

125
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"COHESION Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO ESQUIZOFRENICO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ERIK MORALES GARCIA
ANA LUCIA TELLEZ HARO

274609

DIRECTOR DE TESIS: DR. GILBERTO LIMON ARCE
ASESORA METODOLÓGICA: DRA. EMILY ITO SUGIYAMA



FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

IMPRESION EN LA FACULTAD DE PSICOLOGIA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer un reconocimiento a los profesores que contribuyeron de manera fundamental a la realización de este trabajo. Dr. Gilberto R. Limón Arce, Dra. Emily Ito Sugiyama, Mtro. Fabián Martínez Silva, Dra. Luz Ma. Rocha Jiménez, Dra. Beatriz Glowinsky Kotlar. Quienes con su apoyo, conocimiento y compromiso hacia nosotros, nos impulsaron a terminar esta tesis.

A las autoridades del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" por las facilidades y apoyo brindado a la presente investigación.

A todos los pacientes hospitalizados, familiares y en general a las personas que con su colaboración y paciencia nos permitieron la realización de este trabajo.

A los Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeras y personal en general de los diferentes pisos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" por sus atenciones y facilidades para concluir este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por darnos la oportunidad de introducirnos en un universo de conocimientos que nos han permitido crecer como seres humanos

A todos los profesores que contribuyeron en nuestra formación académica y profesional, en especial a la Doctora Emily Ito Sugiyama y al Maestro Fabián Martínez Silva por todos los conocimientos metodológicos y estadísticos que nos brindaron, haciendo posible la finalización de este trabajo

DEDICATORIAS

A aquellas dos maravillosas personas por cuya unión estoy aquí. Gracias por brindarme su ser, su fortaleza y sus cuidados.

Los amo papá y mamá.

A mi madre, porque su ternura, dedicación, esfuerzo y sacrificio me hicieron un ser humano pleno, sensible y constante en mis metas y realizaciones.

A mi padre, que con su fuerza, orgullo, tesón y ternura me guió por el camino para ser un hombre de bien.

A mis hermanos Itzel, Azael e Ismael, porque han compartido su vida conmigo y me han regalado grandes momentos de felicidad, apoyo y amor.

A todos los que ya se fueron pero siempre viven en mi corazón y en mi recuerdo. Gracias "Llico", tía Gloria, tía Nelly.

En especial para ti Ana Lucía, por todos los sueños y vivencias compartidas. Por todo lo que forjamos y logramos juntos.

ERANASAND.

Para mis sobrinas Dany, Alejandra y Mariana porque son y han sido la luz de mis ojos y amor para mi corazón.

Para Laura "Mi adorada tía" porque siempre apoyaste mis locuras y mis aciertos, porque yo soy mucho de ti. "Te quiero mucho".

A las familias Moreno García, Rodríguez García, Morales Ramírez, Morales Morales, Morales Gallardo, Morales Loeza, García Franco y Téllez Haro. En especial a las abuelitas Alta y Paulita. Gracias por todo lo que son y me brindaron.

A mis grandes amigos de toda la vida y aun recientes, pero muy grandes también Mauricio Castañeda, Víctor Castillo, Gloria Fuentes, Héctor Reyes y Marco Basilio, Alma Santamaría, Daniel Carrillo, Margarito Lara, Fausto Ramos, Carlos Ruiz, Manuel Viruega, Martín Bernal, Vicente Valencia, Roberto Rosas, Jesús Fuentes, Juan Francisco Ramírez y Georgina Cerón.

A los amigos del C.C.C. por su apoyo incondicional y facilidades en todos los aspectos.

A Gretel porque me has brindado tu apoyo comprensión y afecto, gracias por ser el ser humano que hay en ti.

¡Gracias Jefa!

¡Gracias amiga!

Por último a aquella persona que llenó de ilusión mi vida y mi corazón aunque no estuvo, ni estará aquí.

Erik.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a mis padres, Juana y Seraffín de quienes recibí la educación apoyo y cuidado que constituyeron el ser humano que soy ahora, a mis abuelos quienes son un ejemplo de perseverancia y compromiso, especialmente a ti Agueda y Francisco por todo el amor, enseñanza y comprensión, abuelo siempre te llevo conmigo.

A mis hermanos, principalmente Francisco y Sergio por ser una constancia de unión y fortaleza. Con admiración para ti, Jesús Téllez por que representas el valor ante la vida. A mis niñas, Araceli, Alejandra y Mariana quienes constituyen mis más grande orgullo y mi mayor motivación, gracias por toda la ternura y los momentos de felicidad.

A Endy, Guadalupe y Mercedes, Carlos, Sergio y Alejandro, a los compañeros y amigos de la facultad y del C.C.C. Ivonne, Roberto, Jesús, Adriana, Juanito, Vicente, Liz, Martín, Ale, Fabian, Ángel gracias por el apoyo e inolvidables momentos. A la familia Morales García, gracias por haber sido un gran apoyo, por haber sido mi familia. Especialmente a ti Sol, con quien se puede compartir todo, por ser una gran amiga, por estar cerca de mí. Para ti Paco, por ser todo lo mejor, de un ser humano, de un amigo, de un compañero, por estar siempre, por existir.

Para Gretel con mucho cariño, gracias por tu apoyo incondicional, tu paciencia y lo que me has enseñado como persona y como profesionista.

Erik, esto es por ti y para ti, gracias por haber crecido conmigo y porque contigo conocí el significado del amor, el compromiso y la unión, ERANASAND.

Lucía.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	1

CAPITULO 1. ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes Históricos.....	4
1.2 Etiología	8
1.3 Epidemiología.....	19
1.4 Definición de Esquizofrenia.....	22
1.5 Rasgos y Síntomas	25
1.6 Tipos Clínicos	28
1.7 Antipsiquiatría	29
1.8 Perspectiva Sistémica	31
1.9 Modelo Circumplejo	33

CAPÍTULO 2 FAMILIA CON CARÁCTERÍSTICAS ESQUIZOFRÉNICAS

2.1 Características	40
2.2 Estructura	43
2.3 Dinámica	44
2.4 Rasgos principales en los padres de pacientes esquizofrénicos.....	46
2.5 Seudomutualidad	49
2.6 Doble Vínculo	51
2.7 Roles	54
2.8 Familia funcional y disfuncional.....	56

CAPITULO 3. MÉTODO

3.1 Planteamiento del problema.	59
3.2 Variables	60
3.2.1 Definición conceptual de variables.	60
3.3 Definición operacional de variables	62
3.4 Hipótesis	63
3.5 Hipótesis de trabajo	64
3.6 Diseño.	64
3.7. Escenario.	64
3.8 Muestra.	64
3.9 Instrumentos y materiales.	66
3.10 Procedimiento.	68

CAPITULO 4. RESULTADOS

4.1 Datos Sociodemográficos	70
4.2 Análisis Estadístico.	71

CAPITULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION78

CONCLUSIONES, APORTACIONES DEL ESTUDIO Y RECOMENDACIONES.84

BIBLIOGRAFÍA.	90
------------------------------	-----------

Anexos:

Anexo 1 Validación del Instrumento FACES II

Anexo 2 Cuestionario FACES II

Anexo 3 Cuestionario Sociodemográfico para padres

Anexo 4 Cuestionario Sociodemográfico para pacientes

Anexo 5 Procedimiento de calificación Cuestionario FACES II

Anexo 5-A Hoja de vaciado de datos para calificación del Cuestionario FACES II

Anexo 5-B Puntos de corte para la calificación del Cuestionario FACES II

Anexo 6 Criterios Diagnósticos y Tipos Clínicos de Esquizofrenia

Anexo 7 Cuadros descriptivos de conceptos de cohesión y adaptabilidad.

RESUMEN

El presente estudio tuvo el propósito de explorar la existencia de posibles características familiares en triadas integradas por el padre, la madre y un hijo esquizofrénico, acerca de las pautas de comportamiento, dinámica y la posible existencia de un tipo de familia propensa a desarrollar esquizofrenia, se resaltó la importancia que tiene la interacción familiar como parte de la etiología, tratamiento y readaptación del paciente.

En este trabajo las triadas están integradas por miembros de una misma familia, lo cual permite un acercamiento a la conformación y dinámica de la misma.

La investigación se abordó a través del enfoque sistémico y se aplicó el instrumento Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, FACES II (Olson 1986) a un grupo de dieciocho triadas de familias con un miembro esquizofrénico, en comparación con familias en las que no existió diagnóstico de enfermedad mental, con la finalidad de establecer diferencias que aportaran datos respecto a la conformación de las mismas, ya que los datos encontrados hasta la fecha respecto a estas familias y que se citan en el marco teórico, consideran la posibilidad de rasgos muy particulares que refieren un tipo de familia en especial.

En el tratamiento estadístico se aplicó la prueba de la U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, los resultados arrojados a través de este sugieren la conformación de un tipo de familia rígidamente desvinculada, lo que aporta indicadores que dan la posibilidad de plantear características específicas respecto a factores que influyen y probabilizan la aparición del padecimiento. Estas características familiares pueden permitir plantear modelos de tratamiento e intervención, como la terapia familiar de corte sistémico que coadyuvarían al tratamiento integral de la enfermedad.

INTRODUCCION

El interés en esta investigación surgió al trabajar en la práctica clínica con pacientes esquizofrénicos en el Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez ". A través de la observación de las relaciones entre el paciente y sus familiares, principalmente los padres, notamos que en las visitas al hospital, se encontraban con el hijo y enseguida se establecían entre ellos pautas de comunicación e interrelación que tenían como resultado, una significativa alteración en la conducta del paciente, que se manifestaba a través del deterioro de los logros obtenidos durante el tratamiento psiquiátrico. Esta alteración se caracterizaba por conductas que el paciente ya había superado, como aislarse, mostrar agresividad, encerrarse en sí mismo y manifestar ideas delirantes, así como ansiedad y enojo después de verlos. A pesar de que el paciente mejoraba gradualmente con el tratamiento psiquiátrico hasta llegar a ser dado de alta, se podía continuar observando dichas conductas durante las visitas.

Aun cuando esto ya se había observado en los años cincuentas por los iniciadores de la terapia familiar en Palo Alto, California, el observarlo en los pacientes psiquiátricos con los que trabajábamos fue la motivación para llevar a cabo este estudio, mismo en el que nos enfocamos a resaltar la importancia que tiene la familia dados los fenómenos que se observaron en las mismas.

Estas manifestaciones nos llevaron a pensar en la importancia primordial de los padres y su relación con el hijo, dentro del desarrollo de la esquizofrenia. Suponemos que dentro del núcleo familiar, especialmente la triada anteriormente mencionada, vive una dinámica especial, pautas de comunicación y comportamiento que ya en conjunción constituyen un factor de suma importancia en la estructura y dinámica de un sistema familiar que posiblemente generará el desarrollo de la esquizofrenia en alguno de sus miembros, en este caso el hijo

Esta relación abordada desde el enfoque sistémico, percibe a la familia como un sistema en el que el paciente desempeña un rol, a través del cual se expresa la patología familiar.

Dicha patología, se transmite por medio de un lenguaje disfuncional: el doble vínculo Bateson (1956); que se caracteriza por el envío de mensajes contradictorios, es decir, con un doble significado que confunde, descalifica y atrapa al hijo en un juego cruel y difícil de romper.

La mayoría de los estudios realizados con esquizofrénicos en el mundo, se han dirigido a indagar diferentes aspectos de la esquizofrenia desde diversas perspectivas teóricas, tomando en cuenta factores biológicos, psiquiátricos, funcionales y anatómicos. No obstante, la mayor parte de las veces se ha hecho con una visión individualizante de la esquizofrenia que no otorga la suficiente relevancia a los factores familiares, sociales y culturales que influyen en ella. Ackerman (1986), menciona que nos hemos mantenido tan preocupados por estudiar y tratar al paciente, que se ha ignorado el papel que juega la familia en la salud mental y la forma en la que la experiencia familiar afecta los conflictos emocionales de sus miembros adultos.

Algunos autores como Benoit, Bateson y Jackson (1985) quienes han investigado los factores familiares, han dilucidado la relación y vivencias de la familia entera con el esquizofrénico; es decir, han intentado establecer la raíz de la enfermedad a partir de las relaciones y comunicaciones de la familia y la han definido como la patología familiar, expresada a partir de uno de sus miembros.

Siendo la familia el núcleo donde se dan las primeras interacciones sociales, por consiguiente, donde se aprenden las primeras pautas de comunicación, creemos importante analizar sus relaciones y la percepción que tienen los progenitores y el hijo esquizofrénico de esta familia.

Se tomaron en cuenta los principales síntomas que la caracterizan así como las posibles causas que la originan. En un segundo plano se hace un análisis de las características de las familias con pacientes esquizofrénicos, desde la perspectiva de diferentes autores, principalmente sistémicos, con el fin de obtener una visión más amplia de las relaciones que se generan en un núcleo familiar en el que se origina la esquizofrenia en uno de sus

miembros. Por último, se hace una descripción del método que se utilizó en el presente estudio, así como de los resultados obtenidos, la discusión y conclusiones derivadas a partir de los mismos, ello con el objeto de encontrar si existe un tipo de familia que haga factible el desarrollo del padecimiento.

1. ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia es y ha sido uno de los padecimientos más estudiados, investigados y explicados de la patología mental que el ser humano puede desarrollar, pero paradójicamente, es a su vez una de las alteraciones más desconocidas y poco comprendidas que existen.

Es probablemente por su vinculación con la vida psíquica, física, moral, social y familiar del individuo, que su campo de estudio se torna indescifrable para el investigador y el teórico que la aborda. Aunado a esto, en el estudio y comprensión de la salud mental se ha caído en concepciones extremas como el psicologismo, el sociologismo y el organicismo posturas que no permiten tener una visión integral que facilite tener una mejor comprensión del padecimiento.

En este capítulo se busca dar un panorama general que muestre las principales concepciones teóricas que explican la esquizofrenia, para llegar a un todo integrado que nos permita un conocimiento más profundo de la misma, dado que esta afecta a miles de personas en el mundo socavando todos los aspectos esenciales de sus vidas.

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

A lo largo del siglo XIX asilos y hospitales se poblaban de pacientes con una enfermedad no determinada. Sin embargo, todos estos enfermos guardaban una relación entre sí; en Francia, Morel describía a algunos de ellos, como "afectos de estupidez desde su más temprana edad" con el nombre de "dementes precoces"; Hecker, en Alemania designó a este padecimiento como una hebefrenia, que significa estado demencial de la gente joven Kalhbaum interesándose sobre todo en los trastornos psicomotores como "inercia", flexibilidad cérica, catalepsia, hiperquinesia, patetismo de las expresiones y manierismo, los describió como afectos de catatonía (Ey, 1980).

En 1867, Emil Kraepelin consideró a estas manifestaciones como una gran variedad de síndromes psicóticos previamente considerados como enfermedades separadas (Freedman 1984). Sin embargo, lo que hoy se conoce como esquizofrenia no tomó forma hasta 1890, cuando Emil Kraepelin en las ediciones del Tratado de las enfermedades mentales, en el que se esforzó por describir las entidades nosográficas de manera precisa, reunió todos estos casos con el nombre de demencia precoz. Para él, ésta consistía en una especie de locura caracterizada por la progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico (*verblodung*) y por los profundos trastornos de la afectividad como son indiferencia, apatía y sentimientos paradójicos.

En 1898, Kraepelin, en una reunión celebrada en Heidelberg presentó un trabajo titulado "Diagnóstico y pronóstico de la demencia precoz" en el que unificaba demencias primarias y secundarias en un único padecimiento caracterizado por la ausencia de causas externas, por su ocurrencia en personas jóvenes y anteriormente sanas, así como por el deterioro final (Minkowski, 1980). Asimismo, la dividió en tres formas clínicas. Una forma simple, la hebefrenia; una forma catatónica y una forma paranoide definida por la existencia de ideas delirantes, extravagantes e intrincadas.

Contemporáneos como Chaslin, Séglas y Stransky citado por Ey (op cit) pensaban que estos casos más que tratarse de una demencia por el debilitamiento intelectual, global, progresivo e irreversible, se trataba de una disociación de la vida psíquica que pierde su unidad por medio de un desorden de disgregación de la personalidad.

En 1911, Bleuler, continuador del trabajo de Kraepelin, introduce el término de "Esquizofrenia" que significa mente dividida, basándose en el argumento de que las personas con este padecimiento no son dementes, sino que están afectados por un proceso de dislocación que desintegra su capacidad asociativa. Este es un proceso que al alterar su pensamiento les sume en una vida autística cuyas ideas y sentimientos constituyen como en el sueño, la expresión simbólica de los procesos inconscientes. Esta descripción fue influida por las concepciones de Jung, quien en 1907 trabajó con esquizofrénicos en el hospital Burghoelzli de Zurich.

Tanto Bleuler como Jung, aceptaron el enfoque psicoanalítico de Freud, con lo que se le empezó a dar significado y sentido a los síntomas psicóticos. La principal contribución de Bleuler, fue la división entre síntomas primarios y secundarios, siendo los primeros trastornos afectivos de las asociaciones y la volición. El cuadro clínico descrito por Kraepelin sobre la esquizofrenia, es integrado por Bleuler como síntomas secundarios que estarían formados por alucinaciones, ideas delirantes, negativismo y estupor Freedman y Kaplan, (1984).

Posteriormente, Adolf Meyer quien fue fundador de la escuela Psicobiológica, hizo aportaciones importantes al concepto de esquizofrenia. Él pensaba que esta enfermedad era la consecuencia natural o la reacción a diversos factores físicos, sociales y psicológicos del pasado del paciente. Introdujo el término de "perergasia" para la esquizofrenia, que se debía según él a hábitos de reacción defectuosa. Meyer, fue uno de los primeros en recalcar que no interesa tanto hacer un diagnóstico clasificable, sino estudiar los hechos y los factores que actúan en cada paciente y en sus cualidades positivas (Kolb, 1982)

En la teoría inicial de Freud sobre el "Ego", propuesta en "Los dos principios del funcionamiento mental " (1911), se plantea que el rompimiento con la realidad en forma extrema representa algunos tipos de psicosis alucinatoria. Posteriormente, en "Neurosis y Psicosis" (1972), menciona la fórmula que integra quizá, la diferencia genética más importante entre estos padecimientos la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el "Yo" y el "Ello", en cambio la psicosis sería el desenlace análogo de tal perturbación en las relaciones entre el "Yo" y el mundo exterior. Además, considera que las esquizofrenias culminan con un embotamiento afectivo, que es una pérdida de interés hacia el mundo exterior

La etiología común a la explosión de una psiconeurosis o una psicosis es siempre la privación o el incumplimiento de uno de aquellos deseos infantiles jamás dominados, los cuales se arraigan tan hondamente en nuestra organización determinada por la filogenia

Este autor menciona: "En la psicosis se tiende a compensar la pérdida de la realidad creando una nueva subsistencia exenta de los motivos de disgusto que la anterior le ofrecía. En la neurosis no se niega la realidad; se limita a no querer saber nada de ella, en la psicosis, se niega, además, se intenta sustituirla".

"En la psicosis la elaboración modificadora de la realidad recae sobre las cristalizaciones psíquicas de la relación mantenida hasta entonces con ella. Esto es, sobre las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios tomados hasta entonces de ella y que la representaban en la vida anímica" (Freud, 1924). Así se plantea a la psicosis la tarea de procurarse aquellas percepciones que habrían de corresponder a la nueva realidad, consiguiéndolo por medio de la alucinación. La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis Freud (op. cit.)

Otra corriente es la que destaca a la esquizofrenia no como un síndrome, enfermedad o reacción de tipo esquizofrénico, sino como una ruptura con la realidad que pudiera ser episódica o definitiva, como una actitud de introversión o una profunda regresión autística de la personalidad. Esta corriente dominada al principio por Sullivan (1947), ha destacado la importancia del trastorno de las relaciones interpersonales y de la desadaptación social del sujeto. Por otra parte, el estudio de las familias de esquizofrénicos ha demostrado la importancia teórica y terapéutica del enfoque sociocultural de la gran psicosis Wynne y Lidz, citado por Sluzki (1971). Sin embargo, dicho enfoque amenazó con disolver el proceso patológico en la corriente sociocultural, misma que daría lugar a la escuela antipsiquiátrica conducida por Laing, Esterson y Cooper (1967).

De acuerdo con el desarrollo de las ideas descritas anteriormente, se dificulta integrar en un solo término los diversos aspectos de la esquizofrenia como son: los biológicos, psicológicos individuales y socioculturales que faciliten una comprensión integral de la enfermedad. Sin embargo, debe tomarse en cuenta su carácter de transformación profunda de la realidad y las consecuencias psicológicas que esta representa en la persona.

1.2 ETIOLOGIA

El origen y desarrollo de la esquizofrenia tiene un sin fin de explicaciones que van desde una postura puramente organicista hasta aquéllas que toman en cuenta todas las interacciones individuales, familiares y sociales de la persona con el entorno que le rodea. El papel de la herencia en el estudio de la etiología de la esquizofrenia se ha considerado desde hace mucho tiempo, por lo que se han llevado a cabo estudios en familias, gemelos e hijos adoptivos.

Estas investigaciones comenzaron en 1905 con Diem, pero no es sino hasta 1916 que aparece un trabajo formal acerca de la herencia en el origen de la esquizofrenia (La demencia precoz Herencia y Orígenes de Rûdin). En este se menciona, "La información hereditaria define el conjunto de reacciones posibles mientras que el medio determina por una parte lo que será realizado y de qué forma. La alternancia herencia-medio ha sido superada en la actualidad; en su lugar ocupa el primer plano de la genética, el problema de la interacción de esos factores." Desde ese momento las líneas de investigación basaron su trabajo en este supuesto. Ey, (op. cit). Entre los datos que han arrojado estas investigaciones, se encuentra la tasa de mortandad y riesgo hereditario, que supone que la presencia de esquizofrenia en la población general es del 1%. Para los hermanos de esquizofrénicos se eleva a un 14.2% según Kallmann (1946), y un 10% para Planinski (1955); 10.4% para Zerbin (1972) y para V. Lange 8.2 % (1972) si los padres están sanos; así como 13.8% si uno de los padres esta enfermo.

En cuanto al estudio de gemelos en 1982, en un libro titulado "Esquizofrenia: El rompecabezas epigenético" publicado por la Editorial de la Universidad de Cambridge Inglaterra, hace una revisión de 11 estudios hechos en gemelos adultos esquizofrénicos encontrándose una coincidencia aproximada de 50% en gemelos monocigotos y 12 a 14% en gemelos dicigotos que sufrían la enfermedad, Garnica (1995)

Al respecto, actualmente se cree que más que heredar la esquizofrenia probablemente sea una mayor tendencia al trastorno mental. También se han hecho estudios con hijos adoptivos, en estos se han dado gran valor a la influencia del medio educativo.

Entre los parentescos genéticos se considera existe una predisposición. Sin embargo, esta es muy amplia e inespecífica ya que en esta intervienen los factores ambientales (Bleuler 1972).

Actualmente, el terreno de la genética molecular no tiene todavía hallazgos significativos sobre la existencia de un marcador genético que demuestre la presencia del error biológico que sufren los esquizofrénicos, por lo que se debe confiar en los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento. No obstante, se debe tomar muy en cuenta que la predisposición genética es compleja y que interviene de forma variable según el caso, los factores ambientales y el tiempo en el que estos comenzaron a actuar.

Desde Kretschmer, citado en Kolb, (1982) el interés de los estudiosos de las enfermedades mentales, incluida la esquizofrenia han dado a la tipología una gran importancia; la mayoría de los autores han identificado un tipo definido tendiente a desarrollar la esquizofrenia. Este se caracteriza por estructura vertical, esqueleto grácil, silueta esbelta, tono ortosimpático débil, con reacciones lentas y prolongadas, hipotensión, lentitud de los intercambios e hipoglucemia. Este tipo humano corresponde al "nervioso" de Hipócrates, al cerebral de la tipología francesa, al "longilíneo asténico" de la escuela italiana, al "ectomórfico" de Sheldon y al "nervioso débil" de Pavlov. La predisposición de este tipo humano por la esquizofrenia, es un hecho reconocido por la mayoría de los autores

Aunada a la predisposición biotípica, encontramos también un psicotipo tendiente a la esquizofrenia, hablamos del tipo introvertido de Jung y el esquizotímico de Bleuler, que se describe como un sujeto de carácter normal, humor retraído, hipersensible, de apariencia fría, tendiente a la inhibición y que se libera con descargas impulsivas inadecuadas

Según Ey (op. cit.), este puede pasar a la esquizoidia, carácter ya patológico, en el que el humor retraído se convierte en aislamiento, mientras que la inhibición y la impulsividad terminan en desadaptación social y la meditación. Asimismo, la abstracción se transforma en sistematización, racionalismo mórbido e idealismo rígido, lo que da lugar a la esquizofrenia.

Otros autores han propuesto diversos modos de transmisión de la enfermedad, los modelos etiológicos tradicionales consideran la vulnerabilidad a la esquizofrenia como la suma del impacto de los factores de riesgo ambientales y genéticos: "modelos aditivos". Sin embargo, cada vez se considera con más frecuencia la hipótesis de la "interacción gen-ambiente", es decir, el control de los genes de la sensibilidad a una determinada enfermedad. Según esta hipótesis, los factores de riesgo ambientales de tipo biológico y psicosocial, solo ejercen un efecto patogénico en personas que previamente presentan una vulnerabilidad genética. Hasta el momento no se ha podido demostrar una especificidad entre una causa ambiental y el desarrollo de esquizofrenia, por lo que se debe poner mayor interés en investigaciones futuras en la cronología de actuación de los diversos factores ambientales identificados en función de la causa externa, el número de las mismas y el momento del desarrollo en que actúan se pueden identificar diferencias químicas en los pacientes.

La posible existencia de formas genéticas y no genéticas (fenocopias) de la esquizofrenia implica la aceptación de la existencia de un factor ambiental causal aun no identificado. Sin embargo, los datos disponibles no permiten sostener que las fenocopias con factores genéticos asociados supongan una proporción sustancial de los afectados. Asimismo se encuentran imágenes y cortes han mostrado un incremento moderado del riesgo relativo de esquizofrenia asociado a complicaciones obstétricas como hipoxia fetal crónica, bajo peso materno e incompatibilidad RH.

Otros factores estudiados son el aumento de riesgo de padecer esquizofrenia de los hijos de mujeres que durante el segundo trimestre de gestación se expusieron a una epidemia de influenza, o el mayor riesgo de esquizofrenia entre los nacidos durante el invierno y el inicio de la primavera.

También las deficiencias nutricionales de la madre durante el primer trimestre o el estrés intenso durante el embarazo debido a la muerte del esposo aumenta el riesgo de la enfermedad. Las teorías inmunes sobre el origen de la esquizofrenia se mantienen en vigor aunque sin datos concluyentes, como los factores causales posnatales más plausibles.

Se ha invocado la presencia de retrovirus que alteren el genoma, infecciones virales activas e inactivas, mecanismos inmunopatológicos activados por virus, mecanismos autoinmunes y efectos secundarios de infecciones virales maternas. La influencia del consumo de cannabis en la adolescencia se asocia con la aparición de trastornos esquizofrénicos pero aún no se ha determinado la dirección de la relación causal. El efecto patogénico de los efectos psicosociales en la esquizofrenia es difícil de evaluar científicamente y no puede explicar la estabilidad de los datos epidemiológicos. El interés se centra actualmente en los acontecimientos vitales estresantes, así como sus efectos sobre el inicio de los síntomas y el pronóstico.

Una aproximación a la etiología desde los factores de riesgo, entre los que se encuentran los genéticos son los únicos en los que se ha podido demostrar un efecto suficiente como para considerarlos efectos causales de la esquizofrenia. Probablemente existen diversos fenotipos que reflejan la vulnerabilidad genética de la esquizofrenia: "Espectro de la esquizofrenia", que incluiría el trastorno esquizotípico, el esquizoafectivo y las psicosis atípicas. Pero también podría tratarse de una alteración genética del desarrollo que predispusiera al embrión a padecer complicaciones obstétricas o la consecuencia de conductas de riesgo de la madre por pertenecer al espectro de la enfermedad, Martínez, Cuesta y Peralta (1997)

Dentro de la corriente organísmica que explica la etiología de la esquizofrenia, encontramos que se han realizado estudios que toman en cuenta aspectos como los neurotransmisores, proteínas, cambios metabólicos y hormonales (Bellak, 1948; Bleuler, 1951 y Richter, 1957). Sin embargo, no se ha llegado a conclusiones fehacientes que coloquen a la esquizofrenia como un trastorno orgánico, aún cuando existen ciertos

indicios que pudieran dar lugar a hallazgos importantes en investigaciones futuras. Heath (1960), concluye que el defecto genético crucial se manifiesta por la existencia de una proteína, la taraxeína que es responsable de un mal funcionamiento metabólico de las aminas biógenas lo que puede dar origen a la esquizofrenia. Entre otras hipótesis importantes, también tomamos en cuenta el papel de la metilación en la cadena de los neurotransmisores y una anomalía en el ciclo de la dopamina.

En efecto, podemos observar que se sigue una tendencia general a considerar la teoría del error genético, mismo que a través de factores ambientales determina la producción de reacciones cerebrales bioquímicas que originan el desarrollo de la esquizofrenia. Ey (op.cit)

Aun cuando los autores reconocen que etiología de la esquizofrenia es desconocida, admiten que tiene un componente genético importante, entre otros factores. Estudios epidemiológicos indican que también puede contribuir algún factor ambiental, probablemente durante el desarrollo fetal o en los primeros estadios posnatales, consideran que las características de la enfermedad incluyen presencia de lesión estructural en el cerebro, periodo quiescente en la infancia y en la adolescencia, antes de la aparición de los síntomas, inicio de los síntomas psicóticos en el adulto joven participación de los receptores dopaminérgicos y cambios degenerativos progresivos así como deterioro cognitivo.

Entre las teorías más recientes respecto a la etiología de la esquizofrenia, se encuentran la teoría dopaminérgica y la glutamatérgica y sostiene que el origen de la enfermedad se encuentra en la alteración de la neurotransmisión dopaminérgica, es probable que dicha alteración se produzca en el sistema mesolímbico, que incluye las vías dopaminérgicas que alcanzan el estriado ventral, la amígdala, la parte anterior del giro cingulado y el lóbulo temporal medial, así como el sistema dopaminérgico mesocortical que llega hasta el lóbulo frontal. No obstante, se desconoce donde quedan específicamente los receptores dopaminérgicos alterados, dado que los antipsicóticos solamente funcionan en algunas personas y por que los neurolépticos tardan semanas en hacer efecto si bloquean inmediatamente los receptores.

La hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia sostiene que la enfermedad está ocasionada por la hipofunción del receptor N-metil-D-aspartato y explica los síntomas positivos y negativos, la lesión estructural del cerebro, la aparición de síntomas en el adulto joven y el deterioro cognitivo.

Se ha propuesto un circuito que parece explicar la participación de estos receptores, el modelo propone que la hipofunción de estos produce una desinhibición compleja global que genera la sobreexcitación neuronal y conduce a la muerte de las mismas en el caso de la utilización de antagonistas, se hiperactivarían las neuronas afectadas en la corteza límbica lo que llevaría igualmente a la muerte por sobreexcitación, se puede concluir que la hipofunción de los receptores del N-metil-D-aspartato origina síntomas psicóticos mediante el desequilibrio entre la inhibición y la excitación que origina una liberación global y compleja de la corteza límbica producida por la desaparición de una subpoblación de neuronas inhibitorias gabaérgicas, lo cual podría presentarse en estadios tardíos de la adolescencia por la maduración de los circuitos neuronales alterados ya sea en útero o en etapa perinatal.

Aun cuando se desconoce la etiología de la muerte de las neuronas gabaérgicas de la corteza cerebral, los autores suponen que cualquier estimulante de la liberación de ácido glutámico las sobreexcite y produzca su degeneración en el desarrollo prenatal y posnatal. Los autores suponen que el virus del sarampión podría ser uno de estos agentes, de tal manera es posible que algunas infecciones virales durante el embarazo sean esquizofrenogénicas

En la actualidad se informa se están realizando numerosas investigaciones sobre la esquizofrenia mediante técnicas de imágenes, las cuales permiten observar y comprender los cambios celulares y moleculares en el cerebro de los enfermos, destacan como dato importante que se ha descubierto que los pacientes tratados o no con antipsicóticos en forma crónica, presentan niveles reducidos de receptores dopaminérgicos lo que puede contribuir a los déficit cognitivos observados en los

pacientes esquizofrénicos, dicho hallazgo es importante para el desarrollo de nuevos agentes farmacológicos que actúen directamente sobre los receptores dopaminérgicos o modulando la transmisión glutamatérgica e imitando la acción fisiológica de los receptores.

Entre las posibles etiologías de la esquizofrenia, acotan hacia el final, la posible desaparición de las células piramidales, lo cual provocaría la disminución del número de receptores, no obstante, en los estudios neuropatológicos, no se ha hallado gliosis, inflamación o signos neurodegenerativos, por lo que se opina que más bien la esquizofrenia, está posiblemente provocada por un proceso fisiopatológico continuo que altera la función de ciertas neuronas corticales. En síntesis, la esquizofrenia supone un grupo de enfermedades complejas con una manifestación clínica común, los mecanismos fisiopatológicos son los mismos en todos los esquizofrénicos, aunque las alteraciones moleculares y celulares pueden ser diferentes, es de esperar por tanto que las nuevas hipótesis neurobiológicas sobre la esquizofrenia contengan una visión integrada de las alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica y glutamatérgica González y González (1997).

Los aspectos psicosociales, familiares y ambientales son parte medular de la etiología de la esquizofrenia. Se han estudiado diversos factores como la clase social, la religión y la familia. Devereux (1939-1965), postula una teoría sociológica de la esquizofrenia en la que según él, ésta es una psicosis étnica, producto de sociedades civilizadas complejas y resultado de la inculcación de un modelo esquizoide, el cual se caracteriza por: indiferencia, reserva, hiperactividad, ausencia de afectividad en la vida sexual, desaparición de la frontera entre lo real y lo imaginario, infantilismo y despersonalización.

La familia juega un rol preponderante en las teorías de la etiología de la esquizofrenia. Desde 1950 Meter, Cultivar y Lemnio han hablado de la importancia de las relaciones del esquizofrénico con su grupo familiar. Estos autores proponen a la familia como formadora de la personalidad esquizofrénica, lo cual resulta de la alteración de las comunicaciones intrafamiliares

A su vez, Bleuler (1972) estudió las familias de 182 esquizofrénicos y encontró que en 75 de los casos la relación con el padre era mala y en 45 la relación con la madre también, lo que contradice algunos estudios contemporáneos como son los realizados por Klein, Spitz y Lebovici (1955).

Una teoría sumamente influyente en el estudio de la esquizofrenia en los últimos años, es la de Bateson y la escuela de Palo Alto, que da una importancia singular a las comunicaciones, las cuales se entienden como el nexo patológico basado en el doble vínculo (Bateson, 1956). Al existir trastornos comunicacionales en los padres, incapacidad para vivir las emociones y soportar las del otro, se da una dominación de una de las dos partes de la pareja, caracterizándose ésta por presencia de rasgos francamente patológicos en uno de sus componentes, lo que crea un ambiente anormal y patógeno.

Por su parte, Lidz (1957), ha buscado el origen de la psicosis en la microsociología del grupo familiar. Para este autor, la familia no permite que el niño se identifique, puesto que le presenta modelos contradictorios que determinan pensamientos paralógicos.

Laing y Esterson, desde los años sesentas consideran que la esquizofrenia es una tentativa de liberación frente a la opresión, la soledad y a la desesperación en la que es encerrado el psicótico por la familia y tras ella los hospitales y los siquiátras. Laing, interpreta el doble vínculo de Bateson, como una posición insostenible que impone al sujeto denominado esquizofrénico, una estrategia especial para soportar su inacción. "No puede hacer un gesto o permanecer inmóvil sin ser acosado por las presiones y las exigencias contradictorias, sin ser lanzado de un lado a otro y descuartizado a la vez en el interior de sí mismo y exteriormente por los que le rodean".

La teoría psicoanalítica, ha tenido una influencia notable en los estudios sobre la esquizofrenia, autores como Freud, Jung, Ferenczi, Abraham, Klein, así como la escuela Americana de Sullivan, Fromm- Reichmann y Lacan; han hecho trabajos que han dado luces sobre el proceso esquizofrénico. Ey (op.cit)

El núcleo central de la teoría de Klein (1934-1955), se basa en la suposición de que el estado psicofisiológico de torpeza que atraviesa forzosamente el recién nacido, puede posteriormente ser analizado en el niño.

Ella estudia las dos pulsiones de la última teoría de Freud a través de dos posiciones esenciales, la paranoide esquizoide que caracteriza los primeros meses de vida y la posición depresiva que va desde el sexto al doceavo mes. "Klein encuentra en el período paranoide, fantasmas agresivos primitivos que dan lugar en el niño a un futuro psicótico, a una fragmentación tanto del sujeto como del objeto "El miedo a este universo es lo que engendra la fase depresiva, en la que la ambivalencia de la relación materna sumerge al niño en una tristeza que la madre del psicótico no sabrá reparar" Ey (op. cit.)

En cuanto a la escuela Francesa, Lacan (1937-1959), uno de sus representantes más importantes ha precisado la dialéctica de los objetos malos y buenos en la perspectiva del discurso, lo que aporta un tercer elemento que da lugar a la tesis de la forclusión del nombre el padre. Es decir, el deseo de la madre en el que se encuentra encerrado el hijo y el cual no le permite llegar a la triangulación edipiana primitiva, situación que impedirá para siempre la simbolización y por lo tanto el acceso al lenguaje.

Para los autores de escuela de Nacht (Racamier, Lebovici, 1970), el origen del delirio estaría en la regresión a un nivel muy primitivo de la experiencia en el niño, es decir, antes del lenguaje. Tras la primera relación llamada anaclítica, vivida con indistinción entre el sujeto y el objeto, el niño atraviesa una fase preobjetal en la que se diferencian los dos polos.

Una anomalía en este primer desarrollo, situará al niño ante la imposibilidad de franquear con éxito esta fase; por lo tanto, establecerá una relación muy frágil con la realidad y no accederá a su lenguaje. El universo prepsicótico queda entonces como un equilibrio precario en el que existen una elevada inclinación a la angustia, imágenes objetales mal diferenciadas y una disposición a introducir el fantasma en la realidad y a preferirlo como un refugio protector

Para los autores psicoanalíticos, la madre es estructurante de los primeros esbozos del yo: las conductas de las madres consideradas como madres de esquizofrénicos, responden a dos carencias que dificultan la emergencia de la autonomía de la vida psíquica.

Estas son: carencia de la madre portadora, que debe dar al lactante las gratificaciones necesarias y carencia de la madre no terapéutica, que debe permitir las frustraciones igualmente necesarias. Si la madre no es capaz de ello, se desarrolla un falso sí mismo en una fusión por los deseos de la madre, lo que es el origen y la definición misma de la alienación.

En artículos recientes Maldonado (1994) aborda la dinámica de las familias con rasgos psicóticos desde a perspectiva de la estructura en cuanto a rigidez y desafío, designando características específicas para cada tipo de familia y delimitando las áreas en que se presentan las mismas, dado que aun cuando puede existir un paciente psicótico no presentan necesariamente el tipo de interacción y rigidez referente al mismo, el autor plantea tres posibilidades respecto a la forma en la que se presenta la rigidez en el sistema, estas se describen a continuación:

- Rigidez situacional del sistema
- Rigidez estructural
- Rigidez vinculada a cronicidad

Esto en función de la relación que existe entre la psicosis y la rigidez y el efecto que causa una en la otra, lo cual nos lleva a establecer el tipo de rigidez, y por tanto el tipo de abordaje en terapia familiar, el cual se realiza principalmente a partir de tres marcos teóricos. En primer termino se encuentra la teoría psicoanalítica, posteriormente la teoría sistémica y la teoría de las simbologías que se refiere a las especificaciones marcadas por el grupo social.

Aun cuando cada una de estas contiene diferentes abordajes en las tres resaltan similitudes respecto al fenómeno psicótico, mismas que se describen a continuación

Se presentan fenómenos intrapsíquicos como es la esterotipia, es decir la repetición de determinadas pautas de interacción, las ansiedades confusionales planteadas por Klein y la confusión psiquiátrica que se refiere al de tipos lógicos abordados por la teoría interaccional y por ultimo el vinculo estrecho con la familia de origen que alude al término de simbiosis de Mahler que desde el enfoque estructural sistémico se refiere a las nociones de sobre involucración y amalgamiento.

Se encuentran igualmente tres tipos de abordaje, desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica resalta las alteraciones de las estructuras de orden simbólico a las perdidas y duelos no elaborados, a las nociones de tiempo y espacio, lo cual da lugar a las ilusiones de control del mismo y por ultimo al impacto contratransferencial .

En cuanto a la teoría sistémica se encuentra la prevalencia de trastornos en la comunicación y por tanto en la dinámica e interacción, como son el doble vinculo, las simetrías, las coaliciones, la inversión de funciones parentales, la presencia de mitos y secretos. El marco social plantea la posibilidad de que el trastorno se genere a partir de causas que van mas allá de las situaciones doble vinculares como es la migración y carencia de red.

Además de dichas características se deben de tomar en cuenta los factores orgánicos y psicogenéticos que dan lugar a diferentes tipos de rigidez y de desafío, tomando en cuenta además a las familias que presentan las características anterior mente descritas, pero que no generan al paciente psicótico y a las familias que tienen una estructura preponderantemente rígida aunque con áreas flexibles. En el caso de las familias en las que se presenta el trastorno por factores genéticos u orgánicos se generan una rigidez reactiva, en la que se presenta principalmente lo que Peggy Penn llamo "congelamiento" y que se refiere a que las reglas de la familia se mantienen estáticas durante la aparición de la enfermedad, siendo eventualmente remplazadas por reglas nuevas que son rígidas y que persisten aun ante la modificación o desaparición del trastorno. Dicho cambio se debe al impacto causado por el dolor que genera la presencia de la enfermedad.

Las familias con psicosis psicogenéticas y que según Bowen estan conformadas por tres generaciones se caracterizan por tener una rigidez más intrínseca misma que a su vez

está combinada con elementos desafiantes y que conforman una actitud básica de respuesta al medio, es decir tiene como función defender al propio sistema familiar de los mitos y secretos preexistentes

Otro tipo de familia se refiere al que tiene una gran cantidad de elementos patológicos, no obstante no han llegado a producir un paciente psicótico, sin embargo se encuentra la posibilidad de que esta se genere en una crisis evolutiva del sistema ya que el mismo en su totalidad se comporta como un paciente psicótico, es decir rígido y desafiante.

En cuanto a las familias con áreas flexibles se está tratando de determinar en que medida se encuentran partes rígidas y partes flexibles o dicho de otra manera orgánicas y psicogenéticas.

Es por supuesto necesario otorgar un tratamiento diferente a las familias con psicosis psicogenética, con relación a las familias que tienen una psicosis subsecuente a factores biológico-hereditarios. En el primer caso se debe resaltar la importancia de un modelo terapéutico para sistemas que son a la vez rígidos y desafiantes, no así en el segundo en el que predomina la rigidez pero no así las situaciones desafiantes por lo que dicha rigidez es abordada pero considerándola una respuesta del sistema al sufrimiento. En cuanto a las familias sin paciente identificado se puede utilizar el abordaje de diferentes voces terapéuticas, que de manera general se refiere a la doble tendencia de todo sistema a la morfostasis y a la morfogénesis.

1.3 EPIDEMIOLOGIA

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales crónicas más desorganizantes y constituye un serio problema de salud pública en todo el mundo. En 1984 Freedman y Kaplan, mencionaron que los métodos de estudio utilizados en la investigación epidemiológica de la esquizofrenia son conformados por la revisión de registros de disponibilidades de tratamiento, durante un período o análisis de los informes estadísticos de diversos centros. De igual manera, se anexan registros de casos psiquiátricos e investigaciones de campo, los cuales han arrojado diversos resultados.

Las psicosis esquizofrénicas se han diagnosticado en todas las culturas donde se estudia con precisión los trastornos mentales. Al parecer, las fuerzas culturales sólo modifican la fenomenología clínica de estas reacciones, es decir, el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes (Kolb, 1982).

La esquizofrenia, es la más frecuente de las psicosis crónicas, se presenta con mayor continuidad en el adolescente y en el adulto joven. Rara antes de los 15 años, este padecimiento difícilmente se encuentra después de los 45-50 años, más bien es entre los 15 y los 35 años cuando la morbilidad es más elevada (Ey, op. cit.).

Los índices de prevalencia de esta enfermedad, son superiores entre las clases sociales económicas inferiores, aunque se ha llegado a pensar, que esto más que una causa es una consecuencia ya que muchos de ellos han sido abandonados a su suerte.

La posibilidad de expectación esquizofrénica es superior entre parientes de esquizofrénicos que en la población general. Los índices de matrimonio y reproducción de los esquizofrénicos son muy inferiores a los de la población en general.

En cuanto a la mortandad, el índice es superior al de la población. No obstante, es menor en relación con el de otros enfermos con padecimientos afectivos, neurosis y alteraciones del carácter. Los estudios epidemiológicos, sugieren que factores demográficos, sociales y culturales tienen importantes influencias selectivas sobre las personas que desarrollan la esquizofrenia. Se han llevado a cabo numerosos estudios para conocer el número de casos que existen en una población en un momento dado. De acuerdo con un estudio del Epidemiologic Catchment Area el 1% de la población mayor de 15 años en una comunidad cualquiera sufre de esquizofrenia. Este estudio fue realizado entre 1980 y 1985, en diferentes ciudades de los Estados Unidos y confirma las investigaciones llevadas a cabo en el condado de Monroe, N.Y. y de los estudios europeos efectuados en diversos países. A pesar de que existen variaciones discretas de un país a otro, así como entre diferentes etnias, en la mayoría de los casos las cifras coinciden

En México, (1985) se acepta una frecuencia semejante a la referida en el resto del mundo para la esquizofrenia, con una población de 82 millones de habitantes y un 48% menor a los 15 años, se supone la existencia de alrededor de cuatrocientas mil personas con este padecimiento. La atención que se le ha dado al enfermo mental no se ha caracterizado por ser óptima y eficiente.

La Organización Mundial de la Salud, recomienda para los países en desarrollo, la existencia de una cama psiquiátrica por cada 10,000 habitantes y datos de la Secretaría de Salud en 1980 revelan que México contaba con una cama psiquiátrica por cada 16,000 habitantes, Garnica (1995).

Además, de que tal cifra se aleja de los ideales de la atención, su distribución a lo largo del territorio nacional es muy irregular. La zona que corresponde al centro, incluyendo el D.F., cumple sobradamente con la cifra ya que muestra números satisfactorios, 1/881 habitantes en 1986.

Sin embargo, en algunas regiones las cifras se alejan notablemente de este ideal: Sureste 1/20876 hab; Zacatecas, San Luis Potosí y Aguascalientes 1/55535 hab.

En la División de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", la esquizofrenia ha constituido una de las principales causas de hospitalización desde hace varios años igual que en otros países.

Entre 1986-1988 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el porcentaje diagnóstico para Trastorno Esquizofrénico fue del 35.9 %, mientras que para Trastornos Mentales Orgánicos fue de 17.2%, para Trastornos Afectivos 16.7%, Trastornos de la Personalidad 8.9% Por Ansiedad 4.0 %, y varios como fueron Retraso Mental, Trastornos Paranoides, Adaptativos o Mentales sin especificar, fue de 2.2%. A pesar de que la hospitalización no es la única alternativa para el tratamiento de la esquizofrenia, la regla entre este tipo de pacientes es la recaída, por lo cual pasan gran parte de su vida dentro de instituciones, convirtiendo a ésta en una enfermedad extremadamente costosa dados los recursos humanos y materiales que se necesitan para su asistencia.

1.4 DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA

A través del tiempo, la definición de esquizofrenia ha variado según los criterios diagnósticos de las diversas escuelas o asociaciones que se han dedicado a su estudio. Por ejemplo, Henry Ey (op. cit.) definió a la esquizofrenia como "Una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas" Esta se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir, un caos imaginario. Dicho proceso es más o menos lento progresivo y profundo, se manifiesta como afirmaba Bleuler por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante.

Clínicamente, se define a la esquizofrenia como "Un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas. De igual manera, se encuentran perturbaciones afectivas profundas, en el sentido de desapego y de la extrañeza de los sentimientos, los cuales tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad" Ey (op. cit.)

En México, Ramón de la Fuente (1959), define a las esquizofrenias como psicosis caracterizadas por la ruptura de la relación con el mundo exterior y por una marcada regresión. Hace notar, que el conocimiento de los síntomas permite darle sentido a la conducta aparentemente caótica del esquizofrénico.

Actualmente, se utilizan para la definición de este tipo de trastornos los manuales diagnósticos como el DSM- IV que en el caso de la esquizofrenia incluye un párrafo introductorio que cumple funciones de definición, este se describe a continuación: " Los datos esenciales de la esquizofrenia son, que se trata de una mezcla de signos característicos y síntomas tanto positivos como negativos que se han presentado durante

un período de tiempo de un mes o menos si ha existido previamente un tratamiento exitoso, con algunos signos de la enfermedad durante por lo menos seis meses. Estos signos y síntomas se asocian notablemente con fallas funcionales, sociales, u ocupacionales.

Las alteraciones no se explican por otras enfermedades tales como el trastorno esquizoafectivo o es trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y tampoco puede atribuirse a un efecto psicológico directo de alguna disfunción física o a la acción de sustancia externa; tampoco se ha sospechado que los síntomas se deban a alguna condición médica general". Para los individuos con un diagnóstico previo de trastorno autista o cualquier otro trastorno grave del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia es requerido sólo si ha sido muy notable la presencia de alucinaciones o delirios durante un mes por lo menos.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia abarcan un rango de alteraciones cognoscitivas y emocionales que incluye defectos de percepción, pensamiento inferencial, lenguaje y comunicación, alteraciones de la conducta, del afecto, del curso y el contenido del pensamiento y del lenguaje, de la capacidad hedonista, de la volición y los impulsos y de la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia, el diagnóstico involucra el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados con deterioro ocupacional o del funcionamiento social " Esta descripción, ha originado una gran polémica de la cual se han desprendido diversas corrientes que siguen pugnando por encontrar una definición que logre encuadrar una enfermedad tan compleja

Una de estas corrientes pone en tela de juicio a la esquizofrenia como una enfermedad mental, a la cabeza de esta se encuentran figuras como Laing, Szasz (1984), Cooper (1976) y Scheff (1970). Todos ellos han generado el movimiento sociopolítico denominado antipsiquiatría, y el cambio básico que pretende es la redefinición de la psicosis como una situación social interpersonal, más que como una enfermedad médica o un problema perteneciente a la psiquiatría.

Esta corriente defiende la causa de las personas etiquetadas como esquizofrénicas. Lehman (1982), citado por Freedman y Kaplan (1984), considera que también para algunos psicólogos experimentales, la esquizofrenia no es una enfermedad sino simplemente una construcción hipotética.

Los sociólogos piensan que ésta es una etiqueta conveniente para estigmatizar a la gente cuya conducta no conformista se ha hecho demasiado incómoda para lo ya establecido. Para Laing (1967), un episodio esquizofrénico puede ser incluso una liberación bienvenida de los lazos de una familia destructiva o de una sociedad enferma; para Dabrowski es una "desintegración positiva." Estos enfoques y quienes apoyan sus postulados, han logrado según Mosher (1982), se ponga más atención en los aspectos deshumanizadores de la hospitalización, el tratamiento, el etiquetado y la estigmatización, así mismo se puede sensibilizar en lo referente a las consecuencias no deseadas del tratamiento citado por Freedman y Kaplan (1984).

Otra corriente que trata de definir la esquizofrenia son los enfoques teóricos que consideran a ésta como una enfermedad mental fisiológica.

Las teorías psiquiátricas conciben a la esquizofrenia por un lado, como una enfermedad causada por alteraciones bioquímicas hereditarias ocasionadas por factores exógenos. Por otro lado, también se da importancia a la dificultad para adaptarse al medio social, lo cual aporta un factor importante al origen de la enfermedad. La tendencia a caer en concepciones tan divergentes es importante ya que en cierta forma obstaculiza el establecimiento de tratamientos y diagnósticos.

En otro grupo se encuentran autores como Jackson (1980), quien considera que una alternativa para la objetiva conceptualización de pacientes esquizofrénicos, sería la elaboración de procedimientos explícitos para medir aspectos limitados del síndrome. Uno de estos, incluye el uso de las variables descriptivas que definen la esquizofrenia como problemas de retraimiento, desorganización en la elaboración de conceptos, trastornos de la percepción, conducta motriz desviada, proyección paranoide y delirio megalómano.

Con respecto al factor de retraimiento, los casos extremos están caracterizados por la indiferencia, taciturnidad, aislamiento, desaliño y un aspecto de infortunio.

Jackson, señala que quizá al precisar la definición clínica de la esquizofrenia se logre disminuir la posibilidad de que se examinen callejones sin salida y a medida que se amplíen observaciones y se incluyan resultados de procedimientos sistemáticos se abrirá la posibilidad de que se genere una nueva definición que oriente de modo significativo a nuevas investigaciones

1.5 RASGOS Y SINTOMAS

En el padecimiento, se presentan rasgos y síntomas que caracterizan a la esquizofrenia como una enfermedad llena de simbolismos en su conducta, ideación y lenguaje. También se presenta aislamiento, por consiguiente, dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas. Se cree que este aislamiento surge como una defensa, considerándose que estas personas son más sensibles que la persona media, Kolb (op cit.)

Los síntomas que constituyen a la esquizofrenia se describen a continuación.

a) Trastornos Perceptivos.

Dada la variabilidad impredecible de las experiencias esquizofrénicas, las cualidades gestálticas del medio visual se rompen.

Experiencias del tipo *dejà vu*, pueden presentarse y producir un sentimiento incómodo de familiaridad.

La experiencia del tiempo, puede llegar a sentirse vacía de cualquier estructura o significado, vivenciando que éste se extiende o contrae sin el control del paciente

Las experiencias sensoriales o perceptuales no relacionadas con estímulos externos, son síntomas que se presentan con frecuencia; entre los más comunes se encuentran las alucinaciones auditivas que superan a las visuales, táctiles, olfativas y gustativas

Así mismo, pueden experimentar a menudo alucinaciones cinestésicas además de sensaciones de alteración de los órganos corporales. Todas estas alucinaciones, pueden absorber en menor o mayor medida la atención del paciente, lo que hace que se distancie de los demás.

b) Trastornos Cognitivos.

En primer término nos referimos a las ideas delirantes, que se caracterizan por ser ideas erróneas que no es posible corregir por medio del razonamiento y que son idiosincrásicas para el paciente, es decir, no forman parte de su ambiente cultural. Entre las más comunes se encuentran las de persecución y de grandeza; en cuanto a los trastornos de pensamiento, el esquizofrénico piensa y razona en sus propios términos autistas y de acuerdo con sus propias reglas lógicas intrincadas y privadas

De tal forma, sus procesos mentales no conducen a conclusiones apegadas a la realidad de los demás, pierde capacidad para generalizar correctamente y sufre bloqueos abruptos del curso del pensamiento y a veces de toda actividad psíquica.

c) Alteraciones de la Conducta Verbal.

Algo de lo que caracteriza al pensamiento de un esquizofrénico, es la concreción excesiva y el uso de simbolismo, su lenguaje se presenta con incoherencias ya que éste sirve más, como medio de expresión que de comunicación por lo que recurre a los neologismos dada la dificultad que siente para conceptualizar y hablar de sus deseos o necesidades.

El mutismo o inhibición funcional del lenguaje es común ya que se desea establecer el mínimo contacto con los demás. En sus relaciones interpersonales está manifiesto el lenguaje extraño o enfático, ocasionalmente presentan ecolalia por lo que repiten algunas respuestas o palabras que el interlocutor ha utilizado

d) Alteraciones afectivas.

Muchos esquizofrénicos tienen la apariencia de ser indiferentes o a veces totalmente apáticos, una reacción emocional típica es una respuesta incongruente o inadecuada a las situaciones vitales, de tal forma, hechos dolorosos pueden expresarse con risa sin sentir tal afecto necesariamente.

La esquizofrenia no sólo altera las reacciones emocionales a los estímulos externos, sino que también puede inducir emociones y estados de ánimo extraños que en condiciones normales, rara vez se experimentan. Estos son: sentimientos de omnipotencia, sentimientos oceánicos de formar un todo con el universo, aprensiones terroríficas por la desintegración del universo o en otras palabras de la propia personalidad.

Con relación a este síntoma, los límites del yo se pierden, es común que en etapas previas al brote psicótico existan ya sueños o experiencias de pérdida de identidad como Laing lo refiere (1991).

e) Alteraciones de la Conducta Psicomotriz.

Entre los síntomas habituales del comportamiento de un esquizofrénico, se encuentran los que corresponden a la psicomotricidad, en la que se destacan una serie de características como son los gestos lentificados, esbozados o mecánicos, las conductas complejas o manierismos. Es decir, los actos imperiosos o ridículos, agresivos o lúdicos que aunque simbólicos pueden llegar hasta la artificialidad sistemática. Otros rasgos son las impulsiones, que son acciones que se desprenden de las tendencias instintivas, encontramos también el negativismo que se caracteriza por la rigidez ante el acercamiento de los demás o el rechazo de la mirada, pudiéndose presentar posteriormente los accesos de mutismo, fugas, enclaustramiento, rechazo de alimentos y cólera. En especial, se deben de tomar en cuenta las estereotipias que son las conductas repetitivas de actitudes, gestos o palabras, que pueden expresar un fragmento de delirio o constituir una especie de rito vago y simbólico.

1.6 TIPOS CLINICOS.

En un principio Kraepelin (1890) distinguió y describió tres tipos básicos de demencia precoz, estos fueron el catatónico, el hebefrénico y el paranoide. Bleuler (1911), añadió más tarde la esquizofrenia simple como cuarto tipo básico, actualmente a estos se suman otros tipos que se incluyen en manuales como el DSM IV

□ Esquizofrenia Catatónica:

Este tipo de esquizofrenia se presenta en dos formas que son: la catatonía inhibida o estuporosa y la catatonía con excitación. El rasgo esencial de ambas formas, es la acentuada anormalidad de la conducta motora que es puesta en evidencia por la presencia de catalepsia o excesiva actividad sin propósito aparente y no influida por estímulos externos; presentándose también un negativismo extremo

□ Esquizofrenia Paranoide.

Este tipo se caracteriza, principalmente por la presencia de ideas delirantes de persecución o de grandeza. Los recursos de su yo son mayores que los de los pacientes hebefrénicos y catatónicos, ya que generalmente se presentan en la edad adulta. Comúnmente, manifiestan características como suspicacia y hermetismo; así como también preocupación por uno o más delirios o alucinaciones auditivas.

□ Esquizofrenia Hebefrénica

Este tipo se caracteriza por una manifiesta regresión a una conducta primitiva, desinhibida y desorganizada. Los trastornos del pensamiento son intensos y su contacto con la realidad extremadamente pobre. Por lo general, su apariencia y conducta social están muy deterioradas.

□ Esquizofrenia Simple:

El tipo simple se presenta durante la pubertad o después de ella, se caracteriza principalmente por una pérdida insidiosa y gradual de impulsos, interés, ambición e iniciativa. Generalmente, no presenta alucinaciones pero si se dan, no persisten. Tienden al aislamiento y se vuelven superficiales en sus respuestas emocionales (Kolb, 1982); Para mayor información sobre los criterios y tipos clínicos de este padecimiento encontrados en el DSM IV ver Anexo 6)

1.7 ANTIPSIQUIATRIA

Durante la década de los cincuentas y principios de los sesentas, surgió una corriente de autores que publicaron numerosos trabajos que estaban en contraposición con la tradición psiquiátrica, sobretodo respecto a la concepción que se tenía de la esquizofrenia. Hasta ese momento sólo se habían registrado hechos comprobables que se referían a la expresión bioquímica y genética del padecimiento. Desde Bleuler, se había tratado de describir los factores afectivos en la esquizofrenia aunque sin darles la importancia debida. Laing (1967) menciona que la esquizofrenia no es algo exclusivo de una persona, sino que nace en el contexto de un determinado esquema disyuntivo de relaciones interpersonales.

El autor tiene como base, la comprensión cabal de la "locura" y del proceso de perder la razón por lo que hace una crítica a los responsables de la salud mental dado que no acostumbran ver al paciente como un individuo, sino simplemente como un caso.

Laing señala que mientras se trate de entender la esquizofrenia de acuerdo con las reglas y percepción de los demás no habrá un cambio ya que lo que el esquizofrénico desea que se reconozca es su carácter distintivo, su aislamiento, su soledad y su sufrimiento. " La esquizofrenia no puede comprenderse sin entender la desesperación" (Laing, 1991)

Cooper (1981) señala que la "locura" es una expresión desesperada de una necesidad de cambiar lo que el mundo parece no ver, pues la persona no sólo es considerada "loca" sino que su comportamiento es lo suficientemente incomprensible para los "normales", quienes etiquetan al esquizofrénico y lo marginan. Para ellos la esquizofrenia es una tentativa de liberación frente a la opresión, la soledad y la desesperación en la que es encerrado el psicótico por la familia, la cual es ayudada por los médicos, los hospitales y los psiquiatras

El grupo de Laing y Esterson, menciona la necesidad de situar al enfermo en su medio global, pues la sociedad interviene en el fenómeno del rechazo del que el paciente y su familia son víctimas. Cooper (op. cit.) menciona que la familia es la que origina la enfermedad, por lo que el sujeto considerado "enfermo" responde con la violencia que sufre. Esto constituye la "locura", que da lugar a otra violencia, la "psiquiatría".

En junio de 1961, en una institución psiquiátrica europea llamada "El manicomio de Gorizia" caracterizado por normas de extrema rigidez y violencia, se realizaron diversas propuestas por lo que al cabo de ocho años, el hospital se inauguró y organizó trabajo comunitario. De tal manera, la relación con la autoridad se empezó a regir de un modo totalmente distinto.

El equipo de salud mental y los propios pacientes tuvieron espacios para la discusión y la comunicación constante, esto al parecer fue una revolución psiquiátrica supuestamente asimilada

Sin embargo, en la práctica el significado inmutable y rígido siguió prevaleciendo ya que no se ha llegado a comprender la esencia de la esquizofrenia y se sigue tratando de dar explicaciones lógicas y estructuradas a un padecimiento que se opone precisamente a eso, a la lógica y la estructuración.

1.8 PERSPECTIVA SISTEMICA

En 1956 Bateson y el grupo de Palo Alto publicaron un trabajo en el cual se construyó una teoría de la esquizofrenia basada en la patología de la comunicación, dando paso así a la importancia de la interacción social y familiar en este padecimiento. A Bateson, se debe el interés en el estudio de la circularidad de las relaciones humanas, las cuales se plasman en estados de simetría - rivalidad- o complementariedad entre personas o grupos (Sánchez, 1989).

En la clínica de Langley Porter en San Francisco, se elaboraron los primeros trabajos sobre los distintos niveles de comunicación humana y por lo tanto sobre los diferentes niveles de funcionamiento sistémico (Ruesch y Bateson, 1951).

De ahí surge la paradoja, que radica en confundir en un mismo acto de comunicación sucesos o mensajes pertenecientes a distintos niveles lógicos

En la década de los sesentas, Don Jackson da al grupo una orientación psicodinámica, aplicándose de manera preponderante en el área de la psicoterapia más que en la investigación teórica. Esto trajo ciertos conflictos con Bateson por lo cual este último abandonó el grupo. A su vez, se integran al grupo de Palo Alto nuevos miembros que constituyen lo que se ha llamado la segunda generación de terapeutas sistémicos (Minuchin, 1991). Entre ellos encontramos a Watzlawick, quien hizo aportaciones importantes para una mayor formalización de las relaciones familiares desde la perspectiva sistémica y comunicacional.

Asimismo, encontramos a J.Haley y V. Satir (1984) quienes han contribuido notablemente al desarrollo de la terapia familiar con orientación sistémica. Progresivamente, el movimiento sistémico se ha extendido por diferentes partes

En Washington, desde principios de los cincuentas, Bowen y Wynne tratan a la familia como un sistema y no sólo al paciente designado. Por su parte, Whitaker y Malone integran la terapia de familia como una técnica más, dentro del conjunto de recursos terapéuticos de los que disponen para ser utilizados en momentos pertinentes. Sánchez

(op. cit.). En Nueva York, Ackerman utiliza la terapia de familia con niños autistas pero dándole un enfoque más psicodinámico.

En Europa existen también importantes representantes del movimiento sistémico, que son en su conjunto lo que Minuchin (op. cit.) llama la cuarta generación. De ésta destacan Laing, Esterson en Londres, Fontaine en Lovaina, Cancrini en Roma, Selvini y Prata en Milán y Sterlin en Heidelberg. Dentro del movimiento se han desarrollado diferentes escuelas y formas de trabajar, las cuales se pueden clasificar en los siguientes grupos.

a) Terapeutas del cambio.

Representados fundamentalmente por el grupo de Palo Alto con Zuck, Watzlawick y Weakland citados por Sánchez (op cit). Su terapia se caracteriza por ser aplicable a cualquier unidad-cliente (individuo, pareja o familia). El diagnóstico va dirigido al modelo interaccional y se presenta al supuesto comportamiento patológico como un intento fallido de solucionar los problemas de la familia. El síntoma puede entenderse entonces, como una conducta surgida ante el peligro de la desestructuración familiar.

b) Orientación paradójica.

Aunque la mayor parte de las escuelas sistémicas son paradójicas en algún sentido, la escuela de Milán (Selvini, 1986) lo es con mayor razón, al prescribir o recomendar directamente a la familia el no cambio como lo más provechoso y bueno. En esta orientación, el diagnóstico va dirigido hacia el juego familiar, ya que pone de manifiesto la existencia de una determinada estructura relacional repetitiva

c) Orientación estratégica.

Se desarrolla a partir de la terapia familiar estratégica de Milton Erikson y sus personalidades más representativas son Haley y Madanes citados por Sánchez (1989)

En ésta orientación es fundamental para el terapeuta saber, ¿Para qué sirve la sintomatología patológica? ¿Cómo puede mantenerse en la terapia, durante un período transitorio dicha actitud de ayuda benevolente sin necesidad del síntoma?.

Para los terapeutas estratégicos tiene especial importancia el mantenimiento de la jerarquía de poder más adecuada. Todas las intervenciones del terapeuta han de ir estratégicamente orientadas al cambio de secuencias de comportamiento, hasta llegar a una que sea más funcional para el sistema.

d) Orientación estructuralista.

Su representante más importante es Minuchin (1991). Sus técnicas de intervención terapéutica siempre parten del establecimiento de una fuerte relación afectiva con la familia y desde la cercanía, para ello utiliza técnicas directivas de cara al cambio estructural de la familia. Durante el proceso terapéutico, se van proporcionando progresivas marcas de contexto que van haciendo a la familia consciente de su estructura relacional, para posteriormente reestructurarlos con base en la autoridad que la familia concede al terapeuta, Sarró, 1983 citado por Sánchez, (op. cit.). Así, las herramientas más utilizadas son el diagnóstico repetido de un mismo patrón de conducta que aparece ante situaciones distintas y la intervención desafiante del terapeuta con la familia respecto a dicho patrón.

1.9 EL MODELO CIRCUMPLEJO.

El desarrollo de este modelo, se inició en 1976 como respuesta a la necesidad de integrar los conceptos usados en terapia familiar, sociología familiar y otros, siendo de particular interés el concepto de funcionamiento familiar.

Minuchin refiere que este parámetro está compuesto de dos atributos fundamentales que son.

a) La naturaleza de las fronteras o límites que definen los subsistemas y

b) La capacidad del sistema para cambiar en respuesta a las condiciones variables, es decir, su adaptación al cambio.

Para que éste funcionamiento sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, precisos y con reglas que designen quienes participan y de qué manera se distribuyen en un subsistema determinado. La claridad de los límites, constituye un parámetro útil para la evolución de los miembros en el interior de la familia

De igual manera, Minuchin define varios tipos de familia, las cuales pueden situarse en un continuo, cuyos polos están constituidos por los límites difusos en un lado y los sumamente rígidos por el otro.

Las operaciones en los extremos, señalan áreas de posible patología y ambos provocan problemas familiares cuando se ponen en marcha mecanismos adaptativos.

Según Olson y colaboradores, las premisas fundamentales en este tipo de dinámicas son la cohesión y la adaptabilidad, puesto que éstas dimensiones combinadas permiten observar el tipo de familia. Dichas dimensiones ya se habían utilizado anteriormente por Angell, (op. cit) Rosendo (1982) quien desarrolló conceptualmente la dimensión de integración familiar, la cual es muy similar a la de cohesión.

La integración familiar estaba definida como "los lazos de coherencia y unidad que van con la vida familiar." Siendo los intereses comunes, afectaciones y sentido de independencia los más importantes según el autor.

En esta época, Angell (op. cit.) formuló y describió nueve tipos de familias con propósitos de análisis y las agrupó en altas, medias y bajas relacionándolas con las dimensiones de integración y flexibilidad. La cohesión, está definida como los lazos emocionales que tienen los miembros de una familia entre sí y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema familiar. En el extremo más alto de la cohesión familiar, se encuentra el amalgamiento, donde predomina la sobreidentificación con la familia; esto da lugar a una autonomía individual escasa y limitada. En el extremo bajo, se encuentra la desvinculación, que se caracteriza por lazos débiles de identificación pero con una alta autonomía. Cuando los niveles de cohesión son moderados, habrá un

funcionamiento adecuado, por lo que la familia podrá manejar más fácilmente las crisis y el cambio

Las variables específicas que se utilizan para medir el grado de cohesión son: Independencia, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones. Estas variables, que van de un nivel de cohesión bajo al alto, darán lugar a cuatro diferentes tipos de familias que son: Desvinculada, separada, conectada y amalgamada. (Ver cuadro 1.1)

Cuadro 1.1 Cohesión Familiar

	DESVINCLADA COHESIÓN MUY BAJA	SEPARADA COHESIÓN BAJA A MODERADA	CONECTADA COHESIÓN MODERADA A ALTA	AMALGAMADA COHESIÓN MUY ALTA
INDEPENDENCIA	Muy alta independencia de los miembros familiares	Moderada independencia de los miembros	Moderada independencia de los miembros.	Alta independencia de los miembros de la familia.
LAZOS FAMILIARES	Lazos externos abiertos, lazos internos cerrados, lazos generacionales Rígidos	Lazos externos semiabiertos, lazos generacionales claros	Lazos externos semiabiertos, lazos internos abiertos, lazos generacionales claros	Lazos externos cerrados
COALICIONES	Coaliciones débiles utilizadas como escapatoria.	Coalición marital clara	Coalición marital fuerte.	Coaliciones padres-hijos.
TIEMPO	Tiempo separado al máximo de la familia (física y/o emocionalmente)	Tiempo separados y juntos es conflictivo	El tiempo juntos es importante y el tiempo separados está permitido y aceptado	Tiempo juntos al máximo, tiempo separados permitido.
ESPACIO	El espacio entre los miembros es muy significativo	Se mantiene espacio familiar	El espacio familiar es reducido, poco espacio privado	Poco o ningún espacio privado
AMIGOS	Amigos individuales, poca relación con amigos familiares	Algunos amigos individuales, algunos amigos familiares	Algunos amigos individuales, algunas actividades con pareja y amigos familiares	Amigos individuales limitados. Se ve a la pareja y a los amigos juntos toda la familia
TOMA DE DECISIONES	Decisiones individuales	La mayoría de las decisiones son tomadas de manera individual, solo ciertas decisiones se toman en forma familiar.	Se comparten las decisiones individuales y se toman pensando en la familia	Todas las decisiones personales y de relación se hacen junto con la familia
INTERESES Y RECREACIONES	Actividades individuales, no se involucra a la familia.	Actividades familiares esporádicas, se toleran actividades individuales	Actividades familiares programadas, familia involucrada en intereses individuales	Se obliga a realizar la mayoría o todas las actividades en familia.

*Este cuadro da en su conjunto indicaciones sobre como se conforman las variables para el rubro de cohesión, en el mismo se observan las características para cada una de ellas

La adaptabilidad familiar, es la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias las cuales provocan estrés, tanto situacional como en el desarrollo.

La dimensión de adaptabilidad, ofrece observaciones sobre el manejo de reglas, roles, disciplinas, estilo de negociación, control y actividad. De igual manera, el nivel bajo al alto producirá tipos de familia rígida, estructurada, flexible y caótica. (Ver cuadro 1.2)

Cuadro 1.2 Adaptabilidad Familiar

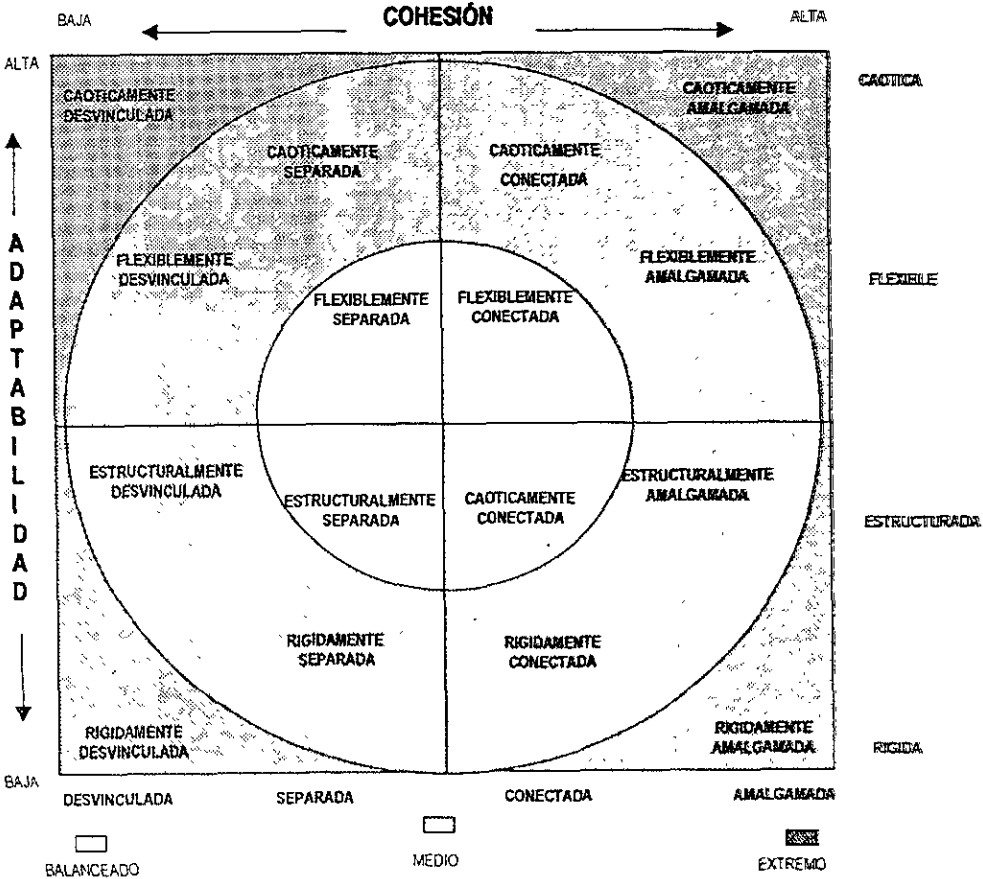
	ASERTIVIDAD	CONTROL	DISCIPLINA	NEGOCIACIÓN	ROLES	REGLAS
Caótica, adaptabilidad muy alta	Estilo pasivo.	No existe líder.	Dramática, consecuencias impredecibles.	Negación sin fin, pobre resolución de problemas	Cambios dramáticos de roles	Cambios radicales en las normas, reglas implícitas, no explícitas.
Flexible, adaptabilidad baja.	Generalmente asertivo	Igualitario cambios fluidos.	Laissez-Faire	Negociación y resolución de problemas	Se comparten roles	Pocas reglas, generalmente explícitas
Estructurada, adaptabilidad moderada	Asertivo	Democrático con líder estable	Democrática, consecuencias predecibles.	Negociación estructurada, pobre resolución de problemas	Se comparten algunos roles	Poco cambio en las reglas, generalmente explícitas
Rígida, adaptabilidad muy baja	Estilo pasivo-agresivo	Líder autoritario	Autocrática demasiado estricta	Negociación limitada, pobre resolución de problemas	Suma rigidez en los roles	Reglas rígidas, demasiadas explícitas, no implícitas.

*Este cuadro muestra los elementos a partir de los cuales se conforma las dimensiones de la adaptabilidad, encontrándose en los mismos las características particulares para cada una de las variables

Olson (1979) también menciona que de acuerdo con otros autores, la retroalimentación al sistema familiar puede ser positiva o negativa, la primera provee a la familia de conductas que dan fuerza a dicho sistema para crecer, crear, innovar y cambiar (morfogénesis), mientras que la retroalimentación negativa tiende a mantener el estatus de la familia. Existe una serie de combinaciones de las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad. Estas variables componen 16 tipos de sistemas familiares, en los cuales existen cuatro niveles de cohesión y cuatro niveles de adaptabilidad; que al combinarse en una matriz proporcionan en términos descriptivos diferentes tipos de familia.

Los tipos más comúnmente observados, son cuatro centrales y cuatro extremos; en el área central, las familias podrán funcionar más adecuadamente que las de los extremos, que es donde se encuentran más disfunciones en el desarrollo individual y familiar. Esto, da lugar a las familias caóticas, amalgamadas, rígidas desvinculadas, rígidas amalgamadas y caóticas desvinculadas. (Ver cuadro 1.3)

Cuadro 1.3 Modelo Circumplejo.



En estudios realizados anteriormente en el hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" se encontró una predisposición de las familias del paciente mental a describir un tipo de familia rígidamente-desvinculada

No obstante, el modelo es dinámico para cada familia, por lo que se podrán observar cambios en el mismo dependiendo de la situación, estado, ciclo de vida o socialización de los miembros de la familia. Los siguientes niveles son resultado de la combinación de las variables de Cohesión y adaptabilidad.

Niveles y combinaciones:

Los niveles moderados, son hipotéticamente los que indicarían un mejor funcionamiento familiar, los que son observados en los extremos negativos se dan en familias con mayor problemática familiar. Se identifican en total 16 tipos de sistema familiar y marital a través de la combinación de estos niveles. Las combinaciones de las dos dimensiones y los cuatro valores para cada uno, nos dan las siguientes composiciones:

Niveles balanceados:

- 1 Flexiblemente- separada
 2. Flexiblemente- conectada
 - 3 Estructuralmente- separada
 4. Estructuralmente- conectada
- (Padilla, 1994).

Extremos negativos

- 5 Caóticamente- desvinculada (extremo negativo)
- 6 Caóticamente- amalgamada, (Extremo negativo)
- 7 Rígidamente- amalgamada, (Extremo negativo)
- 8 Rígidamente- desvinculada (Extremo negativo)

Resto de combinaciones.

- 9 Caóticamente- separada
- 10 Caóticamente- conectada

- 11 Flexiblemente- desvinculada
- 12 Flexiblemente- amalgamada
- 13. Estructuralmente- desvinculada
- 14 Estructuralmente- amalgamada
- 15 Rígidamente- separada
- 16. Rígidamente- conectada

La teoría sistémica ha tenido gran influencia en los últimos años dentro de la psicología en general y especialmente en el área clínica, ha permitido el establecimiento de diversas perspectivas para abordar el estudio de antiguos trastornos, entre ellos la esquizofrenia, e involucra un mayor número de factores para entender la etiología y sintomatología de los mismos.

La aplicación del modelo circunplejo a la investigación de familias con paciente esquizofrénico permite identificar un tipo de familia específico a partir del análisis de las relaciones que se establecen en ella, que facilita observar pautas de conducta, de adaptación a los cambios que se presentan en la dinámica familiar, así como la identificación y unión que viven unos miembros de la familia con respecto a los otros y que de alguna manera hacen a este tipo de familia proclive a que se desarrolle en alguno o algunos de sus miembros los síntomas de la esquizofrenia.

2. FAMILIA CON CARACTERISTICAS ESQUIZOFRENICAS

Las investigaciones acerca del papel que juega la interacción familiar en el desarrollo de la patología mental, han demostrado que existen ciertas pautas de comportamiento y comunicación, así como formas de adaptación a los cambios e identificación entre los miembros de la familia que hacen proclive a este núcleo, a que alguno o algunos de sus miembros desarrollen la sintomatología de alguna patología mental. En el caso de la esquizofrenia, al parecer existen características muy específicas de interrelación familiar, sobre todo entre el núcleo central – padre madre e hijo esquizofrénico- que hacen de este entorno familiar un ambiente favorable para el desarrollo de la misma. La importancia de conocer las características familiares, de núcleos perturbados con uno o más miembros esquizofrénicos, es que existe la facilidad para proponer modelos de familias esquizofrénicas que facilitarían un tratamiento integral y una mayor adaptación tanto familiar como del paciente esquizofrénico al entorno familiar.

2.1 CARACTERISTICAS

Dada la perspectiva teórica sistémica del presente estudio, consideramos importante el conocer las características familiares del paciente esquizofrénico, ya que ésta representa un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento del síntoma.

La familia constituye un grupo dinámico de individuos que permite la difusión de patrones culturales, normas de supervivencia, pautas de aprendizaje y adherencia al grupo social al que pertenecen los padres. Esto favorece la construcción de un vínculo entre los miembros, lo cual permite compartir sentimientos, frustraciones y deseos.

Chagoya (1975) describe la dinámica familiar normal como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que les da un sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.

Como función primordial, la familia tiene la tarea de asegurar la supervivencia del individuo así como dar las características esenciales que hacen al hombre humano

En el caso de las familias con pacientes esquizofrénicos la estructura, dinámica y relaciones familiares se trastornan y dan lugar a características que permiten el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad mental.

Durante la niñez se forman las estructuras de vulnerabilidad a la enfermedad mental, aunque ésta se encuentra condicionada por las experiencias interpersonales de la juventud y la edad madura. Durante la adolescencia, la exposición constante al fracaso se intensifica y con ello la predisposición a la enfermedad mental. Las experiencias tempranas en el hogar tienen efectos hondos y duraderos sobre la adaptación psíquica del individuo, hay roles y conductas presentadas por los padres y que asimiladas por el niño predisponen a una u otra perturbación psíquica. Es por esto, que podemos entender que la enfermedad mental es un proceso que sucede tanto dentro del individuo, como en el entorno que le rodea y especialmente en su familia.

Los pacientes psiquiátricos provienen de familias perturbadas y el primer miembro del grupo que acude al psiquiatra puede ser el más o el menos enfermo de la familia (Ackerman, 1977). Comúnmente, en las familias perturbadas se dan varios casos de pacientes con trastornos psiquiátricos, es poco común que solo un miembro de la familia manifieste síntomas y con esto nos damos cuenta de la problemática que se presenta en la interacción de los miembros de éstas familias y su influencia en los sujetos más vulnerables. Los lazos emocionales patológicos pueden integrar o desintegrar la relación familiar, la enfermedad emocional de un miembro, suele complementar la de otro o tener efectos antagónicos. Algunas formas de enfermedad, pueden ser compartidas por dos o más miembros de la familia, dado que las características de la estructura familiar dependen en gran medida de las pautas de personalidad de los cónyuges

En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por las dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Esto se convertirá probablemente en parte de sus valores y expectativas cuando entre en

contacto con el mundo exterior, pero si éstos no son adecuados y funcionales, es probable que el niño desarrolle una patología mental

En la década de los cincuentas por primera vez se empieza a tomar en cuenta el marco familiar dentro de los desórdenes psiquiátricos ya que por lo regular se excluía totalmente a la familia del tratamiento del paciente. Con la influencia de autores como Freud, Winnicott y Klein se comenzó a integrar a la madre en el tratamiento del niño, dado que con ella pasaba la mayor parte del tiempo.

Los enfoques más recientes como son la Antipsiquiatría y la orientación Sistémica, sitúan al individuo dentro de un contexto en el cual se relaciona de manera constante, por esto se enfoca al individuo dentro de la familia o su grupo natural primario, como formador de su personalidad en el pasado y modelador en el presente (Ackerman, 1976)

La mayoría de las teorías psicogénicas, expresan que buena parte de la psicopatología se adquiere a través de las relaciones familiares defectuosas. Este punto de vista surgió a partir de las observaciones clínicas en cuanto a la eficacia de la terapia individual, ya que ésta se veía influida por las interacciones familiares. Es decir, la presencia de síntomas en un miembro de la familia, representa una expresión homeostática y cambiante de la patología familiar (Page 1992).

Dentro de los estudios realizados acerca de la familia, se han hecho diferentes análisis de su organización. En un principio se dio énfasis a los factores biológicos que dieron origen a ésta como una unidad de reproducción, persistieron en el estudio de 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).

Bateson (1982) afirma 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

Estas influyen sobre sus patrones de conducta y funcionamiento mental, por lo cual es muy importante analizar la extraordinaria complejidad de esta interacción entre los integrantes de la familia, ya que en diversas ocasiones se ha encontrado que dan lugar a la confusión de roles y conductas perturbadas, mismas que son presentadas por los padres y asimiladas por los hijos.

Minuchin menciona que la familia es un conjunto de personas que interactúan entre sí, dado que están unidas por lazos consanguíneos o legales en donde cada una de las partes o miembros de la familia se relaciona de tal modo, que un cambio en uno de estos ocasiona una reacción en todos los demás. Las funciones que realizan son: 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 1993).

2.2 ESTRUCTURA

El individuo influye sobre su contexto y es influido a su vez por éste, en 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. Por lo tanto, el individuo puede ser considerado como un subsistema o como parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta la totalidad del conjunto para un mejor análisis Minuchin (op. cit.)

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) Dicha estructura debe ser analizada en función de las características de sus miembros, dado que se relacionan con base en ciertos ajustes o acomodamientos que gobiernan convenios establecidos

Los convenios, forman en su totalidad la estructura familiar y aunque por lo general no son reconocidos, se encuentran en constante interacción; ésta a su vez va modificando a sus integrantes por lo que las relaciones familiares se convierten en un proceso evolutivo y constante.

Dentro de esta estructura se encuentran reglas, pero también alianzas encubiertas y mecanismos no visibles de desplazamiento sobre uno de los miembros de la familia. Minuchin, propone construir un mapa para identificar los distintos tipos de relaciones tales como conflictos, alianzas y separaciones, de esta manera, el enfoque estructural permite analizar a la familia así como a los mecanismos de interacción y comunicación que la rigen.

La estructura interaccional implica un estilo de vida en el que se confunden la patología individual con formas de vida generales que no siempre favorecen la salud; de esta manera, al tratar con la familia se encuentra no sólo la enfermedad sino a 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 (Speir, 1983).

La familia es un grupo natural que ha elaborado pautas de interacción mediante gestos palabras y otras acciones que permiten a sus miembros dar y recibir información así como también organizar las relaciones existentes entre sus integrantes, a estas pautas se les denominó estructura familiar y ésta última es la encargada de determinar los factores dinámicos, el modo y la magnitud de las funciones de la familia.

2.3 DINAMICA

Según el enfoque estructural, los integrantes de la familia atraviesan constantemente por cambios o transiciones a los que deberán adaptarse dependiendo del período en el que se encuentre. Es decir, su estructura será diferente en el período de crianza, en el de la pubertad de los hijos, cuando los progenitores alcanzan la madurez, cuando los hijos se

casan y los progenitores van ingresando a la ancianidad. A medida que la familia evoluciona de una a otra etapa se debe ir estableciendo un nuevo equilibrio que sea apropiado para la reciprocidad esencial entre el hombre y la mujer. los padres y los hijos (Ackerman, 1978)

De igual manera, Speir (op. cit) menciona que la familia esta sujeta a diferentes procesos de cambio, estos no son estáticos, estos encuentran en constante evolución por lo que exigen a la familia nuevas adaptaciones causando choque generacional e inestabilidad; 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, esto nos permite observar cómo a medida que la familia cambia, deberá adaptarse para dar a su estructura la reciprocidad esencial que necesitan sus miembros Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el proceso de cambio ocurre a través de una lucha por conservar el equilibrio, teniendo como base una serie de reglas y límites que se desarrollan o modifican con el tiempo De tal modo, este 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 (Andolfi, 1992) Al respecto Ackerman (1976) comenta que la familia es la unidad básica del desarrollo y experiencia de realización y fracaso; así como también el soma básico de salud y enfermedad.

Para Andolfi (op cit) la familia representa un laboratorio de búsqueda y conocimiento dinámico de sí mismo Esta salida y entrada de pertenencia y separación permite a cada uno afirmar su propia Individualidad, es decir, su arquitectura temporal con diferentes niveles de interacción integrados unos con otros

Es por lo tanto necesario para entender la dinámica de la familia, describir su funcionamiento con base en el tipo de transacciones que tiene lugar dentro de ella. Este proceso de cambio en la familia está sujeto por un lado a etapas evolutivas naturales y por otro lado al cambio social que actúa sobre la estructura de la familia, el cual tiende a modificarse aun cuando no se encuentren nuevas formas de interacción .

Ackerman, (op. cit.) puntualiza dentro de la interacción dinámica los procesos de complementariedad y diferenciación, y la forma en la que la familia los resuelve cuando surge el conflicto. Speir (op. cit) cita a Boszormenyi, quien también analiza la homeostásis o equilibrio familiar en función de la diferenciación e individuación de sus miembros. Laing (1967), 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. Por su parte Minuchin (op. cit), se centra principalmente en la teoría de los sistemas; mientras que Ackerman, Brody y Laing en los aspectos internos de la interrelación.

Autores como Bateson, Jackson, Haley y Watzlawick, se concentraron en el estudio de la familia como "sistema". El sistema familiar es la retroalimentación, el procesamiento y la acumulación de información, la adaptabilidad, la capacidad de autoorganizarse y la formulación de estrategias para la conducta propia del sistema. Es decir, un conjunto ordenado e interdependiente de unidades que se mantiene en interacción (Umberger, 1985).

2.4 RASGOS PRINCIPALES EN LOS PADRES DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.

Los estudios realizados en la década de los cincuentas se centraron principalmente en la naturaleza de las relaciones entre los padres del paciente esquizofrénico, ellos mostraron en una proporción muy alta, que su relación era extremadamente insatisfactoria según diversos criterios. Otros de estos estudios intentaron describir los rasgos predominantes de los miembros de la familia; en éstos se encontró que 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 afectivo de la familia (Cooper, 1985). En algunos otros artículos acerca de la esquizofrenia en particular, autores como Pieus y Fromm Riechman, han subrayado la actitud hostil hacia

el paciente, por lo que la enfermedad de este aumenta los sentimientos de culpa de la madre (Szasz, 1984).

Al parecer existe coincidencia en señalar la elevada frecuencia de ciertos rasgos en la personalidad de la madre del esquizofrénico. Kasanin y Sage (citados en Alonso, 1978) apuntan que la figura materna suele estar impregnada de angustia, inseguridad y sentimientos de culpa. Sobre esta trilogía se monta un perfil de personalidad que exhibe las siguientes características: distanciamiento afectivo, falta de espontaneidad, tendencia al aniquilamiento simbólico del cónyuge, la sobreprotección autoritaria y dependencia respecto al amor del hijo. A este tipo de madre se le ha llamado madre "esquizofrenógena".

Otra característica particular de dichas madres, es que generalmente no están dispuestas a permitir que el hijo tenga vida privada; la madre dominante utiliza con frecuencia chantajes emocionales, por lo que el hijo se somete ante los sentimientos de culpabilidad que provoca 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 entendida ni satisfecha (Jackson 1980).

Mannoni (1992) puntualiza que el deseo inconsciente de la madre es que el niño no llegue a ser distinto de ella. Durante la infancia el niño se caracteriza por ser apartado, tranquilo y obediente; 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 período en el cual aparecen los delirios.

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, ya que experimenta gran ansiedad y sus reacciones afectivas son excesivas y contradictorias. Delay, Deniker y Green (1978) llevaron a cabo un estudio 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. Aunque los estudios realizados hasta el momento habían caracterizado a los padres de los pacientes psicóticos como un matrimonio incapaz de evitar el dominio de la madre esquizofrenizante, Reichard y Tillam en 1978, encontraron algunos casos en donde el padre era predominantemente sádico y describieron un comportamiento paternal que se describe a continuación:

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

Jackson en (op. cit.) divide en tres grupos principales las características de los padres de pacientes psicóticos:

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

Por su parte, Lidz (1971) describió al padre dominante como un hombre tiránico que constantemente denigra a la esposa y a los hijos, asimismo, se vuelven rivales del hijo ya que compiten con él por la atención de la madre.

El enfoque psicoanalítico postula que las relaciones establecidas entre el niño, futuro esquizofrénico y su madre desde los primeros meses de vida queda perfilada como una tragedia triangular, ya que se anula la figura paterna y el individuo forma con su madre una diada ambivalente.

Diversos autores reconocen 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 psicópatas. Dadas estas circunstancias, no se puede garantizar un desarrollo armónico del niño desde su nacimiento y la edificación de su personalidad no se establece en un medio normativo.

2.5 SEUDOMUTUALIDAD

La estructura familiar depende básicamente de la personalidad de los padres, por tanto, la relación entre ellos incide directamente sobre la conducta y conformación de personalidad de los hijos ya sea de manera positiva o negativa. Los conflictos matrimoniales se pueden caracterizar por la extrema escisión del matrimonio; es decir, donde existe la desconfianza y denigración mutua, el enmascaramiento del conflicto y la discrepancia para alcanzar lo que se ha denominado seudomutualidad. Este término se refiere a 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 grandes 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 a los demás miembros cuando se amenaza dicha complementariedad Jackson (op. cit.).

En 1958 Wynne empleó el término seudomutualidad para explicar como en algunas familias se presentaba la apariencia de concordia y mutualidad que sólo encubría una intensa hostilidad, inflexibilidad y destructividad mutua. Para este autor las familias sienten un deseo intenso de una relación mutua entre todos los miembros lo que excluye la capacidad de tolerar diferencias.

La existencia de la seudomutualidad refuerza la creencia de que todos están bien unidos, así, los hijos de dichas familias se encuentran atrapados en el dilema de no poder nunca diferenciar ni separarse, porque todo intento causa expectativas de derrumbe. Wynne especuló 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. Entre éstos se encuentran la incapacidad de juzgar la realidad, de expresar una opinión diversa, cualquier intento de individuación, o de expresar temores y disgustos.

La seudomutualidad tiene vinculación con la emoción expresada, este 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, (op. cit.).

Waring (1986), establece la diferencia entre la "Morfofostasis forzada" y la "Morfofostasis consensual" La primera se refiere a la aparente estabilidad en el sistema familiar, mantenida en ausencia de una genuina validación de sus miembros. Esto contribuye a la alienación intrafamiliar e individual y a un funcionamiento perturbado del sistema. Este tipo de morfofostasis se encuentra en familias con miembros esquizofrénicos, la morfofostasis consensual se refiere a la genuina estabilidad del sistema familiar, consensualmente validada por sus miembros.

Broustra (1979), señala que la familia seudomutual presenta en forma discordante al consenso familiar, un ser que es denominado como "enfermo", por tanto, la persona es apartada del grupo y se le aísla dado que manifiesta conflictos reales que son ocultados por una familia en apariencia sin problemas. Esta seudomutualidad no es más que una construcción frágil que trata de encontrar grandes discordias, las cuales pueden salir a la luz en cualquier momento, si es que uno de los miembros tiene acceso a una expresión auténtica.

Es por esto, que el delirio del psicótico supone un discurso que pone en peligro la seudomutualidad quedando así la familia amenazada, por lo que sus miembros sitúan este discurso en lo absurdo, argumentado un trastorno; en cambio, si el sujeto se queda callado entonces la familia volverá a encontrar su cohesión y seguridad. Laing (1967) aborda el carácter cerrado de estas familias de escaso intercambio con el exterior, seguidas de un discurso aparentemente muy unido

Bajo éstas condiciones, el sujeto puede situar posibilidades de agresión dentro de la familia, el peligro provendrá siempre del exterior. Por ejemplo, el paciente nunca habría enfermado si no hubiera conocido amigos poco serios o por alguna novia que tuvo una *influencia nefasta sobre él*. Estas creencias se fortalecen por una política interior que tiende a mantener al sujeto en un campo cerrado de significantes

El enmascaramiento confunde la comunicación y 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. Dicho enmascaramiento incluye un alto grado de engaño así como un esfuerzo por ocultar algo a los demás, pero esto 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 los 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 desenmascarar o entender lo evidente, sus esfuerzos por justificar la situación o por aceptarla hace que tienda a distorsionar sus sistemas de valores. Bateson (1982)

2.6 DOBLE VÍNCULO

Bateson (1956), define el doble vínculo como una situación absurda o sin salida posible; en la que de manera general existe una advertencia negativa, que no es más que la amenaza de castigo o abandono en contradicción con otra advertencia negativa secundaria menos explícita y por último, una tercera advertencia negativa, que priva al sujeto de toda solución posible. Esta trampa de doble vínculo, se establece en la totalidad del lenguaje, no sólo en el discurso sino también en la entonación y en los gestos (Berger, 1993).

Bateson y colaboradores, citado en Jackson D.(1962), centran su atención en ciertos mensajes conceptuales, 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 el otro rechazan las tendencias de su hijo a cuestionarla y responderle.

Por lo que los sentimientos básicos de la madre hacia su hijo están inmersos en sentimientos de ansiedad u hostilidad, 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 ocultar tales sentimientos mostrando una conducta benevolente (Johnson, 1987). Las características principales del doble vínculo según Watzlawick y Jackson (1967), *Et op. cit.* son las siguientes:

- a) Dos o más personas mantienen una relación intensa y vital: vida familiar, desgracia, amistad, amor, psicoterapia.
- b) Es emitido un mensaje que constituye una negación de la existencia del sujeto, dado que este mensaje contiene dos proposiciones complementarias y contradictorias

De tal manera, un niño en este caso se encuentra situado ante la hostilidad de uno de los padres que niega su cólera y al mismo tiempo exige que el niño también la niegue

Si el niño le cree al padre mantiene la relación necesaria para él, pero niega su percepción ya que si cree en ella se mantiene en la realidad pero piensa que pierde la protección de su padre o de su madre. Por lo tanto, es imposible decidir el sentido del mensaje y el niño queda de esta forma como prisionero en ese doble vínculo

- c) La experiencia se repite durante un largo periodo, es decir, el receptor del mensaje se halla ante la imposibilidad de salir del marco fijado por el mensaje. De tal manera, se le prohíbe la oportunidad de reconocer la contradicción con la paradoja del mensaje, con lo que la violencia inadvertida es automantenida por el doble vínculo que se convierte así en el modelo de la comunicación esquizofrénica

Una persona atrapada en un doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos, según Bateson (1956), 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- hijos.

Estos se establecen desde la más temprana edad del niño y tal situación comunicativa es esencial para la seguridad de los padres y por lo tanto para la homeostasis familiar.

Espina y colaboradores (1994), señalan sobre la relación de pareja, que los padres de pacientes esquizofrénicos pueden ser entendidos con base en las alteraciones de la comunicación que son frecuentes con un hijo esquizofrénico; ya que se observa 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 pueden ser demostraciones afectivas frecuentes el otro puede entenderlo como falta de afectividad. Es así como las distorsiones de percepción en el área conyugal pueden extenderse a otras áreas, como por ejemplo con los hijos, por lo que se dan mensajes paradójicos en el seno de la familia. El patrón familiar característico que ha surgido del estudio de familias de esquizofrénicos no incluye solamente a un hijo sometido a un descuido total o a un trauma evidente.

En esencia involucra a un hijo cuya autenticidad se ha visto sometida involuntariamente a una mutilación sutil pero persistente cuyo resultado final se alcanza cuando independientemente de como una persona actúe o se sienta, es despojada del significado que esto tiene para ella, de modo que queda totalmente confundida y alienada (Lam, 1991)

Los orígenes del término "doble vínculo" se remontan a los años cincuenta en la escuela de Palo Alto California; cuando se observó que el medio influía en las enfermedades mentales, principalmente la esquizofrenia, pero también el individuo era parte del mantenimiento del síntoma, actuando de forma secuencial y con esto se puede indicar que el efecto podía pasar a ser la causa y la causa el efecto de la misma.

El doble vínculo se plantea en dos niveles donde aparece una víctima y un coaccionante, en donde este último se comunica con dobles mensajes y el primero tiene una serie de conductas que son complementarias para que el otro actúe de determinada manera. Con esto encontramos que las conductas de un elemento del sistema influyen en los otros elementos del mismo.

El descubrimiento de la posibilidad de un doble vínculo en la comunicación es un elemento que Bateson vislumbró después de reflexionar sobre la obra "Principia

Matemática” de Russell y Whitehead en donde se derriba la concepción lógica que se tenía hasta ese tiempo. La forma en que el doble vínculo se puede presentar está muy bien descrita por Witzel y García (1994):

“ Una persona comunica a otra unos mensajes en niveles diferentes, que se califican el uno al otro y que están en conflicto, la persona que recibe el mensaje se encuentra en una situación tal que no puede responder a ellos sin violar una u otra de las ordenes estando pues siempre en el error. Las situaciones tanto más intolerables porque la víctima no puede ni huir de la situación, ni hacer comentarios sobre sus dificultades”.

En 1956, con su trabajo hacia una teoría de la esquizofrenia, Bateson planteó que los síntomas de la esquizofrenia podían ser el resultado de la internalización de patrones contradictorios de comunicación en la familia, estos patrones fueron conocidos como Doble vínculo y a partir de los cuales la gente aprende a percibir el mundo después de una exposición constante a ellos y actúa como si toda la información que recibe fuera contradictoria, la forma de responder ante estos estímulos es la aparición de la esquizofrenia.

Al plantear Bateson y su equipo del Instituto de investigaciones mentales su separación del modelo médico vigente en ese entonces, retomaron lo que se llama metáfora cibernética.

La cibernética es la ciencia de la comunicación y el control, caracterizado este como el proceso de autorregulación mediante ciclos de retroalimentación al retomarse esto en la práctica clínica, se conceptualizó al síntoma como algo que formaba parte de un ciclo homeostático que permitía que la familia se estabilizara. Con esto, se explicó el sistema como una entidad que permanecía igual mientras cambiaba.

2.7 ROLES

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 las expectativas de conducta, las cuales son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto, ya que la familia es un subsistema social en el cual determinados miembros asumen ciertos roles con respecto a los demás (Simon, 1988).

Cuando surge una psicosis en la familia, se descubre que previo a ello existía 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 portavoz y depositario de la ansiedad del grupo y 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).

El paciente se psicotiza cuando el monto de ansiedad se le hace insoportable, siendo el brote un pedido de ayuda y una búsqueda que le permite soportar el cúmulo de sufrimiento. Ante esta situación la familia actúa la mayor parte de las veces recluyendo a la persona en una Institución Psiquiátrica, el paciente asume el rol asignado por la familia lo que lo convierte en el depositario de la patología familiar. Esto ayuda transitoriamente a equilibrar el intercambio familiar ya que posteriormente se margina y expulsa de su seno a un "loco" quedando supuestamente la familia sana (Gallego, 1986). Aún así, Bateson y cols. (1982), refieren que la relación entre los padres de pacientes psicóticos está caracterizada por una amplia variedad de problemas y dificultades.

En un estudio realizado con ocho familias, encontraron que 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 ante 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 pequeña medida.

Básicamente el egoísmo de cada cónyuge los lleva a tratar de cubrir sus necesidades y objetivos dejando a un lado las necesidades del otro, logrando con ello el resentimiento y la mala voluntad. Otro rasgo particularmente perjudicial en estos matrimonios está constituido por la devaluación que uno de los cónyuges hace del otro frente a los hijos. Asimismo, dichos matrimonios se caracterizan por la amenaza de separación, no obstante, ninguna de ambas partes se esfuerza por alcanzar una mejoría o por encontrar alguna gratificación en el matrimonio. De tal manera, es muy claro que la comunicación en estas parejas está seriamente impedida por el alejamiento mutuo y el enmascaramiento

de los motivos dado que lo que se dice y admite difiere significativamente de lo que en realidad sienten o hacen. Así los abuelos o los hermanos desempeñan gran parte de los roles que corresponden 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, se relaciona con una figura parental

De este modo, hay un miembro de la pareja sumamente dependiente que termina por aceptar e incluso apoyar las debilidades o distorsiones enfermas del otro, porque sus necesidades de dependencia se ven satisfechas. En todos estos casos, los roles difusos incrementan los problemas emocionales, transformando al matrimonio en un encuentro hostil, en el que la pareja resulta perdedora ya que las exigencias y desafíos conducen a dividir a la familia.

2.8 FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

Lidz y cols (1971) reafirmaron la hipótesis básica de Bateson, la cual sugiere que los pacientes esquizofrénicos, casi siempre provienen de hogares en los que se suscitan rivalidades anormales entre los padres. Estudiando a dieciséis familias de pacientes esquizofrénicos se observó que ninguna familia estaba razonablemente bien integrada, la mayor parte de los matrimonios estaban desintegrados debido a tremendos conflictos entre los cónyuges, lo cual hacía que la familia se dividiera en bandos hostiles entorno a cada uno de los padres. Estos 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

Para Lidz, una familia normal es aquélla en la que:

a) Los roles familiares son precisos, fijos, comprendidos y aceptados por todos

- b) Se permite la confianza, la comunicación y la estima.
- c) Se definen con claridad las fronteras entre las generaciones, 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 de los hijos.
- d) Los distintos papeles son una fuente de amor y de buen entendimiento. Lidz, (op. cit.)

Por otro lado la inversión patógena de la familia, según la escuela de Lidz nos habla de que la familia del esquizofrénico, no se 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 comunicación entre ellos, la incapacidad de cada uno para vivir sus emociones y soportar las del otro, ocasiona una dominación viril donde la mujer es excluida o viceversa, ella excluye al marido.

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 irrealistas, creándose para todo el grupo un ambiente anormal y patógeno.

Es difícil encontrar un paciente esquizofrénico cuya historia familiar no incluya por lo menos uno de los siguientes aspectos:

- * Hogar destrozado
- * Muerte temprana de uno o ambos progenitores
- * Divorcio real o emocional de los padres
- * Padres sobreprotectores, sobreexigentes o rechazantes
- * Rivalidad fraterna
- * Discordia matrimonial o familiar
- * Conducta desviada en algunos miembros de la familia
- * Disciplina incoherente o severa

Estos signos patogénicos, se observan con frecuencia en los antecedentes familiares de individuos no solamente psicóticos sino también neuróticos Lidz (op. cit)

Las pautas de interrelación que conforman la estructura de la familia como son los roles, la estructura, la dinámica, pautas de comunicación y relación y características comunes a todos los miembros, tienen una influencia determinante en la formación de los rasgos de personalidad de cualquier individuo, sin embargo son estas mismas, las que al conformar una dinámica disfuncional, dan lugar a relaciones patológicas como son la seudomutualidad, el enmascaramiento y el doble vínculo, que en conjunción facilitan el rompimiento de la dinámica familiar "normal" y fomentan la aparición o formación de la sintomatología psicótica en alguno de los miembros de la familia, por lo regular los hijos. Es importante también, tomar en cuenta los estudios realizados en parejas de padres con hijos esquizofrénicos en los que se encuentran características específicas, que si bien no determina de manera práctica la aparición de la psicosis esquizofrénica, si son un factor común en este tipo de familia.

3. METODO

Los diferentes investigadores de orientación sistémica, (Bateson, Minuchin y Ackerman) que se han dedicado al estudio de la esquizofrenia como un padecimiento familiar, han encontrado que los progenitores del esquizofrénico tienen una importancia primordial en el desarrollo de la sintomatología esquizofrénica en alguno de los miembros de la familia, en especial los hijos. Son la personalidad propia de cada uno y su relación con el entorno y los demás miembros de la familia, los factores que de una u otra manera influyen para que se den ciertas pautas de interrelación y comunicación que trastoran el funcionamiento familiar y dan como resultado la aparición de síntomas como el doble vínculo, la seudomutualidad y el enmascaramiento, factores que en el individuo, en este caso el hijo, podrían llegar a afectarlo de tal modo, que surgieran en él la manifestación de síntomas de esquizofrenia.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia primordial de las relaciones intrafamiliares en la formación de la personalidad del individuo y las posibles patologías mentales en que estas relaciones pudieran influir, es determinante y con respecto a esta premisa, es que se planteó la siguiente interrogante. ¿Existe un tipo característico de familia, en el que las pautas de comunicación y relación intrafamiliar identificados a través de la cohesión y adaptabilidad familiar, influyan notablemente para dar lugar al desarrollo y manifestación de la psicosis esquizofrénica en uno de sus miembros?

Para el estudio se realizó una comparación de las medidas de cohesión y adaptabilidad incluidas en el instrumento FACES II, en la cual se utilizaron triadas constituidas por el padre, la madre y el hijo esquizofrénico, mismas a las que se les denominó clase "A" en contraste se utilizaron triadas de familias en las cuales no había indicio de algún padecimiento psiquiátrico y a las cuales se les ubicó con el término Clase "B".

El objeto de incluir en las triadas a estos miembros obedece a que ellos son en la mayoría de los casos, los que desempeñan los roles significativos en el grupo familiar.

Los padres constituyen según la teoría sistémica los pilares del desarrollo de las pautas de comunicación e interacción, mientras que el hijo esquizofrénico representa un papel emergente en el desarrollo de la enfermedad y la expresión de la sintomatología familiar.

El establecer una comparación con familias sin pacientes esquizofrénicos, permitió observar las diferencias entre ambos tipos de familia, así como identificar, en caso de existir, características específicas para el tipo de familia esquizofrénica.

3.2 VARIABLES

3.2.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Variables Independientes

Familia con paciente esquizofrénico: Cooper (Op. Cit.) define este tipo de familia desde la perspectiva de las relaciones y características que se forjan en los miembros de la misma. En estos casos se considera a la madre como afectivamente manipuladora, dominante, sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, en cambio el padre se caracteriza como débil, pasivo, preocupado, enfermo o en algún otro sentido ausente, como miembro afectivo de la familia y en ambos casos se presenta una hostilidad latente contra el hijo, que ha desarrollado síntomas de esquizofrenia, entendiéndose estos, como la manifestación de la ruptura de la relación con el mundo exterior y una marcada regresión, conformándose un conjunto de trastornos en los que domina la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas. Así mismo, se encuentran perturbaciones afectivas profundas como es el desapego y la extrañeza de sentimientos, los cuales evolucionan hasta la disociación de personalidad. (De la Fuente, op cit) (Ey, op cit)

Familia sin paciente esquizofrénico. La familia normal para Lidz (op cit) es aquella en la que los roles familiares son precisos, fijos y aceptados por todos, se permite la confianza,

la comunicación y la estima. Se definen con claridad las fronteras entre las generaciones, las obligaciones ligadas al matrimonio son asumidas y la emancipación de la tutela paterna es afectiva. El papel de los padres es asumido y permite una identificación correcta de los hijos. Aun cuando el funcionamiento de este tipo de familia permite una mejor adaptación al entorno y las relaciones entre los miembros es en mayor grado saludable; es posible que existan otras perturbaciones tanto individuales como familiares diferentes de la esquizofrenia, que establezcan para cada grupo familiar características específicas, que sin embargo distan de las presentadas por la familia esquizofrénica.

Variables Dependientes

Cohesión y adaptabilidad de la familia con paciente esquizofrénico: Aquellas características familiares, como son pautas de conducta, de relación y de comunicación, incluidas en categorías como cohesión y adaptabilidad presentes en la familia con paciente esquizofrénico. Vega (1994), encontró en un estudio realizado en las instalaciones del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que en general el núcleo familiar que contaba con un enfermo mental se definía como una familia rígidamente desvinculada.

Este tipo de familia se caracteriza por la lejanía entre las relaciones intrafamiliares, en las que los miembros se perciben ajenos unos de otros y sus lazos por lo general son difusos o inexistentes, la toma de decisiones es individual y por lo general las actividades que se llevan a cabo son realizadas de manera aislada por cada uno de ellos. Tienen dificultades para resolver problemas como familia ya que la negociación es limitada, existe un líder autoritario, lugar que de manera general ocupa la madre y ejerce en la familia una autocrítica demasiado severa. Las reglas y roles familiares son rígidos y estrictos, por lo que no se aceptan los cambios en la estructura familiar.

Cohesión y adaptabilidad de la familia sin paciente esquizofrénico: Aquellas características, como son pautas de conducta, de relación y de comunicación, que le

permiten a los miembros entablar una relación y dinámica relativamente funcional y donde existen posibilidades de desarrollo tanto individual como familiar.

3.3 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Familia clase "A":

Este tipo de familia se caracteriza por tener relaciones desintegradas y poco funcionales en las que se encuentran rivalidades, trastornos en la comunicación y en la que uno de los cónyuges es excluido por la dominación del otro. Asimismo, es obstruido el proceso de individuación e identificación y los hijos son utilizados ya sea como participantes de un bando que hostiliza a uno de los progenitores o como sustitutos emocionales, por lo que se encuentran expuestos a demandas excesivas e irracionales.

El hijo debe someterse a los requerimientos, razón por la que sus decisiones son anuladas o se sitúan al margen de los deseos del progenitor, la disciplina es rígida e impositiva por lo que no hay lugar a la negociación.

Estas familias entran en crisis cuando sobrevienen cambios y movimientos ante los cuales tienen que adaptarse y para lo cual exhiben una gran dificultad dada su incapacidad para responder a las demandas de su entorno.

Familia clase "B":

Esta familia se caracteriza por tener una relación armónica e integral así como una adecuada adaptación en la que se permite la confianza y la estima, por lo tanto los miembros pueden participar de las decisiones, se facilita la negociación así como la adquisición de roles y responsabilidades, los cuales están definidos con claridad. Esto permite la adecuada identificación y por ende la capacidad para adaptarse y afrontar los obstáculos que se les presentan ya sea como individuos o como familia, finalmente existe la posibilidad de individuación y por lo tanto la de una separación que conduzca al crecimiento.

Cohesión Familiar:

Se refiere a las relaciones afectivas que existen entre los miembros de un grupo familiar y que les permite experimentar a través de las mismas como individuos y como grupo. Estas se determinan a partir de las variables específicas que nos proporcionan el grado de cohesión familiar y que se refieren al tiempo, espacio y amistades que comparten entre ellos así como la delimitación y variaciones surgidas en las mismas ya sea a partir de las necesidades individuales o familiares.

Adaptabilidad Familiar:

Es el conjunto de estrategias y mecanismos que utiliza el grupo familiar para afrontar los obstáculos a los que se enfrenta de manera funcional, ello le permite modificar pautas que coadyuven a la adaptación y crecimiento tanto familiar como individual, esto en respuesta a cambios internos de la familia o a las fuerzas externas del ambiente. Dicha variable se obtiene a través de la negociación asertiva de la disciplina, las reglas y la disposición en el cambio de roles.

3.4 HIPOTESIS.

Bateson (op. cit) afirma 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. Estas influyen sobre sus patrones de conducta y funcionamiento mental así como las relaciones intrafamiliares. Con base en esta premisa, la actual investigación plantea que la esquizofrenia es un padecimiento en el que tanto en su etiología como en su sintomatología, juegan un papel muy importante las pautas de conducta, las relaciones y las reglas de comunicación entre los miembros de una familia.

Dado que la cohesión y la adaptabilidad en la familia del paciente esquizofrénico proveen de características particulares a sus integrantes; suponemos que al conjuntarse, éstas

originan un medio propicio para el desarrollo de la esquizofrenia en uno o más de sus miembros.

3.5 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Existen en las familias con un miembro esquizofrénico, características de cohesión y adaptabilidad identificadas a través del instrumento FACES II y que de manera general se refieren a la dificultad para afrontar las vicisitudes familiares y la adaptación a los cambios que de estas se generen, por ende se establecen pautas de comunicación e interrelación familiar que hace proclive a estos grupos filiales al desarrollo de la esquizofrenia en uno de sus miembros.

3.6 DISEÑO

La presente investigación tiene un tipo de diseño no experimental y es de dos grupos independientes formados por la clase "A" y la clase "B".

3.7 ESCENARIO

El presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", dado que es una de las instituciones psiquiátricas más reconocidas a nivel nacional. Además, cuenta con una gran afluencia de pacientes de toda la República lo cual implica una gran diversidad de estratos sociales, culturales e incluso étnicos e idiosincrásicos.

3.8 MUESTRA

El presente estudio se llevó a cabo con dieciocho triadas familiares para cada grupo, es decir padre, madre e hijo. La familia clase "A" en la cual existe un miembro, en este caso el hijo diagnosticado como esquizofrénico y la familia clase "B" en la que no se tiene un

miembro con diagnóstico psiquiátrico. La inclusión de ambas se llevó a cabo de manera voluntaria.

El paciente y sus padres participaron de manera voluntaria, los padres firmaron una carta de consentimiento informado donde se les explicó detalladamente el objetivo de la investigación y dieron la aprobación para que su hijo participara en la misma. Asimismo, se enfatizó en la confidencialidad de los datos aportados y se les eximió de cualquier responsabilidad u obligación de terminar el estudio en caso de que ellos no lo desearan, aclarando igualmente que la participación no incidía de ninguna manera en las condiciones del tratamiento. Fueron incluidas 18 tríadas voluntarias (Padre, Madre y paciente) que tuvieron las siguientes características:

a) Para el hijo clase "A":

- Diagnóstico de psicosis esquizofrénica por parte del médico tratante.
- Edad de 18 años en adelante, dado que los pacientes con menor edad se encuentran en el Psiquiátrico infantil.
- Más de un internamiento con el mismo diagnóstico.
- Escolaridad mínima de primaria

b) Para los padres clase "A".

- Que ambos padres estuvieran vivos al momento de realizar el estudio.
- Edad máxima de 55 años, dado que es difícil que los padres que sobrepasan esta edad asistan al hospital.
- Escolaridad mínima de primaria o que supiera leer y escribir
- Que al menos uno de ellos viviera con el paciente.

En el caso de las familias clase "B" se pidió a dieciocho tríadas familiares incluidas de manera voluntaria entre estudiantes universitarios de diversas carreras su consentimiento para participar en la investigación, los requisitos para participar fueron los siguientes.

a) Para el hijo clase "B":

- Edad de 18 años en adelante, dado que es el rango escogido para los hijos de la clase "A".
- Que no contara con historial de alguna enfermedad psiquiátrica
- Escolaridad mínima de primaria

b) Para los padres clase "B":

- Que ambos padres estuvieran vivos al momento de realizar el estudio
- Edad máxima de 55 años, dado que es el rango escogido para los padres de la clase "A"
- Escolaridad mínima de primaria o que supiera leer y escribir
- Que al menos uno de ellos viva con el paciente.
- Que entre los miembros de su familia no se encontrara alguno con historial de enfermedad psiquiátrica

3.9 INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

Para realizar el presente estudio se aplicaron los siguientes instrumentos.

Para familias con paciente esquizofrénico

a) Cuestionario de datos sociodemográficos.

Se aplicó para el paciente y los progenitores, un cuestionario sociodemográfico con el objeto de obtener las características de la población a evaluar. Este cuestionario arrojó datos diferentes para los pacientes y para los progenitores

En el caso de los pacientes el cuestionario contiene datos personales, familiares y evolución del padecimiento. En el caso de los progenitores se registraron datos personales, familiares, de salud, económicos y de vivienda. Con objeto de guardar la

confidencialidad de estos datos se asignó un número de folio a cada uno de los instrumentos aplicados a cada persona para posteriormente formar las triadas.

Los datos obtenidos de este cuestionario se vaciaron en una tabla que sirvió para describir las características de las personas que conformaron la muestra.

b) Se aplicó tanto a los padres como a los hijos la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II (Olson 1986)¹

Para familias sin paciente con diagnóstico psiquiátrico

a) En el caso de las familias sin paciente esquizofrénico se llevó a cabo el mismo procedimiento, pero con la diferencia de que el cuestionario sociodemográfico fue un único instrumento para la triada clase "B" ya que los datos eran los mismos para todos los miembros, puesto que los mismos habitaban en el mismo domicilio, además de que no existía historia clínica de padecimiento psiquiátrico en alguno de ellos. De tal manera, no se requirieron datos extras a los ya contenidos en el cuestionario sociodemográfico para padres

b) Cuestionario FACES II.

Se aplicó al hijo y los padres la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II (Olson, op cit)

¹Para revisar información respecto a la estandarización y calificación del instrumento FACES II ver anexos 1.2.5

3.10 PROCEDIMIENTO

Se solicitó a las autoridades del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" el acceso a los expedientes de los pacientes. Dado que buscamos un padecimiento en especial (esquizofrenia) tratamos de tener acceso a los expedientes de diferentes pisos del hospital, en este caso se nos permitió hacer las aplicaciones en el piso segundo, tercero y séptimo, para encontrar el mayor número de pacientes con ese diagnóstico.

De los expedientes se registró la fecha del inicio del padecimiento, sexo y edad del paciente, antecedentes familiares, si vive con los padres, si estos viven todavía y quién es el responsable del paciente, así como los principales datos sociodemográficos para después corroborar con la información que nos proporcionaron los padres del paciente y el paciente mismo.

Estos datos nos permitieron obtener las frecuencias sobre las características de la población. El objeto de este cuestionario no sólo fue la inclusión sino también la validación y corroboración de los datos obtenidos del expediente psiquiátrico de la institución.

Se identificaron los pacientes que cumplieran con los requisitos para participar en el presente estudio, también se corroboró que los padres vivieran y pudieran presentarse en el hospital para poder aplicar los instrumentos a la muestra total que fue conformada por dieciocho tríadas (padre, madre e hijo).

Una vez identificada la muestra, se procedió establecer contacto con los pacientes y con los padres de cada uno de ellos y se les invitó a participar en el estudio. En ambos casos se les dijo lo siguiente: "Somos pasantes de la licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, estamos realizando nuestra tesis profesional en este hospital. Nos interesa conocer las relaciones que se dan dentro de la familia en especial las que tienen un familiar internado en esta institución. Nos gustaría contar con su participación, dado que ello nos brindaría gran información con respecto al tema de nuestra tesis y nos permitiría proponer alternativas que ayuden al tratamiento del paciente internado e incluso a la familia misma. Esta investigación requiere de la aplicación de un cuestionario que ocupará diez minutos de su tiempo."

Para los familiares se procedió a investigar los días en que se lleva a cabo el programa de "Orientación a familiares" para poder contactarlos y pedirles a los que aceptaron participar en el estudio, que a la siguiente sesión se presentaran ambos progenitores antes de que iniciara el programa antes mencionado. Se trató de reunir el mayor número de personas en cada sesión para integrar la muestra en el menor tiempo posible, dada la situación de que no existe un tiempo determinado de internamiento, por lo que unos pacientes salen antes que otros, según el grado de evolución o recuperación que van mostrando. La afluencia de familiares fue limitada en las primeras sesiones, por lo que se implementó un programa de información a familiares dentro del programa de "Orientación a familiares" en el cual, se explicó las causas de la esquizofrenia y su relación con la familia, además de la información proporcionada, se les pidió a los familiares colaborar con la investigación. Esta estrategia fue muy útil ya que nos permitió tener mayor afluencia y cooperación de los familiares.

En el caso de las familias clase "B", sin miembro esquizofrénico, se procedió a aplicar los instrumentos a una muestra de dieciocho triadas, (padre, madre e hijo) que cumpliera con los requisitos antes mencionados, se les invitó a participar, se explicó el objetivo del estudio y se procedió a la aplicación, de los instrumentos, en la mayor parte de los casos se llevó a cabo una aplicación para los tres miembros de la tríada, se les hizo de su conocimiento la confidencialidad de los datos así como la libre decisión de participar o no en el estudio.

4. RESULTADOS

Dado que las hipótesis carecen de direccionalidad, es decir, la investigación no deduce sino explora si existen diferencias entre las familias clase "A" y clase "B" se realizaron las pruebas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis esperando para las mismas una significancia de 0.05.

4.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Las características sociodemográficas para las muestras tanto de la clase de familia "A" (con paciente esquizofrénico) como la clase de familia "B" (sin paciente esquizofrénico) se encuentran asentados en la siguiente tabla:

TABLA 1

CLASE DE FAMILIA	FAMILIA CLASE "A"		FAMILIA CLASE "B"	
	PADRES	HIJOS	PADRES	HIJOS
ESCOLARIDAD	10% Primaria trunca, 50% Primaria, 30% Secundaria, 7 % Bachillerato y 3% Licenciatura	50% Primaria, 30% Secundaria, 27% Bachillerato y 3% Licenciatura trunca	50% cuenta con Licenciatura, 30% Bachillerato, 15% cuenta con la Secundaria y 5% Primaria	80% tiene nivel Licenciatura y el 20% cuenta con bachillerato
ESTADO CIVIL	60% Casados, 35 % Separados 5% Unión libre	30% Casados, 20% Separados y 40% Solteros. Todos los miembros de la muestra refinaron vivir con alguno de sus padres.	El 95% de los sujetos de la muestra, son Casados, 3% viven en Unión libre y 2% son separados o Divorciados.	El 90% son solteros y sólo el 10% son casadas
OCUPACION	75% de las madres se dedica al hogar y 5% al comercio el 20 % restante entra en diferentes actividades laborales como empleadas, obreras, trabajo doméstico etc 50% de los padres son empleados, 35% son obreros y campesinos, 5% jubilados y 10% desempleados	El 10 % realiza labores económicas no formales como trabajo domestico y comercio ambulante, el 90% restante depende directamente de sus familiares	60% de las madres se dedica al hogar, 20% son empleadas, 20 % son comerciantes. En los padres el 30 % son profesionistas, 60% son empleados 5% son obreros y campesinos, 3% jubilados y 2% desempleados	El 40% son profesionistas y el 30% están cursando bachillerato o alguna licenciatura. El 30% restante son empleados o se dedican al comercio
NIVEL SOCIOECONÓMICO	El sueldo percibido por los padres oscila entre uno y dos sueldos mínimos, el tipo de vivienda en un 70% es urbana y el 30% rural En un 80% la población cuenta con todos los servicios En general la muestra proviene de un estrato socioeconómico y cultural medio bajo	El nivel socioeconómico para los hijos es el mismo	El sueldo percibido oscila entre dos y cuatro sueldos mínimos, el tipo de vivienda es urbana y cuenta con todos los servicios, el estrato socioeconómico se encuentra en un nivel medio	El nivel socioeconómico para los hijos es el mismo.

4.2 ANALISIS ESTADISTICO

Una vez aplicado el instrumento FACES II tanto a las triadas clase "A", como a las triadas clase "B", se llevó a cabo el análisis estadístico correspondiente a los datos obtenidos, para este objetivo se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistics Program for Social Sciences for Windows; versión 5.0)

Se realizó una comparación de las medidas de cohesión, adaptabilidad y tipo de familia de ambas poblaciones para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las mismas. Este procedimiento se llevó a cabo a través de la prueba U de Mann-Whitney, la cual se utiliza cuando se asume que no existe normalidad en la manera en la que se distribuyen las muestras, como es el caso de la muestra de este estudio.

Posteriormente, se obtuvieron las medias aritméticas para situar los valores de cohesión, tipo de familia y adaptabilidad para cada una de las condiciones (padre, madre e hijo) en ambos tipos de familia y para establecer los tipos de familia según el FACES II en cada condición.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las mismas variables únicamente en las familias con miembro esquizofrénico. Esto con el fin de establecer pautas de conducta y comunicación específicas de esta población a través de sus medidas de cohesión y adaptabilidad, de igual manera, se obtuvieron medidas de tendencia central y de variabilidad en el mismo grupo y posteriormente se practicó un análisis de tipo inferencial para comparar estos tres grupos de manera independiente. El modelo que se utilizó fue un análisis de varianza no paramétrico denominado Kruskal- Wallis, en la que se establece una contrastación a partir de rangos establecidos en una muestra.

Los valores obtenidos en el análisis realizado con la prueba U de Mann-Whitney se muestran en la siguiente tabla.

TABLA 2. Prueba U de Mann Whitney

VARIABLES	FAMILIA CLASE A	FAMILIA CLASE B	VALOR Z	SIGNIFICANCIA
COHESION	$\bar{X} = 19.12$	$\bar{X} = 32.17$	-3.01	.0026
ADAPTABILIDAD	$\bar{X} = 20.64$	$\bar{X} = 31.17$	-2.43	.015
TIPO DE FAMILIA	$\bar{X} = 30.64$	$\bar{X} = 24.61$	-1.40	.16

En la presente tabla se muestra la comparación establecida con respecto a la cohesión, adaptabilidad y tipo de familia obtenida tanto para la clase "A" como para la clase "B"

En cuanto a la cohesión se observan diferencias significativas, dado que el puntaje obtenido de la comparación es de -3.01 y la significancia de $.0026$ como se puede observar en la tabla, por lo que las ligas emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros son percibidas de diferente forma para cada una de las familias.

En cuanto a la adaptabilidad se registra que la comparación efectuada en ambas clases de familia da como resultado un valor Z de -2.43 y una significancia de $.015$, con lo que se establecen diferencias significativas en cuanto a la habilidad de los sistemas familiares y maritales para cambiar su estructura, poder, roles y reglas de relación entre ambas clases

Con respecto al tipo de familia que registraron los miembros, de ambas clases de triadas se encontró un valor de -1.40 y una significancia de $.16$, por lo que también se encuentran diferencias significativas en cuanto a la misma.

En cuanto a las medias aritméticas de los valores de cohesión, adaptabilidad y tipo de familia se obtuvieron los siguientes datos.

4.3 MEDIAS ARITMETICAS

TABLA 3. Medias aritméticas.

CONDICION	TRIADAS FAMILIARES	TIPO DE FAMILIA	COHESION	ADAPTABILIDAD
HIJOS	FAMILIA CLASE A	9.14 RIGIDAMENTE DESVINCULADA	52.0 SEPARADA	48.0 FLEXIBLE
	FAMILIA CLASE B	5.18 FLEXIBLEMENTE DESVINCULADA	58.45 CONECTADA	51.0 FLEXIBLE
MADRES	FAMILIA CLASE A	9.66 RIGIDAMENTE DESVINCULADA	44.11 DESVINCULADA	39.11 RIGIDA
	FAMILIA CLASE B	8.90 ESTRUCTURALMENTE AMALGAMADA	60.18 SEPARADA	52.18 FLEXIBLE
PADRES	FAMILIA CLASE A	8.5 ESTRUCTURALMENTE AMALGAMADA	51.5 DESVINCULADA	43.5 RIGIDA
	FAMILIA CLASE B	7.9 ESTRUCTURALMENTE DESVINCULADA	62.3 SEPARADA	51.8 FLEXIBLE
PADRES- MADRES	FAMILIA CLASE A	9.30 RIGIDAMENTE DESVINCULADA	46.38 DESVINCULADA	40.46 RIGIDA
	FAMILIA CLASE B	8.42 ESTRUCTURALMENTE AMALGAMADA	61.19 SEPARADA	52.0 FLEXIBLE

En la tabla 3 se describen las medias aritméticas obtenidas de la comparación de los hijos, las madres y los padres de la familia clase "A" y la clase "B". Para los tres grupos se observa el tipo de familia, la cohesión y la adaptabilidad, misma en la que se pueden apreciar las coincidencias y divergencias respecto a las percepciones de cada grupo, mismas que se detallan a continuación.

En la tabla se observa que los hijos con diagnóstico de esquizofrenia perciben a su tipo de familia como "Rígidamente-desvinculada". En cuanto a la cohesión familiar, la califican como "separada" y respecto a la adaptabilidad manifiestan que se encuentra en un nivel flexible. Por su parte, los hijos de familia sin diagnóstico, perciben al núcleo familiar como "Flexiblemente- desvinculado", tienen una cohesión que los muestra como familias "conectadas", así mismo, con respecto a la adaptabilidad, se encontró un nivel "flexible".

Se observa que en el grupo de madres de familia clase "A" se encontró un tipo de familia "estructuralmente amalgamado", con respecto a la cohesión en el mismo grupo, se observó un puntaje que los sitúa en el nivel "desvinculado", su adaptabilidad se encuentra en el nivel "rígido".

En el grupo de madres de familia sin diagnóstico se encontró que el tipo de familia corresponde al "rígidamente desvinculado", su cohesión esta situada en el nivel "separada", y su adaptabilidad corresponde a un nivel "flexible".

Con respecto a los padres, se encontró que aquellos en los cuales no hay un miembro esquizofrénico, describieron un tipo de familia "Estructuralmente desvinculado", su cohesión la situaron en un nivel "separado" y su adaptabilidad como "flexible". Los padres de familia con diagnóstico encontraron que su tipo de familia corresponde a la "estructuralmente-amalgamada", su cohesión se encuentra en un nivel "desvinculado", y su adaptabilidad, se sitúa en un nivel "rígido"

Se observó que la percepción que tiene el padre y la madre como pareja respecto a su tipo de familia, es "rígidamente desvinculada" para la familia clase "A y en cuanto a la familia clase "B" se encuentra que la perciben como "estructuralmente amalgamada"

Con respecto a la cohesión las familias con diagnóstico se definen como "desvinculadas" y las familias sin diagnóstico como "separadas". En cuanto a la adaptabilidad las familias con diagnóstico se definen como "rígidas" y las familias sin diagnóstico como "flexibles".

En cuanto al análisis descriptivo realizado al interior de las familias con miembro esquizofrénico, se encontraron los siguientes datos:

TABLA 4. Análisis al interior de la familia clase "A"

TIPO DE FAMILIA	PROMEDIO	DESVIACION ESTÁNDAR
HIJO	6.9	5.05
MADRE	8.8	2.9
PADRE	6.9	4.14
COHESION		
HIJO	49.6 SEPARADA	10.22
MADRE	46.6 DESVINCULADA	14.42
PADRE	44.5 DESVINCULADA	20.67
ADAPTABILIDAD		
HIJO	46.2 FLEXIBLE	9.21
MADRE	40.8 RIGIDA	13.67
PADRE	39.4 RIGIDA	19.20

En esta tabla se observa que con respecto al tipo de familia, las madres de la triada esquizofrénica, perciben a su familia como "rígidamente desvinculada" además de que también se advierte una mayor homogeneidad con respecto a su percepción. Se encontró también que tanto los padres como los hijos perciben a su familia como "estructuralmente desvinculada".

El grupo de los hijos percibe la cohesión familiar en su núcleo, como "separada" y el grupo de las madres como "desvinculada" al igual que los padres. En cuanto a adaptabilidad se observa que el grupo de los hijos encuentra a su familia como "flexible" y tanto el padre como la madre como "rígida", aun cuando se observa una mayor dispersión en la percepción paterna.

Con respecto al análisis inferencial llevado a cabo entre los miembros de la familia esquizofrénica se encontraron los siguientes datos:

TABLA 5. Análisis inferencial en la triada clase "A"

VARIABLES	VALOR DE JI CUADRADA	G.L.	SIGNIFICANCIA
TIPO DE FAMILIA.	1.39	2	45
COHESION	.32	2	85
ADAPTABILIDAD	2.65	2	.26

Con respecto a la percepción de los miembros de familia no se encontraron diferencias significativas en cuanto al tipo de familia. En cuanto a la cohesión, los integrantes de la familia esquizofrénica no perciben diferencias significativas, característica que se observa igualmente para la adaptabilidad.

Los valores obtenidos a partir del análisis no paramétrico empleado, muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de tipo de familia, cohesión y adaptabilidad entre los miembros de la familia con paciente esquizofrénico.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Esta discusión se apoyó en los resultados estadísticos obtenidos, para esto se utilizaron varios métodos a través de los cuales se llegó al análisis que se describe más adelante. Primeramente se aplicó una comparación con la prueba de U de Mann Whitney, para establecer si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables de cohesión y adaptabilidad en ambas clases de familia. Posteriormente se realizó un análisis de las medias aritméticas entre ambas clases para determinar el tipo de familia que reportó cada clase, así como los puntajes de cohesión y adaptabilidad, esto para poder establecer los diferentes niveles de estas variables en ellas. Dados los resultados obtenidos en los análisis anteriores, se procedió a realizar un análisis de varianza no paramétrico denominado Kruskal Wallis al interior de la familia clase "A" que consiste en una contrastación a partir de los rangos establecidos en la muestra, el mismo se utilizó para comparar las características específicas de percepción de cada uno de los miembros y con ello lograr un acercamiento a las pautas de comunicación e interacción que prevalecen en las familias con paciente esquizofrénico

Los resultados obtenidos en los análisis anteriores nos dan la posibilidad de plantear características específicas para la familia del esquizofrénico en comparación con la familia en la que no existe este tipo de paciente y en la que la cohesión y adaptabilidad forman un tipo definido de familia, en el cual se establecen pautas de interacción que dan como resultado un ambiente propicio para el desarrollo de la esquizofrenia en uno de sus miembros.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a la comparación establecida a través de la prueba de U de Mann Whitney, en las variables de cohesión y adaptabilidad en ambas clases de familia, con esto se acepta la hipótesis planteada en la presente investigación, ya que con los datos obtenidos podemos establecer que si existen determinadas pautas para el caso de las familias clase "A". Para establecer las características anteriormente mencionadas se obtuvieron las medias aritméticas de ambos tipos de familia, mismas que se describen a continuación.

Familia clase "A"

La cohesión de la familia "A" se percibe como separada, en el caso de los hijos, sin embargo, en el caso de la pareja, tanto el padre como la madre catalogan a la familia como desvinculada. La familia desvinculada se caracteriza por una independencia muy grande entre los miembros de la familia, los lazos internos son cerrados y la brecha entre las generaciones rígida. Existe una ausencia de alianzas o coaliciones y en el caso de presentarse alguna, más bien se utiliza como una forma de escapatoria. El tiempo y el espacio entre los miembros es extenso, por lo que es difícil establecer contacto entre ellos. La toma de decisiones es individual y la participación en las actividades familiares puede llegar a ser nula.

La familia constituye un grupo dinámico de individuos que permite la difusión de patrones culturales, normas de supervivencia, pautas de aprendizaje y adherencia al grupo social al que pertenecen los padres. Esto favorece la construcción de un vínculo entre los miembros, lo cual permite compartir sentimientos, frustraciones y deseos. En el caso de estas familias la dinámica y comunicación que prevalece en las mismas, ha impedido que estas pautas de interacción se expresen de manera funcional, lo cual dificulta que como grupo puedan enfrentar los problemas y vicisitudes de la vida familiar, con esto se crea un gran vacío y distanciamiento entre los miembros de la familia que anula la experiencia de pertenecer a un grupo y sentirse apoyado por él.

Cuando las figuras parentales comparten una percepción de la familia de esta manera, es difícil que exista un crecimiento armónico del hijo en todas las áreas de su vida, por lo que este tiene que crearse una realidad alterna y negar así su propia percepción de la realidad, con esto, es posible que entonces el hijo perciba a su familia como solamente separada, aunque evite afrontar y percibir la inminente separación de la misma.

En el caso de la adaptabilidad se encontró que los pacientes esquizofrénicos perciben a su familia como flexible, la madre de este tipo de familia la cataloga como rígida y los padres rígida igualmente.

El hijo esquizofrénico percibe la adaptabilidad en su familia de una forma en la cual intenta justificar de alguna manera las difíciles condiciones que se presentan en su núcleo familiar ante una perspectiva de adaptabilidad rígida por parte de los padres, con esto, el paciente intenta ver a su familia como igualitaria en donde hay apertura a diferentes formas de pensar y opinar, siente que existen posibilidades de negociación y hay una solución a sus problemas. Las reglas establecidas pueden ser cambiadas en alguna manera. Es posible que esta percepción corresponda a una situación totalmente ideal, ya que así el paciente puede hacer más tolerable su estancia dentro de la familia aun a costa de sacrificar su percepción de la realidad.

La adaptabilidad representa un punto de apoyo muy fuerte con respecto a las reglas que se juegan en la familia, en este caso, en la familia con paciente esquizofrénico se observa que los padres mantienen una adaptabilidad familiar que permite muy pocas posibilidades de afrontar los cambios que pueden llegar a presentarse, en ella existe un líder autoritario al que su opinión no se cuestiona, papel que en este caso lo juega, por lo regular la madre. No existen reglas de negociación y por tanto, la solución de problemas es muy limitada, estas condiciones provocan en el hijo una situación de la cual difícilmente puede escapar y lo obliga a establecer una relación demasiado estrecha y dependiente con las figuras parentales, de las cuales deriva y comparte la percepción de la realidad, negando así su propia visión del mundo e inutilizando sus herramientas y habilidades para tomar decisiones y solucionar problemas.

En cuanto al tipo de familia se encontró que los hijos perciben a su núcleo familiar como rígidamente desvinculado, al igual que lo hace su madre, en cambio el padre encuentra que su familia es estructuralmente amalgamada.

La coincidencia en cuanto a la percepción de la madre y el paciente en familias clase "A" con respecto a su tipo de familia, se puede atribuir a la estrecha relación e influencia observada entre estos dos miembros de la triada y que se fundamenta en la posición que menciona Jackson (1980), en la que el padre por lo regular representa una figura ausente y poco significativa en la familia y la madre una posición dominante, sumamente influyente

y amalgamada con el hijo aún cuando para ella siempre exista una distancia emocional considerable, sobre todo cuando éste hace esfuerzos evidentes por establecer su independencia y distancia con respecto al núcleo familiar

Esta relación se fundamenta en el establecimiento de una situación tipo doble vínculo entre la madre y el hijo, la cual requiere la negación de la percepción real del individuo, a quien se le obliga a adquirir y aceptar como propia la falsa percepción materna, proceso por el cual, el individuo niega su realidad para mantener el vínculo con uno de los progenitores, que es por lo regular la madre. Si dicho proceso se presenta en repetidas ocasiones anula la capacidad del individuo para configurar su propia percepción de la realidad.

Familia clase "B"

Por su parte los hijos de la familia clase "B" perciben a su núcleo familiar como flexiblemente desvinculado, la madre la encontró estructuralmente amalgamado y el padre como estructuralmente desvinculado.

En la familia clase "B" el hijo define la cohesión como conectada, la madre la observa separada igual que el padre, las características de dicha percepción se describen a continuación. El hijo considera que en su familia se comparten las decisiones y que las mismas se realizan pretendiendo el bienestar y estabilidad de la familia, igual que en las actividades, las cuales se llevan a cabo de manera conjunta como son labores del hogar o escolares. Aun cuando existe una moderada dependencia entre los miembros, se permiten pasar tiempo por separado y sin que esto genere conflictos significativos, dado que el tiempo que comparten se concibe como importante, por lo que se supone debe ser aprovechado lo más posible.

No obstante, se percibe que el espacio familiar es ampliado al máximo y no así el espacio individual o privado, por lo que las actividades con amigos o con parejas son menores que las actividades familiares, estando incluso la familia involucrada en las actividades recreativas e intereses personales

En el caso de los hijos se encuentra que la muestra estuvo conformada por adultos jóvenes o adolescentes que perciben a sus padres como personas exigentes e incluso por momentos invasivos con respecto a su interacción con el mundo exterior y las relaciones que establecen con personas que se encuentran fuera de la interacción familiar. Sin embargo, esto no es causa de conflictos irresolubles e intentan conciliar las exigencias familiares con sus necesidades sociales y afectivas exteriores.

Dadas las características anteriormente mencionadas, encontramos familias que establecen relaciones interpersonales, pautas de comunicación y una dinámica familiar que les permite integrarse eficientemente al entorno que les rodea y obtener satisfactores sociales, familiares, afectivos y económicos.

En cuanto a la adaptabilidad, todos los miembros coinciden en describirla como una familia flexible, es decir, con una adaptabilidad moderada que permite igualdad y cambios fluidos y constantes, dado que en la misma se da lugar a la negociación y por lo tanto a la solución de problemas. Aun cuando las reglas son implícitas existen cambios, los cuales se promueven de manera abierta y asertiva, por lo que la disciplina puede modificarse y adaptarse a las necesidades o transiciones en la familia dando lugar a ajustes, convenios y por lo tanto al crecimiento de la misma.

Con respecto al análisis que se llevó a cabo al interior de la familia esquizofrénica y en la cual se pueden encontrar datos en la tabla número cuatro, se encontró que los rubros de cohesión y adaptabilidad corresponden de manera fehaciente a lo obtenido en el análisis que se llevó a cabo al comparar las familias clase "A" y las familias clase "B", por tanto las características anteriormente mencionadas para la clase "B" se aplican a este análisis.

La diferencia que se encontró entre los miembros de la familia clase "A" fue con respecto al tipo de familia en la que los hijos encontraron a su núcleo como estructuralmente desvinculado, opinión que comparten con el padre, por su lado la madre encuentra a la familia como rigidamente desvinculada. La opinión de la madre no difiere de la reportada en los análisis anteriores y la variación que se encuentra con respecto a la percepción

entre padres e hijos es debida más que a un cambio en la percepción, a una gran dispersión estadística en las opiniones de estos dos grupos.

En cuanto al análisis inferencial se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las percepciones que tienen los hijos, los padres y las madres de la familia clase "A" o triada esquizofrénica, con esto podemos mencionar que se cumple la hipótesis de trabajo dado que al no encontrarse diferencias significativas podemos comprobar que los miembros de la triada perciben la cohesión y adaptabilidad de manera similar, esto implica que existen pautas de comunicación e interrelación que establecen como resultado una dinámica, mismas que dan como resultado un medio propicio para la aparición de la esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Con base en la discusión precedente, podemos pensar que los esquizofrénicos a diferencia de un sujeto normal, no cuentan con la posibilidad para desarrollar estrategias que les permitan sobreponerse a la amenaza de abandono y de desintegración que la familia ejerce sobre él y que le impide completar un proceso de individuación donde pueda conformar su propia realidad y tomar las decisiones concernientes a la misma.

El que el individuo de una familia normal establezca lazos afectivos más fuertes implica el adecuado manejo y negociación de tiempo y espacio con respecto a su familia, así como la capacidad para decidir y la libertad para tener amigos, lo cual requiere un proceso de individuación y la capacidad adaptación y afrontamiento de la cual carece el esquizofrénico.

Según los datos encontrados en esta investigación podemos decir que las características que definen a la familia esquizofrénica o clase "B", corresponden a la familia "Rígidamente desvinculada" que es percibida por los miembros como muy independiente, en la que se establecen lazos más estrechos con gente fuera de su familia que con los miembros de la misma. Por lo regular sienten que el tiempo y espacio de cada uno de sus miembros con

entre padres e hijos es debida más que a un cambio en la percepción, a una gran dispersión estadística en las opiniones de estos dos grupos

En cuanto al análisis inferencial se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las percepciones que tienen los hijos, los padres y las madres de la familia clase "A" o triada esquizofrénica, con esto podemos mencionar que se cumple la hipótesis de trabajo dado que al no encontrarse diferencias significativas podemos comprobar que los miembros de la triada perciben la cohesión y adaptabilidad de manera similar, esto implica que existen pautas de comunicación e interrelación que establecen como resultado una dinámica, mismas que dan como resultado un medio propicio para la aparición de la esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Con base en la discusión precedente, podemos pensar que los esquizofrénicos a diferencia de un sujeto normal, no cuentan con la posibilidad para desarrollar estrategias que les permitan sobreponerse a la amenaza de abandono y de desintegración que la familia ejerce sobre él y que le impide completar un proceso de individuación donde pueda conformar su propia realidad y tomar las decisiones concernientes a la misma.

El que el individuo de una familia normal establezca lazos afectivos más fuertes implica el adecuado manejo y negociación de tiempo y espacio con respecto a su familia, así como la capacidad para decidir y la libertad para tener amigos, lo cual requiere un proceso de individuación y la capacidad adaptación y afrontamiento de la cual carece el esquizofrénico.

Según los datos encontrados en esta investigación podemos decir que las características que definen a la familia esquizofrénica o clase "B", corresponden a la familia "Rígidamente desvinculada" que es percibida por los miembros como muy independiente, en la que se establecen lazos más estrechos con gente fuera de su familia que con los miembros de la misma. Por lo regular sienten que el tiempo y espacio de cada uno de sus miembros con

respecto a los demás es ampliado al máximo tanto emocional como físicamente. Se toman decisiones individuales y se excluye a los demás de las actividades personales de cada uno. Se les dificulta en gran medida adaptarse a los cambios tanto en sus relaciones intrafamiliares como en lo referente a reglas y estructuras de poder. Pueden reaccionar de manera opuesta ante los problemas ya sea en forma totalmente pasiva o en su defecto con una gran carga de agresividad.

En estas familias existe un líder autoritario, que en este caso por lo regular es la madre. La crítica es demasiado fuerte y estricta tanto de su parte como la que hace cada uno de sus miembros a sí mismo. No existen muchas posibilidades de negociación, por tanto, la resolución de problemas en estas familias es muy limitada.

Los roles están fuertemente establecidos y no hay margen de cambio en ellos. Las reglas son muy explícitas y rígidas, por lo que una transgresión es duramente criticada y castigada.

La sensación de lejanía en el seno familiar percibida por la madre, parece estar influida por su necesidad de ejercer un control total sobre los miembros de la misma, aun cuando las relaciones entre ellos no sean tan lejanas y frías como ella las percibe y en las que el hijo esquizofrénico recibe la mayor parte de la agresión y continuas demandas de pertenencia a la familia, so pena de recibir el castigo de anular su percepción de la realidad, con lo que se establece una relación tipo doble vínculo Bateson (op. cit).

Este tipo de familia intenta mostrar hacia el exterior una imagen de agradable convivencia y lazos estrechos, que esta principalmente propuesta por la madre, sin embargo, la realidad es diferente y hace pensar en términos de la "seudomutualidad" planteada por Wynne (op. cit.) en la que se establece que en algunas familias se presenta la apariencia de concordia y mutualidad que sólo encubre una intensa hostilidad, inflexibilidad y destructividad mutua

La existencia de la seudomutualidad en una familia refuerza la creencia de que todos están bien unidos y así, los hijos de dichos grupos se encuentran atrapados en el dilema de no poder nunca diferenciar ni separarse, porque todo intento causa expectativas de derrumbe. Wynne especuló 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. Entre éstos se encuentran la incapacidad de juzgar la realidad, de expresar una opinión diversa, cualquier intento de individuación, o de expresar temores y disgustos. (Wynne, op. cit.)

Es posible que la forma de percibir a la familia, por parte tanto del padre como del hijo se fundamente en un intento de hacer más tolerable la situación de confusión y dominación por parte de la madre y de poca libertad para tomar decisiones que viven en su seno familiar.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

El instrumento utilizado en esta investigación (FACES II), fue validado en México por Braverman en 1986. Las investigaciones realizadas hasta el momento en poblaciones mexicanas se han abocado principalmente a medir otros aspectos de la interacción familiar como son roles, espacios, solución de problemas y negociación, en muestras diferentes a la psiquiátrica, como estudiantes universitarios, familias normales, menores maltratados etc.

La aplicación del FACES II en poblaciones psiquiátricas mexicanas se remonta a los trabajos de Padilla y cols. (1994). Así como los de Riestra y cols. (1992) y Vega (1992). Todos ellos en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". En los cuales compararon familias de enfermos psiquiátricos contra familias normales y el impacto de un programa de información antes y después de aplicado, en la cohesión y adaptabilidad de familias con pacientes psiquiátricos. Estos estudios abordaron a una población psiquiátrica en general, sin establecer un diagnóstico como objeto particular de estudio.

No se obtuvieron registros de investigaciones mexicanas que se orientaran a estudiar un padecimiento psiquiátrico en particular a través de las variables de cohesión y adaptabilidad que plantea el instrumento FACES II y su relación con la dinámica familiar.

Dada esta situación, se dificultó el encontrar datos que orientaran de alguna manera la presente investigación, puesto que aunque existen antecedentes como los estudios de Padilla y Vega en 1994 sobre el tipo de familia, no se encontró en México un estudio con las características del presente trabajo como fue el conjuntar triadas de una misma familia y realizar comparaciones de triadas con miembro esquizofrénico y sin él. Especialmente si se realiza desde el enfoque de la perspectiva sistémica que se plantea y el tipo de enfermedad que fue nuestro objeto de estudio, en este caso la esquizofrenia y en cuya etiología intervienen factores no sólo individuales sino también familiares.

El presente estudio, aportó la integración de datos correspondientes a la dinámica e interacción de familias en las cuales todos los miembros pertenecían a un solo núcleo, lo que implica el poder tener acceso a datos más precisos respecto a la estructura e interacciones que conforman a las familias esquizofrénicas, además de que nos permitió constatar y conjuntar factores que probabilizan la existencia de un determinado tipo de familia en la que la esquizofrenia se encuentra íntimamente relacionada con características particulares como es en este caso la rigidez del sistema. De tal manera y a partir del conocimiento de estas familias, se podrían implementar estrategias de tratamiento que involucren a la mayor parte del núcleo familiar en un mayor grado de reintegración del paciente así como del núcleo familiar mismo, lo cual se puede lograr a través del manejo terapéutico que incluya a la familia con un enfoque sistémico.

RECOMENDACIONES

Dado que la carencia en la información dificultó en gran medida la definición de un plan concreto de trabajo, así como las estrategias a seguir en la investigación para obtener información precisa y adecuada que nos diera las pautas para establecer las características específicas de cohesión y adaptabilidad de la familia con miembros esquizofrénicos, se considera importante hacer una mayor investigación en el área de las

relaciones familiares y sobre todo afinar y elaborar instrumentos diseñados específicamente para poblaciones mexicanas, o en su defecto, llevar a cabo un mayor número de investigaciones con este instrumento para determinar cuales son sus alcances reales y sus características de aplicación y medición en poblaciones mexicanas, ya que estos permitirían captar con mayor precisión y fidelidad la dinámica y rasgos significativos de las relaciones que se establecen dentro del contexto familiar de un paciente con esquizofrenia.

El manejo de la muestra de las triadas clase "A" fue difícil, ya que aunque los investigadores contaban con cierta experiencia en el manejo del paciente psiquiátrico, en particular el esquizofrénico, el establecer contacto con la familia del paciente implicó muchas resistencias y desconfianza por parte de la misma, ya que es una enfermedad en la cual juegan un papel muy importante las relaciones familiares, la estigmatización del paciente e incluso la ignorancia de la gente, al considerarla como un "castigo divino" y al paciente como el culpable de todas las desgracias familiares, es por esto que fue necesario implementar algunas pláticas de información general sobre la enfermedad, para sensibilizar y obtener la participación de la familia en la investigación.

A través de la aplicación del instrumento FACES II y la sensibilización de los padres y el paciente, utilizando la presentación teórica del tema de esquizofrenia bajo una perspectiva sistémica durante las sesiones de orientación a familiares, se pudo observar una mayor comprensión respecto a la dinámica familiar, el papel de cada uno de sus miembros y su participación en ella, lo que genera en la familia un mayor grado de conciencia y corresponsabilidad respecto al padecimiento. De tal manera, se genera una demanda de apoyo significativa, en la cual se expresa principalmente la necesidad de recibir apoyo en forma familiar y enfocada al tratamiento de los problemas que atañen a este grupo.

Por tal razón, nos permitimos sugerir una modificación al programa de Orientación a familiares, el cual creemos puede servir primeramente como un medio de captación en donde se introduzca a los familiares el mismo programa pero como un procedimiento básico de información e inducción que dé posteriormente lugar a una evaluación hecha a

través del Instrumento FACES II. Este proceso permitiría la detección de necesidades específicas y tipos de familia, los cuales se integrarían para recibir orientación familiar que comprometa y motive a la familia a dar un seguimiento conjunto al padecimiento presentado en uno de los miembros.

Asimismo, se podrían implementar sesiones de terapia familiar que permitieran tener un cambio, así como una mejora significativa en las relaciones y dinámica familiar, misma que coadyuvara de manera importante a la estructuración de pautas familiares más funcionales que permitieran una mejor calidad de vida para el esquizofrénico y su familia, así como una mejor adaptación del paciente a su medio circundante.

La presente investigación es un trabajo sencillo y en el cual se observan las limitaciones propias de este tipo de trabajos, sin embargo propone opciones que esperamos aporten una línea más de aproximación a un padecimiento que determina la existencia y calidad de vida de un ser humano y las personas que le rodean, lo cual a través del trabajo clínico consideramos sumamente trascendental, especialmente ante la insuficiencia de recursos para realizar investigaciones de este tipo en México.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires. Paidós.
- Ackerman, N. (1958) *Familia y conflicto mental*. Buenos Aire: Paidós
- Ackerman, N. (1986). *Psicoterapia de la familia neurótica*. Buenos Aires. Paidós
- Alberdi, J. (1989). Influencia de las variables socio-familiares sobre el desarrollo y el curso de la Esquizofrenia *Psiquis*, 10 (324), 18-28.
- Alonso, F. (1978). *Compendio de Psiquiatría*. Buenos Aires: Oteo, Madrid; Horme.
- Andolfi, M. (1979) Family Therapy and International Approach. *Premium Press*.
- Andolfi, M (1989). *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*. (1a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Buenos Aires. Paidós.
- Andolfi, M. (1992). *Terapia familiar*. México: Paidós.
- Anderson, C; Douglas, R. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu
- Andreasen, N C (1989). The American Concept of Schizophrenia *Schizophr Bull*, 15 519- 531.
- Andreasen, N. C. Flaum, M. , Swayza, V. W. , et. al (1990) Positive and negative sympotms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 615-621

Andreasen, N.C.(1987) The diagnosis of Schizophrenia. **Schyzophr Bull**,13, 9-22.

Angulo, J. (1980). *Psicoterapia Familiar: El enfoque psicodinámico*, México: Primer simposium sobre dinámica y psicoterapia familiar.

Arce, R; Baca, E. (1989), Expectativas de la familia ante el ingreso psiquiátrico en un grupo de esquizofrénicos. **Psiquis**. 10, (306), 45-51.

Arieti. S. (1975). **La interpretación de la Esquizofrenia**. Barcelona: Labor.

Ballús, C. (1993) Intervenciones psico-sociales: La orientación terapéutica familiar en la Esquizofrenia. **Psiquis**., 14(10), 17-21.

Basaglia, F. (1972). **¿Psiquiatría o ideología de la locura?**. España: Ariel.

Basaglia, F. (1983). **Razón, locura y sociedad**. México: Siglo XXI.

Bozormeny, (1979). **Terapia familiar intensiva**. México: Trillas.

Bateson, G, Jackson D y cols (1956) **Hacia una teoría de la esquizofrenia**, Estados Unidos: Ciencias Conductuales.

Bateson, G. (1982). **Interacción familiar**. Buenos Aires: By Eba.

Bateson, G. (1962). **Nota sobre el doble vínculo**. En Jackson D. (Compilador), Comunicación, Familia y Matrimonio. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bellac, AS Mueser, KT (1993): Psychosocial Treatment for Schizophrenia. **Schyz Bull**, 19 (2), 317-336.

Bellak, L. (1962) **Esquizofrenia**. Barcelona. Herder

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

Berger, M. M. (1993). **Más allá del doble vínculo: Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con Esquizofrénicos**. Buenos Aires: Paidós

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

Beutner, R. y Hale, N. (1980). **Guía para la familia del Enfermo Mental**. Buenos Aires: Paidós.

Braverman, R. (1986). "Tipología familiar relacionada con aspectos psico-sociales-pedagógicos". Tesis de Maestría, México D.F.: Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Broustra, J. (1979). **La esquizofrenia**. Barcelona: Herder.

Cabrero, L. Cronicidad (1988): Esquizofrenia y familia. **Revista de Psiquiatría: Facultad de Medicina**. 15(6), 314-319.

Caparros, N (1981). **Crisis de la familia: Revolución del vivir** Madrid: Fundamentos.

Coleman, J. (1978). **Psicopatología**. Buenos Aires: Paidós.

Cooper, D (1976). **La muerte de la familia**. Barcelona. Ariel.

Cooper, D. (1981) **El lenguaje de la locura**. España: Ariel.

Cooper, D. (1985) **Psiquiatría y antipsiquiatría**. Barcelona. Paidós.

Crowcroft, A (1980) **La locura** México: Alianza

- Cohen, G. (1983). *La psicología en la salud pública*. (3a ed.). México: Extemporáneo
- Colodrón. (1992) *Las esquizofrenias*. España: Siglo XXI.
- Chagoya, L. (1975). *Dinámica Familiar y Patología*. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México.
- Davison, G. (1983). *Psicología de la Conducta Anormal*. México: Limusa.
- De la Fuente, M. (1992) *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ey Henry. (1987). *Tratado de Psiquiatría*. (8a ed.). México: Prensa Médica.
- Frazsier, S.H. (1975) *Introducción a la Psicopatología*. (3a ed.) Buenos Aires: El Ateneo Masson.
- Ferreira, A. (1963). *Mitos Familiares*. En Betenson, G. y Col. (1974), *Interacción Familiar*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo. Pag. 154-163.
- Fish, F. (1972). *Psicopatología Clínica: Signos y Síntomas en Psiquiatría*. México: Interamericana.
- Flores, J. (1980) *La Familia del Esquizofrénico: Sus delirios, afecto inadecuado y dificultad en diferenciar los estímulos internos de los externos desde el punto de vista de la teoría de la comunicación*. México. Tesis de Licenciatura, Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Focault, M. (1981) *Historia de la locura en la época clásica* Tomo II, segunda edición, trad Juan José Utrilla México. Fondo de Cultura Económica

Freud, S. (1924). **Las neuropsicosis de defensa**. Amorrortu Edit , Tomo III, Pag 59.

Freud, S. **Neurosis y Psicosis**. Obras Completas, Biblioteca Nueva 1972, Tomo III, Pag. 2743

Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock B.J. (1984). **Compendio de Psiquiatría**. Barcelona. Salvat.

Fromm Reichman, F. (1942) **Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos depresivos**. Buenos Aires: Editorial Paidós, Horme.

Fromm, E., Horkheimer, M., Parsons, T. (1978). **La familia**. Poutuca: Península.

Fish, F. (1972). **Psicopatología Clínica: Signos y Síntomas en Psiquiatría**. México: Interamericana

Gallego, L (1986) Funciones y mitos en el grupo familiar: Roles del psicótico. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina. XXXII**.

Garnica, R. (1995). Esquizofrenia: Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. México: **Psicofarma**.

Georges, A. (1985). **Fundamentos de la psicopatología**. Buenos Aires Gedisa.

Gómez Zepeda Ma Teresa. (1985) **La interacción de la familia con el paciente esquizofrénico en un hospital de día**. Tesis, México, D.F: Psicología, Universidad Intercontinental.

González García y González Torres MA (1997) Actualización de la hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia **Psiquis 18: (10) 440-448**

Ham Fernandez, R. (1964). Conceptos actuales sobre la esquizofrenia. Tesis de Licenciatura México, D.F.: Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.

Heuyer, G. (1978). **La Esquizofrenia**. Barcelona: Planeta.

Hernán. S.M. (1984). **Salud y Enfermedad**. (4a Ed.). México: Prensa Médica.

Hyde, A. (1981). **Como vivir con la Esquizofrenia**. Barcelona: Argos Vergara

Hoffman, L. (1992). **Fundamentos de la Terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas**. México: Fondo de Cultura Económica.

Humbert, M y L. Salvador (1987). **Formas de inicio de la Esquizofrenia**. Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, p. 93-103.

Ibarrola Díaz, Barriga Angela, Conto González, Gilda Margarita, De los Santos Vázquez Ma Elena. (1978) **La Familia como Agente Transmisor de la Ideología y Generadora de Patología** Tesis de Licenciatura, México D.F: Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Jackson, D (1980). **Etiología de la Esquizofrenia**. Buenos Aires: Amorrortu.

Jiménez, G; Garcés, E; Jara. P. **Tratamiento psicosocial en una familia destrucurada: La ecología en terapia familiar**. Madrid. Psiquis, 1995, 16(3): 119, 43

Kerlinger, F. (1985). **Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología**. México Nueva Editorial Interamericana.

Kisker, G (1984) **La personalidad desorganizada: Psicología anormal**. México: Trillas.

Kolb, L (1982) **Psiquiatría Clínica Moderna** México: Editorial Prensa

Koopmans Matthijs Schizophrenia and the family II: ***Parados and absurdity in human communication reconsidered*** International Congress of Psychology 1996.

Laing, R. (1990). ***Los Locos y los Cuerdos***. México: Grijalbo.

Laing, R. (1991). ***El yo dividido***. México: Fondo de Cultura Económica

Laing, D. y Esterson, A. (1967). ***Cordura, Locura y Familia***. Fondo de Cultura México: Económica.

Leff, J.P. (1989). Family Factors in Schizophrenia ***Psychiatry Annals***, 19 542-547.

Lidz T, Cornelison A, Carlson D, Fleck S, (1971) ***El medio Intrafamiliar del paciente Esquizofrénico: La transmisión de la irracionalidad***. En Sluzki Interacción Familiar. Argentina: Tiempo Contemporáneo, 81-110.

Martínez J.A., Cuesta M.J. Peralta V, Etiología de la esquizofrenia: interacción genes-ambiente, ***Anales del sistema sanitario de Navarra*** 20:2

Minkowski, E. (1980). ***La esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos***. Buenos Aires: Paidós.

Minuchin, S. (1988) ***El cambio Familiar: Desarrollo de los modelos***. Buenos Aires: Gemidas

Minuchin, S. (1991). ***Técnicas de la Terapia Familiar***. México: Paidós

Minuchin, S. (1983). ***Familias y Terapia Familiar*** Buenos Aires: Gedisa

Morales, B (1993) ***La importancia del aspecto familiar como clave del comportamiento Esquizofrénico***. México. Tesis de Licenciatura. UNAM.

Nathan, P. (1983). **Psicopatología y Sociedad**. México: Trillas.

Nava, H. (1986). **El Autoconcepto en Esquizofrénicos**. México D.F: Tesis de Licenciatura, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Olson, H.D (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: Cohesion and Adaptability, Dimensions, Family Types and Clinical applications. **Family Process**, 18: 3.

Olson, D. Russell, G. and Sprenkle, D. (1980). Circumplex Model of Marital and Family Systems II; Review of Empirical Studies, Hypothesis, validation of Model. **Family Process** 22: 128-145.

Padilla, M. (1991). **Programa de Orientación a familiares**. México: Secretaria de Salud.

Padilla, M. (1994). **Comparación en la cohesión y la adaptabilidad según el FACES II entre familias con y sin paciente psiquiátrico**. México D.F: Tesis de licenciatura, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Page, J. (1982). **Manual de Psicopatología**. Buenos Aires: Paidós.

Palazzoli, B , Boscolo L. (1988) **Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica**. España: Paidós.

Paniagua, C. (1991). Teorías Psicoanalíticas de la Esquizofrenia. **Psiquis**, 40/91, Vol.12, 2/1991.

Pascua.(1993) "La locura". **Artefacto. Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis**. No 4, septiembre, 1993.

Portuondo, J. (1985). **Psicopatología en Psicología Clínica** Madrid: Biblioteca Nueva

Parsons, B. (1957). ***El medio Intrafamiliar y los pacientes Esquizofrénicos. Cisma marital y sesgo marital.*** Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Pereira, I (1965). ***Esquizofrenia, Demencia Precoz.*** Argentina: Salerno

Puente, F. (1982). ***Terapias de Mantenimiento en pacientes Esquizofrénicos.*** México. Memorias sobre la I Reunión sobre Investigación y enseñanza.

Riestra, M. y Padilla, M. (1989). ***Evaluación y Diagnóstico del grupo Familiar*** México Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Riestra, M; Padilla, M y Alfonso, S. (1992). Evaluación comparativa de Cohesión y Adapatabilidad entre familias de pacientes psiquiátricos y familias de estudiantes universitarios" México: ***Psiquis.*** 1: 2, 19-23.

Rosendo, G. (1982) ***Estudio sobre el maltrato al menor: Su relación con el tipo de familia y su nivel socioeconómico y cultural.*** México D.F. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas.

Rodríguez, P. (1991). ***Rasgos predominantes de la familia de pacientes Esquizofrénicos.*** Tesis de Licenciatura. México, D.F: Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, E. (1989). Una revisión de las terapias de familia de orientación sistemática (TFS). ***Psiquis,*** Madrid. X: 190, 38-96.

San Martín, H. (1984) ***Salud y Enfermedad*** México. Prensa Médica.

Satir, V. (1983). ***Psicoterapia Familiar Conjunta.*** México Prensa Médica

Satir, V (1984). **Relaciones Humanas en el núcleo Familiar** México: Prensa Médica.

Sarason, I. (1990) **Psicología Anormal** (3a Ed.) México: Trillas.

Segal, H. (1990). **Introducción a la obra de Melanie Klein**. México: Paidós.

Scheff, J. (1970). **El rol del Enfermo Mental**. Buenos Aires: Amorrortu.

Sechenaye, M. (1992). **La realización Simbólica y Diario de una Esquizofrénica**. México: Fondo de Cultura Económica.

Selvini, M., Boscolo, L. Cecchin C y Prata, G. (1986). **Paradoja y Contraparadoja**. Barcelona: Paidós.

Simon, F.B. (1988). **Vocabulario de Terapia Familiar**. Buenos Aires: Gedisa.

Sluzki, C (1984). **Terapia familiar como construcción de realidades alternativas**. Santa Fe, Argentina: 1er. Congreso Argentino y 2do Encuentro Nacional de Terapia Familiar.

Sluzki, C. (1971) **Interacción familiar** Argentina: Tiempo Contemporáneo.

Sluzki, C. (1983). Proceso de producción y pautas de mantenimiento de síntomas. **Terapia Familiar, I, 12**.

Speir, A (1983). **Psicopatología del grupo Familiar: Un enfoque Elaborativo-dinámico-Interaccional**. Buenos Aires: Psique.

Strachan, A.M (1986) Family Intervention for the Rehabilitation of Schizophrenia: Toward protection and coping **Schiz Bull**, 12(4): 678-698.

Sturgeon, D; Turpin, G; Knipiers, L. (1984): Psychophysiological responses of Schizophrenics patients to high an low expressed emotions relatives: a follow a study. *Br. J.Psychiatry*, 145: 62-39.

Sullivan, (1964). *La esquizofrenia como un proceso humano* _México. Herrero.

Szas, T. (1984). *Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la Psiquiatría*. México: Premia.

Thomas, P; King, K; Fraser, W.I., et. al. (1990) Linguistic performance in schizophrenia: a comparison of acute and Chronic patients *Br.J. Psychiatry*., 156: 204-210.

Umbarger, C. *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires: Amorrortu

Vaz, J, Salcedo, N; Ramos, N; Fernández, J; Silvestre, M; (1989) Hospitalización y Terapia Familiar: Articulación de dos niveles de intervención en el tratamiento de pacientes psicóticos. *Psiquis*. Vol. 10, 100: 29-38.

Vallejo, R (1991). *Introducción a la Psicopatología y al Psiquiatría* (3a Ed) Barcelona: Salvat.

Valdés, M (1984). Esquizofrenia: Personalidad premórbida. *Phronesis*, 5: 381-383

Vega, G. (1994) *Evaluación del programa de orientación a familiares impartido en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez*. Tesis de Licenciatura México Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vidal, G. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires Médica Panamericana

Virtanen, H, Keinane, M. (1989). Observations about family interaction and the effect of therapy. Interviews with families eight years after the onset of Schizophrenia. *Fam. Proces* 28 273-385

Waring, E, Carver, C, Moran P, Lefcoe D: (1986) Family therapy and Schizophrenia: Recent developments. *Can J Psychiatry*, 31: 154-160.

Watzlawick, P. (1984) *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Wittezaele y García T. 1994. *La escuela de Palo Alto (Historia y evolución de las ideas esenciales)*. Barcelona: Herder.

Wood, G. (1984). *Fundamentos de la investigación Psicológica* México: Trillas.

Zax, M. y Y Cowen, E. (1989). *Psicopatología*. México: Interamericana.

Zinser, O. (1987). *Psicología Experimental* Bogota, Colombia: Mc. Graw Hill.