miembro en un lugar específico que caracteriza su experiencia familiar. (Minuchin, 1991).

La Estructura familiar se analiza en función de las características de sus miembros, es decir, los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertos acomodamientos o ajustes, que gobiernan convenios establecidos, estos convenios forman en su totalidad la estructura familiar y aunque en su mayoría no son explicables o reconocidos, se encuentran en constante interacción que a su vez van modificando a sus integrantes, de esta manera las relaciones familiares se convierten en un proceso evolutivo y constante. (Ibid).

Dentro de la estructura familiar se encuentra el desafío de reglas y mitos familiares, alianzas encubiertas y mecanismos no visibles de desplazamiento sobre "chivos emisarios".

Minuchin propone construir un mapa familiar utilizando signos para indicar las distintas relaciones, como son: conflictos, alianzas o separaciones, se trata de un esquema organizativo que representa la riqueza de las transacciones. Es por eso que el enfoque estructural centrado en la familia, ha permitido analizar la estructura familiar y los mecanismos de interacción de comunicación que rigen en el mismo, para lograrlo, se debe definir la función de la familia en la cual la estructura interaccional implica un estilo de vida, en el que se confunden lo patológico individual con formas de vida generales que no siempre favorecen la salud. Por lo que al tratar con familias, se encuentra no sólo con la enfermedad, sino con toda una estructura de estilos de vida, actitudes y valores, mediante los cuales la familia intenta mantener una cohesión y una unidad no simplemente afectiva sino normativa y adecuada a su medio social. (Speier, 1983).

La estructura determina con sus factores dinámicos el modo y la magnitud de las funciones.

Para Minuchin, (1991), la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción mediante gestos, palabras y otras acciones que permiten a los miembros de la familia dar y recibir información así como también organizar las relaciones existentes entre sus integrantes. A estas pautas de interacción les denominó "ESTRUCTURA FAMILIAR".

### 3.3 DINAMICA FAMILIAR.

El enfoque estructural centrado en la familia ha permitido analizar la dinámica familiar, exponiendo que la familia debe ajustarse a la diferencia de cambios que atraviesan los integrantes de la misma, ya que constantemente se ve sometida a metamorfosis significativas, en cada fase de transición; puesto que su estructura es una durante el periodo de crianza de los hijos, es

otra cuando los hijos entran a la pubertad y los progenitores alcanzan su madurez, y otra diferente cuando los hijos maduran, se casan y siguen caminos distintos y los progenitores van ingresando a la ancianidad. A medida que la familia evoluciona de una etapa a la siguiente, debe ir descubriendo un equilibrio nuevo y apropiado para la reciprocidad esencial entre el hombre y la mujer, entre los padres y los hijos. (Ackerman, 1978).

Del mismo modo Speir (1983), señala que la familia esta sujeta por diferentes procesos de cambio: generacionales, momentos de crisis particulares, cambios de valores sociales, etc. Estos no son estáticos, se encuentran en constante evolución y exigen nuevas adaptaciones, por lo que causan: inestabilidad, choque generacional e inseguridad, por la perturbación y modificación que la familia hace de sus normas y objetivos. Todo ello se encuentra inmerso en los valores de una sociedad, los cuales son transmitidos al individuo a través de la familia.

Este planteamiento pone de manifiesto, evidenciar que la familia se nos presenta en el curso de la historia como una institución que reviste desde su origen aspectos múltiples y que más adelante será organizada de otra manera, por la presión de nuevas ideas y necesidades. De allí que teniendo en cuenta la evolución de la misma, resulta imposible que la institución familiar, tan nitidamente ligada a la especie humana permanezca estática, cuando la corriente a la que pertenece, se transforma sin cesar. (Paggy, 1988).

El análisis detenido de ésta opinión, permite observar cómo a medida que la familia evoluciona de una etapa a otra, debe ir descubriendo un equilibrio nuevo y apropiado para la reciprocidad esencial entre sus miembros. Sin embargo es necesario tomar en cuenta que, el proceso de cambio, ocurre a través de una lucha por conservar el equilibrio; y con una serie de reglas y límites que se desarrollan y modifican con el tiempo, y que permiten a los miembros de la familia experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está. De tal modo que en el proceso de adaptación puede dar origen a fricciones, que conducen al malestar individual, de pareja y con mayor frecuencia en la relación con los hijos. (Ardolfi, 1992).

En este sentido Ackerman (1976), menciona, que la familia es tanto la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso, como también la unidad básica de Salud y Enfermedad. Se puede detectar como Ackerman apunta la influencia de la familia, no solo en cuanto al surgimiento de ciertos patrones, sino aún más en el surgimiento de ciertas alteraciones emocionales.

La familia representa para el individuo un laboratorio inagotable de búsquedas y conocimientos dinámicos de sí. Esta salida y entrada de pertenencia y separación permite a cada uno afirmar su propia individualidad. Su arquitectura temporal sumamente sólida, con numerosos niveles de interacción, integrados unos con otros, esto constituye la Dinámica Familiar, la cual hace referencia a una historia familiar en movimiento. (Ardolfi, 1992).

Estos datos permiten analizar la dinámica familiar que Ackerman establece en forma más detallada, y ampliándola con datos que se refieren a la comunicación, a la capacidad de establecer la

relación, de esta forma se podrá definir cómo se maneja el conflicto, incidir sobre la estructura, ya que la dinámica interaccional conlleva además a efectos rápidamente reestructurantes, que para que sean absorbidos sin daño, deben contarse con alguna capacidad reestructurante individual y grupal.

La dinámica familiar se refiere a los procesos evolutivos interaccionales que actúan en la familia, son los cambios que sufre dicha organización para modificar su funcionamiento.

Es por eso que para poder entender la dinámica de la familia, se necesita describir el funcionamiento de la misma, en base al tipo de transacciones que tiene lugar dentro de ella. El proceso de cambio en la familia está sujeto por un lado a etapas evolutivas naturales, y por otro lado, se encuentra fuertemente influido por el cambio social que actúa sobre la estructura de la familia, que tiende a modificarse sin encontrar siempre nuevas formas de interacción.

Ackerman enfatiza en la interacción dinámica los procesos de complementariedad y diferenciación, y la forma como la familia los resuelve cuando surge el conflicto. (Ackerman, 1986)

Boszomenyi (Citado en Speir, 1983) también analiza la homeostasis o equilibrio familiar en función de la diferenciación e individuación de sus miembros.

Laing en el cuestionamiento de la familia, enfatiza la proyección de la imagen interna de la familia y las tendencias en el diagnóstico y tratamiento del conflicto matrimonial.

Minuchin se centra fundamentalmente en la teoría de los sistemas, mientras que Ackerman, Brody, Laing en los aspectos internos de la interrelación.

El principal ímpetu para el desarrollo de la terapia familiar procedió de la labor de investigadores como: Ackerman, Minuchin, Bateson, Don Jackson, Haley, Bateson, Watzlawick etc.

La mayoría de estos investigadores se concentraron en el estudio de las propiedades de la familia como "sistema" (El sistema familiar es la retroalimentación, el procesamiento y acumulación de información, la adaptabilidad, la capacidad de autoorganizarse y la formulación de estrategias para la conducta propia del sistema). Es decir es un conjunto organizado e interdependiente de unidades que se mantienen en interacción (Umberger, 1985).

Como puede observarse la familia es presentada por un sistema complejo, donde están en juego lo patológico individual, la interacción actual y las normas y valores que sostienen la imagen social de la familia.

#### 3.4 FACTORES FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN LOS PADRES DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.

Los primeros estudios realizados en 1949 y principios de la década de 1950, se centraron en la naturaleza de las relaciones entre los padres del paciente esquizofrénico, los cuales mostraron que en una proporción muy alta de casos, esa relación era extremadamente insatisfactoria según diversos criterios. Algunos de estos primeros estudios intentaron describir los rasgos predominantes de los miembros de la familia, la madre del paciente era por lo general considerada afectivamente manipuladora, dominante.

sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, mientras que el padre era visto como característicamente débil, pasivo, preocupado, enfermo o en algún otro sentido ausente como miembro efectivo de la familia. (Cooper, 1985).

En algunos artículos sobre la Esquizofrenia, en particular de autores Norteamericanos como Pieus y Fromm-Reichmann, han subrayado la actitud hostil de la madre, en este caso la madre parece haber sido inconscientemente hostil al paciente, por lo que la enfermedad de éste, aumenta los sentimientos de culpa de la madre. (Szasz, 1984).

Existe coincidencia en señalar la elevada frecuencia de ciertos rasgos en la personalidad de la madre del Esquizofrénico. Investigadores Norteamericanos como Kananin y Sage apuntan que la figura maternal suele estar impregnada de angustia, inseguridad y sentimientos de culpa. Sobre esta trilogía se monta un perfil de personalidad que exhibe las características siguientes:

- \* Distanciamiento Afectivo.
- \* Falta de Espontaneidad.
- \* Tendencia al aniquilamiento simbólico del cónyuge.
- \* La sobreprotección autoritaria (especialmente frente al hijo).
- \* Dependencia respecto al amor del hijo.

A este tipo de madre se le ha denominado "Madre Esquizofrénica". (Alonso, 1978).

Una característica particular de dichas madres, es que generalmente no están dispuestas a permitir que el hijo tenga vida privada, ni siquiera libertad de pensamiento. Dicha observación parece concordar con los estudios que se han realizado sobre las madres sobreprotectoras, la cual sugiere que en la relación no hay un afecto genuino por el hijo. Las primeras investigaciones utilizaron términos para describirla tales como: fría, indiferente, ansiosa, autoritaria, dominante, posesiva etc. Para poder definir a una persona incapaz de brindar amor y aceptación espontánea al hijo. (Jackson, 1980).

Las madres de los pacientes esquizofrénicos, generalmente no estaban dispuestas a permitir que el hijo tuviera vida privada, no toleraban que tuvieran amistad con otros. La madre dominante utilizaba con frecuencia chantajes emocionales. Se hacía la mártir, haciendo sentir que se había sacrificado por sus hijos, por tanto a éstos no les quedaba más remedio que someterse ante el sentimiento intolerable de culpabilidad que provocaba cualquier impulso hacia la independencia y la autonomía. Quedándose siempre con la necesidad de comprender a una madre que objetivamente no era susceptible de ser satisfecha. (Jackson, 1980).

Maud Mannoni, hace especial hincapié al mencionar que el niño es el deseo inconsciente de la madre, de que no llegue a ser nunca distinto de ella. (Mannoni, 1992). Durante la infancia, el sujeto se caracteriza por ser apartado, tranquilo, obediente etc, lo cual constituye un motivo de satisfacción en el que se experimenta el triunfo de haber logrado hacerlo dependiente. Sin embargo en la adolescencia el individuo se vuelve "malo" y después "enfermo". Al mismo tiempo es en este periodo en el cual aparecen los delirios. (Broustra, 1979).

Heuyer (1978) señala que no siempre es justificada la tendencia a acusar a la madre, que es quien tiene un contacto constante

con el niño enfermo, experimenta gran ansiedad y sus reacciones afectivas son excesivas y contradictorias.

J. Delay, P. Deniker y A. Green (citados en Heuyer) llevaron a cabo un estudio minucioso, demostrando que los padres de los esquizofrénicos presentan un auténtico problema. Comprobaron en cada caso, que uno de los progenitores, como mínimo padecía de una grave enfermedad mental y que la personalidad del padre era tan nociva como la de la madre. (Heuyer, 1978).

Anteriormente los estudios habían caracterizado a los padres de los paciente psicóticos como miembros del matrimonio fundamentalmente incapaces de evitar el dominio de una madre esquizofrenizante; cabe mencionar que Reichard y Tillamn (Citados en Heuyer, 1978) encontraron en algunos casos, donde ocasionalmente el padre era predominantemente sádico, describieron un comportamiento paternal.

\* Rechazo del hijo

\* Padre tiránico

\* Padre con estrecha dependencia de la madre.

Los últimos estudios realizados a padres de pacientes Psicóticos Jackson los sintetiza a grandes rasgos en tres grupos:

1) Pasivo, inmaduro y retraído.

2) Dominante, sádico y

3) Distante, pomposo y narcista. (Jackson, 1980).

Lidz ha descrito al padre dominante, como un hombre tiránico, que constantemente denigra a la esposa y a los hijos, así mismo se vuelven rivales del hijo, ya que compiten con los hijos por la atención de la madre. El padre Distante se parece mucho a los padres de niños autistas, y el padre pasivo, dependiente funge el papel de un hijo más en la familia. (Lidz, 1971).

El enfoque psicoanalítico acentúa que las relaciones establecidas entre el individuo futuro esquizofrénico y su madre desde los primeros meses de vida, queda perfilada como una tragedia triangular, cuando existe la anulación de la figura paterna y el individuo permanece junto a su madre en una diada ambivalente.

En este sentido cabe señalar que existe un trabajo serio en Francia en relación con la Psicosis, el cual es llevado a cabo por Jacques Lacan.

Lacan acepta el compromiso que adquiere al proponerse para sostener el tratamiento del paciente psicótico, con todo lo que esto implica, un escenario que hace ver la angustia, lo insopportable de la enfermedad y el camino para encontrar el deseo del sujeto, y con esto la dirección de la cura. Da cuenta de que en el Psicótico hay algo que falta, y que aparece en el discurso del delirio. La falta del psicótico es la falta de la ley, es decir la función del padre.

Diversos autores reconocen, independientemente de su opinión postural, que un gran número de padres de Esquizofrénicos, presentan particularidades psicológicas y características que se clasifican en un grupo aparte, entre los individuos normales y los Psicopatas, dado estas circunstancias, las actitudes ligadas a estas particularidades, no pueden garantizar un desarrollo armónico del niño desde su nacimiento, hasta la enfermedad y la

edificación de la personalidad del esquizofrénico no se establece en un medio normativo. (Heuyer, 1978).

Sin embargo Jackson menciona que varias investigaciones no descartan la posibilidad de que los procesos patológicos en la familia, son específicos para ciertas psicosis, sólo en aquellos casos en que los pacientes son personas genéticamente vulnerables. (Jackson, 1980).

Así como existen encrucijadas decisivas en la maduración del individuo, del mismo modo existe también crisis análogas en la vida familiar. Cuando las condiciones son agradables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen, se mantienen, pero cuando no es así, cuando hay discordia y continuos conflictos, surgen disputas y odios mutuos, que amenazan la integridad de la familia.

El dar y recibir emocional de las relaciones familiares constituye el centro crucial de fuerzas que consolidan o destruyen la salud mental. La familia como lo señala Ackerman, determina invariablemente el destino emocional del hijo. (Ackerman, 1978).

Como es conocido, el niño experimenta tanto amor como odio hacia sus padres. El niño feliz razonablemente satisfecho consigue dominar eficazmente su odio. Predomina su amor por sus padres y se identifica con ellos, moldeándose a su imagen. En cambio el niño infeliz, se frustra y experimenta odio excesivo y puede identificarse con sus padres sobre una base de odio y miedo más que de amor, se encuentra en un dilema, renuncia desafiadamente a identificarse con ellos, o desarrolla una conciencia patológicamente severa por medio a la retaliación paterna. El control eficaz de este equilibrio entre amor y odio está profundamente determinado por las actitudes de los padres, aunque éstas están influenciadas a su vez por las actitudes y conducta de los hijos. El carácter de los padres ya está profundamente grabado como resultado de su propio condicionamiento familiar temprano. Pueden transportar desde esta experiencia temprana las mismas actitudes que sus padres mostraban hacia ellos, la forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es sumamente significativa para determinar el clima emocional de la familia. El conflicto provoca tensión hostil, que al no disminuirse amenaza con la desorganización familiar. Cuando los padres se aman, el hijo los ama a los dos, cuando los padres se odian, el niño está compelido a ponerse del lado de uno y en contra del otro. Esto provoca miedo porque debe prepararse entonces para perder el amor del progenitor que rechaza en favor del otro. (Ackerman, 1986).

### 3.5 SEUDOMUTUALIDAD.

Jackson menciona que la estructura familiar, básicamente depende de las personalidades de los padres. En cuanto al conflicto matrimonial, se ha dividido en dos pautas divergentes:

1.- La extrema escisión del matrimonio; es decir donde existe la desconianza y denigración mutua, el enmascaramiento del conflicto y la discrepancia para alcanzar lo que se ha denominado "SEUDOMUTUALIDAD". Que es la divergencia de expectativas dentro de la familia, la cual es considerada como una amenaza para la existencia del núcleo familiar, por tal motivo se realizan gran-

des esfuerzos para evitar las discrepancias de los miembros. El mecanismo que sostiene dicha Seudomutualidad incluye la aprobación indiscriminada, niveles de comunicación opuestos y mutuamente oscurecedores, así como el empleo de intermediarios y de proyecciones para presionar sobre los demás miembros cuando amenazan con la ruptura de esa complementariedad. (Jackson, 1980.)

Lyman Wynne (Citado en Hoffman, 1992) es un investigador psiquiátrico que comenzó con un interés en los desórdenes mentales de la esquizofrenia y la influencia del estilo de la comunicación familiar sobre estos desórdenes. Al igual que Bateson, adoptó la opinión sistémica de la familia y apoyó las observaciones de Bateson sobre las coaliciones (alianza entre dos o más personas, que tiende a separarse de los demás participantes del sistema) cambiantes, y las de Haley sobre las diadas inestables, que cambian de manera sorprendentemente rápida. El observó que el resultado era que las alienaciones no parecían una verdadera intimidad. Estas escisiones no parecían verdadera hostilidad o distancia, sino seudohostilidad. Estos cambios de escisiones a alineaciones, tenían algo que ver con los procesos de mantenimiento homeostático en la familia, aunque no explicó cómo. También creyó que éstos procesos ocurren en cualquier familia, pero que en una familia con un miembro Esquizofrenico eran particularmente vivos y pronunciados.

L.C. Wynne en 1958 empleó el término de Seudomutualidad para explicar el modo como algunas familias presentaban la apariencia de mutualidad y concordia, pero sólo para encubrir una intensa hostilidad, inflexibilidad y destructividad mutua.

La explicación que ofrece Wynne de los rasgos que operan en tales familias, es que existe un intenso deseo, entre los miembros de la familia de una relación mutua, que excluye la capacidad de tolerar diferencias. La ilusión de la seudomutualidad refuerza la línea de partida de que todos se encuentran bien unidos. Así, los hijos de dichas familias se encuentran atrapados en el dilema de no poder nunca diferenciar ni separarse, por que todo intento causa expectativas de derrumbe. Wynne pasó a especular sobre cómo los comportamientos que producen y perpetúan estos rasgos familiares pueden crear en el niño el tipo de desórdenes mentales mostrados en la esquizofrenia, y en otras perturbaciones afectivas, por ejemplo la negativa a pensar o sentir diferente, incapacidad de juzgar la realidad, expresar una opinión diversa, cualquier intento de individuación por uno de los miembros de la familia, hacía que ésta enfocara todos sus temores y disgustos contra esa persona, la cuál sería el chivo expiatorio. Esto reforzaría el valor primario atribuido por la familia a la lealtad, esclavizando a la persona tan eficazmente como "paciente", haciendo de ésta forma como si nunca hubiera tratado de apartarse del seno familiar. (Hoffman, 1992).

La Seudomutualidad tiene un componente de vinculación con la Emoción Expresada, éste concepto implica una estrategia de defensa, una barrera indestructible de paz y de buen entendimiento, el cual se mantiene a toda costa para combatir y enmascarar el vacío subyacente, la incoherencia y el absurdo. (Ey, 1987).

Y la Seudohostilidad, que es el resultado de una capa exterior de preocupaciones, de lucha y de odio permanente que ayuda a protegerse contra las ansiedades y las humillaciones esperadas de

la ternura y la intimidad. (Ibid). Con el componente de crítica de esa emoción que culmina con la ruptura de la relación. (Simon, F. 1988).

En esta misma línea Waring (1986), en un desarrollo teórico posterior distingue entre "morfofostasis forzada" y "morfofostasis consensual". La primera se refiere a la aparente estabilidad en el sistema familiar mantenida en ausencia de una genuina validación consensual de sus miembros. Esto contribuye, según el autor, a la alienación intrafamiliar e individual y a un funcionamiento perturbado del sistema. La morfofostasis encontrada en familias con miembros esquizofrénicos es un ejemplo de "morfofostasis forzada". "morfofostasis consensual", en cambio, se refiere a la genuina estabilidad del sistema familiar, consensualmente validada por sus miembros.

De esta forma tanto la Seudomutualidad, como la Seudohostilidad pretenden borrar los sentimientos desagradables, los deseos inaceptables, las propensiones amenazadoras y en definitiva, la verdadera emoción, ya que consiguen ahogar sus tensiones, los impulsos e incluso las percepciones. Por lo que ambas son mitos familiares, sostenidos por modelos de conducta, según los cuales es peligroso apartarse de las expectativas fijadas por la familia. Ya que el temor al conflicto o la separación intrafamiliar y el deseo común de evitarlos generan la fachada de armonía de la seudomutualidad y el miedo a la intimidad y la proximidad crea el altercado persistente de la seudohostilidad. (Simon, F. 1988).

Así mismo el Enmascaramiento, que también confunde la comunicación tiene que ver con la capacidad de ambos progenitores o uno de ellos para ocultar situaciones perturbadas dentro de la familia y actuar como si no existiera. El enmascaramiento suele incluir un alto grado de autoengaño, así como un esfuerzo por ocultar algo a los demás, pero implica una negación tanto consciente como inconsciente. El progenitor es incapaz de aceptar o modificar la situación, la desconoce y actúa como si la familia constituyera un cuerpo armonioso y homogéneo que satisface las necesidades de sus miembros. Por lo que los hijos que crecen en esos hogares perciben que algo no anda bien, pueden llegar a sentir un hondo resentimiento contra el progenitor más intacto que no hace nada para protegerlos de dicha situación. Se siente desconcertado, pero finalmente aprende a enmascarar o a desentender lo evidente, sus esfuerzos por justificar la situación o por aceptarla, hace que tienda a distorcinar sus sistemas de valores (Bateson, 1982).

En este sentido Broustra señala que la familia seudomutual, presenta en forma discordante al consenso familiar a un ser que es denominado como enfermo; por tanto la persona "enferma" se le aparta del grupo, se encuentra aislada, ya que manifiesta conflictos reales, los cuales son ocultados por una familia en apariencia sin problemas. Esta Seudomutualidad no es más que una construcción frágil que trata de ocultar grandes discordias, las cuales pueden salir a la luz en cualquier momento, si uno de los miembros tiene acceso a una expresión auténtica. (Broustra, 1979).

Por lo que el acceso delirante del Psicótico, supone un discurso que pone en peligro esta Seudomutualidad, quedando la familia amenazada, ante la posibilidad de elegir posturas contra-

dictorias y viviendo este discurso engañoso como una provocación y como incitación. Es por eso la necesidad de situar dicho discurso en lo absurdo, argumentando un trastorno. Por el contrario cuando el sujeto se queda callado (posición autista o depresiva), la familia vuelve a encontrar su cohesión y su seguridad.

En esta dirección Laing advierte que el delirio, lejos de ser absurdo, es de hecho la transcripción imaginaria de las contradicciones establecidas entre un "enfermo" y su entorno, el cual podría ser la familia.

Laing explica el carácter cerrado de estas familias de escaso intercambio con el exterior, seguidas de un discurso aparentemente muy unido. Bajo estas condiciones, el sujeto no puede situar posibilidades de agresión dentro de la familia, el peligro provendrá siempre del exterior. Por ejemplo la persona nunca había enfermado, sino hubiera tenido adversos encuentros con amigos poco serios, o por alguna novia que tuvo una influencia nefasta sobre él, etc. Estas creencias se fortalecen por una política interior que tiende a mantener al sujeto en un campo cerrado de significantes.

El conflicto que se origina en las diferencias entre los miembros de la familia y las necesidades e intereses contrarios, pueden constituir una fuerza divisoria en el aspecto negativo, ciertas parejas y terceros dentro del grupo, pueden aliarse y escindirse de la entidad más amplia. Algunas de estas escisiones son reversibles, pero otras son irreversibles, unas pueden ser duraderas y persistentes y otras tienen un carácter fugaz y desvaneciente, algunas son apropiadas y benignas, pues se a observado que a la larga favorecen el crecimiento y la salud, otras son inapropiadas y malignas, ya que pueden contribuir al funcionamiento desordenado y a la enfermedad.

### 3.6 TEORIAS ACERCA DEL DOBLE VINCULO.

La comunicación es un proceso de dar y recibir información verbal y no verbal en un contexto social, donde tiene lugar no solo la interacción sino también la transacción, por lo que se comprende que a través de éste se desarrolla todo crecimiento positivo o negativo de la persona dentro de contextos esclarecedores o negativos y confusos. El mensaje Verbal "Comunicación Digital" puede estar en contradicción con el mensaje no verbal o simbólico "Comunicación Analógica". La primera indica el contenido y la segunda la relación. Los diferentes niveles en que se da el acuerdo o desacuerdo entre el contenido y la relación, daran lugar a diferencias estructurales de relación. Si hay acuerdo entre el contenido y la relación obviamente la situación es positiva; por el contrario la discordia entre las dos clases de mensajes dara lugar a una comunicación negativa y confusa, ya que por ejemplo, el tono de voz, la expresión facial o los gestos, no coinciden con el contenido de las palabras. La situación será turbia y ambigua, por lo que debe redefinirse a un nivel que permita aclarar el significado del mensaje. Por eso cuando un individuo está sometido a mensajes contradictorios no puede

diferenciar uno del otro, por que la actitud niega el contenido del mensaje. Se origina lo que se conoce como "Doble Vínculo". (Speier, 1983; Watzlawick, 1984).

El vínculo es una forma de relación que frecuentemente se encuentra encubierta en todo tipo de relaciones. En términos Psicoanalíticos, pueden distinguirse tres niveles de vínculos:

En el 1er. nivel se aborda la necesidad predominante elemental, de la satisfacción de los deseos más vivos.

En el 2º se fundamenta en el marco de los procesos cognitivos (intercambio de percepciones, pensamientos y sentimientos), en donde la familia puede pensar que comparten las mismas creencias, puntos de vista e incluso puede llegar a creer que saben los pensamientos de los otros. Y

En el 3er. Vínculo está asociado a los aspectos de la traición a la lealtad, abierta o encubierta, puede provocar sentimientos de culpa y desembocar estilos de vida autodestructivos. (Simon, F. 1988).

Esta interacción de varias personas unidas, es lo que constituye el vínculo familiar. Ya en 1956 Bateson, intenta explicar la génesis de esta psicosis, causado por un trastorno en la comunicación. Observando al mismo tiempo que en las poblaciones sometidas a la influencia de culturas contradictorias son las que presentan la Psicopatología. (Berger, 1993).

La relación de Doble Vínculo ha sido estudiada básicamente en sus aspectos más patológicos, como es en la Psicosis, Esquizofrenia.

Ackerman y Bruch (citados en Speier, 1983) ponen en tela de juicio la patogenicidad del Doble Vínculo, al comprobar que muchos neuróticos y personas "normales", también fueron expuestos a tal tipo de relación. Alanen opina que el factor fundamental es la intensa y perdurable contradicción en los mensajes que se transmiten en las familias de Esquizofrenicos. (Speier, 1983).

Sopesando las distintas opiniones, Watzlawick concluye que sin duda el Doble Vínculo, puede ser un modo de relación común, pero adquiere su alto grado de patología, donde existe la condición de amenaza, inescapabilidad y reiteración. (Watzlawick, 1984).

Así mismo Bateson define al Doble Vínculo como una situación absurda, sin salida posible; en el que la mayoría de los casos existe una advertencia negativa, que no es más que la amenaza de castigo o de abandono, y en contradicción con una advertencia negativa secundaria menos explícita y por último, una tercera advertencia negativa, que priva al sujeto de toda solución posible. Esta trampa del Doble Vínculo se establece en la totalidad del lenguaje, no solo en el discurso, sino también en la entonación y en los gestos. (Berger, 1993).

Bateson y Coles, centran su atención en ciertos mensajes conflictuales; los cuales se transmiten al hijo en diferentes niveles. Dicho autor, considera que las madres de pacientes Psicóticos, atrapan al hijo en sentimientos opuestos, ya que por un lado manifiestan en forma verbal amor y atención, pero por otro lado rechazan las tendencias de su hijo al cuestionarla y responderle. Por lo que los sentimientos básicos de la madre hacia su hijo están inmersos en sentimientos de hostilidad o

ansiedad, si a esto se le agrega la incapacidad de la madre para enfrentar tales sentimientos, se puede observar que la única alternativa que le queda es negar y atenuar, o bien tapar tales sentimientos, mostrando una conducta benevolente. (Johnson, 1987).

De esta forma se puede advertir que diversos autores han constatado este ambiente familiar especial, en el que el Doble vínculo y la Seudomutualidad, son tipologías de familias Psicóticas.

A continuación se expondrá la descripción de la teoría del Doble Vínculo, en el cual la situación básica es la siguiente:

1.- El individuo está involucrado en una fuerte relación, es decir, en una relación intensa, en la cual siente que es vitalmente importante que discrimine con precisión qué tipo de mensaje se le está comunicando, con el fin de poder responder apropiadamente.

2.- El mensaje emitido por la otra persona es expresado en dos ordenes distintos y al mismo tiempo; es decir son complementarios y contradictorios y uno de ellos niega al otro.

3.- La experiencia se repite constantemente, sin que el sujeto pueda comentar los mensajes expresados, ni determinar a cual de ellos debe responder. (Bergler, 1993.).

A manera de ejemplificar lo anterior se ilustrará la situación de Doble Vínculo. Supongamos que la madre expresa simultáneamente por lo menos dos tipos de mensajes I. Conducta hostil o retraimiento, cada vez que el niño se le acerca y II. Conducta simulada de amor o acercamiento, cuando el niño tiende a retraerse.

El problema de esta madre, consiste en dominar su ansiedad controlando la proximidad y la distancia entre ella y su hijo. Es decir, si la madre comienza a sentir afecto y deseos de proximidad con respecto a su hijo, se siente en peligro y debe alejarse de él; pero no puede aceptar este acto hostil y, para negarlo, debe simular afecto. Lo esencial es que su conducta amorosa es entonces una compensación de su conducta hostil. Sin embargo, por su naturaleza niega la existencia de los sentimientos hostiles.

De esta forma la comunicación contradictoria aparece cuando dos o mas mensajes se oponen entre sí. Por ejemplo:

"Ven aquí... No aléjate".

"Te odio... No te amo".

"Estoy feliz... No estoy triste".

(Satir, 1993).

La madre utiliza las respuestas de su hijo para afirmar que su conducta es cariñosa, y como ésta es simulada, el niño se encuentra en una posición en la que no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre, si desea mantener su relación con ella.

Es decir, el niño debe distinguir la diferencia entre la expresión de sentimientos simulados y la de sentimientos reales. Como consecuencia, el niño se ve obligado a distorsionar sistema-

ticamente su percepción de las señales, por ej. si la madre comienza a sentir hostilidad (afecto) hacia su hijo y también siente el impulso de alejarse de él puede decirle: Vete a la cama; estas muy cansado y quiero que descanses. Esta frase aunque aparentemente cariñosa tiene como finalidad negar un sentimiento que podría verbalizarse de la siguiente forma: Sal de mi vista, porque no quiero estar cerca de ti. Si el niño interpreta correctamente las señales tendría que asumir el terrible hecho de que su madre no lo quiere y que lo está engañando con su conducta afectuosa. En consecuencia tenderá a aceptar la idea de que está cansado, antes que reconocer el engaño de su madre. Esto significa que debe engañarse a sí mismo respecto de su propio estado interno para ayudar a su madre de su engaño. Para sobrevivir junto a ella, debe discriminar en forma errónea sus propios mensajes internos, así como los mensajes procedentes de otras personas. El problema es sumamente complejo ya que si el niño acepta como real la conducta amorosa simulada por su madre, la forma como va interpretando los acontecimientos se van disimulando y por tanto buscará acercarse a la madre, ésta aproximación causaran sentimientos de temor y desamparo en ella, quien buscará alejarse. Pero si el niño se da cuenta de la situación real, y él decide apartarse, ella interpretará este alejamiento como una afirmación de que no es una madre amorosa y lo castigará por alejarse, o bien puede ser que lo busque para acercarlo. Si entonces el niño se le acerca, ella responderá alejándolo. Por consiguiente el niño es castigado por interpretar correctamente lo que expresa su madre, y también es castigado por interpretarlo erróneamente: está atrapado en un Doble Vínculo. (Berger, 1993).

La Hipótesis central de Bateson, es que una persona atrapada en una situación comunicacional de doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. Dicho autor señala que la raíz de la patología no debe buscarse en alguna experiencia traumática específica de la vida infantil, sino más bien en patrones secuenciales característicos de la comunicación padres-hijo que se establece desde la más temprana edad del niño. Tal situación comunicativa es esencial para la seguridad de los padres y, por lo tanto para la homeostasis familiar. (Bateson, 1971).

En este sentido Espina y cols. (1994), señalan que sobre la relación de pareja, los padres de pacientes esquizofrénicos pueden ser entendidos en base a las alteraciones de la comunicación que son frecuentes con un hijo esquizofrénico, observan que cada miembro de la pareja percibe de manera diferente su relación, debido posiblemente a la falta de comunicación, de esta forma lo que para uno puede ser demostraciones afectivas frecuentes, para el otro puede ser falta de afectividad. Es así como las distorsiones en la percepción en el área conyugal, pueden extenderse a otras áreas de relación como por ejemplo con los hijos, incluso llegando a dar mensajes paradójicos en el seno de la familia.

El patrón familiar característico que ha surgido del estudio de familias de esquizofrénicos no incluye tanto a un hijo sometido a un descuido total o siquiera a un trauma evidente, sino a un hijo cuya autenticidad se ha visto sometida, a menudo involunta-

riamente, a una mutilación sutil, pero persistente, cuyo resultado final se alcanza cuando, independientemente de como una persona actúe o se sienta, o de la importancia que de a su situación es despojada del significado que tiene para ella, de modo que queda totalmente confundida y alienada. (Lam, 1991).

Bajo esta dirección Lidz y colaboradores parten de la hipótesis de que el paciente esquizofrénico escapa de un mundo intolerable en el que se siente impotente para enfrentar conflictos insolubles, mediante el recurso de interpretar imaginativamente su simbolización de la realidad, así el paciente puede recuperar el dominio que poseyó en la infancia, antes que su realidad estuviera firmemente estructurada, cuando aún se sometía a la fuerza de sus deseos. Puede resultar un recurso fascinante porque es autosuficiente, pero amargo en cuanto es aislador. (Lidz, 1971).

Lidz, propone que el paciente esquizofrénico es más propenso que otros a interpretar de otra forma la realidad porque su apoyo en la prueba de realidad es precaria ya que se ha criado en medio de la irracionalidad y ha estado en contacto crónico con comunicaciones intrafamiliares que distorsionan y niegan lo que debería ser la interpretación obvia del medio, incluyendo el reconocimiento y la comprensión de los impulsos de los miembros de la familia. (Ibid).

Por lo que no es raro encontrar en las alucinaciones de la construcción Psicótica que el paciente afirma que su mente es controlada por máquinas y hombres del espacio. Pero tales construcciones son en gran medida corporizaciones del proceso familiar. Esto no es otra cosa que la forma como los miembros de la familia dominan literalmente la mente del paciente Psicótico. (Cooper, 1985).

En esta línea teórica sería de interés mencionar las conclusiones referidas por Doane y colaboradores (1981) en un intento experimental por evaluar el rol que juegan los factores familiares en el desarrollo de los desórdenes esquizofrénicos. Este autor afirma que una combinación de comunicación parental desviada y un particular estilo afectivo resultan estadísticamente predictivos de satatus psiquiátrico. Así, adolescentes cuyos padres tenían un estilo afectivo patológico de comunicación y altos niveles de comunicación desviada desarrollaron esquizofrenia durante el período de adultos jóvenes. La ausencia de estilo afectivo patológico y de comunicación desviada se asoció con un desarrollo benigno y ninguna de estas variables parentales por si solas tuvo valor predictivo. La comunicación desviada se conceptualizó en términos de ausencia de compromiso con las ideas expresadas, comunicación confusa de ideas, anomalías del lenguaje, discurso disruptivo y problemas de cierre.

### 3.7 MITOS FAMILIARES.

La concepción del paciente como chivo expiatorio de la patología familiar subyacente representa una divergencia del punto de vista tradicional, que supone que los trastornos intrapsíquicos centrados en el paciente son los principales factores determinantes del funcionamiento perturbado. Por lo que la premisa es que la familia ha estado guardando secretos durante un

largo tiempo, perpetuando mitos y presentando imágenes distorsionadas entre sí. El enfrentamiento de los miembros con la verdad se considera de valor terapéutico. Virtualmente todos los terapeutas concuerdan en que los factores intrafamiliares adversos constituyen una de las principales causas que contribuyen a la psicopatología. (Page, 1982)

Los mitos familiares funcionan al igual que los mecanismos de defensa, como mecanismos protectores que salen a la luz cuando los miembros distorsionan conjuntamente la realidad de sus relaciones, con el fin de evitar el dolor y el conflicto, y para negar, racionalizar u ocultar lo que se han hecho unos a otros. Es necesario señalar que las funciones de defensa y protección se complementan si una familia desea negarse sus conflictos y problemas a sí misma, por lo que a menudo les resulta necesario vender esos mitos al mundo exterior. (Gallego, 1986).

En este sentido los secretos familiares se refieren a temas cargados de intensos sentimientos de temor, vergüenza y culpa. Está prohibido hablar abiertamente de ellos, aunque toda la familia los conoce. El tabú que impide la revelación de los secretos tienen por objeto principalmente evitar la mortificación y el conflicto. (Simon, 1988).

El contenido de los secretos familiares, como observo Tarrier (1989), por lo general se relaciona con la vida sexual de los padres, los hijos ilegítimos, matrimonios anteriores etc. Se tratan de sucesos o acciones que la sociedad en general, considera vergonzosos, y cuya revelación tendría dolorosas consecuencias para la autoestima de las personas implicadas.

Los principales mitos familiares pueden clasificarse en:

A) MITOS DE ARMONIA: Aparentan ser una familia perfectamente feliz, aunque es fácil ver la contradicción de esta fachada de Seudoarmonía (seudomutualidad) y la discordia que realmente existe entre sus miembros. (Simon, 1988).

B) MITOS DEL PERDON Y LA EXPIACION: Se observan procesos de separación, negación idealización e intensa proyección. Aquí el mito tiene una estructura en la cual uno o más personas, ya sean vivas o muertas, pertenecientes o no al núcleo familiar, son las únicas responsables de la situación en la que se encuentra la familia. Esas personas, además de cargar sus propias culpas, le delegan la culpa de la que desean librarse otros miembros de la familia. (Como puede ser el rol que ocupa el Chivo emisario). (Simon, 1988).

C) MITOS DE RESCATE: Se atribuyen poderes mágicos a una persona ajena a la familia y se le considera un salvador o benefactor; esperando que logre alcanzar todas las metas que no pudo lograr un padre, hermano, conyuge, abuelo, etc. (Con frecuencia, este mito lo ocupa el Terapeuta). (Simon, 1988).

### 3.8 ROLES.

Cuando emerge una Psicosis en el ámbito Familiar, se descubre que previo a ello, había un grado determinado de inseguridad, que se había instalado en el seno de ese grupo. Esto significa que un miembro del grupo familiar, asume un rol nuevo, se transforma en el porta-voz y depositario de la ansiedad del grupo, ya que se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación en un proceso interaccional de adjudicación y asunción de roles, que compromete tanto al sujeto depositario como a los depositantes. (Pichon, 1980).

Spiegel (Citado en Bateson, 1982), menciona que la reciprocidad de los roles requiere de comprensión y aceptación compartidas de los roles de cada uno de los progenitores, de esta manera las metas motivacionales y la orientación razonable y compartida con respecto a los valores culturales, da confianza mutua, permitiendo así una comunicación eficaz entre los miembros de la pareja.

Los roles se refieren a la totalidad de expectativas y normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de un miembro de la misma. En consecuencia, un rol es equivalente a la expectativas de conducta, que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dado. La familia es un subsistema social en el cual determinados miembros asumen ciertos roles con respecto a los demás. (Simon, 1988).

De esta forma Gallejo (1986) afirma que el Psicótico asume un rol de Chivo Emisario, de una familia altamente enferma, en esa familia el paciente se Psicotiza, cuando el monto de ansiedad se le hace insoportable, siendo el brote una pedido de ayuda y una búsqueda que le permite soportar todo el monto de sufrimiento. Ante esta demanda, la familia actúa la mayor parte de la veces internándolo; haciéndose así el paciente, el depositario de la patología familiar, que asumiendo el rol asignado por la familia, ayuda transitoriamente a equilibrar el intercambio familiar, en el que marginan y expulsan dentro de su seno a un "loco", quedando así supuestamente la familia "sana".

Sin embargo, se ha encontrado en los padres de los pacientes Psicóticos, que su relación está caracterizada por una amplia variedad de problemas y la dificultad para adaptarse a ellos. En un estudio realizado con 8 familias de pacientes Esquizofrénicos, Bateson y cols. encontraron que en la relación marital, ninguno de los progenitores obtenía apoyo del otro para satisfacer sus necesidades emocionales; por el contrario, uno trataba de obligar al otro a adecuarse a sus expectativas, encontrándose así con un desafío abierto o encubierto; en el que los problemas y las satisfacciones no se compartían en lo absoluto, o en el mejor de los casos, sólo en una medida pequeña. Básicamente el egoísmo de cada conyuge trataba de cumplir sus necesidades y objetivos, dejando a un lado las necesidades del otro, logrando con ellos el resentimiento y la mala voluntad. Otro rasgo particularmente perjudicial en dichos matrimonios, es la desvalorización que uno de los conyuges hace del otro frente a los hijos. En dichos matrimonios abunda la amenaza de separación, la cual es postergada por recuperar el equilibrio, sin embargo, ninguna de ambas partes se esfuerza por alcanzar una mejoría o por encontrar

alguna gratificación en el matrimonio. Así mismo era evidente que la comunicación en estos matrimonios estaba seriamente impedida por el alejamiento mutuo y el enmascaramiento de los motivos, puesto que en lo que se decía y admitía difería de lo que en realidad se sentía y se hacía. De esta forma los abuelos o los hermanos, solían desempeñar parte de los roles que correspondían, ya sea a la madre o al padre. Por lo que el vínculo y la dependencia emocional de uno de los cónyuges o de ambos, solía estar relacionado con una figura parental, lo cual impedía ser transmitida a su pareja.

De éste modo había un miembro de la pareja sumamente dependiente que acababa aceptándolo, incluso apoyando las debilidades o distorsiones enfermas del otro, porque sus necesidades de dependencia se veían satisfechas.

En todos estos casos los roles difusos llevaban a incrementar los problemas emocionales, transformando al matrimonio en un encuentro hostil, en que la pareja resultaba perdedora, ya que las exigencias y desafíos conducían a dividir la familia. (Bateson, 1982).

Virtanen y Keinänen (1989) señalan que aparentemente se establecen nuevos roles y patrones de relación poco tiempo después del brote inicial del paciente, aunque no es posible precisar el momento en que se efectúan estos cambios; sin embargo, la opinión de los autores es que la redefinición de las relaciones familiares tiene lugar durante el primer año después del surgimiento de la enfermedad. La familia siente necesidad de un cambio al principio de la crisis, sin que necesariamente tenga idea acerca del contenido, contexto o dirección deseados para tal cambio. Al tener que reconocer que el paciente no es el elemento "malo", sino que está enfermo, lo que sin embargo no le quita sino cronifica su rol de chivo expiatorio. Posteriormente, las circunstancias y relaciones en la familia parecen permanecer inmutables por varios años.

### 3.9 FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL.

Lidz y sus colegas (1971), establecieron esencialmente la hipótesis básica de Bateson, el cual sugiere que los pacientes esquizofrénicos, casi siempre surgen en hogares en los que se suscitan rivalidades anormales entre los padres. Estudiando a 16 familias de pacientes esquizofrénicos, observaron que ninguna familia, estaba razonablemente bien integrada. La mayor parte de los matrimonios de estas familias estaban desintegrados, debido a tremendos conflictos entre los cónyuges, lo cual hacía que la familia se dividiera en bandos hostiles en torno a cada uno de los padres, ya que éstos desafiaban los deseos del otro y socavaban su mérito ante los hijos, así como también buscaban ganarse a los hijos y utilizarlos como sustitutos emocionales. Los hallazgos de Lidz, relacionan la estructura familiar trastornada con la psicosis, especialmente la Esquizofrenia.

Lidz señala que en una familia normal:

- 1.- Los roles familiares son precisos y fijos, comprendidos y aceptados por todos.
- 2.- Permiten la confianza, la comunicación y la estima.

3.- Definen con claridad las fronteras entre las generaciones y entre las obligaciones ligadas al matrimonio. son asumidas y la emancipación de la tutela paterna es afectiva. los miembros de la pareja no se comportan ni como hijos, ni como rival de los hijos. El papel de los padres es asumido y permiten una identificación correcta a los hijos.

4.- Los distintos papeles son una fuente de amor y de buen entendimiento. (Lidz, 1971).

Bajo esta vertiente Gallejos (1986), menciona que las características de una familia Adulta y Madura son:

I. Coalición Parental Fuerte. - Es decir que en los padres exista plena claridad de las reglas que dictan. Así como complementariedad en el rol del padre y de la madre. Así pues, cada progenitor, además de cumplir con su propio rol, debe apoyar el rol del otro, a través del respeto, prestigio, autoridad y valor emocional frente a los otros miembros de la familia.

II. Comunicación Abierta. - En la cual no hay secretos, pues éstos por lo general son patológicos, ya que significa que hay información privada en la pareja.

III. Expresión Afectiva. - Se espera que la expresión de los afectos sea libre y espontánea dentro del núcleo familiar, es decir que sea abierta y fluida. Es por eso que les compete a los padres la capacidad de dar desde su rol de adultos, el apoyo y el afecto.

IV. Capacidad de Resolución de Conflictos. - Aquí se expresa el problema, no se posterga, no se ignora, y no se distorsiona, es conocido por todos los miembros de la familia. No sólo se reconoce el conflicto, sino que además se trata de dar soluciones.

V. Respeto por la Autonomía de los Miembros. - Se respetan los problemas de cada edad, ya que se respeta la capacidad individual, para pensar de una manera autónoma. La pareja respeta sus intereses como pareja y como individuos, no sólo como padre y madre. Y en la adolescencia de los hijos, se establece más fuerte el enlace de la pareja, para ser modelos a los hijos, facilitando de esta forma que ellos busquen su propia familia.

La inversión patógena de la familia, según la escuela de Lidz es: La familia del Esquizofrénico, no permite que el niño se identifique, ya que se le presentan modelos contradictorios que determinan pensamientos paralógicos. Existe una división de la pareja debido a los trastornos de la comunicación entre ellos, la incapacidad de cada uno para vivir sus emociones y soportar las del otro, ocasionando una dominación viril donde la mujer es excluida, o viceversa donde la mujer excluye al marido. Se caracteriza por la presencia de rasgos francamente patológicos. Sin embargo se establece en la familia una especie de equilibrio alrededor de ese personaje que impone a los miembros de la familia sus ideas irreales, creandose para todo el grupo un ambiente anormal y patógeno.

Es muy raro el paciente cuya historia familiar no incluya uno o más de los siguiente ítems desfavorables:

- \* Hogar destrozado
- \* Muerte temprana de uno o de ambos progenitores.
- \* Divorcio real o emocional de los padres.
- \* Padres sobre-protectores, sobreexigentes o rechazantes.
- \* Rivalidad Fraternal.
- \* Discordia Matrimonial o familiar.
- \* Conducta desviada en algunos miembros de la familia.
- \* Disciplina incoherente o severa, etc.

Sin embargo estos signos patogénicos se observan con frecuencia en los antecedentes de familiares de individuos no necesariamente psicóticos, sino Neuróticos. (Lidz, 1971).

A finales del decenio de 1950 ya se habían hecho los preparativos para dar el siguiente paso: una selección de los rasgos organizativos de las familias que producían miembros problemáticos. La temprana investigación familiar se había efectuado con familias de psicóticos, pero las familias que empezaron a estudiarse durante los sesenta, eran familias pobres y en desventaja socioeconómica, que producían personas problema como: sociopáticas y no siempre Esquizofrénicas. (Hoffman, 1992).

El primer intento por lograr una tipología organizativa procedió de un proyecto de investigación planeado por Salvador Minuchin, Braulio Montalvo y otros para estudiar las familias de muchachos delincuentes. Las familias de estos muchachos parecían dividirse en dos categorías. Una fue caracterizada como familia "enredada" y la otra familia fue la "apartada". En la familia apartada, parecía manifestarse una ausencia relativa de conexiones poderosas, y los nexos de relación entre los miembros de la familia eran débiles o inexistentes. Por contraste, la familia enredada se parecía a un sistema activador por error, con una gran resonancia entre las partes. El estilo apartado dio a los investigadores la impresión de que los miembros de la familia tienen largos momentos en que se desplazan como en orbitas aisladas, sin relación entre sí. Actúan como partes de un sistema tan sueltamente relacionado que desafía el concepto clínico de que un cambio en una parte de un sistema será seguido por cambios compensatorios en otras partes. La familia enredada se caracterizaba por una íntima interrelación de sus miembros, su calidad de conexión es tal que los intentos de un miembro por cambiar provocaba una rápida resistencia complementaria de parte de los demás. Minuchin, observó que la familia continuamente evitaba el conflicto valiéndose de terceras partes. Cada vez que dos personas no estaban de acuerdo y trataban de solucionar algún problema, una tercera intervenía y lo obstaculizaba.

En este tipo de familia rara vez ocurren transacciones diádicas: la interacción es tridica o de grupo. Se caracteriza por una secuencia rígida, que promueve un sentido de vaguedad y confusión en todos los miembros de la familia. Por ejemplo si uno de los padres critica a uno de los hijos, el otro padre o un hermano interviendra para proteger al niño, y entonces otro miembro de la familia se pondra del lado del que critico o del criticado. El asunto original se vuelve difuso, solo para reaparecer mas tarde en una secuencia similar, y quedar similarmente sin

solución. De tal forma que se podría decir que hay una incapacidad de las coaliciones para permanecer estables indica un tipo especial de estructura, cuyos sistemas y subsistemas están tan enredados que cada vez que hay un conflicto de reglas o intereses habrá una pugna sobre qué conjunto de alianzas debe predominar. (Hoffman, 1992)

### 3.10 EMOCION EXPRESADA.

Para concluir con lo anteriormente expuesto, se hace necesario captar claramente que el grupo familiar constituye un microcosmos social integrado por un círculo de influencias comunicativas y recíprocas entre los miembros que integran la familia.

Existe una coincidencia en señalar la elevada frecuencia en el que el paciente, es el símbolo y el depositario de los aspectos alienados de su estructura social, portavoz de su inseguridad y clima de incertidumbre.

Brown, en 1958 constato que un 60 % de los Esquizofrénicos que tras un ingreso regresaban a su casa, con sus familiares, recaían en el plazo de nueve meses, mientras que este porcentaje era muy inferior en los que iban a hogares protegidos, o a residir con otros pacientes. (Cabrero, 1988).

Allen Frances (1987) señala que en los pacientes que regresaban a sus hogares, el índice de recaídas era significativamente menor, sólo en aquellos casos en que la madre trabajaba fuera del hogar.

Una de las líneas teóricas más sólidas de la investigación actual se enfoca a estudiar la influencia de los factores familiares en el curso de la enfermedad una vez que ésta se ha manifestado. Así, se ha examinado el impacto del medio familiar estresante encontrándose que pacientes que regresan a vivir con familiares que muestran altos niveles de emociones expresadas (EE) presentan significativamente más recaídas entre los 9 meses y los 2 años de seguimiento que aquellos pacientes que regresan a un medio bajo en emociones expresadas. (Leff, 1989; Virtanen, 1989; Bellack, 1993).

Según Kuipers y Hebbington (1988) esta medida es un compuesto basado en hostilidad, sobreinvolucramiento emocional y numerosos comentarios críticos. Se deriva empíricamente de la grabación de una entrevista familiar semiestructurada y depende no sólo de los contenidos de ésta sino también de la evaluación de los atributos vocales: velocidad, tono y énfasis de la voz de los participantes. Dichos autores señalan que un reanálisis de la información sobre emociones expresadas apoya la idea de que éstas reflejan una necesidad de controlar la situación, siendo las críticas y el sobreinvolucramiento estrategias que reflejan esta necesidad.

Se pueden hacer varias mediciones, pero aquellas que se han encontrado predictivas de esquizofrenia subrayan dos atributos distintivos de los familiares: críticas y hostilidad y sobreinvolucramiento emocional.

Las críticas se definen como disgusto o desacuerdo con la conducta o características de la persona; implican intolerancia y desaprobación. La hostilidad es una expresión más franca de estos

sentimientos como por ejemplo: la hostilidad raramente se presentan sin críticas, tiene relativamente poco valor como predictor independiente. Ambas medidas pueden ser encontradas en un amplio espectro en los familiares y reflejan dificultad en tolerar, y a veces, entender las situaciones. En cuanto al sobreinvolucramiento emocional comprende aspectos de sobreprotección, autosacrificio y perturbación emocional. El paciente es percibido como menos competente y más vulnerables que antes de la enfermedad, produciéndose un retroceso en los procesos de individuación y separación, propios de un adulto. El sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y altos niveles de ansiedad en los padres. (Kuipers y Behbington, 1988).

Allen, F. (1987), utiliza el término de Emoción Expresada para señalar el contacto frecuente que tiene el paciente con sus familiares, y cuya característica principal es la censura, con una fuerte connotación de agresión crítica, comentarios hostiles hacia el paciente, y una excesiva preocupación por la enfermedad del mismo, que llegaba incluso a ser asfixiante para el enfermo, ya que seguían todos sus movimientos, con la finalidad de protegerlo, a esto se le llamo "involucramiento afectivo".

Brown y Leff (Citados en Terrier, 1989), aplicando el concepto de Emoción Expresada, encuentran en el seguimiento de dos muestras significativamente amplias, que los enfermos que después de su alta, vuelven a familias con alta Emoción Expresada, tienen una probabilidad del 50% de tener una recaída en los nueve meses siguientes, mientras que los que viven con familias con baja Emoción Expresada tiene un 15% de recaídas.

El contacto social con los familiares se midió construyendo una división de tiempo de una semana y sumando el número de horas que el paciente y los familiares con Emoción Expresada alta pasaban juntos en las mismas habitaciones. Si el contacto "cara a cara", como fué denominado, excedía más de 35 horas semanales, se consideraba que el paciente estaba bajo un contacto familiar elevado. Se constató que los pacientes en hogares con alta Emoción Expresada que tomaban regularmente la medicación de mantenimiento y tenían poco contacto cara a cara tenían una cantidad de recaídas, a lo largo de nueve meses, tan baja como los pacientes con familiares de baja Emoción Expresada. (Ibid).

Por lo que se piensa que:

\* En los pacientes con familias de Emoción Expresada alta, pueden ser consideradas factores de protección de las recaídas: la disminución del contacto cara a cara y el mantenimiento del tratamiento con Neurolepticos.

\* La protección de los Neurolepticos es de gran importancia cuando no se consigue disminuir el contacto cara a cara.

\* El mantener el tratamiento con Neurolepticos tiene una incidencia poco relevante en las recaídas de los pacientes con familiares de Emoción Expresada alta, que tienen un contacto menor cara a cara, y en aquellos cuya familia es de Emoción Expresada baja. (Cabrero, 1988).

Hahlweg y colaboradores (1989) señalan que la manera en que los familiares con bajas emociones expresadas contribuyen activamente a la prevención de recaídas, parece ser a traves de adecuadas estrategias para la solución de problemas junto a una atmos-

fera familiar positiva y neutral. Estos autores indican que el análisis secuencial analítico de las discusiones familiares muestra que las familias con altas emociones expresadas establecen patrones comunicacionales de escalada negativa por largos períodos de tiempo, comparadas con familias de bajas emociones expresadas que son capaces de escapar a este círculo vicioso.

Sturgeon y colaboradores (1984) indican que lo significativo de las críticas y el patrón comunicacional de escalada negativa en las familias de altas emociones expresadas se adecúa bien con el modelo estrés-vulnerabilidad: existe alguna evidencia empírica respecto a la interacción entre la atmósfera familiar y los elevados índices de emociones expresadas en la familia, que conducen a un estado crónico de hiperactividad en el paciente.

En realidad no se sabe si todas las familias con bajas emociones expresadas son un medio óptimo para los pacientes; es posible que algunas familias puntúen bajo esta dimensión debido a la falta de interés en el paciente. Vivir con estas familias puede no producir recaídas, pero causar un aumento de los síntomas negativos a falta de estimulación. (Virtanen, 1989).

Al respecto, una investigación efectuada por Mintz y colaboradores (1989) confirmó que los padres de altas emociones expresadas perciben el inicio del primer brote mucho antes de la hospitalización o tratamiento farmacológico para el paciente, en comparación con la percepción de los padres bajos en emociones expresadas. Estos últimos subestiman la duración de la enfermedad consistentemente con su estilo benigno general de ver el desorden del hijo.

La investigación actual sobre emociones expresadas más bien sugiere que algunos medios emocionales proporcionan más protección para los pacientes que otros.

Bellack y Mueser (1993), en un artículo de reciente aparición plantean adecuadamente la situación actual del constructo teórico acerca de las emociones expresadas. Ellos afirman que su validez ha sido convenientemente apoyada por observaciones conductuales directas que sugieren que los padres con altas emociones expresadas son más críticos e intrusivos hacia el hijo enfermo que los padres con bajas emociones expresadas. A pesar de la evidencia que apoya el constructo de las emociones expresadas, la utilidad pronóstica y el significado de los hallazgos al respecto ha sido arduamente debatido en la última década. Un problema ha sido que los resultados de los estudios no son tan monolíticos como algunos investigadores sugieren; por ejemplo, algunos estudios han fallado en prevenir recaídas, la utilidad predictiva de las emociones expresadas en mujeres no ha sido nunca convincentemente demostrada y se ha puesto una atención inadecuada a los factores culturales; finalmente se ha pensado que sólo algunas dimensiones de las emociones expresadas predicen recaídas tales como: críticas negativas, ausencia de apoyo, inducción de culpa, intrusión y hostilidad.

A medida que la investigación sobre los factores familiares en la esquizofrenia ha progresado, se ha producido una tendencia a conceptualizar las emociones expresadas y la responsabilidad familiar como un proceso interactivo. En este modelo las conduc-

tas disruptivas y sintomáticas de los pacientes son vistas como aumentando la probabilidad de que los miembros de la familia respondan con estrés, comunicación con elevadas emociones expresadas, lo que a su vez exacerba los síntomas del paciente conduciendo a un círculo vicioso. Esta interacción puede ser posteriormente afectada por la actitud de los padres acerca de las causas de la conducta del paciente. Contrariamente, un medio familiar no cargado emocionalmente, socialmente reforzador, puede promover una gradual mejoría del funcionamiento del paciente mientras actúa como bloqueo contra los efectos nocivos del estrés. Así las intervenciones familiares efectivas en la esquizofrenia se focalizan no sólo en mejorar los logros de los pacientes sino también en reforzar las habilidades de afrontamiento de los familiares. (Lam, 1991).

Leff (1989) afirma que la esquizofrenia es particularmente vulnerable al estrés emocional. La familia que representa las más intensas relaciones emocionales en el medio social del paciente, tiene la capacidad de aumentar el estrés o aliviarlo.

Sin embargo muchos de los problemas que los profesionales de la salud enfrentan al tratar con los padres de los pacientes han sido retomados por modelos simplistas sobre las causas y el tratamiento de la Esquizofrenia.

Tal como lo señala Strachan (1986) actualmente la intervención familiar es concreta y practica en vez de analítica e interpretativa. El foco de la terapia se ha desplazado desde la "cura" del paciente de sus síntomas psicóticos hacia ver que impacto puede tener la terapia familiar en su funcionamiento social y resistencia al estrés una vez que los neurolépticos han reducido los síntomas psicóticos agudos.

La mayoría de los terapeutas familiares están de acuerdo en que cuando una familia muestra unas pautas de coalición demasiado contactadas, esto equivaldrá a síntomas y tensión.

Autores como Ackerman, 1976; Minuchin, 1988, 1991; Andolfi, 1989, 1992; Bateson, 1982. Coinciden en considerar a la familia como un todo orgánico, como una totalidad; de esta manera buscan modelos descriptivos y puntos de referencia que permiten enfocar a la familia como una unidad, señalando al mismo tiempo sus formas de relación.

Hasta aquí, las opiniones vertidas por diferentes autores, resaltan la importancia que tiene la familia en la vulnerabilidad a la Enfermedad Mental, ya que ésta, tiene una historia que no sólo se encuentra presente en todo momento, sino que además se manifiesta repetidamente a través de sus interacciones sociales.



*CASOS CLINICOS*

## CASOS CLINICOS

A continuación se presentarán casos clínicos de pacientes Esquizofrénicos, con la finalidad de que el presente trabajo quede ilustrado con más claridad.

Los casos aquí planteados no pretenden clasificar las formas de los estados psicóticos, en los que es muy evidente una forma de división. Sino ejemplificar el estado Psíquico en que se encuentran los pacientes; es decir en una existencia muerta en vida en que resultan anulados por una familia caótica.

Jacques Lacan afirmó que el inconsciente está constituido como un lenguaje, por lo que es necesario tomar en cuenta que al escuchar a un Esquizofrénico hay que reconocer el carácter fundante de la palabra, pues esto produce una precisión de la historia del sujeto, la cual está tejida con palabras. La intervención analítica que opera sobre las formulaciones históricas y los significantes de ésta, abren las puertas a una historia que puede desprenderse del pasado, dándose uno cuenta que se encuentra en presencia de varios elementos fragmentados que están al mismo tiempo vinculados unos con otros. (Pascua, 1993).

En este sentido resulta difícil pensar que los padres y en general la familia no tienen nada que ver con estas construcciones psicóticas, y en cambio tener la firme convicción de que el padecimiento se debe a una predisposición genética o a una alteración bioquímica cerebral.

### PRIMER CASO:

Este caso se tomo del I.N.N.N

Se trata de una paciente femenina de 29 años de edad, la cual es ingresada por tercera ocasión al servicio de Psiquiatría, con un diagnóstico de Esquizofrenia.

La primera vez que ingresa al servicio, es a la edad de 14 años, en ese momento cursa con un cuadro de depresión intensa, el cual tiene una evolución de 2 años "aparentemente", ya que la paciente relata que siempre se ha sentido rechazada por su familia, ella observaba durante su infancia que sus padres, principalmente la madre mostraba una marcada crítica y rechazo hacia ella, la paciente recuerda que en la vida familiar eran muy frecuentes los problemas de ambos padres, presenciaba violentas discusiones entre ellos, pues el padre es alcohólico y constantemente maltrataba tanto a la madre, como a los hijos.

Como dato importante en el desencadenamiento de su padecimiento, la paciente comenta que a la edad de 8 años, fue víctima de un ataque sexual. Ella se dirigía hacia la escuela, recuerda que había un señor que ya en ocasiones anteriores la había estado observando, sin embargo nunca sintió la confianza suficiente para hablar de esto con sus padres, hasta que en una ocasión dicho sujeto se acercó a ella y le dijo que su madre se encontraba en el hospital, y que él la llevaría, la subió a la camioneta, la cual cada vez mas se alejaba de ese rumbo, la llevó a un barran-

co, la bajo con insultos y golpes, la tomó a la fuerza y la violó, dicha violación fué acompañada de fuertes golpes, la paciente relata que en ese momento sus piernas temblaban y no podía controlar el temblor, sentía cómo su corazón latía fuertemente y a un ritmo que parecía que saldría de su pecho, su cabeza le punzaba terriblemente, sentía que le iba a explotar, decía que eso no era real, que no podía ser real, que era como estar viendo en una película lo que estaba sucediendo, que ella más que ser víctima era espectadora, sin embargo la paciente gritaba, lloraba, pero nadie acudió en su auxilio. El señor la amenazó de muerte, le dijo que si decía algo la mataría, la pasó a abandonar cerca del metro tacubaya, era un rumbo conocido para la paciente, pues su madre tenía un humilde puesto de dulces cerca de ahí y en ocasiones, la había llevado para que ella los vendiera. Con lágrimas en las mejillas y temblorosa se dirigió hacia el puesto en donde se encontraba su madre, iba tratando de tranquilizarse y limpiándose las lágrimas, no quería que su madre la viera en ese estado, pues pensaba que seguramente la regañaría o la golpearía; sin embargo ese sujeto había dicho que lo mismo le pasaría a su hermana, ya que la madre de la paciente lo había humillado, y de esta forma se vengaría de ella. Cuando llegó al puesto que se encontraba en el suelo de una calle transitada, la paciente le dijo a su madre lo que le había pasado, por que no quería que a su hermana le ocurriera lo mismo, de no haber sido así nunca le hubiera contado a su madre lo sucedido. La madre la llevó a una farmacia para que le prepararan una "toma para el susto", pero no dió más importancia al asunto.

Posteriormente a ésto la paciente curso con nerviosismo, ansiedad, intranquilidad e inquietud constantes. Sin embargo no fué atendida ni por médicos ni tuvo acceso a un apoyo Psicológico. Por el contrario, dicha violación era frecuentemente recordada por la familia, principalmente por lo hermanos, lo cual motivo a varios intentos de auto-eliminación en la paciente. La madre relata que lo hermanos, especialmente cuando se enojaban con ella, comenzaban a agredirla, hacían hasta lo imposible por recordarle los hechos pasados. Fué a partir de ese momento que la paciente comenta que fué aún más relegada y rechazada, sus padres y sus hermanos le recriminaban lo ocurrido, su padre dejó de comprarle útiles escolares y uniforme para ir a la escuela, a partir de esa fecha no recibía ni un dulce, ni un juguete, ni una palabra alentadora, ahora la ropa que traía era ropa usada, incluyendo la ropa interior, pues ella ya estaba "usada". Los insultos y las golpizas eran más frecuentes, así como también la enorme tristeza que iba experimentado día con día. Desde entonces la paciente comenta que ha dejado de ser feliz, que quiere morir y aunque no presentaba alucinaciones, "sólo" llora y pide que la dejen en paz, que quiere morir. Por lo que intentó quitarse la vida, cortándose las venas, fué a partir de ese momento cuando es traída a este hospital, en el que se le atiende medicamente y se le realiza una valoración psicológica, la cual reporta que se encuentran marcadas características de retraimiento y soledad, señalan, una tendencia a formarse juicios erróneos de la realidad (exterior), en sus relaciones interpersonales se situaba en una posición en la que se sentía agredida por todos, lo cual la había llevado al aislamiento. Todo esto lo canalizaba a través de

quejas somáticas como: temblor de piernas, taquicardia, cefaleas etc. Además el reporte Psicológico decía que el trasfondo de esto era emocional, y señalaba que la paciente demandaba apoyo. Había datos que revelaban un cuadro de depresión severa, el cual tenía una larga evolución.

Es tratada con antidepresivos, la paciente evoluciona en forma satisfactoria por lo que es dada de alta. Sin embargo pese a la demanda que hace la paciente por ser atendida y escuchada no se le brinda ningún apoyo psicológico.

Después de cuatro años, la paciente ingresa al hospital por segunda vez, a la edad de 18 años, ya que desde hace un mes presentaba trastornos conductuales. Había tratado de golpear a la madre, vagabundeaba, presentaba insomnio. Al entrevistarla se encuentran alucinaciones visuales y auditivas, su lenguaje es incoherente e ilógico, por lo que se decide internarla. Sin embargo las alucinaciones desaparecen sin medicamentos en cuanto se le hospitaliza, pero los delirios persisten, en ellos se observan ideas de daño, persecución y de referencia. Una vez que es ingresada, su evolución es favorable, por lo que es dada de alta, aunque los síntomas de depresión persisten, el medicamento que se le da son antipsicóticos, se hace caso omiso de la depresión.

Una vez que la dieron de alta, la paciente comienza a trabajar como doméstica en casa de su hermana, en la que el trato que ella recibía era déspota y explotador, se le exigía no sólo el arreglo de la casa, sino además la limpieza de una tienda, en la que atendía a los clientes, una vez que terminaba con las labores de limpieza (tanto de la casa como de la tienda), constantemente se le insultaba, se le negaba el alimento y los medicamentos, por lo que al soportar este trato ella recibía N\$100.00 mensuales, con eso se compraba sus medicinas, sin embargo no se le permitía ir a consulta al Hospital, pues consideraban que ella podía controlar sus "Nervios". Un médico le aconseja que debe tener novio para curarse y cuando comienza a relacionarse con los muchachos, ella les comenta lo que le ocurrió en su infancia, y les pregunta, si ellos creen que todavía vale, algunos consideran, que no, otros enseguida la abandonan y otros piensan que todavía vale un "poquito" pero todavía vale algo.

La paciente comenta que en su casa la agredían constantemente, le recriminaban y le recordaban en forma sarcástica su violación, le decían que era una cualquiera, que ella lo había provocado, y que además lo había disfrutado. La paciente comenta que quería morir, ella estaba consciente que su problema eran sus "Nervios" y refería que eran causados por la desesperación de que no la comprendían en su casa, pues no la dejaban vivir, por lo que decide irse con un muchacho, con el que tuvo un encuentro de tipo sexual, la paciente comenta que la relación fue sumamente atormentadora, pues volvió a revivir lo que anteriormente le ocurría, sus piernas temblaban, su cabeza le punzaba con mucha intensidad y su corazón palpitaba rápidamente, sentía mucha angustia, este hombre también la maltrataba física y verbalmente y finalmente la abandono, por lo que ella regresa a su casa, el ambiente sigue siendo adverso, poco después se enteró que aquel

hombre que la había atacado sexualmente, era conocido de su padre, y que en la actualidad llevaba cierta amistad con él. Después de ésto la paciente hace pedazos navajas de rasurar y los ingiere con refresco, dice que quiere morir. Es traída por tercera ocasión a este Instituto, presentando un cuadro de más de un mes de evolución, caracterizado por presentar deseos e intentos de suicidio, presenta nerviosismo, miedo, ansiedad y depresión, se agrega a su cuadro "llanto fácil", hipersensibilidad y miedo a la oscuridad. En el momento en que se le entrevista refiere un cuadro Psicótico caracterizado por Alucinaciones Visuales y Auditivas, "ve a un hombre que le dice, que no merece vivir, que tiene que morir, pues ella es un sacrilegio, le ordena que se mate", por lo que amerita su hospitalización, una vez ingresada al piso de Psiquiatría, se observa buena respuesta al tratamiento farmacológico, las ideas de auto-agresión, las ideas delirantes y las alucinaciones disminuyen considerablemente. Se pide una segunda valoración Psicológica, la cual reporta síntomas de patología mental como: culpa, minusvalía, auto-devaluación, alteraciones de juicio, mal examen de realidad y elementos de depresión, ira contenida, la cual es autodirigida.

Los fármacos administrados lograron controlar los delirios y las alucinaciones, por lo que es dada de alta, pero persiste su depresión y sus acentuados sentimientos de culpa. Una vez más es egresada del hospital, sin haber contado con una intervención psicológica que tratara a fondo su depresión, y en este orden poder incidir en la "cura".

Es importante señalar que a la paciente se le realizó estudios como: electroencefalogramas y tomografía computarizada, los cuales eran normales. La historia clínica que se le hizo a la paciente en un principio, niega antecedentes heredofamiliares. Por lo que, en cuanto al papel etiológico que desencadena la patología, se considera de fundamental trascendencia a la familia como generadora de la perturbación mental, ya que se observa cómo esta mantiene y tolera una serie de acontecimientos que destruyen a uno de sus miembros. Es decir no hay reglas, ni límites que permitan frenar los impulsos agresivos de sus miembros. Además de que trata de ignorar un acontecimiento que fué traumático para uno de sus integrantes, se le niega la ayuda a un ser que demanda y que necesita ser atendido.

De la historia se desprende que la relación familiar, ya de por sí era tortuosa. Pues antes de la violación la paciente estaba ya excluida, relegada y devaluada.

La violación fué muy traumática y en lugar de encontrar apoyo, afecto y consuelo en su familia, vino a culminar con un trato que ya de por sí era sádico. La paciente se encontró atrapada y sometida en una situación que se repitió una y otra vez, sin que contara ni con la fuerza Yoica, ni con el apoyo para salir de su situación.

La madre al hacer caso omiso de los síntomas que presentó la paciente, se alió con el resto de la familia, que no quiso darse cuenta lo que estaba sucediendo y no se le dió crédito, ni apoyo

y mucho menos la importancia que merecía. La constante angustia con la que vivió la paciente, apareció cuando ya el conflicto era insostenible. La angustia que ha vivido ha sido insoportable y sus síntomas: "nerviosismo, ansiedad, intranquilidad, temblor de piernas, taquicardia, alucinaciones etc." fué la forma como somatizando expresó lo que no ha podido decir con palabras; y que a medida que evolucionó su depresión, sus síntomas fueron incrementándose, no obstante no sólo no la escuchó su familia, ni los médicos, sino que tampoco fué escuchada y atendida por los Psicólogos que se dedicaron hacerle una serie de pruebas en las cuales reportaron elementos tales como: retraimiento, soledad, hostilidad y agresión que la paciente sentía en las personas de su alrededor, lo cuales indicaban que debía ser abordada terapéuticamente desde otro enfoque no médico.

Sin embargo o no se quiso ver y conocer el motivo de sus síntomas, o peor aún se le ignora, teniendo el conocimiento del sufrimiento de la paciente, los "profesionistas" encargados de la "Salud Mental" se hicieron a un lado, dejando todas estas manifestaciones y demandas en manos de los medicamentos, que si bien se sabe son un apoyo, también es cierto que no lo son todo.

Esto refleja el enorme desconocimiento que existe no sólo de la esquizofrenia como enfermedad, sino también del tratamiento caótico que se les brinda a estos pacientes. Pues a pesar de que la depresión fué detectada desde la primera valoración Psicológica, no se quiso comprometer y hacerse responsables del padecimiento de la paciente. No se habló con la familia para explicar la forma como estaba influyendo negativamente sobre la paciente, ni se confrontó a la familia para ver el trasfondo de la actitud que existe para con ella, ni se intervino Psicológicamente para su curación. Por el contrario, se creyó en un principio que se trataba de una "Histeria", que estaba "somatizando", que era una persona con bajo control de impulsos, pues en una ocasión agredió a su madre. Pero en su historial no se tomó en cuenta que para que esto haya sucedido, es por que ya la madre la había venido agrediendo desde mucho tiempo atrás, y que ha sido víctima de una situación familiar, ya de por sí adversa. Esto no se le planteó a la familia, sino que se le dejó seguir actuando como hasta ahora.

Si la familia hubiera sido Funcional y flexible, y esto mismo hubiera ocurrido, la situación sería otra, ya que un niño que se encuentra en una familia funcional, siente que es amado, querido y apoyado, sabe que vale y que sus padres verdaderamente lo aman. Por lo tanto sería menos probable que fuera presa fácil de ataques o abusos sexuales. Pero aún siendo la familia la hubiera apoyado, y hubiera buscado por todos los medios una alternativa profesional, para ayudarla a superar el trauma ocurrido.

Sin embargo ésto no fué así. Por tanto la incógnita es ¿Si un trato diferente en una familia comprensiva y apoyadora podría haber cambiando el destino de esta paciente? y ¿La intervención Psicoterapéutica oportuna, habría hecho menos dolorosa su vida?

Lo cierto es que la paciente le sirvió a la familia de chivo expiatorio para descargar en ella su patología.

Podríamos resumir la etiología de su padecimiento a través del siguiente esquema, tomando en cuenta en que grado la familia es el principal factor patogénico al tener un elevado índice de Emoción Expresada.

- \* Carencias Afectivas Tempranas
- 10. \* Violación --- Culpa --- Devaluación ---  
Depresión mayor --- Aislamiento --- Reac-  
ciones e intento suicida.

#### REMISION

- \* Brote Esquizofrénico a los 18 años.
- \* Conducta Bizarra, Agresiva, Alucinaciones  
Delirios, Depresión, Angustia, Ansiedad.
- 20. \* Tratamiento Médico --- Psicofármacos.

#### REMISION PARCIAL (Subsiste la Depresión)

- \* Maltrato, explotación por parte de la hermana
- \* Incomprensión de su enfermedad por parte de la familia, desprecio, insultos recordando su culpa en la violación.
- \* Carencia Económica para la compra de sus medicamentos, no hay apoyo de la familia en su tratamiento.
- \* Al desprecio por la violación, se agrega el desprecio por su enfermedad.
- \* Intentos de relacionarse con el hombre en los que se expone a abandono, maltrato y devaluación.
- 30. \* La relación con el hombre es una forma de huida, no un establecimiento de vínculo
- \* Regreso al hogar y la vituperación de la familia hace un nuevo intento de suicidio
- \* Depresión, incapacidad de externar su agresividad y la refleja en forma masoquista
- \* Alucinaciones y Delirios.
  
- \* El hombre que veía la paciente en sus alucinaciones le decía que merecía morir, como lo hacía su padre. Además de que el padre la traiciona llevando una amistad con el violador.
- \* Hay una complicidad de la madre con el padre, así como con el resto de la familia, pues no la ayudan.

- Tratamiento Farmacológico -

#### REMISION PARCIAL (Subsiste la Depresión)

## SEGUNDO CASO:

Este segundo caso es tomado de Arieti S. (1975). Se trata de una familia integrada por ambos padres y dos hermanos Peter (hijo mayor de 23 años de edad) y Gabriel de 21 años. Peter se convirtió en un neurótico grave con rasgos esquizoide, y Gabriel llegó a ser un Esquizofrénico.

La madre fué descrita por Peter como una persona tímida, que no tenía confianza en ella misma. Peter sentía que no podía confiar en ella. Las conversaciones entre madre e hijo solían acabar en discusiones, ella criticaba todo lo que Peter le decía, su trabajo, sus amistades, su actitud hacia su padre etc. Peter no recordaba que su madre lo hubiera besado o abrazado, salvo en raras ocasiones. Había sido igual de fría y distante o incluso más con Gabriel.

La madre de Peter no fue nunca feliz; menos aún después de la muerte de Gabriel. Peter sabía que su abuela había tratado mal a su madre y que se casó con su padre para huir de la familia nuclear. Al principio no quería a su marido, pero finalmente se "adaptó a él". Sin embargo ahora era la mayor aliada del padre en cualquier controversia entre éste y el paciente.

El padre de Peter acostumbraba a trabajar todo el día, y no tenía comunicación con la familia, siempre le decía a Peter desde pequeño que tenía que tener cuidado, pues la gente era mala, por tal motivo nunca había tenido amistades. Al parecer su mayor interés era acumular dinero. Peter desde niño lo escuchaba con gran interés y admiración, siempre estaba convencido de que su padre tenía la razón. Su padre solía contarle muchas historias, le refería sus aventuras durante la guerra contra Rusia, más tarde descubrió que su padre era un desertor, y que durante la guerra se había escondido varios años en un sótano. Otras historias se referían a niños que habían sido asesinados en la guerra, que les habían cortado el cuello con un cuchillo muy afilado. Su padre acostumbraba a contarle estas historias mientras lo acogía en su regazo, y con frecuencia simulaba con sus manos un cuchillo, diciendo sonriente: "Tenemos que matar a este niño". Las historias que contaba subrayaban la maldad de la vida; el mundo era terrible, por lo que Peter tenía que ser más cauteloso y estar junto a su padre para tener protección. Sin embargo el padre había tenido la costumbre de imitar a Guillermo Tell, le pedía a Peter que sostuviera un pedazo de madera, mientras él disparaba apuntando a la madera, con una pistola de verdad. La madre de Peter se enfurecía y gritaba desde la ventana de la casa, horrorizada ante la posibilidad de un accidente. Peter pensaba que su madre era una cobarde despreciable que no quería concederle la oportunidad de demostrar a su padre su valor y heroísmo.

En una ocasión cuando Peter tenía 4 años y medio salió a pasear con su padre, llegaron a un arroyo estrecho, su padre quería pasar a la otra orilla, pero como no había ningún puente, decidió coger a Peter y lo arrojó a la otra orilla, sin duda para que cayera sobre el pasto, sin embargo, no fue así, ya que cayó en medio del río y se quedó completamente mojado. Por un momento, el niño se asustó y miró a su padre. Este estaba sonriente, él creyó que era para tranquilizarlo, pero durante el tratamiento

comprendió que siempre existía un doble sentido ("Doble mensaje") en lo que hacía su padre. Esto era lo que lo había desorientado más que ninguna otra cosa.

En apariencia Peter no era plenamente consciente de su estado de ansiedad y de infelicidad, vivía con un mínimo de estabilidad. La situación se mantuvo aproximadamente igual hasta que una prima y su marido llamado Leo, llegaron al país donde vivía esta familia. Después de su llegada se decidió que Peter y Leo trabajarían juntos en un rancho, perteneciente al padre, se acordó que Leo ganaría la mitad; Peter un cuarta parte y su padre la otra cuarta parte.

Leo, Peter y un grupo de nativos trabajaban un promedio de 16 horas diarias, pero el padre de Peter no estaba nunca satisfecho, de vez en cuando él se paraba por ahí, pero cuando lo hacía, sólo era para criticar, hablaba mal de Leo, decía que era un holgazán, que no cumplía con sus obligaciones; esto a Peter le molestaba pues por primera vez pudo comparar a otro adulto con su padre, y pudo ver que era mucho mejor que éste. Después de tres meses de una jornada ardua, el padre de Peter le dijo a Leo que cambiarían el contrato, que sólo le daría la tercera parte del Beneficio; Peter trató de persuadir a su padre de que cambiara de opinión sobre Leo, era la primera vez en su vida en que se oponía a su poder, pero no fué posible convencerlo. Poco después la situación empeoró y se suspendió el trabajo en el rancho, y al final éste fué vendido.

Desde este momento se manifestaron los síntomas de Peter, el cual caía en un estado de ansiedad cuando creía que tenía que ejecutar un trabajo, ya que la ansiedad se originó en la relación con su padre, que se extendió a todas las personas que tenían autoridad. Todo ser humano se convertía para él en una autoridad irracional, sentía que tenía que esforzarse para demostrar una capacidad sobrehumana, incluso hasta llegar a una autodestrucción.

A continuación se presenta la historia de su hermano Gabriel, la cual fué elaborada por información obtenida durante el tratamiento de Peter.

Gabriel nació dos años y medio después que Peter, la actitud de la madre hacia Gabriel fué la misma que hacia Peter, era una mujer fría y hostil, cuyo principal papel fué el punitivo. La actitud del padre hacia su hijo menor era muy distinta de la que adoptaba hacia Peter. Gabriel y su padre no parecían estimarse mutuamente. El padre de Gabriel no tenía ningún interés hacia él, parecía no necesitarlo, su actitud hacia él era fría y distante. Gabriel era un muchacho tímido, tenía dificultad para tener amigos, le gustaba apoyarse en Peter como compañero de juegos, pero no valía lo suficiente para él y éste lo rechazaba. A la edad de 12 años Gabriel acostumbraba a llorar amargamente durante mucho tiempo. Lloraba con rabia y Peter se burlaba de él. Sin embargo Gabriel siempre buscaba la compañía de Peter, y éste constantemente lo rechazaba, poco a poco Gabriel iba perdiendo el entusiasmo y el interés por las cosas o situaciones de su alrededor, hablaba muy poco, y con frecuencia nadie se daba cuenta de su presencia. Cuando los padres decidieron emigrar a otro país, aumentó el desinterés de ellos por los niños. A pesar de que Gabriel era buen estudiante, poco a poco fué bajando sus califi-

caciones, hasta que terminó por abandonar la escuela. El padre le compró a Gabriel una pequeña granja para que la trabajara, sin embargo era guiado constantemente por sus padres, él no tenía derecho a cambiar nada ni a dar ordenes, siempre estaba en tensión e inseguro, pero nunca se quejaba. Hablaba cada vez menos. Gabriel quería sembrar de acuerdo a como le habían enseñado en la escuela, pero su madre se interponía y le decía como tenía que hacerlo. Gabriel no podía discutir y se rendía a la implacable presión de su madre. Un día Gabriel dejó la Granja, sus padres explotaron ante esta situación y cuando él estaba presente su padre acostumbraba a decir "los nazis acostumbraban matar a la gente que no quería trabajar", al oír esto, Gabriel sonreía y murmuraba algunas palabras. Una vez, durante la comida, se levantó de repente con lágrimas en los ojos, y con voz quebrantada dijo a su padre ¡Yo sé lo que quieres hacerme! pocos días después comenzó a decir que la radio daba noticias sobre él.

En una ocasión Gabriel vendió un reloj de oro por un precio verdaderamente bajo, cuando sus padres le preguntaron por qué lo había hecho, él contestó que creía que por lo menos eso le pertenecía y que por tanto podía hacer de él lo que quisiera, fué en este momento que sus padres consideraron la posibilidad de enviarlo a un hospital psiquiátrico, pero como una forma de amenaza, sino se comportaba adecuadamente. Poco después se le internó en un sanatorio particular con el diagnóstico de Esquizofrenia, acostumbraba a hablar de locomotoras dividiendo la palabra en loco-motora, en el hospital se le administraron una serie de electroshocks, a los dos meses fué dado de alta sin haber obtenido ninguna mejoría. Cuando volvió a su casa, aumentó su hostilidad hacia sus padres. Llamaba a su madre "serpiente venenosa". No mostraba ninguna aversión hacia Peter, lo seguía aún y jugaba con él ajedrez. Después de algunos meses, Gabriel fue internado de nuevo en un hospital psiquiátrico público, se encontraba muy a disgusto estando ahí y rogó a sus padres que lo sacaran. Cuando lo sacaron y estuvo en su casa acostumbraba hablar solo, un día, después de una discusión que tuvo con sus padres dijo que quería ir a una granja y se marchó al campo. Cuando llegó allí, una chica que trabajaba en la granja dijo "ahí viene el loco". Gabriel entró en una habitación en la que había un rifle, lo tomó, se disparó y murió instantáneamente.

Este caso de ambos hermanos revelan cómo diferentes actitudes de los padres determinan distintas enfermedades en los hijos. Por un lado el autoritarismo irracional del padre, su narcisismo y sadismo que era muy notorio, y por otro lado la actitud fría y hostil de la madre, que huyendo de su casa, consiguió auto engañarse en creer que quería a un marido al que inconscientemente detestaba y cuya hostilidad hacia ese hombre, se descargaba sobre los hijos, pues al ser crítica, quisquillosa y al mismo tiempo despegada, no prestaba a los hijos el amor ni el apoyo emocional básico. Finalmente tuvo como consecuencia una grave Neurosis en Peter y una fatal esquizofrenia en Gabriel.

El autor señala que ésta historia es incompleta, pues no hubo la posibilidad de profundizar en las experiencias internas de Gabriel. No obstante si se toma lo que se sabe de Peter sobre sus padres, se podrá llegar a alguna conclusión.

Arieti presenta el caso de una familia disfuncional y esquizofrenizante, sin analizar la génesis de la patología. Aunque no tenemos datos suficientes de lo que sucedió en el interior de Gabriel, podemos pensar que fue un niño probablemente no deseado, pues no recibió atención, cariño ni constancia de la madre, sino repudio, ausencia, frialdad, desprecio, hasta el punto de anularlo, de no percibirlo.

Por otro lado el padre manifestó la misma distancia e indiferencia que la madre, pero además hizo patente la preferencia que tenía por Peter, aumentando con esto la devaluación y el rechazo hacia su hijo menor.

Por su parte Peter tampoco permitió el acercamiento, involucrado como estaba en la relación ambivalente del padre. Consecuentemente Gabriel se aisló, se retiró de otros contactos como el escolar y perdió interés en el mundo externo, al grado de fallar en todo lo que emprendía. Debido muy posiblemente al control excesivo que ejercían sus padres sobre él, ya que no le daban la oportunidad de actuar y pensar como un ser autónomo e independiente.

Gabriel nunca alcanzó su autonomía, pues sus padres lo anulaban como persona al no permitirle que tuviera sus propias ideas, al descalificar sus planes y al interponerse a que se llevaran a cabo. Le obligaron a renunciar a su propia vida, a que dejara de vivir como un ser pensante, el cual siente y sufre. Si le hubieran brindado amor, cariño, comprensión y le hubieran permitido desarrollarse y ser libre e independiente, posiblemente su situación hubiera sido otra.

Sin embargo fue lo contrario, no lo tomaban en cuenta y mucho menos tomaron en serio su comportamiento, sólo lo amenazaron, sin considerar la posibilidad de que estuviera enfermo, de estar al borde de un quiebre psíquico.

De esta forma puede observarse cómo los padres fueron factores decisivos en ambas patologías de sus hijos. Ya anteriormente se había señalado que una hipótesis del paciente esquizofrénico, se caracterizaba por ser un hijo sometido a un descuido total, cuya autenticidad se ve sometida a una mutilación. (Lam, 1991). Así como las características patológicas que presentan la personalidad de sus padres. Como puede verse ejemplificado en este caso:

MADRE: Débil, fría, indiferente, crítica, descalificadora, cómplice del padre, pues no rescata.

PADRE: Sádico, cobarde, explotador, débil que desplaza sobre el hijo su rabia, coraje y frustración, y ante él asume un rol de héroe todo poderoso, en su destructividad genera terror, ansiedad, inseguridad y amenaza.

En cuanto a Peter, se puede decir, que si no desarrolló una esquizofrenia, tampoco salió bien librado, pues fue víctima de los mensajes contradictorios de sus padres, de la devaluación, la crítica, el maltrato, la manipulación y explotación por parte de un padre que al principio sobrevaloraba y que en el transcurso del tratamiento pudo percibir con mayor claridad en sus rasgos destructivos. Entendió también la debilidad y la complicidad de la madre que permitió pasivamente la conducta brutal del padre y que carente ella misma de cariño no pudo acercarse a sus hijos.

El caso ejemplifica la relación patológica entre la diada Padre-Madre, y cómo esta se vuelca sobre lo hijos, magnificando la patología en ellos.

Es importante señalar que tampoco se encuentra por los datos reportados, un reconocimiento, apoyo, estimulación ni contacto humano en los hospitales donde es internado. Por lo que de una depresión reactiva, pasó a una crónica y a una depresión mayor, que aunada a su pensamiento Psicótico lo llevó al suicidio.

### TERCER CASO:

La presentación del siguiente caso es tomado de Laing. (El yo dividido, 1992, p. F.C.E).

Se trata de una paciente llamada Julia, la cual había estado internada en la sala de un hospital Psiquiátrico, se había convertido en una esquizofrénica crónica, se encontraba alucinada y le daba por adoptar poses y ejecutar acciones estereotipadas, extravagantes e incomprensibles; casi siempre estaba muda, y cuando hablaba lo hacía en el más deteriorado lenguaje característico del esquizofrénico.

Padecía de despersonalización, autismo, alucinaciones auditivas, nihilistas, de persecución, de omnipotencia; tenía ideas de referencia y fantasías del fin del mundo, etc. Decía que su problema estribaba en que no era una persona real, por lo que estaba tratando de convertirse en una persona. No había felicidad en su vida, y estaba luchando por encontrarla.

Tenía mucho que decir de su madre, decía que la estaba asfixiando, que no la dejaba vivir y que nunca la había querido.

No obstante a ello, su declaración psicótica básica, era la de que "un niño había sido asesinado", ese niño vestía sus ropas cuando lo mataron, los detalles eran inexactos, pero decía que había oído hablar de esto, sin embargo, se preguntaba si esa voz podía provenir de su interior.

La naturaleza de su psicosis parecía haber comenzado alrededor de los 17 años de edad.

Las personas cercanas a Julia narraban tres estados básicos en la vida de la paciente.

En la 1ª Fase, Julia era una niña "Buena", "normal", "saludable", hasta que gradualmente comenzó.

En la 2ª Fase a ser "Mala" hacer o decir cosas que acusaban, lo cual generaba angustia, inquietud, malestar o agonía, y que en su conjunto se atribuían a una perversidad o maldad, hasta que

En la 3ª Fase, esto fué más allá de todos los límites tolerables, de modo que sólo podía ser considerada completamente "Loca".

No se sabe que significaba precisamente ser "buena", "mala" o "loca", pero si se entendía que era buena, saludable y normal, luego su conducta se tornó en mala y en un breve plazo estaba ya "loca". En un principio no hicieron caso de esto, pero a medida que las ofensas emitidas por Julia contra su madre se fueron haciendo más graves, lucharon violentamente por despreciarla. Ya que decía que su madre no la quería dejar vivir y comenzó a afirmar que había matado a un niño. Por lo que fué un gran alivio para la familia cuando supieron que estaba enferma, pues así se

justificaba lo que decía de su madre, era mejor saber que se le podía perdonar, a condenarla pues no sabía lo que decía, ya que no era responsable de sus actos.

En la 1ª Fase, en la que Julia era una niña "Normal y Buena", la madre comenta que nunca había sido una criatura exigente, no se preocupó mucho por ella a partir del día que dejó de usar pañales, cuando tenía 15 meses de edad. Nunca fue "Problema". Puesto que siempre hizo lo que se le decía que hiciera. Siempre fue una "buena" niña.

Lo importante señala el autor, es analizar que fue una criatura que en cierta forma nunca llegó a estar viva, pues una niña realmente viva es exigente, es un problema y de ninguna manera hace siempre lo que se le dice.

En cambio la madre de Julia comenta que nunca lloró realmente por sus alimentos, nunca chupó vigorosamente, nunca terminó una mamila, "Nunca deseó nada", pero sintió que nunca quedaba satisfecha.

Por lo que se puede observar que el hambre de Julia, nunca encontró expresión en forma de un llanto vigoroso y excitado, de un chupeteo energético, de un vaciar la botella, seguidos de un sueño saciado y contento; por el contrario se irritaba continuamente, parecía hambrienta y cuando se le ofrecía la mamila, chupaba desganadamente y nunca se satisfacía. No obstante la mamá no se alarmaba por que la niña no lloraba "exigentemente", ni se acabara el alimento. Ella parecía no entender que Julia tenía una falla para expresar y realizar sus necesidades instintivas básicas, simplemente lo consideraba como un acto de "bondad".

Julia no alcanzó su autonomía en los primeros meses, lo cual es un requisito previo para la capacidad de hacer lo que uno desea, de tener opciones propias, de ser realmente autónomo e independiente, por lo que no es sorprendente que al parecer Julia haya sido una niña tranquila, buena, obediente, aunque al hacer esto estaba renunciado a algo que nunca tuvo, su propia vida. Pues nunca pudo llegar a formarse opiniones propias, a obrar en forma independiente.

Las cosas sucedieron con tanta suavidad en ese tiempo, que su madre apenas podía recordar, pocos incidentes reales.

Cuando se alimenta al bebé, es de esperar que se forme un sentido de sí mismo, como un ser por derecho propio, que tiene una forma de actuar propia y un cierto sentido de pertenencia de la madre como el prototipo, pues es la primera vez que está activamente en contacto con otro ser. En esta etapa en la que comienza el destete, Freud (en Más allá del principio del placer) señala que el bebé parece estar jugando a que un objeto se va, y luego vuelve, y se vuelve a ir. Por ejemplo es el caso de los niños que tiran un juguete para que se lo devuelvan, lo tira de nuevo para que se lo vuelvan a entregar, lo tira una y otra vez y así sucesivamente; lo cual constituye un hecho fundamental de que está tratando de dominar una situación angustiante, la separación de la madre, en ese juego es el quien domina la situación, de esta forma la angustia tiende a disminuir y la posibilidad de aceptar la separación es más viable.

Sin embargo, la madre de Julia recordaba que había jugado a tirar cosas con la paciente. La hermana mayor de Julia había jugado la versión normal de ese juego y con ello había colmado la

paciencia de la madre, por lo que ésta tomó el cuidado de que Julia no jugara a eso, entonces fué ella quien tiraba las cosas y Julia quien las recogía, tan pronto como pudo gatear.

La consecuencia de esto, puede observarse cuando, la madre comenta que Julia lloraba amargamente si no podía cruzar el cuarto y alcanzar a su madre con suficiente rapidez. Tenía mucho miedo de que las sillas se interpusieran entre ella y su madre. La señora interpretó esto como prueba de lo mucho que su hija la había querido siempre. Incluso cuando tuvo cuatro o cinco años de edad, casi se volvía "loca" cuando perdía de vista a su madre por un momento.

Esto se debe a que nunca logró establecer un autónomo auto-ser, pues no tuvo la oportunidad de tratar de resolver los problemas de la presencia y de la ausencia hasta alcanzar la habilidad de quedarse sola. Julia no podía ser ella misma ni en presencia ni en ausencia de su madre. Había entregado su vida, era una muchachita buena, obediente, limpia, que amaba tanto a su madre, que si no la veía o si se separaba de ella por un instante, casi se volvía "loca".

Sin embargo Julia ya estaba petrificada, hasta el punto de convertirse en "cosa", demasiado aterrada para volverse una "persona". Puesto que nunca había tenido una satisfacción real proveniente de un deseo real. Su madre comenta que nunca tomó mas pastel del que le daban, bastaba con decirle que era suficiente y no protestaba. La señora estaba orgullosa de su obediencia, hasta el punto en que llegó a indicarle, cuando Julia tenía 10 años, lo que debía hacer en el transcurso del día, cada día debía hacerle un programa para que ella pudiera seguirlo, y cuando su madre no lo hacía por cualquier motivo, Julia comenzaba a llorar, no se le podía parar hasta que se le golpeaba. Cuando creció nunca hizo uso del dinero que se le daba, nunca decía algo, nunca se compraba nada, no tenía amigas, su madre le escogía y le compraba la ropa que debía usar, ella nunca tomó una decisión.

#### *La segunda Fase.*

Comenzó alrededor de los 15 años, su conducta cambió, pues la nifa tan "Buena" se volvió "Mala". Por esa época comenzó a cambiar la actitud de la madre para con ella. Antes había considerado correcto y adecuado que Julia estuviera con ella el mayor tiempo posible, sin embargo ahora comenzaba a insistir en que saliera y tuviera amigos. La paciente se negó rotundamente. En vez de eso se sentaba y no hacía nada, o bien se ponía a caminar por las calles sin decirle nunca a la madre cuando pensaba volver. Seguía jugando con su muñeca. Las diatribas de Julia, contra su madre eran interminables, tenía siempre el mismo tema; acusaba a su madre de no haberla querido, de no dejarla ser una persona, de haberla asfixiado. Sin embargo con otras personas podía ser amable.

El sentido común de la familia no le otorgaba a Julia su existencia. Su madre tenía que estar en lo justo, totalmente en lo justo. Cuando su madre decía que era mala, Julia sentía como un asesinato. Tal parecía que la madre amaba a una sombra, a un falso ser que incluso trato de ordenarle que se comportara como persona, aunque nunca la había reconocido como tal.

Las alucinaciones de Julia eran su verdad existencial, estaba siendo asfixiada, estrangulada y asesinada. Para que ella pudiera

paciencia de la madre, por lo que ésta tomó el cuidado de que Julia no jugara a eso, entonces fué ella quien tiraba las cosas y Julia quien las recogía, tan pronto como pudo gatear.

La consecuencia de esto, puede observarse cuando, la madre comenta que Julia lloraba amargamente si no podía cruzar el cuarto y alcanzar a su madre con suficiente rapidez. Tenía mucho miedo de que las sillas se interpusieran entre ella y su madre. La señora interpretó esto como prueba de lo mucho que su hija la había querido siempre. Incluso cuando tuvo cuatro o cinco años de edad. Casi se volvía "loca" cuando perdía de vista a su madre por un momento.

Esto se debe a que nunca logró establecer un autónomo auto-ser, pues no tuvo la oportunidad de tratar de resolver los problemas de la presencia y de la ausencia hasta alcanzar la habilidad de quedarse sola. Julia no podía ser ella misma ni en presencia ni en ausencia de su madre. Había entregado su vida, era una muchachita buena, obediente, limpia, que amaba tanto a su madre, que si no la veía o si se separaba de ella por un instante, casi se volvía "loca".

Sin embargo Julia ya estaba petrificada, hasta el punto de convertirse en "cosa", demasiado aterrada para volverse una "persona". Puesto que nunca había tenido una satisfacción real proveniente de un deseo real. Su madre comenta que nunca tomó mas pastel del que le daban, bastaba con decirle que era suficiente y no protestaba. La señora estaba orgullosa de su obediencia, hasta el punto en que llegó a indicarle, cuando Julia tenía 10 años, lo que debía hacer en el transcurso del día, cada día debía hacerle un programa para que ella pudiera seguirlo, y cuando su madre no lo hacía por cualquier motivo, Julia comenzaba a llorar, no se le podía parar hasta que se le golpeaba. Cuando creció nunca hizo uso del dinero que se le daba, nunca decía algo, nunca se compraba nada, no tenía amigas, su madre le escogía y le compraba la ropa que debía usar, ella nunca tomó una decisión.

#### *La segunda Fase.*

Comenzó alrededor de los 15 años, su conducta cambió, pues la niña tan "Buena" se volvió "Mala". Por esa época comenzó a cambiar la actitud de la madre para con ella. Antes había considerado correcto y adecuado que Julia estuviera con ella el mayor tiempo posible, sin embargo ahora comenzaba a insistir en que saliera y tuviera amigos. La paciente se negó rotundamente. En vez de eso se sentaba y no hacía nada, o bien se ponía a caminar por las calles sin decirle nunca a la madre cuando pensaba volver. Seguía jugando con su muñeca. Las diatribas de Julia contra su madre eran interminables, tenía siempre el mismo tema: acusaba a su madre de no haberla querido, de no dejarla ser una persona, de haberla asfixiado. Sin embargo con otras personas podía ser amable.

El sentido común de la familia no le otorgaba a Julia su existencia. Su madre tenía que estar en lo justo, totalmente en lo justo. Cuando su madre decía que era mala, Julia sentía como un asesinato. Tal parecía que la madre amaba a una sombra, a un falso ser que incluso trató de ordenarle que se comportara como persona, aunque nunca la había reconocido como tal.

Las alucinaciones de Julia eran su verdad existencial, estaba siendo asfixiada, estrangulada y asesinada. Para que ella pudiera

existir realmente, tenía que sentir que su madre verdaderamente admitía que podía estar equivocada en algunas ocasiones, que podía haber cometido errores, que su hija podía decir la verdad. Pero para toda la familia, Julia trataba de demostrar lo contrario, por lo que comenzó a padecer alucinaciones, habló y actuó como si su madre en un sentido real, hubiera asesinado a un niño, es por eso que para la familia fué un alivio compadecerla. En vez de condenarla pues estaba enferma.

Sólo su padre pensaba que era una perversa. El pensaba que era un juego, un engaño que él no estaba dispuesto a creer. Era él único de la familia que no la compadecía. En algunas visitas que le había hecho, la había sacudido y pellizcado, y le había torcido el brazo para que "se dejara de cuentos".

#### *En la tercera Fase.*

En esta fase la acusación principal fué que su madre estaba tratando de matarla. Un hecho fundamental que hizo la transición de mala a loca, fué el hecho de que hasta la edad de 17 años Julia tenía una muñeca, que había conservado desde la infancia; la vestía y arreglaba, jugaba con ella en su cuarto, nadie sabía exactamente cómo. Era el único lugar secreto de su vida. Su madre comenzó a insistir cada vez más en que dejara de jugar con esa muñeca, por que ya estaba grande. Un día la muñeca desapareció Julia acusó a su madre, pero ésta negó haberle hecho algo a la muñeca, incluso argumentó que posiblemente Julia la había perdido. Fué poco después de esto cuando una voz comenzó a decirle que una niña que vestía sus ropas había sido muerta a palos por su madre y se propuso ir a la policía a informar de este crimen. La acción fué de hecho catastrófica; pues Julia estaba evidentemente identificada con la muñeca. En sus juegos con la muñeca, ésta era ella misma y Julia era su madre. Ahora bien, es posible que en su juego se haya ido convirtiendo cada vez más en la madre mala que finalmente mató a la muñeca.

Si la muñeca hubiera sido destruida por la madre real y la señora lo hubiera admitido, el acontecimiento hubiera sido menos catastrófico. La poca cordura que le quedaba a Julia dependía de la posibilidad de poder cargar algo malo en su madre real. La imposibilidad de hacerlo de manera cuerda, fué uno de los factores que contribuyó a una Psicosis Esquizofrenica. (Laing, 1992).

Laing describe los estadios premórbidos en tres fases:

1.- "Niña Buena" sumisa, obediente, "adaptada". Por tanto poco atendida por la madre, que confundió su escasa vitalidad con "bondad". ¿Predisposición genética?. Insegura con angustia de separación, dependiente, incapaz de tomar decisiones o de establecer otras relaciones. Simbiótica y cosificada, pues no desarrolló la sensación de sí misma. ¿Alteración Bioquímica?

2.- "Niña Mala", adolescente descalificada por los padres. Su "maldad" se refiere a la brusca separación que exige la madre. Julia se vive como un barco sin timón. Vaga por las calles y desprovista de una identidad propia, reacciona con rabia a la madre que la abandona.

3.- A los 17 años es una adolescente con todos los síntomas de la esquizofrenia pero con la conciencia de que es una "loca".

Carente de una identidad y de un objeto amoroso se ha refugiado en un objeto transicional, su muñeca, que la madre le sustrae quitándole el único apoyo que tiene.

Esto lo vive como un asesinato del que no sabe si es víctima o autora en su alienación.

El padre no había aparecido sino hasta este momento en que la presencia de la hija le resulta desagradable, no intervino en la primera fase del desarrollo evitando la simbiosis y favoreciendo la triangulación.

En la adolescencia de su hija siguió ausente, no dió apoyo, orientación, ni favoreció en la paciente la percepción de la figura paterna.

Finalmente al presentarse la patología es indiferente al sufrimiento de la hija, lejano, distante, inconsciente, pero intolerante, rechazante, niega los síntomas de la evidente patología y los califica de maldad y fingimiento.

El padre permanece siempre ajeno a la existencia de su hija.

## CONCLUSIONES:

1.- La Esquizofrenia ha sido explicada desde muchos puntos de vista, por que es una enfermedad en la que convergen muchos factores de etiología diversa.

2.- No se sabe con precisión cuáles son los factores desencadenante de la enfermedad, pero si hay un acuerdo, que al hacer la historia Clínica, aparecen rasgos característicos de actitudes premórbidas mucho antes de que se desencadene la enfermedad, tales como son: Aislamiento, dificultad para establecer relaciones interpersonales, incapacidad para adaptarse a las exigencias de la vida adulta, etc. por tal motivo se aprecia una historia de un desarrollo atípico, es decir inadecuado y no adaptativo.

3.- Independientemente de la causa desencadenante de la enfermedad, se ha observado que en la mayoría de la historia familiar del paciente Esquizofrénico, la familia es desintegrada, y los conflictos entre los conyuges son muy comunes.

4.- Las Variables que en un momento determinaron la enfermedad, no pueden ser ya tratadas en un sentido lineal y reduccionista, como es el punto de vista médico, sino se debe tomar en cuenta todas aquellas variables que probablemente tienen un peso fundamental y que influyen significativamente en el curso ulterior a la enfermedad y en la respuesta al tratamiento de individuos ya afectados.

5.- Sobre el desarrollo de la Esquizofrenia, las pruebas mejor fundadas indican que la transmisión genética desempeña un rol en la esquizofrenia, pero los mecanismos genéticos por si solos son insuficientes para explicar su origen, lo mismo que los factores bioquímicos o psicológicos.

6.- Gottesman y Shields (citados en Anderson, C. 1988), señalan en su formulación etiológica, proponen que el 70% de las causas de la Esquizofrenia son biológicas (o sea genéticas y endocrinas) y que el 30% son ambientales.

7.- Existe el conocimiento que en estudios post-mortem de pacientes diagnosticados como Esquizofrénicos se ha encontrado ventriculos alargados. Sin embargo se ha observado que estos pacientes tuvieron en su infancia un antecedente de daño en la cabeza, por lo que el resultado presenta una alteración anatómica de etiología traumática y no un factor genético.

8.- Existe una hipótesis sobre alteraciones químicas en el Sistema Nervioso, como responsables de las aberraciones Psíquicas. Sin embargo también se ha observado que en una persona que se encuentra sometida a un intenso estrés, también produce una alteración química en su cerebro. Por lo que aún no se sabe a Ciencia cierta, si desde un principio había un desequilibrio bioquímico, o una vida sometida desde la infancia a un estrés intenso fue lo que provocó dicho desbalance.

9.- La esquizofrenia podría estar determinada por un proceso de disfunción cerebral sujeto a influencias experienciales y modificado por el ambiente externo e interno del paciente.

10.- En los últimos años, los teóricos de orientación Biológica han justificado sus puntos de vista con pruebas convincentes de la eficacia de la farmacología y del papel conspicuo que desempeñan los factores bioquímicos y anatómicos en la transmisión, y manifestación de las perturbaciones Esquizofrénicas. Pero pocos teóricos de orientación Organicista niegan por entero la intervención de factores Psicosociales, ya que aseveran que las pruebas disponibles indican que las variables Psicológicas y ambientales también desempeñan un papel importante en la fisiología de las perturbaciones esquizofrénicas, en comparación con aquellos factores que influyen en su curso y desenlace ulterior.

11.- Del mismo modo, la mayoría de los Teóricos de Orientación Psicoanalítica, admiten que el papel desempeñado por la genética y las lesiones cerebrales exógenas tienen un peso fundamental en el desarrollo de la Esquizofrenia. Aunque desde luego, afirman que la gama de repertorios de comportamientos Inconscientes e Inadaptados, adquiridos durante el desarrollo son de vital importancia, y que el lugar y la posición que ocupan los padres al desempeñar su rol es fundamental.

12.- Gran parte de los autores reconocen, sea cual sea su postura Teórica, que un gran número de padres de esquizofrénicos, presentan perturbaciones psicológicas, dado estas circunstancias, las actitudes ligadas a estas perturbaciones, no pueden garantizar un desarrollo armónico del niño, desde su nacimiento hasta que se da el primer brote psicótico.

13.- Las experiencias pasadas de frustración y rechazo, padecidas por el paciente son de vital importancia en la comprensión interpretativa de la enfermedad pues influye invariablemente en la conducta posterior del individuo.

14.- Las Teorías Psicológicas señalan que el paciente es el portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo familiar.

15.- Los Afectos Expresados por los integrantes de la familia hacia el paciente, son: Rechazo, sometimiento, abandono, devaluación, irritabilidad, críticas, comentarios destructivos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo, carencia de todo tipo y aún golpes y castigos físicos, provocan recaídas frecuentes en los pacientes, que ya habían sido dados de alta y que tenían un control farmacológico.

16.- Las insatisfacciones de los padres del paciente, conllevan a que éstos busquen en el hijo las satisfacciones afectivas que no encuentran en la pareja, como consecuencia, esto favorecerá la sobre implicación emocional de uno o de ambos padres en la enfermedad del hijo. Lo cual repercutirá en su tasa de recaídas. Todo esto afirma la necesidad de incluir en los tratamientos con pacientes esquizofrénicos intervenciones orientadas a la triada padre-madre-hijo, ya que esto podría incidir posteriormente en la repercusión del hijo y disminuir las recaídas del mismo. Así como también incluir en el tratamiento terapéutico a la familia, la cual constituye una línea de trabajo, que ofrece una panorama viable para el bienestar tanto del paciente, como de la familia misma. Esto no significa que se deba de abandonar aspectos bioquímicos y genéticos de la enfermedad, sino contemplar el problema desde una perspectiva más amplia en donde se consideran factores extrafamiliares.

17.- Los estudios que actualmente se realizan proporcionan credibilidad a las continuas observaciones clínicas respecto a la conexión entre dinámica familiar y esquizofrenia; sin embargo, posiblemente el mayor impacto de estos estudios sea estimular una reevaluación de las actitudes de los terapeutas familiares hacia la familia de los Esquizofrénicos. Se identifica una aproximación más humana que visualiza a la familia sufriendo a consecuencia del desarrollo de la enfermedad en uno de sus miembros. Una nueva dirección a desarrollar es la posibilidad de que la familia juegue un rol preventivo en sus miembros y un rol positivo en la rehabilitación.

No basta con la Psicoeducación del paciente y su familia, es necesario formar grupos terapéuticos, que incidan directamente en el tratamiento del paciente y su familia, los cuales deben ser inscritos como componentes esenciales de los programas de tratamiento integral del paciente.

18.- La Esquizofrenia es un diagnóstico que involucra un pronóstico severo. Esta severidad viene dada, además de por la gravedad de sus síntomas, por la evolución y el desencadenamiento de la misma. Se han producido importantes avances científicos, en los últimos años, como es el esclarecimiento del papel de la genética en aspectos de vulnerabilidad, la constatación de la importancia de factores estresores, en el inicio del cuadro y posteriores a él, la incidencia de la Psicofarmacología y de la familia en el control de recaídas, sin embargo esto no ha sido suficiente para evitar la incidencia del problema; por lo que se hace necesario modificar el tratamiento tradicional y permitir tanto al paciente como a su familia, una mejor adaptación al medio a través de facilitar la entrada de un trabajo multidisciplinario, que permita ver al paciente en forma integral. No basta con un tratamiento médico, ni con una educación psicosocial, el problema es más profundo, se requiere estudiar e incidir en el padecimiento desde diversas posturas, en el que la psicología tiene un lugar fundamental en el tratamiento. Pues su Labor no puede ni debe ser limitado a la aplicación de pruebas, es necesario entrar al terreno de la psicoterapia, si el problema es profundo se requiere profundizar en él y trabajar con éstos pacientes, para que el trabajo sea discutido y confrontado con las experiencias en la clínica, que en la actualidad apenas está en sus comienzos.

Por tanto es evidente que la Enfermedad Mental no puede ser explicada por factores unilaterales y excluyentes, ya que los hechos y los fenómenos de la Esquizofrenia son tan variados y complejos como también lo son sus causas, por lo tanto no se puede dejar de lado el papel fundamental de cada uno de dichos factores, ya que se estaría ignorando gran parte de la actividad científica.

## SUGERENCIAS

1.- La revisión Bibliográfica, el estudio de casos y la práctica con Enfermos Esquizofrénicos, me ha llevado hacer una análisis de las diferentes facetas de la esquizofrenia: la angustia, la depresión, la marginación, la desintegración de su personalidad, la improductividad y falta de metas y motivaciones vivenciales, la ruptura de lazos sentimentales y el inmenso sufrimiento que experimentan día con día estos pacientes.

Por lo que se hace necesario hacer una nueva Revolución Psiquiátrica, que permita sensibilizar a los médicos, y en general al equipo de Salud Mental sobre lo que implica el tratamiento de la psicosis y cómo cada marco teórico propone un camino distinto en la dirección de la cura. Pues si bien, ya en la actualidad no se encadena, ni se recluye al enfermo en una "mazmorra" y en su lugar se ha usado y abusado de Psicofármacos, que si bien han permitido controlar en gran parte los síntomas, también es cierto que sus efectos colaterales ha dado lugar al uso de otros fármacos que apasieguen los primeros. En la última década se ha incrementado importantemente el uso y prescripción de Psicofármacos tanto en el número como en la duración de los tratamientos. "En 1983 la Asociación Médica Americana manifestó que el Abuso de Psicofármacos prescritos producen mas lesiones y muertes entre la población, que todos lo Medicamentos ilegales juntos". (Diez, E. 1994, p.11). Su prescripción ha sido en la mayoría de las ocasiones, un abuso para soslayar la manifestación de la enfermedad.

El tratamiento Farmacológico hoy en día es de gran utilidad, pero no es el único, ni debiera ser el primer instrumento a utilizar. Sin embargo no se ha generalizado en las instituciones Psiquiátricas el considerar a estos pacientes como seres humanos que sienten, sufren, piensan y actúan, (aunque en ocasiones en formas Bizarras, que no logramos entender), pero que debiera ser abordado por el equipo tratante. No basta con aminorar los síntomas, sino que es necesario que en todas las instituciones se ofrezca no sólo fármacos, sino orientación y terapia de varios tipos para modificar y mejorar la enfermedad del paciente y de su familia.

Así mismo se debe informar a la familia que los medicamentos, no son de efectos curativos, sino que son un instrumento más en el tratamiento, y que se debe usar de forma complementaria con otros abordajes terapéuticos. Además los efectos secundarios de los fármacos, deben ser puestos en conocimiento, tanto de la familia como del paciente.

Por último es importante señalar la necesidad de realizar el seguimiento del paciente para evitar en lo posible las recaídas agudas, aceptando el compromiso que adquiere al proponerse para sostener el tratamiento de un paciente psicótico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ackerman, N. (1976). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.
2. Ackerman, N. (1986). Psicoterapia de la familia Neurótica.
3. Alonso, F. (1978). Compendio de Psiquiatría. Madrid: Oteo. Buenos Aires: Horme.
4. Allen Frances, M.D., Editor. Beverly Hoffman, M.S.W., Trudi Pass, M, and Sara Andrews, M.S Guest Experts. "A Schizophrenia Woman in high Expressed Emotion Family." Hospital and community Psychiatry. July 1987. Vol.38, No. 7.
5. Andolfi, M. (1989). Tiempo y Mito en la Psicoterapia familiar. (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
6. Allen Frances, M.D., Editor. Beverly Hoffman, M.S.W., Trudie, P.; Sara Andrews, M.S. Gues Expertes. "A Schizophrenic Woman in a High Expressed Emotion Family." Hospital and Community Psychiatry. July 1987. Vol. 38 No. 7
7. Andolfi, M. (1985). Dimensiones de la Terapia Familiar. Buenos Aires: Paidós.
8. Andolfi, M. (1992). Terapia Familiar. Mexico: Paidós.
9. Anderson, C; Douglas, R y Hogarty G. (1988). Esguizofrenia y familia: Guia Practica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu.
10. Andreasen, N.C. "The american concept of Schizophrenia." Schizophr Bull 1989, 15: 519-531.
11. Andreasen, N.C. "Brain imaging: applications in Psychiatry." Science 1988, 239: 1381-1388.
12. Andreasen, N.C. Flaum, M., Swayza, V.W., et. al. "Positive and negative symptoms in Schizophrenia." Arch Gen Psychiatry 1990, 47: 615-621.
13. Andreasen, N.C. "The diagnosis of Schizophrenia." Schizophr Bull 1987, 13: 9-22.
14. Arieti, S. (1975). La Interpretación de la Esquizofrenia. Barcelona: Labor.
15. Assad, G., Shapiro, B. "Hallucinations: theoretical and clinical overview." Am J. Psychiatry 1986, 143: 1088-1097.

16. Barta, P.E., Pearson, G.D., Powers, R.E., et. al. "Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyrus volume in Schizophrenia." Am J. Psychiatry 1990, 147: 1457-1462.
17. Basaglia, F. (1972). ¿Psiquiatría o ideología de la locura? España: Ariel.
18. Basaglia, F. (1983). Razón, Locura y Sociedad. México: Siglo XXI.
19. Baszormenyi (1979). Terapia Familiar Intensiva. México: Trillas.
20. Bateson, G. (1982). Interacción Familiar. Buenos Aires: By Eba.
21. Bellack, AS. Mueser, KT. "Psychosocial treatment for schizophrenia." Schiz Bull, 19 (2): 317-336, 1993.
22. Berger, M.M. (1993). Más allá del Doble Vínculo: Comunicación y sistemas familiares. Teorías y Técnicas empleadas con Esquizofrénicos. Buenos Aires: Paidós.
23. Bracha, H.S., Wolkowitz, O.M., Lohr, J.B., et. al. "High prevalence of visual hallucinations in research subjects with chronic Schizophrenia." Am J Psychiatry 1989, 146: 526-528.
24. Broustra, Jean. (1979). La Esquizofrenia. Barcelona: Herder.
25. Coleman, J (1978). Psicopatología. Buenos Aires: Paidós.
26. Cooper, D. (1981). El Lenguaje de la Locura. España: Ariel.
27. Cooper, D. (1985). Psiquiatría y Antipsiquiatría. Barcelona: Paidós.
28. Crow, T. "The two-syndrome concept: origins and current status." Schizophr Bull 1985, 11: 471-486.
29. Crowcroft, A. (1980). La Locura. México: Alianza.
30. Cummings, J.L.: "Secondary psychoses, delusions and Schizophrenia." En: Cummings, J.L. ed. Clinical Neuropsychiatry Orlando, Grune & Stratton, Inc., pag. 163, 1985.
31. Cutting, J., Murphy, D. "Schizophrenia thought disorder." A Psychological and Organic interpretation. Br J Psychiatry 1988, 152: 310-319. (1992).
32. Cabrero, L. Cronicidad: Esquizofrenia y familia. Rev. Psiquiatría. Facultad de Medicina. Barcelona 1988. 15-6: 314-319.

33. Cohen, G. (1983). La Psicología en la Salud Pública. (3ª ed.). México: Extemporaneo.
34. Colodrón. (1992). Las Esquizofrenias. España: Siglo XXI.
35. Davison, G. (1983). Psicología de la Conducta Anormal. México: Limusa.
36. De la Fuente, M. (1992). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
37. Díez, L.; E. Barrón e I. Mauraza "Actitudes hacia los Psicofármacos en pacientes ingresados en una unidad de corta estancia. Actitudes de la familia." Estudio Colectivo. Psiquis, 5/1994 Vol.15 Mayo.
38. Doane JA, West KL, Goldstein MJ, Rodnik EH, Jones JE: "Parental communication deviance and affective style." Arch Gen Psychiatry, 36: 679-685, 1981.
39. Ey Henry. (1987). Tratado de Psiquiatría. (8ª ed.). México: Prensa Médica.
40. Ellis, H.D., Young, A.W "Accounting for delusional misidentifications". Br J Psychiatry 1990; 157: 239-248.
41. El-Islam M.F. "Collaboration with families for the rehabilitation of Schizophrenic patients and the concept of Expressed Emotion." Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 303-307.
42. Espina, E; Pumar, G; Bel, C; Azkarate, I; Elortegui, V; García, M. "Un Estudio correlacional entre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en parejas con hijos normales y con patología psíquica (Toxicomanía y esquizofrenia)". 1994; 15 (8): 379.
43. Fenichel, O. (1989). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós.
44. Frazier, S.H (1975). Introducción a la Psicopatología. (3ª. ed). Buenos Aires: El Ateneo.Masson.
45. Fairbairn, R. (1980). Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Buenos Aires: Horme.
46. Fish, F. (1972). Psicopatología Clínica: Signos y Síntomas en Psiquiatría. México: Aleph, S.A.
47. Fuentenebro, D. (1990). Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. México: Interamericana.
48. Gallego, L. "Roles, funciones y mitos en el grupo familiar del Psicótico." Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. XXXII. 1986.

33. Cohen, G. (1983). La Psicología en la Salud Pública. (3ª ed.). México: Extemporaneo.
34. Colodrón. (1992). Las Esquizofrenias. España: Siglo XXI.
35. Davison, G. (1983). Psicología de la Conducta Anormal. México: Limusa.
36. De la Fuente, M. (1992). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
37. Díez, L.; E. Barrón e I. Mauraza "Actitudes hacia los Psicofármacos en pacientes ingresados en una unidad de corta estancia. Actitudes de la familia." Estudio Colectivo. Psiquis, 5/1994 Vol.15 Mayo.
38. Doane JA, West KL, Goldstein MJ, Rodinik EH, Jones JE: "Parental communication deviance and affective style." Arch Gen Psychiatry, 36: 679-685, 1981.
39. Ey Henry. (1987). Tratado de Psiquiatría. (8ª ed.). México: Prensa Medica.
40. Ellis, H.D., Young, A.W. "Accounting for delusional misidentifications". Bc J Psychiatry 1990, 157: 239-248.
41. El-Islam M.F. "Collaboration with families for the rehabilitation of Schizophrenic patients and the concept of Expressed Emotion." Acta Psychiatr Scand 1989, 79: 303-307.
42. Espina, E; Pumar, G; Bel, C; Azkarate, I; Elortegui, V; García, M. "Un Estudio correlacional entre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en parejas con hijos normales y con patología psíquica (Toxicomanía y esquizofrenia)". 1994; 15 (8): 379.
43. Fenichel, O. (1989). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós.
44. Frazier, S.H (1975). Introducción a la Psicopatología. (3ª. ed). Buenos Aires: El Ateneo.Masson.
45. Fairbairn, R. (1980). Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Buenos Aires: Horme.
46. Fish, F. (1972). Psicopatología Clínica: Signos y Síntomas en Psiquiatría. México: Aleph, S.A.
47. Fuentenebro, D. (1990). Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. México: Interamericana.
48. Gallego, L. "Roles, funciones y mitos en el grupo familiar del Psicótico." Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. XXXII. 1986.

49. Georges, A. (1985). Fundamentos de la Psicopatología. Buenos Aires: Gedisa.
50. Goldin, L.R., and Gershon, E.S. "Unravelling the Relationship Between Genetic and Environmental Risk Factors in Psychiatric Disorders." British Journal of Psychiatry. 1989, 151, 302-305.
51. Gomezjara, M. (1981). Salud Comunitaria Teoría y Técnicas. México: Nueva Sociología.
52. Greebb, A.A., Cancro, R.: "Schizophrenia: Clinical features". En: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Eds. Comprehensive textbook of Psychiatry/V. Baltimore, Williams & Wilkins, pag. 757, 1989.
53. Hall, C. (1988). Compendio de Psicología Freudiana. Buenos Aires: Paidós.
54. Hahlway, K. Feinstein, E. Müller, U. Dose M: "Family management programmes for schizophrenia patients". Br. J. Psychiatry, 155: 112-116, 1989.
55. Heuyer, G. (1978). La Esquizofrenia. Barcelona: Planeta.
56. Hemsley, D.R., Garety, P.A. "The formation of maintenance of delusions: A Bayesian analysis". Br. J Psychiatry 1986, 149: 51-56.
57. Hernan, S.M (1984). Salud y Enfermedad. (4a. ed). México: Prensa Médica.
58. Higashida, H. (1990). Ciencias de la Salud. México: Mc Graw-Hill.
59. Hoffman, L. (1992). Fundamentos de la Terapia Familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
60. Hughes, J. (1984). Manual de Psiquiatría Moderna. México: Limusa.
61. Humbert, M y L. Salvador. "Formas de Inicio de la Esquizofrenia". Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. 1987, p.93-103.
62. Jackson, D. (1980). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu.
63. Johnson, D; Ludlow, J; Street, K; and Taylor, D. "Double-Blind Comparison of Half-Dose and Standard-Dose Flupenthixol Decanate in the Maintenance Treatment of Stabilised Out-Patients with Schizophrenia". British Journal of Psychiatry 1987, 151, 634-638.
64. King, K., Fraser, W.I., Thomas, P., et. al. "Reexamination of the Language of Psychotic Subjects". Br J Psychiatry 1990, 156: 211-215.

65. Kinsbourne, M. "Voiced images, imagined Voices". (editorial). Biol. Psychiatry 1990, 27: 811-812.
66. Kisker, George. (1984). La personalidad desorganizada: Psicología anormal. México: Trillas.
67. Kleinmutz, B. (1980). Elementos de Psicología Anormal. México: C.E.C.S.A.
68. Kulick, A.R., Pope, H.G., Keck, P.E. "Lycanthropy and self-identification". J. Nerv Ment Dis 1990, 178:134-137.
69. Kuipers L, Bebbington P: "Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications". Psychol Medicine. 18:893-909, 1988.
70. Laing, R. (1990). Los Locos y los Cuerdos. México: Grijalbo.
71. Laing, R. (1991). El Yo dividido. México: Fondo de Cultura Económica.
72. Lam DH: "Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies". Psychol Medicine. 21: 423-441, 1991.
73. Laplanche, J. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. (3a ed.) Barcelona: Labor.
74. Lauterbach, E.C. Humming, auditory. "Hallucinations and dystonia". (correspondence) Biol Psychiatry 1990, 27: 934-935.
75. Leckman, James F., Wiseman, H.; Pauls, D. and Kenneth. Kidd. "Family-Genetic Studies and Identification of Valid Diagnostic Categories in Adult and Child Psychiatry". British Journal of Psychiatry, 151, 39-44 1987.
76. Lenman, H.E., Cancro, R.: "Schizophrenia: clinical features". En: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Bealtime, Williams & Wilkins, p.680, 1985.
77. Leff, JP. "Family factors in schizophrenia". Psychiatry Annals, 19: 542-547, 1989.
78. Lewis, S., Reveley, A., Murray, R. (1987). "The familia/Sporadic Distinction as a Strategy in Schizophrenia Research". British Journal of Psychiatry. 151, 306-313.
79. Lidz T, Cornelison A, Carlson D, Fleck S: "El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transmisión de la irracionalidad". En: Sluzki CE (Ed). Interacción Familiar. Editorial Tiempo Contemporáneo, Argentina: 81-110, 1971.

80. Llopis, B. (1970). Introducción Dialéctica a la Psicopatología. Madrid: Marata, S.A.
81. Mannoni, M. (1992). El niño, su enfermedad y los otros. Buenos Aires: Nueva Visión.
82. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (3ª ed). DSM III-R. Barcelona, Masson S.A. 1988.
83. Minuchin, S. (1988). El cambio familiar: desarrollo de los modelos. Buenos Aires: Gedisa.
84. Minuchin, S. (1991). Técnicas de la Terapia Familiar. México: Paidós.
85. Martínez, F. y Peral, R. "Endofinas y Esquizofrenia: Introducción y exceso de endorfinas en la Esquizofrenia". Psicopatología. 7 (4), 493-504, 1987.
86. Minuchin, S. (1983). Familias y Terapia Familiar. Buenos Aires: Gedisa.
87. Mueser, K.T., Bellack, A.S., Brady, E.U. "Hallucinations in Schizophrenia". Acta Psychiatr Scand, 1990, 82: 26-29. of Psychiatry/V. Baltimore, Williams & Wilkins, pag. 757.
88. Millón, T. (1991). Psicopatología Moderna: Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat.
89. Mintz, Li; Nuechterlein, Kh; Goldstein, MJ; Mintz, J; Snyder, KB: "The inicial onset of schizophrenia and family expressed emotion". Br J Psychiatry, 154: 212-217, 1989.
90. Nathan, P. (1983). Psicopatología y Sociedad. México: Trillas.
91. Noyes, P. y Kolb, C. (1992). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Prensa Médica Mexicana.
92. Sarason, I. (1990). Psicología Anormal. (3ª ed.). México: Trillas.
93. Segal, H. (1990). Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.
94. Speir, A. (1983). Psicopatología del grupo Familiar: un enfoque elaborativo-dinámico-interaccional. Buenos Aires: Psique.
95. Strachan AM. "Family intervention for the rehabilitation of schizophrenias toward protection and coping". Schiz Bull, 12 (4): 678-698, 1986.

96. Sturgeon, D; Turpin, G; Knipers, L.: "Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives: a follow up study". Br J Psychiatry, 145: 62-69, 1984.
97. Page, J. (1982). Manual de Psicopatología. Buenos Aires: Paidós.
98. Paggy, P. (1988). El proceso de Cambio. Buenos Aires: Paidós.
99. Paniagua, C. (1991) Teorías Psicoanalíticas de la Esquizofrenia. Psiquis 40/91 Vol. 12 2/1991.
100. Pascua "La Locura". Artefacto. Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. No.4 Septiembre. 1993.
101. Pedreira, M. "Tratamiento del autismo y las Psicosis de la infancia: indicaciones, revisión crítica y protocolo". 1994; 15 (5): p. 19-32.
102. Pichon, R. (1980). Proceso Grupal. Buenos Aires: Nueva Visión.
103. Portuondo, J. (1985). Psicopatología en Psicología Clínica. Madrid: Biblioteca Nueva.
104. San Martín, H. (1984). Salud y Enfermedad. México: Prensa Médica.
105. Satir, V. (1993). Nuevas relaciones humanas en el núcleo Familiar. México: Pax.
106. Sechenaye, M. (1992). La realización Simbólica y Diario de una Esquizofrenia. México: Fondo de Cultura Económica.
107. Simon, F.B (1988). Vocabulario de Terapia Familiar. Buenos Aires: Gedisa.
108. Sluchesk, I. (1986). Psiquiatría. México: Grijalbo.
109. Strecker, E. (1975). Psiquiatría Clínica Moderna. Buenos Aires: Paidós.
110. Szasz, T. (1984). Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la Psiquiatría. México: Premia.
111. Tarrier, N.; Barrowclough, C.; Vaughn, C; Bamrah, J.S; Porceddy, D.; Watts, S.; Freeman, H. "Community Management of Schizophrenia". British Journal of Psychiatry (1989), 154: 625-628.
112. Thomas, P; King, K; Fraser, W.I., et. al. "Linguistic performance in schizophrenia: a comparison of acute and chronic patients". Br. J. Psychiatry 1990, 156: 204-210.

113. Thomas F. Mc Neil, Elizabeth Cantor Graac and siv Cardinal. "Desarrollo Cerebral Prenatal en individuos con riesgos genéticos de Psicosis: Tamaño de la Cabeza al nacer en la descendencia de mujeres con Esquizofrenia". Schizophrenia Research, 10 (1993). 1-5 Elsevier Science Publishers. B.V All rights reserved. 0920-9964/93.
114. Timio, M. (1986). Clases Sociales y Enfermedad. (5ª ed.). Buenos Aires: Nueva Imagen.
115. Tocaven, G. (1977). Higiene Mental. México: Edicol.
116. Trimble, M.R First-rank symptoms of schneider. "A new perspective?". Br. J. Psychiatry 1990, 156: 195-200.
117. Umbarger, C. Terapia Familiar Estructural. Buenos Aires: Amorrotu.
118. Vallejo, R. (1991). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. (3ª ed). Barcelona: Salvat.
119. Valdez, M. (1984). "Esquizofrenia: personalidad premorbida". Phronesis, 1984, 5:381-383.
120. Vallejo, J; Castro, C; Catalán, and Salamero, M. "Double-Blind Study of Imipramine Versus Phenelzine in Melancholias and Dysthymic Disorders". British Journal of Psychiatry, 1987, 151, 639-642.
121. Vega, F. (1987). Bases Esenciales de la Salud Pública. México: Prensa Médica Mexicana.
122. Vidal, G. (1986). Psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana.
123. Videla, M. (1991). Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires: Colección Texto y Contexto.
124. Virtanen, H; Keinänen, M: "Observations about family interaction and the affect of therapy: interviews with families eight years after the onset of schizophrenia". Fam Proc, 28: 273-385, 1989.
125. Waring, E. Carver, C Moran P, Lefcoe D: "Family therapy and schizophrenia: recent developments". Can J Psychiatry, 31: 154-160, 1986.
126. Watzlawick, P. (1984). Teoría de la Comunicación Humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.
127. Zax, M y Y Cowen, E. (1989). Psicopatología. México: Interamericana.