

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

# Factores psicodinámicos y sistémicos de una familia con un integrante diagnosticado con esquizofrenia

**Autor: Erika García Rangel**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:  
Altagracia Santoyo Medina**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



**UNIVERSIDAD VA SCO DE QUIROGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“FACTORES PSICODINÁMICOS Y SISTÉMICOS DE  
UNA FAMILIA CON UN INTEGRANTE  
DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ERIKA GARCÍA RANGEL**

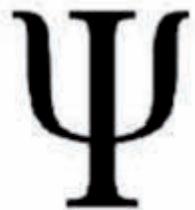
**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MA. ALTAGRACIA SANTOYO MEDINA**

**CLAVE: 16PSU0004J**

**ACUERO: RVOE LICO31211**

**MORELIA, MICH OACÁN, AGOSTO 2010**



## **AGRADECIMIENTOS**

*Son muchas las personas especiales e importantes a las que me gustaría agradecer personalmente, su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diversas etapas de mi vida, y que hoy me colocan en éste mi presente, algunas están aquí y otras en mis recuerdos y corazón. Simplemente quiero dar las gracias infinitas a todos ellos, por formar parte de mí y contribuir en ésta meta, que sin duda se embona en mi proyecto de vida.*

*Primeramente doy gracias inmensas a Dios por ser mi creador y dador de vida, por ayudarme a hacer realidad éste sueño y por todo el amor y las bendiciones dadas.*

*A mis padres: Daniel y Bárbara por su gran e invaluable apoyo, quienes me educaron en el amor, e infundieron la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida.*

*A mis hermanos: Daniel y Ricardo, quienes son fuentes motivadoras de crecimiento personal y profesional.*

*A todos mis familiares y amigos que estuvieron pendientes directa e indirectamente durante estos últimos cinco años. Muchas gracias por la convivencia, el apoyo brindando y la amistad incondicional, especialmente a: Caro, Herme, Leri, Pao, Marce, Dany, Prix, Eve, Lari, Erika, Ivonne, Brenda y Lili.*

*A Nadia por sus valiosas sugerencias y acertadas participaciones durante el desarrollo de éste proyecto, aunado a la contención y motivación durante estos últimos meses.*

*A mi directora de tesis la Dra. Altagracia, por su apreciable asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo personal y profesionalmente.*

*A Esme y al equipo del CAP "Santa Cecilia" por haberme dado la oportunidad de adquirir tanto habilidades como destrezas personales y profesionales, durante mi formación profesional y fuera de ella.*

*A cada uno de los maestros que participaron en mi desarrollo y crecimiento académico durante la carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.*

*A todos ustedes infinitas gracias.*

*Erika García Rangel*

## **INDICE**

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>Justificación</b>	5
<b>Antecedentes</b>	7

### **Capítulo I. Marco teórico**

1. La familia	8
1.1. Funciones y dinámica de la familia	
1.2. Tipos de familia y estructura familiar	10
1.3. Ciclo vital de la familia	17
2. Adolescencia	19
2.1. Principio de la adolescencia	20
2.2. Adolescencia media	21
2.3. Adolescencia tardía	21
3. Psicosis	23
3.1. Esquizofrenia	24
3.1.1. Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia	25
3.1.2. Subtipos de esquizofrenia	27
4. Psicoanálisis y psicodinámica	37
4.1. Psicodinámica	39

5. Mecanismos de defensa	41
6. Alucinación y delirio	44
7. Relaciones objetales y esquizofrenia	48
8. La aplicación del psicoanálisis al sistema familiar	50
9. Patrones de comunicación	52
9.1. Axiomas de la comunicación	53
10. La teoría del doble vínculo	54
10.1. Una explicación interaccional de la psicopatología	55
11. La teoría del apego	57
12. Modelos y técnicas de intervención en psicoterapia familiar	62
12.1. Modelo psicodinámico-sistémico	62
12.2. Otros modelos	65
<b>Capítulo II. Metodología</b>	<b>78</b>
<b>Capítulo III. Análisis de datos</b>	<b>86</b>
<b>Capítulo IV. Discusión e interpretación de resultados</b>	<b>87</b>
<b>Capítulo V. Conclusiones</b>	<b>94</b>
<b>Referencia Bibliográfica</b>	<b>95</b>

## **RESUMEN**

El grupo familiar entendido como un sistema abierto y en constante interacción, articulado con las relaciones objetales y su internalización, se interrelacionan con el desarrollo de la personalidad. El objetivo de la investigación fue: identificar los factores psicodinámicos y sistémicos de una familia con un integrante adolescente (20 años de edad) diagnosticado con esquizofrenia de tipo paranoide. Se consideró una investigación de corte transversal – descriptivo con un enfoque cualitativo, utilizando como base el modelo psicodinámico – sistémico de evaluación familiar. Los participantes fueron los integrantes de una familia monoparental: madre de 59 años de edad, dos hijos varones de 33 y 24 años de edad, y la paciente identificada (P.I.) de 20 años de edad. Las técnicas de recolección de datos fueron siete entrevistas a profundidad y la observación. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad en un solo texto, tomando como base el modelo psicodinámico-sistémico mediante los siguientes ejes temático: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen), individuación en el sistema (familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta, lo cual constituyó el soporte teórico de la investigación.

## **INTRODUCCIÓN**

En la sociedad actual, la familia es considerada como una unidad social de valor irremplazable, la cual brinda herramientas insustituibles para la formación de los integrantes, así como para la consolidación total de la personalidad.

El interés sobre la búsqueda acerca de la relevancia de las influencias familiares sobre los miembros de una entidad familiar, ha venido en incremento durante las últimas décadas. Desde ésta perspectiva las características del individuo se consideran moldeables ante los patrones de conducta emitidos por sus relaciones interpersonales. De tal manera que las relaciones familiares pudiesen llegar a formar parte de los factores etiológicos, así como el de favorecer el mantenimiento de la sintomatología de la esquizofrenia. Sin dejar a un lado las hipótesis que se han postulado en base al diagnóstico de la esquizofrenia, entre ellas destacan: factores genéticos, neurobiológicos, estructurales, virales e influencias psicosociales. (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985).

La historia del pensamiento sobre la evolución clínica esperada de la esquizofrenia tiene un gran impacto en la actualidad, conceptualmente ha ido evolucionando desde el siglo pasado hasta la actualidad manteniendo una definición clínico – evolutiva.

Numerosos estudios e investigaciones por parte de la psiquiatría biológica, como la psicología médica, las neurociencias y la genética, se han dirigido a la aproximación de explicar el factor determinante para tal diagnóstico, sin embargo hasta hoy día, la etiología de la esquizofrenia se sigue considerando multicausal.

La esquizofrenia solo tiene un siglo como existencia, pero la enfermedad como tal es tan antigua como la humanidad. Se caracteriza por la falta de integración de diversos procesos intrapsíquicos, como percepción, memoria, personalidad, pensamiento lógico, entre otros, lo cual genera disfunción y deterioro psíquico, social y laboral. El término como tal lo acuñó Eugen Bleuler en el año de 1908, quien expresa con ello la idea de la disociación de las funciones del pensamiento característica de la enfermedad, sin dejar a un lado las aportaciones e investigaciones anteriores llevadas a cabo por diversos autores, principalmente

las de Kraepelin quién la puntualizó como “demencia precoz”. La esquizofrenia es incluida inicialmente en el DSM-III (1980) y se conserva casi intacta en la actualidad dentro del DSM-IV-TR (2002).

Resulta significativo que las familias con un integrante con esquizofrenia, se logre identificar con la enfermedad dentro de un marco contextual en donde cada miembro desempeña un rol específico en la evolución, mantenimiento y mejora del paciente diagnosticado. Así mismo en el que cada integrante es poseedor de un aparato psíquico, inmerso en un sistema familiar único.

Luego entonces, en la presente investigación se pretende identificar los factores psicodinámicos y sistémicos de una estructura familiar con un integrante adolescente con esquizofrenia.

El capítulo I, compete al contenido teórico, éste está compuesto por diversas unidades temáticas, en las que cuales se aborda: la familia, la adolescencia, el modelo psicodinámico y sistémico, los patrones de comunicación y la esquizofrenia, así como las subcategorías derivadas de estos; teniendo en cuenta que la familia es un sistema abierto, dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, tales como, el biológico, el psicológico, el social y el ecológico, que transita durante su desarrollo por distintas fases y a su vez en el se despliegan funciones como: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse en un parámetro de salud o bien adquirir patrones patológicos (Bertalanffy, 1968). Así mismo considerado que, el modelo psicodinámico y sistémico enmarca las funciones intrapsíquicas individuales y colectivas de los miembros de la familia, así como los acuerdos y las vinculaciones tanto conscientes como inconscientes aunado a las conexiones y patrones de comunicación que son partícipes para la funcionalidad o en su defecto contribuyen a la disfuncionalidad del sistema familiar.

En el capítulo II, se aborda la metodología la cual es de corte transversal – descriptivo con un enfoque cualitativo, utilizando como base el modelo psicodinámico y sistémico de evaluación familiar, propuesto por Salinas, J.L., et;

al. (1992), cuyos ejes temáticos son: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen), individuación en el sistema (familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensas, patrones de comunicación y control de la conducta. Las técnicas de recolección de datos fueron siete entrevistas a profundidad con una duración de una hora cada una, la observación y el genograma, con previo consentimiento de la familia, guardando el anonimato de la identidad de la familia. Los participantes fueron una familia monoparental constituida por: la madre de 59 años de edad, dos hijos varones de 33 y 24 años de edad, y P.I. de 20 años de edad.

En el capítulo III, se realiza el análisis de los datos, utilizando el genograma y como base el modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar.

En el capítulo IV, se llevó a cabo la discusión e interpretación de los resultados.

En el capítulo V, se establecieron las conclusiones.

## **JUSTIFICACIÓN**

La familia juega un papel preponderante en la conservación y trascendencia de la cultura, pues constituye en sí misma un microescenario sociocultural y un filtro a través del cual llegan a sus integrantes muchas de las tradiciones, costumbres y valores que son típicos de su contexto histórico.

En los principios de la humanidad se creía que los síntomas psicóticos tales como: la distorsión significativa de la percepción de la realidad, el deterioro de la capacidad de razonamiento, del lenguaje, del comportamiento racional o espontáneo, el deterioro de la capacidad para responder genuinamente con afecto y motivación apropiados, se asociaban inciertamente a fundamentos demonológicos. Con el proceder de los estudios y del tiempo se fue estipulando el concepto primeramente con Kraepelin bajo el nombre de “demencia precoz”, ya que los síntomas de la esquizofrenia se vinculan con las demencias presentadas en los adultos mayores. Sin embargo, el psiquiatra Breuler, quién en el año de 1908 retoma los preceptos y los revoluciona, bajo innumerables estudios, acuña el término de esquizofrenia.

Existen distintas hipótesis etiopatogénicas que apuntalan hacia la esquizofrenia; por lo que se cree que las relaciones familiares patológicas se encausan a la misma. Dentro de estas relaciones se ve claramente a grandes rasgos una comunicación distorsionada entre sus miembros, ausencia de alguna de las figuras importantes de identificación, aunada a la insuficiente contención emocional y psicológica, y finalmente eventos traumáticos psicosociales.

Conocer el modelo psicodinámico y sistémico es de gran relevancia dentro de la postulación de la investigación, puesto que se pretende identificar los factores intrapsíquicos y los vínculos de los individuos inmersos en un núcleo social familiar, así como los agentes implicados en el adolescente con esquizofrenia.

Además de enfatizar en la dinámica familiar, sus orígenes, su estructura interna, la historia de sus vínculos, sus motivaciones inconscientes, sus interacciones intrapsíquicas y los mecanismos defensivos, los cuales mantiene para su funcionamiento o en su defecto para su propia disfunción aunado a la evolución no patológica o agravamiento de la esquizofrenia.

Diversos estudios han supuesto que las relaciones familiares y los factores psicosociales, pueden ser agentes preliminares para el desencadenamiento de la esquizofrenia, sin dejar a un lado los factores orgánicos. Sin duda la familia

llega a formar parte del soporte primordial para el progreso del esquizofrénico, debido a que si no existe una contención suficiente, el paciente sufre directamente las consecuencias.

La mayor parte de las investigaciones realizadas al respecto de la enfermedad, están dirigidas hacia el modelo médico-biológico y en menor proporción hacia aspectos psicológicos, sin embargo son pocos los estudios en los que se relacionen aspectos psicodinámicos – sistémicos de la familia, por lo que se requieren estudios orientados hacia la comprensión de la personalidad, la interacción familiar en la génesis del trastorno mental.

Todas éstas hipótesis son de gran relevancia, sin embargo, los factores hereditarios contribuyen considerablemente en el aumento de las estadísticas para el desencadenamiento, si alguno de los padres posee el trastorno o posee ascendencia con dicha patología, se incrementa un diez por ciento a las probabilidades estadísticas, si los dos padres la poseen, la incidencia se incrementa hasta un cincuenta por ciento de probabilidad, para ser desarrollada.

Por lo que, la patología han llevado a la humanidad contemporánea a hacer profundas investigaciones para determinar los agentes multicausales específicos que desencadenan el trastorno mental. Se sabe que dentro de éstas investigaciones, se le ha destinado un gran porcentaje monetario para definir y encontrar la autenticidad etiológica.

## **ANTECEDENTES**

En cuanto a estudios realizados con anterioridad acerca de la esquizofrenia y la estructura familiar, se encuentra una serie de investigaciones.

Hace varias décadas, Bertalanffy, Wiener, Bateson y otros científicos sociales expertos en el estudio de la familia, opinaban que la familia es un grupo social que funcionaba como sistema. Sería Gregory Bateson, quien aplicaría los

principios de la teoría general de sistemas a la familia, integrando las ideas de Bertalanffy y Wiener. Al respecto la creación de teorías psicológicas se asoció a la procedencia de la esquizofrenia, tal como lo consideran: Jackson, Bateson, al considerar la comunicación familiar de doble vínculo íntimamente relacionada con éste padecimiento. Así mismo, las consideraciones de otros autores como Bowlby, quien enfatiza la participación de la díada de alguno de los padres con el hijo en relación con el apego, aunado a la contención deficiente, en la presentación de las relaciones disfuncionales, las cuales favorecen la vulnerabilidad individual ante el trastorno mental como lo es la esquizofrenia.

Las proposiciones teóricas sugeridas por Bertalanffy (1968) y por Buckley (1967) han servido de base para un gran número de formulaciones posteriores. Sin embargo, sus aportaciones no han sido plenamente integradas dentro de un modelo sistémico de la familia hasta finales de la década de los 70s y principios de los 80s.

Una vez entendida la génesis de ambos preceptos, surgen innovadoras investigaciones, en las cuales se fusionan la esquizofrenia y la estructura familiar. En cuanto a los resultados encontrados se han podido hacer diversas aportaciones y formulaciones de hipótesis en cuanto al encausamiento de la esquizofrenia y las relaciones familiares.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

### **1. LA FAMILIA**

Concretar y analizar a la familia, desde su concepto, implica revisar las etapas que atraviesa durante su desarrollo, su influencia en la formación de los hijos y la relación entre cada uno dentro de la entidad familiar.

De acuerdo con Bertalanffy (1968), considera a la familia como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con individuos semejantes.

Tanto la Psicología como la Biología de cada integrante de la familia se asocian mediante sus contenidos y procedimientos que llevan en su interior la impronta de la cultura en la que han surgido. De tal manera que la misión de la familia va mucho más allá de asegurar la supervivencia física y la satisfacción de las primeras necesidades de sus miembros, ya que garantiza la integración social de los mismos a los contextos donde les toca desenvolverse como persona, de tal manera que, la familia en esencia es un sistema abierto (Bertalanffy, 1968). Dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, tales como, el biológico, el psicológico, el social y el ecológico, el cual incluye dentro de su desarrollo distintas fases y a su vez se despliegan sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse en un parámetro de salud o bien adquirir patrones patológicos. En el mismo sentido la familia es “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas, tales como su estructuración única de género y generación, lo diferencia de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio”<sup>1</sup>.

Los integrantes de una familia se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia, la conducta de cada miembro de la familia afecta a todos los miembros de la familia; por lo que los sistemas humanos incorporan información, toman decisiones acerca de las distintas alternativas, tratan de responder, obtener retroalimentación acerca de su éxito y modificar la conducta

---

<sup>1</sup> BOUCHÉ, H. (2006). Mediación y orientación familiar, área de orientación. Madrid: Dykinson. pp. 68.

si es necesario, teniendo en cuenta aspectos internamente relacionados con las funciones y con la forma de operar en familia.

### **1.1. FUNCIONES Y DINÁMICA DE LA FAMILIA**

Siguiendo con el mismo sentido, es considerable mencionar que “dentro del grupo familiar se producen una serie de interacciones sociales que, por ser significativas para el sujeto, van a ser interiorizadas y por lo tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo”<sup>2</sup>. En este grupo es en donde el individuo obtiene su mayor fuente de afectos y donde se originan situaciones que influyen decisivamente en el desarrollo de la autoestima y la identidad personal de todos sus miembros (Arranz y Olabarrieta, 1998).

La familia cumple funciones esenciales, para la contención y la consolidación de la personalidad del individuo. El asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico prepondera dentro de éstas. El poder brindar un clima de afecto y apoyo, implica el establecimiento de relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiado de compromiso emocional; el facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidades para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias ante el contexto en el que viven, para que puedan cumplir satisfactoriamente sus propias necesidades individuales y sociales.

Las familias tienen límites permeables que las distinguen de otros grupos sociales. Al igual que otras organizaciones sociales, las familias deben cumplir ciertas tareas para sobrevivir tales como el mantenimiento físico y económico, la

---

<sup>2</sup> BOYD, A. (2007). Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México: Manual Moderno. pp. 15.

reproducción de miembros de la familia (nuevos nacimientos o adopción), la socialización de los roles tanto familiares como laborales y el cuidado emocional.

## **1.2. TIPOS DE FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR**

De acuerdo con Robles (citado por Papalia, Wendkos, Duskin, 2005), establece una clasificación de los diferentes tipos de familia:

- a) Familia de padres divorciados: el divorcio es una crisis que perturba el equilibrio de la familia y que consiste en la disolución del matrimonio a nivel legal.

Cuando la pareja se divorcia, los hijos sufren una gran pérdida, ya que ahora ya no contarán con la presencia constante de uno de los padres, como anteriormente. Dicha ausencia involucra también desgastes emocionales.

- b) Familias reconstituidas: en éstas familias, al menos uno de los cónyuges ya estuvo casado, involucrando a más familias, las cuales tendrán que adaptarse a la nueva estructura familiar, sobre todo si existen hijos de por medio, ya que de lo contrario la relación podrá tornarse estresante.

- c) Familias monoparentales: uno de los progenitores está a cargo de los hijos, debido a diferentes causas, tales como: divorcio, muerte de un cónyuge o padres solteros. Tal progenitor generalmente trabaja para mantener a su familia, por lo que el tiempo de atención para con los hijos se ve afectado.

- d) Familias adoptivas: dentro de ésta familia, la pareja adopta a un niño como su hijo. Generalmente la adopción se da cuando la pareja no puede engendrar a un hijo, ya sea por problemas orgánicos, emocionales o cronológicos.

La estructura familiar es el conjunto de pautas funcionales conscientes e inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Todas las familias deben de tener alguna estructura y posibilidad para modificar la misma, como una forma de enfrentar las distintas situaciones vitales. Un elemento que permite apreciar la funcionalidad de una familia es si ésta puede moverse hacia la permanencia o el cambio, esto varía de acuerdo a lo que sea más útil para su adaptación. Para poder evaluar la estructura familiar, se encuentra inmerso el sistema familiar, de tal manera que éste emplea una serie de conceptos, los cuales explican la relación que se establece entre los diversos subsistemas familiares y de estos con otros sistemas, permitiendo una mejor comprensión de la naturaleza de la dinámica de la familiar.

Es de suma importancia la autoridad y el poder en la familia, ya que sin lugar a duda, el ejercicio de la autoridad dentro de la familia es ayudar a los jóvenes en el proceso de elaboración de sus propias metas. En toda estructura familiar los padres gozan de una autoridad reconocida socialmente para dirigir y organizar la vida de los hijos hasta determinada edad; sin embargo, la autoridad es el derecho de procurar obediencia para que las cosas se hagan. El poder por su parte es la capacidad demostrada de lograr obediencia; la autoridad y el poder de los padres, debe de otorgarse mutuamente; dentro de la familia se originan de diferentes fuentes: la legitimización social, los procesos de identificación, el conocimiento, las habilidades, la posibilidad de otorgar recompensa o castigos, así como las características de personalidad. De tal manera que para que una familia funcione adecuadamente es necesario que exista una estructura de autoridad bien delimitada y que los padres sepan ejercer la misma con el poder pertinente.

El sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quienes son los que actúan, con quien y de que forma. De acuerdo a lo señalado la familia se va adaptando

a circunstancias cambiantes, ante las cuales experimenta estrés, ya sea provocado por situaciones del contexto o de sus miembros, o bien a partir de los efectos derivados de procesos transicionales por las que van pasando. Ante la necesidad de adaptación continua, la familia debe contar con una gama de pautas transaccionales alternativas y con la flexibilidad para movilizarlas, de tal manera que pueda cambiar de acuerdo con las demandas externas e internas. Cuando la familia no cuenta con los elementos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para contrarrestar las dificultades para aceptar cambios. Entre estos mecanismos podrían surgir síntomas diversos que adquieren una función en los sistemas y se conectan con estructuras familiares específicas.

En ese mismo orden se encuentran los **subsistemas**; en donde la familia desempeña sus funciones a través de subsistemas que puedan estar formados por: generación, género, interés, función, etcétera. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que tiene distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciales. Entre los subsistemas que se encuentran en una familia se encuentra: el conyugal, el parental, el fraterno y el individual. Con base en la definición de los subsistemas, podría darse el caso de que uno de los hijos o un abuelo forme parte del subsistema parental si ejerce ésta función. Lo adecuado o no de ésta estructura tiene que ver con la flexibilidad y el acuerdo entre los miembros del sistema, y con las jerarquías, límites y definiciones claras y pertinentes con que se configura ésta estructura.

Por otra parte en el funcionamiento cotidiano de las familias, se encuentran las jerarquías; las jerarquías son las posiciones que ocupan cada uno de los miembros de la familia en relación al orden ascendente o descendente jerárquico dentro del sistema familiar, en relación a otro; también las **reglas y límites** son determinantes para la funcionalidad o disfuncionalidad de un sistema familiar y a su vez determinan el rol, marcando así la individualidad de un miembro (Haley, 1980).

Las reglas se han definido como acuerdos relacionales que limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de comportamientos increíbles, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

La familia que comienza, cada miembro componente de la misma aporta sus propias experiencias y sus propios modelos de comunicación, según los esquemas aprendidos en el sistema familiar de origen, a partir de éste hecho se van construyendo un conjunto de acuerdos que irán delimitando, las reglas del nuevo sistema familiar. Sin embargo, el descubrimiento de las reglas que rigen la vida de un sistema familiar, requiere de una larga y cuidadosa observación; las reglas dentro de una familia se pueden clasificar dentro de tres categorías:

- a) Reglas reconocidas: son reglas que se han establecido explícitamente de manera directa y abierta. Comprenden acuerdos en distintas áreas, tales como normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidad de ciertos papeles y de expresión de necesidades personales.
- b) Reglas implícitas: constituyen funcionamientos sobreentendidos acerca de los cuales la familia no tiene necesidad de hablar de modo explícito.
- c) Reglas secretas: son modos de obrar con los que un miembro bloquea las acciones de otro miembro, es decir, son actos que tienden a desencadenar actitudes deseadas por quien manipula el resorte que los provoca.

Un elemento esencial para entender la estructura de una familia lo constituye el análisis de los límites entre los diferentes subsistemas que la componen.

Es importante mencionar que los límites no siempre son visibles, aunque hay elementos estructurales que los expresan y generalmente están implícitos, de tal manera que son la frontera psicológica que salvaguarda la identidad y las pautas de los modelos de interacción, de comunicación y vínculo emocional.

Las familias con límites bien establecidos y permeables, permiten un funcionamiento armónico entre sus integrantes; en éstas existen límites claros en torno a los diferentes subsistemas que regulan la intimidad y el poder en la toma

de decisiones, sin embargo, los límites son permeables, lo que permite a cada subsistema responder de manera afectiva a las necesidades de los otros y mantener un adecuado sentido de pertenencia, junto a un grado de autonomía en cada uno de los miembros.

En cuanto a las **alianzas y colusiones** son factores imprescindibles para la descripción de la dinámica familiar, ya que mediante estos términos se fijan las relaciones interpersonales dentro de la misma familia, siendo favorecedor para la dinámica y la evolución de la familia o en su defecto generar una dinámica conflictiva e inclusive patológica.

Las alianzas suelen definirse como los nexos no patológicos entre sus integrantes para darse ayuda en la solución de problemas, se caracterizan por ser flexibles, cambiar con relación al contexto y a las necesidades de sus integrantes, no tiene como propósito el enfrentamiento, aunque en algunos casos sea provocado.

Weakland (1974) describió el hecho de que en algunas familias no existen dos personas que pudieran reunirse, sin que interviniera una tercera persona. Para este fenómeno empleo la frase “danza infinita de las coaliciones cambiantes”.

Por lo que una colusión es definida como una relación entre al menos tres personas que forman parte de un sistema, entre las que se establecen interacciones caracterizadas por la unión de dos de ellos contra un tercero, impidiendo el desarrollo y progreso del sistema. Dichas relaciones de apoyo y oposición no son necesariamente estables por largo tiempo, debido al juego de lucha por gratificaciones y poder individual de los participantes en la interacción.

Haley (1980), se refiere a las coaliciones intergeneracionales tales como triángulos perversos y se caracterizan por:

1. Conectar a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de estatus y una persona de un nivel distinto. En la familia, esto significa dos miembros los padres y los hijos.

2. Abarcar una colusión de dos que se encuentran en distintos niveles de jerarquía contra uno que quede restante. En la familia ellos se expresan en la coalición de uno de los padres con el hijo contra el otro padre.
3. Mantener oculta la coalición contra la tercera persona. El comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado por los integrantes de la familia.

Dentro de este mismo orden Minuchin y Fishman (1981), postulan que las colusiones que se presentan con mayor frecuencia en las familias son las de padre-hijo contra el otro padre y las que sirven ya sea para oponerse o apoyar la desviación.

Las tríadas se caracterizan por su rigidez, por propiciar el enfrentamiento entre los diferentes miembros de la familia, por evitar afrontar los conflictos y el surgimiento de cambios en la estructura del sistema familiar. Por lo que la colusión padre-hijo: se dice que es la unión entre dos integrantes de la familia se origina para enfrentar a un tercero. La colusión divide la tríada en dos compañeros y un oponente. En cuanto al ataque a la desviación se refiere a que los padres se unen para convertir al hijo en el chivo expiatorio de todos los problemas de la familia. El comportamiento del hijo es definido por ellos como perturbador del funcionamiento familiar, aunque los padres aparentan estar unidos para enfrentar la conducta perturbadora del hijo, entre ellos se manifiestan serios desacuerdos en cuanto a la manera en como tratan al mismo. Por lo que el apoyo a la desviación se centra en los padres quienes suelen ocultar sus diferencias ocupándose por entero del hijo, que es definido como enfermo, y por el cual los padres muestran una gran preocupación y una conducta sobreprotectora.

Sin embargo, un objetivo de la intervención con familias es la identificación de éstas colusiones y su sustitución por alianzas entre los diferentes miembros de la misma que promuevan el desarrollo de los individuos y del sistema como tal. Así mismo Hsu (1961) alude a la díada que debe ejercer un mayor poder en las

relaciones de parentesco en las diferentes culturas. La forma común en que se sabotea esta relación subrayada o díada gobernante es la formación de coaliciones entre los demás miembros de la familia. Debido a la aparición de enfermedades y problemas en la familia se debe a que por la influencia de las coaliciones se ha roto la protección que habitualmente las normas culturales tienen para la díada gobernante. Este autor define cuatro ejes de poder dominante, entre ellos se encuentra la díada padre-hijo la cual consiste en la intimidad con respecto al padre de familia como con respecto a los hijos varones, manteniendo así con mayor facilidad la autoridad masculina; en cuanto a la díada madre-hijo dentro de ésta existe una tensión que tiene mayor carga de conflictos potenciales, está en las relaciones entre la esposa del hijo y la madre de éste; siguiendo con el mismo sentido en lo que refiere a la díada hermano-hermano en donde las tensiones suelen ser padre e hijo pues tiene una pauta de evitación y finalmente la díada marido-mujer la cual consiste en el tratar de fundir íntimamente a la pareja para evitar la peligrosa posibilidad de que un hijo pueda entrar en coalición subversiva con alguno de los padres.

### **1.3. CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

De acuerdo con Lauro Estrada (1997), menciona que, el ciclo vital de la familia facilita la comprensión de una familia, puesto que brinda una idea de los cambios y las tareas que debe enfrentar la estructura familiar a lo largo de su desarrollo. El ciclo del desarrollo de la familia, consta de distintas etapas:

1. Encuentro: se describe como el investimento del otro de una carga afectiva y erótica. El otro se constituye como objeto de deseo y comienzan a constituirse acuerdos tanto a nivel consciente como inconsciente entre la pareja que les permita a su vez ir tomando distancia de su familia nuclear.

2. Constitución de la familia: la pareja conforma su propia familia, realizando los ajustes necesarios para poder diferenciarse y reestructurar sus relaciones con sus familias de origen, para poder crear un proyecto de vida en común.
3. Familias con hijos pequeños: aquí se ajusta el contrato marital mediante una clara y profunda negociación, para permitir que los hijos entren a la familia.
4. Familias con hijos adolescentes: la relación de pareja se vuelve a reajustar, puesto que los hijos comienzan a incrementar sus actividades de separación e individuación, dejando un mayor tiempo para los padres como pareja.
5. La etapa del nido vacío: la renegociación en la pareja es de suma importancia, se restablecen las relaciones de adulto a adulto con los hijos mayores, la reestructuración de las relaciones familiares para incluir a la familia política y a los nietos; finalmente la relación se enfatiza con la enfermedad y la muerte de los padres.
6. Familias al final de la vida: propiciar cambios para adaptarse a los nuevos roles dentro del núcleo familiar y social. Es importante mantener el máximo de autonomía y enfrentar efectivamente la pérdida del cónyuge, de los hermanos, de amigos, aunado a la preparación de la propia muerte.

Sin duda en cada etapa del ciclo vital se producen cambios importantes en los roles debido a los cambios de edad cronológica, las adiciones o pérdidas de los miembros y los cambios en el estatus laboral y económico.

El análisis del ciclo vital permite visualizar a la familia como un grupo que tiene la necesidad de cambiar, para poder hacer frente a las crisis derivadas de sucesos predecibles e impredecibles que ocurren tanto fuera como dentro de la misma.

Las crisis son situaciones en las que el sistema familiar no puede responder con sus recursos a las exigencias internas o externas, en dichas circunstancias la situación puede definirse como amenaza u oportunidad.

De acuerdo con Jaes (1991) describe varios tipos de crisis que puede enfrentar una familia:

- a) Crisis por un suceso inesperado: la dinámica de la familia se vuelca estresante, y surge debido a situaciones en las que las fuerzas son ajenas al individuo y al sistema familiar.
- b) Crisis de desarrollo: son las que se manifiestan debido a las respuestas generadas por las transiciones normales de desarrollo y crecimiento.
- c) Crisis estructurales: se generan debido a pautas funcionales repetitivas que adopta una familia que no permite el desarrollo de sus miembros y favorecen la aparición de conductas sintomáticas.

## **2. ADOLESCENCIA**

La adolescencia es un fenómeno fisiológico, psicológico y social que se presenta en los seres humanos como un paso imprescindible del desarrollo, es la etapa transitoria que se presenta entre la niñez y la adultez (Papalia, D., Wendroks, S., Duskin, R., 1999).

Generalmente se considera que el inicio de la adolescencia comienza con la pubertad, caracterizada por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios aunado a la producción de espermatozoides en el hombre y la menarca en la mujer. Todos estos cambios transforman la estabilidad del adolescente, quien tiene que acomodarse a su fisionomía y procesos psicosociales cambiantes, así como a la aparición de fuertes impulsos sexuales y de agresión.

En la sociedad, las demandas que se hacen al adolescente suelen ser poco claras y contradictorias. En ocasiones se le considera niño, y en otras adulto; puede ser visto como responsable, capaz y sexualmente maduro o bien como alguien que necesita ser ayudado, incapaz de tomar decisiones y que por lo tanto requiere de una constante supervisión y guía.

Por lo que, el adolescente atraviesa un período de introversión que le permite incorporar y comprender todos estos cambios. La incomodidad que el joven experimenta durante ésta edad es una expresión de la interacción de los eventos sociopolíticos del mundo externo y los cambios físicos que suceden en su estructura morfofisiológica.

Hay una urgente demanda de separación e individuación, lo que hace al individuo algo vulnerable y rebelde, junto a esto se da una gran habilidad para adaptarse a distintos grupos en la escuela y en la sociedad en general.

El adolescente no sólo debe enfrentar el mundo de los adultos, para el cual no está enteramente preparado, sino que además debe desprenderse de su mundo infantil, en el cual vivía cómodamente, en una relación de dependencia con sus necesidades básicas satisfechas y roles establecidos.

El adolescente se enfrenta a tres duelos básicamente: en lo que refiere al primero, se presenta en la pérdida del cuerpo infantil, en el cual es espectador impotente; por otra parte está la pérdida de la identidad infantil, que lo obliga a renunciar a la dependencia y finalmente la pérdida de los padres de la infancia, debido a que la idealización hacia los padres se ve devaluada.

Todas estas situaciones llevan al adolescente a la inestabilidad que lo define. Los límites cronológicos de esta etapa suelen ubicarse entre los 11 y 21 años. Sin embargo la duración y las etapas de la adolescencia han sido muy discutidas y definidas varias veces. Algunos autores no se atreven a dar etapas a la adolescencia, debido a que mencionan que existen factores que influyen en ésta,

como la raza, el clima del lugar, la calidad de la alimentación y las condiciones socioeconómicas por mencionar algunas variables.

Sin embargo Miller (2000) divide la adolescencia en 3 etapas:

### **2.1. Principio de la adolescencia:**

Ésta etapa comprende de los 11 años a los 14 años de edad. El adolescente afronta el dilema de buscar su propia independencia e individuación de sus padres.

En cuanto a la comunicación, ésta se dificulta con sus padres debido a las exigencias de privacidad, y a su vez existen y mantienen conductas contradictorias, debido a ésta lucha interna por encontrar su independencia y el querer seguir siendo dependiente.

Los cambios físicos y en su sexualidad son acelerados, generando cierta confusión en el adolescente. La información que reciben acerca de ello por parte de los padres, la escuela y la religión a menudo genera cierto conflicto.

### **2.2. Adolescencia media**

En ésta etapa se acentúan los cambios de humor y rebeldía, enfatizándose la angustia por la separación, éste evento oscila entre los 14 y 18 años de edad.

Los amigos del adolescente le proporcionan seguridad emocional en la separación de sus padres. Los adolescentes se ayudan entre sí experimentando papeles de adulto. Los grupos sociales proporcionan un medio por el cual el adolescente puede aprender a participar en una organización interdependiente y jerárquica.

Las amistades íntimas ayudan a que se compartan pensamientos y sentimientos. Para Erickson (1993) en ésta etapa se vive el amor ideal y la intimación al reflejar en otros sus ideales.

En su intento de independencia discutirá con sus padres sobre asuntos y eventos superficiales. Sus principales preocupaciones son sus logros académicos, su estado económico y la responsabilidad moral.

### **2.3. Adolescencia Tardía**

La última etapa comprende de los 18 a los 21 años de edad. Las experiencias previas del adolescente con las relaciones amistosas le permiten aplicar sus habilidades sociales para tratar de modificar su ambiente y dar forma a su futuro.

En virtud de la crisis esencial de la adolescencia, en ésta edad se es más vulnerable para sufrir los impactos de una realidad frustrante. Las modificaciones de su entorno, más allá de sus padres, van a determinar expresiones normales o anormales.

La necesidad de elaborar los duelos básicos obligan al adolescente a recurrir a manejos psicopáticos de actuación que identifican su conducta en forma fugaz y transitoria, lo que diferencia al adolescente normal del psicópata, ya que en éste último persiste toda su vida este tipo de conducta.

El adolescente es un receptáculo para hacerse cargo de los conflictos de los demás y para asumir los aspectos más enfermos del medio en que actúa. Es la sociedad la que recurre a un mecanismo de irrealidad haciendo que una de sus partes en conflicto, adquiera características de malo y permita la agresión del adulto. La represión de los jóvenes sólo hace que haya mayor distanciamiento y falta de comunicación entre el adulto y los adolescentes.

Sin lugar a duda, Freud, S., (1981), sentó las bases en la comprensión de ésta etapa desde la composición intrapsíquica y admitió que, la adolescencia es un

estudio del desarrollo en el que, debido a los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital.

Ésta fase del desarrollo, la fase genital, supone por un lado, revivir los conflictos edípicos infantiles y, por otro, la necesidad de resolverlos con una mayor independencia que los progenitores, y un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos. La fuerza de las pulsiones que surgen durante la pubertad hace que se produzca una vulnerabilidad acentuada de la personalidad. Ésta debilidad de la personalidad requiere el empleo de diferentes mecanismos de defensa, entre ellos la intelectualización y la sublimación, para enfrentarse con la ansiedad y la inseguridad.

La inadecuación de éstas defensas psicológicas a la intensidad de los conflictos puede ser el origen de un comportamiento mal adaptado. Por esta razón, el psicoanálisis mantiene una concepción de la adolescencia como una etapa en la que se produce una mayor proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos.

Sin embargo para Erickson (1993), la adolescencia no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, por lo que se considera que es una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento. La tarea más importante del adolescente, es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

La difusión de la identidad puede llevar al aislamiento del joven, su incapacidad para planear el futuro, a una escasa concentración en el estudio, o a la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

Como se ha visto, los análisis psicoanalíticos se han centrado en la influencia de los factores internos en el desarrollo de la personalidad.

Por su parte, la visión psicosociológica de la adolescencia subraya la influencia de los factores externos. Así, la adolescencia, en el sentido sociológico, se refiere a la experiencia de pasar a través de una fase que enlaza la niñez con la vida adulta. En este paso, el adolescente, teniendo en cuenta los cambios de todo tipo que se producen en su persona y las nuevas demandas de la sociedad hacia él, debe desarrollar nuevos papeles sociales, que le ayuden a adaptarse interna y externamente al contexto en el que se desarrolla.

### **3. PSICOSIS**

La psicosis es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro en la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse ante las demandas socioculturales. El síndrome más característico y estudiado es la esquizofrenia, que en su cuadro clínico, comparte síntomas con otros trastornos mentales, lo que dificulta una definición exacta del trastorno. Dentro de la subclasificación se encuentran las psicosis orgánicas y las psicosis funcionales. Dentro de las psicosis orgánicas, el factor etiopatogénico recae en una causa orgánica, en cuanto a las psicosis funcionales no existe un factor o causa orgánica (Martin Zurro, 2003).

#### **3.1. ESQUIZOFRENIA**

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse éstas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias

alucinatorias por el sujeto. De forma que un trastorno mental se considera psicótico si existe, un deterioro que interfiera en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida.

El termino esquizofrenia fue creado por E. Breuler en el año de 1911, para designar a un grupo de psicosis cuya unidad ya había señalado Kraepelin bajo el nombre de “demencia precoz”<sup>3</sup>. Al ser introducido el término de esquizofrenia, el cual se deriva de un prefijo griego que significa separación del espíritu (Laplanche, J., Pontalis, J.B., 2008).

El concepto fundamental de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: distorsión significativa de la percepción de la realidad, deterioro de la capacidad de razonamiento, del lenguaje y del comportamiento racional o espontáneo, y deterioro de la capacidad para responder espontáneamente con afecto y motivación apropiados. Estas distorsiones aparecen sin que haya un deterioro de la conciencia o de la memoria.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C).

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el

---

<sup>3</sup> LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., (2008). Diccionario de psicoanálisis. México, Paidós. pp. 128.

pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, la productividad del pensamiento, el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. (DSM-IV TR, 2002).

### **3.1.1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos, por ej.: aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los

períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

### **3.1.2. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA**

#### **Tipo paranoide**

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (p. ej., lenguaje

desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (DSM-IV TR, 2002).

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

### **Tipo desorganizado**

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso (DSM-IV TR, 2002).

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

### **Tipo desorganizado**

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

(1) Lenguaje desorganizado

(2) Comportamiento desorganizado

(3) Afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

### **Tipo catatónico**

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia (DSM-IV TR, 2002).

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor.
- (2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
- (3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- (4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- (5) Ecolalia o ecopraxia.

### **Tipo indiferenciado**

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico (DSM-IV TR, 2002).

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

### **Tipo residual**

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados).

No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas (DSM-IV TR, 2002).

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

### **Trastorno esquizofreniforme**

Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia (Criterio A) con la excepción de las dos diferencias siguientes: la duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses (Criterio B) y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad (aunque puede haberlo). La duración exigida para el trastorno esquizofreniforme es intermedia entre la del trastorno psicótico breve (en el que los síntomas duran al menos 1 día, pero menos de 1 mes) y la esquizofrenia (en la que los síntomas se prolongan durante al menos 6 meses).

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como «provisional».)

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

(1) Inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual.

(2) Confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico.

(3) Buena actividad social y laboral premórbida.

(4) Ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos.

### **Trastorno esquizoafectivo**

La característica esencial del trastorno esquizoafectivo es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia (Criterio A).

Este trastorno cumple con los siguientes criterios:

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)

Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

### **Trastorno delirante**

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes (Criterio A).

Este trastorno cumple con los siguientes criterios

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado

### **Trastorno psicótico breve**

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (Criterio A).

### **Trastorno psicótico breve**

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

### **Trastorno psicótico compartido (folie à deux)**

La característica esencial del trastorno psicótico compartido (folie à deux) consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona (que suele denominarse «inductor» o «caso primario») que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes (DSM-IV TR, 2002).

Tipo de trastorno en el que se desarrollan las siguientes:

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico. Una segunda consideración es

la presencia de síntomas atípicos en un trastorno psicótico primario (p. ej., edad de inicio atípica o presencia de alucinaciones visuales u olfativas).

En la evaluación de una situación determinada, puede ser de ayuda la bibliografía que trata de los tipos de asociación directa entre la enfermedad médica y el desarrollo de los síntomas psicóticos. Además, el clínico debe considerar si la alteración se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico primario, un trastorno inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo).

### **Trastorno psicótico debido a enfermedad médica**

Las características esenciales del trastorno psicótico debido a enfermedad médica son las alucinaciones y las ideas delirantes que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio A).

Cumple con los siguientes criterios

- A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

### **Trastorno psicótico inducido por sustancias**

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes (Criterio A) que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico) (Criterio B).

Cumple con los siguientes criterios:

- A. Alucinaciones o ideas delirantes.

Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):

(1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias.

(2) El consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

### **Trastorno psicótico no especificado**

Esta categoría incluye una sintomatología psicótica (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos (DSM-IV TR, 2002). Algunos ejemplos serían los siguientes:

1. Psicosis posparto que no cumple los criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico debido a enfermedad médica o trastorno psicótico inducido por sustancias.

2. Síntomas psicóticos que han durado menos de 1 mes, pero que aún no han remitido y, por tanto, no cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve.

3. Alucinaciones auditivas persistentes en ausencia de otras características.
4. Ideas delirantes no extrañas persistentes, con períodos de episodios afectivos superpuestos que han aparecido durante una parte sustancial de la alteración delirante.
5. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno psicótico, pero en las que es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias (DSM-IV TR, 2002).

#### **4. PSICOANÁLISIS Y PSICODINAMIA**

El psicoanálisis es una disciplina creada por el neurólogo Sigmund Freud, durante el siglo XIX. El psicoanálisis es un método de investigación, basado principalmente en la interpretación de la asociación libre y con el objetivo de hacer accesibles los significados inconscientes de las manifestaciones tales como: palabras, sueños, actos y fantasías de los individuos. En este mismo sentido, es un método terapéutico para el tratamiento de los trastornos neuróticos y finalmente se sustenta bajo un conjunto de teorías de psicología y psicopatología.

El objeto de estudio del psicoanálisis es el inconsciente: los contenidos inconscientes tienen un papel determinante en la vida psíquica. El método del psicoanálisis se basa en la interpretación de las distintas producciones del sujeto; sin duda el propósito del psicoanálisis es el robustecimiento del psiquismo consciente.

Dado que se concibe al psiquismo formado por sistemas con características y funciones distintas con determinado orden, Freud utilizó el concepto de tópica, para agrupar tales funciones. Dentro de primera tópica: el psiquismo está formado por los sistemas consciente, preconscious e inconsciente. En cuanto a los contenidos conscientes se refiere, a que: son datos inmediatos de la

consciencia, responden a las leyes de la lógica y están gobernados por el principio de realidad, por lo que busca la adaptación al mundo exterior.

Siguiendo en el mismo sentido los contenidos inconscientes regidos por el ello denotan que: pueden ser inferidos, pues el sujeto no es consciente de ellos; no afecta las leyes de la lógica ni categorías como el tiempo y el espacio. Están regidos por el principio del placer (inclinación a la realización inmediata del deseo, y con ello la gratificación), ya que la realización alucinatoria del deseo es una de sus principales manifestaciones.

En cuanto al preconscious ocupa un lugar intermedio entre el consciente y el inconsciente, lugar necesario para asegurar el funcionamiento dinámico de este aparato.

Lo que compete a la segunda tópica se encuentra la estructura del aparato psíquico, teniendo en cuenta tres instancias entre ellas se encuentran: el yo, el cual se identifica con el consciente y representaría la razón y al sentido común: se gobierna por el principio de realidad. En cuanto al ello, corresponde a los procesos inconscientes, siendo depositario de los instintos y gobernado por el principio del placer. Por último se encuentra el superyó el cual procede de la introyección, es decir la incorporación de algo exterior, de las figuras de los progenitores, tal como eran vividas en la niñez y depositarias de lo que está bien y mal (de acuerdo con los preceptos y normas morales).

Freud, S., (1923) creyó que puede existir una relación antagónica y conflictiva ente las tres instancias, por lo que postuló la existencia de una diferencia genética entre la neurosis y psicosis, por lo que la neurosis surge a partir de un conflicto entre el yo y su ello, dentro de lo que compete a la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el ello y el mundo externo.

Por otra parte la Libido es un concepto clave dentro del psicoanálisis, puesto que se define como la forma de energía, la cual tiene su origen en el ello. En un primer momento Freud, S., (1923), la concibió como energía específicamente perteneciente a los instintos sexuales. Sin embargo, después supuso que el yo también la poseía, aunque derivada de la del ello. Existen etapas del desarrollo de la Libido, que van desde el nacimiento a la adolescencia, entre ellas destacan: oral, anal, fálica y genital, cuya fuente de placer libidinal es, respectivamente, la estimulación de la boca, el ano y los genitales. Su exceso y falta de gratificación pueden llegar a provocar trastornos en la vida adulta.

Los instintos en su formulación final, Freud defendió la existencia de dos instintos el de vida (eros), cuya forma de energía es la libido y el de muerte (thanatos) este instinto va dirigido hacia la desorganización y la muerte (Freud, S., 1981).

#### **4.1. PSICODINAMIA**

Se entiende por psicodinámica a toda actividad o dinamismo psicológico que está comprometido en todas las acciones humanas. La psique compete a la actividad versátilmente dinámica, de forma que responde diversamente ante estímulos ambientales heterogéneos.

Sin duda el psiquismo se mantiene en continua actividad, de modo que reacciona de diversas formas ante eventos y situaciones similares. Esto es lo que hace que lo psicológico resulte difícilmente cuantificablemente, en contra de los acontecimientos materiales; por lo que la parte psíquica del sujeto es eminentemente cualitativa.

El propio concepto de la psicodinámica alude a una serie de instancias o funciones psicológicas, que están continuamente interactuando, y que son las que dan la razón última de la conducta humana, puesto que supone una interioridad, con la cual se alude a una situación de movimiento.

La psicodinámia se refiere a una estrecha relación entre la personalidad del sujeto y sus manifestaciones psicopatológicas. El punto de vista psicodinámico considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas, dicho enfoque propone la existencia de una estructura psíquica de la que emana y en la que se controlan, canalizan y dirigen esas fuerzas.

Dentro del aparato psíquico oscilan tres instancias permanentes, constituidas por grupos de funciones que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales. Las tres instancias que lo componen se denominan ello, yo y superyó; de tal manera que se encuentran dotadas de energía propia, capaz de entrar en oposición, dando en éste último caso un conflicto psíquico cuya solución puede desembocar en la creación del síntoma, sin embargo esto dependerá de la fortaleza yoica del sujeto.

De tal manera que el ello es el polo pulsional de la personalidad, aunado a que es el depositario de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las funciones, y es totalmente inconsciente.

El yo, regula o se opone a las pulsiones, mediante la regulación y el manejo de diversos mecanismos defensivos y es el mediador entre el ello y el superyó. Debe cumplir las funciones de percepción ante las necesidades del individuo, así como las demandas del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de estas necesidades y deseos. Por lo que también se encarga de la integración de otras de sus funciones mentales tales como: la percepción, la memoria, la inteligencia, la anticipación, el pensamiento, el lenguaje y la motricidad, por mencionar algunas. De tal manera que el yo engloba lo consciente, lo preconscious y también parte de lo inconsciente.

El superyó resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en la que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas en la infancia.

Los modelos psicodinámicos, con su máximo exponente en el psicoanálisis, destacan la importancia del conflicto intrapsíquico de naturaleza inconsciente. El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se fundamenta en tres procesos fundamentales: primeramente mediante la asociación libre, posteriormente se encuentra el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y finalmente el análisis de la resistencia. Junto a estos procesos se establecen unas reglas de trabajo para el paciente (la asociación libre) y el terapeuta (abstinencia y atención flotante).

El conflicto intrapsíquico hace referencia a la naturaleza de la actividad mental. Tradicionalmente se había postulado desde la filosofía, la moral y la religión que el hombre se gobernaba por las decisiones de su consciencia, que habitualmente cuando estaba adecuadamente encaminada se equiparaba a los procesos de la reflexión racional. Pues bien, Freud con el psicoanálisis cuestiona este modelo de persona: la actividad mental depende principalmente de la actividad del inconsciente. Los conflictos surgen de tendencias en oposición; por un lado los impulsos sexuales y agresivos, y por otro lado las defensas construidas contra la gratificación consciente de estos impulsos.

La persona aprende a partir de la experiencia de su niñez a afrontar la inseguridad y ansiedad proveniente de las prohibiciones sociales y expectativas de sus padres en relación a la satisfacción de sus deseos e instintos. Para ello desarrollan estrategias defensivas para el manejo de las ansiedades derivadas de sus conflictos. Estos conflictos tienen un carácter inconsciente.

Los síntomas de malestar son expresiones del conflicto, como soluciones de compromisos defensivos. Por un lado proporcionan cierta gratificación y por otro conllevan la ansiedad por lo reprimido y prohibido.

## **5. MECANISMOS DE DEFENSA**

Los mecanismos de defensa fueron elaborados por Anna Freud (1966), a partir de la estructura de la mente propuesta por Freud S., por lo que Anna Freud los definió de la siguiente manera: “Los mecanismos de defensa son herramientas psicológicas que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y las exigencias de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del contexto familiar y social, puesto que toda la conducta humana la cual está configurada, por la actividades conscientes y fundamentalmente por las reacciones inconscientes del yo, que es el núcleo organizado en el que se integran funcionalmente los otros sectores del estado anímico”<sup>4</sup>. De tal manera que la función primaria de cualquier individuo es el mantenerse organizado, al nivel más eficaz posible en un ambiente cuya organización es siempre diferente a la del propio organismo y de ser posible desarrollarse y madurar de acuerdo con su propio mundo interno.

Existe una gran versatilidad en cuanto a la división de los mecanismos de defensa, visto por distintos autores, sin embargo dentro de los más destacados se encuentran los siguientes:

- Represión: proceso psíquico del cual se sirve un sujeto para rechazar representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos y mantenerlos en el [inconsciente](#).
- Negación: funciona a nivel preconscious y consciente, de éste modo el sujeto niega lo que percibe, piensa o siente de una situación traumática, afirmando que no puede ser así, o invalidándolo.
- Introyección: incorporación simbólica de algo externo al yo que se percibe y representa como si estuviera dentro, puede tener como modelo experiencias orales, visuales, auditivas o manuales.

---

<sup>4</sup> FREUD, A., (2004). El yo y los mecanismos de defensa. México, Paidós. pp. 9

- Proyección: expulsión simbólica por la cual se percibe y representa como si estuviera fuera del yo algo que en realidad está dentro, puede reforzar y eliminar características que contradicen a las introyectadas.
- Identificación: capacidad de distinguir una cosa de otra, durante la infancia y adolescencia tiene un papel importante en moldear y dar apoyo a las características de personalidad que parecen corresponder a las admiradas o envidiadas en otras personas. Puede ser:
  - a. Con el objeto amoroso: permite aliviar la separación y se moldea de acuerdo a las características del ser amado.
  - b. Objeto perdido: adopta características de alguien que ha perdido, así modera o elimina la angustia.
  - c. Con el agresor: se evita la ansiedad tratando de parecerse a la persona que lo agrede.
  - d. A causa de una culpa: identificación de autor de castigo surgida de la agresión hostil sentida contra una persona a quien se odia y se ama simultáneamente.
- Regresión: incapacidad de seguir funcionando a niveles de proceso secundario totalmente maduros, permite la formación de síntomas parcial en la neurosis, surge como distorsión en los límites, en la psicosis se da en la medida en que protege al consciente y preconscious de una total aniquilación, se da de manera masiva.
- Formación reactiva: se adoptan actitudes diametralmente opuestas a esos impulsos y fantasías prohibidas, se da cuando la represión resulta inadecuada y necesita de reforzamiento; en el obsesivo se observa suciedad por limpieza; en la persona límite se caracteriza por la amabilidad excesiva en lugar de hostilidad y agresión.
- Desplazamiento: descargar impulsos o cumplir fantasías inconscientes mediante el desplazamiento de un objeto a otro, no cambia ni la pulsión ni su propósito.

- Aislamiento: uso equivocado de los procesos del yo normales, la utilización patológica puede involucrar la represión de los componentes emotivos de las percepciones, pensamientos, o acciones que llegan a parecer faltas de vida.
- Intelectualización: se encuentran íntimamente relacionado con el aislamiento y la racionalización, por lo que dentro de la intelectualización el sujeto intentan dar una explicación discursiva de sus conflictos y emociones, con el fin de controlarlos, sustentado mediante un precepto teórico.
- Racionalización: el sujeto intenta dar una explicación coherente desde el punto de vista lógico, o aceptable, desde el punto de vista moral, a una actitud, acto, una idea, un sentimiento, cuyos motivos verdaderos no son percibidos.
- Anulación: es mágica, tradicional y universal, evita conflictos y aparición de ansiedad primaria, ejecución de un ritual, de un acto opuesto al que acabe de realizar el paciente para así cancelar o equilibrar cualquier mal que haya podido colocarse.
- Sublimación: la más completa y afortunada de las defensas, es una utilización a fondo de una pulsión dominada o canalizada.
- Identificación proyectiva: fantasías de ataque contra el interior del cuerpo materno y de intrusión sádica dentro de éste, desplazando hacia otra persona mediante pulsiones agresivas.
- Escisión: defensa más primitiva contra la angustia, se escinde en objeto bueno y objeto malo, que seguirán destinos relativamente independientes dentro del juego de introyecciones y proyecciones.
- Omnipotencia: mecanismo de defensa primitivo, interviene en la disolución de los límites del yo que permiten evitar las experiencias de separación y envidia.

## 6. ALUCINACIÓN Y DELIRIO

Además de los mecanismos de defensa, las alucinaciones y los delirios son formas de auto curación que no están de acuerdo con la realidad, sin embargo, lo que intenta es una adaptación del sujeto a sí mismo y su la realidad.

Las alucinaciones son un trastorno de la percepción, consisten en que la experiencia sensorial no tiene un estímulo externo, se presentan durante el periodo de vigilia y además aparecen junto y simultáneamente con las percepciones reales, las alucinaciones pueden hacer uso de todos los sentidos, pueden ser: visuales, auditivas, olfatorias, gustativas y propioceptivas: calor, frío, presión, dolor, etc.

Así desde el punto de vista fisiopatológico es el cerebro el que forma esos estímulos y el sujeto siente que vienen del exterior o de su interior. Poseen además las características de que pueden o no experimentarse como reales o falsa. Esta propiedad es la que permite clasificarlas como alucinaciones psicóticas y las no psicóticas. En las alucinaciones psicóticas la persona las incluye dentro de sus ideas delirantes y son egosintónicas.

Las alucinaciones no psicóticas son egodistónicas o pseudoalucinaciones, el sujeto sabe que no se refieren a él, piensa que son irreales. Sin embargo ambas alucinaciones son creadas con el fin de encontrar una adaptación (Monedero C., 1998).

Por otro lado los delirios son juicios equivocados de la realidad que se basan en la proyección; los delirios están estructurados sobre ideas complicadas y a veces sistematizadas.

Los delirios presentan un intento de reemplazar las proporciones pérdidas de la realidad, contienen a menudo elementos de realidad repudiada, que a pesar de todo regresan al paso del tiempo y se continúan estos delirios como estereotipos, así como partes de los impulsos rechazados y, al mismo tiempo exigencias

proyectadas del superyó. La idea delirante es una falsa creencia individual, una verdad categórica personal y fuera del contexto socio-cultural.

Los delirios y las alucinaciones son perturbaciones de la mente en las que después se verifica la realidad, luego se distorsionan y ambos elementos sirven para intentar reconstruirla. En los pacientes psicóticos, se encuentran productos pertenecientes al proceso del pensamiento primario, hasta en ese momento, inconsciente, que han escapado a la represión de un modo masivo y a lo largo de un amplio frente, invadiendo las concepciones preconscientes y conscientes para intentar enfrentarse a esas invasiones caóticas extrañas y a menudo atemorizantes (Monedero C., 1998).

Las personas psicóticas recurren al método de negarlas y proyectarlas, volverlas elementos externos que ocurren en la realidad tanto fuera como dentro del cuerpo, de tal manera que la diferenciación del yo no-yo es siempre inadecuada, muchos psicóticos sufren la duda perpetua, de que si lo que, están negando y proyectando se encuentra afuera o se encuentra dentro de ellos, si esa vivencia es realmente real o simplemente es un sueño. También pueden sufrir dudas y confusiones respecto a los procesos mentales, e incluso pueden llegar a concebir a las personas como elementos separados o parte de ellos, debido a la fase simbiótica en la que se encuentra.

Según Dolto (1997), sostiene que los niños requieren de tres tipos de psicóticos, es decir, una abuela psicótica, una madre o un padre psicótico y el tercero un niño psicótico. Lo normal es que un niño procure alcanzar el pecho materno o hacer cualquier otra acción para alcanzar la satisfacción de alguna necesidad y saber que cada movimiento es causa del movimiento de la otra o viceversa.

Sin embargo, en cuanto a la psicología del yo hace énfasis en la capacidad de juicio, puesto que una persona que mental y psicológicamente está en juicio y en contacto con la realidad sabe distinguir perfectamente las leyes de temporalidad, cuestión que se ve afectada en una persona psicótica.

Por lo tanto, no crea un sentido de anticipación, que da satisfacción y formas de inducir al otro a cooperar, es aquí donde la intersubjetividad funge su función como tal. El psicótico no crea ese sentido de anticipación, y no adquiere un repertorio de gestos y de exclamaciones mediante los cuales demandan la satisfacción de sus necesidades, y no aprende, a su vez, las señales de alegría y tristeza del rostro de su madre.

De tal manera que las voces internas que el psicótico escucha provienen de las imitaciones estereotipadas de la madre introyectada que en la edad adulta se reeditan fuera del contexto, de adaptación, y que son finalmente una forma psicótica de adaptarse a la madre odiada y amada; el psicótico siente como real su odio, y siente la maldad de la madre como real, pero en realidad su vivencia es intersubjetiva, igual que la dependencia amorosa la siente como real y vivida aunque no haya sido una buena madre. Dicha interpretación intersubjetiva luego hace que los psicóticos, ven a sus madres más malas de lo que son, o más buenas de lo que son (Dolto, F., 1997).

A lo largo de su obra, Freud, S., como ya se fue abordado, dejó prácticamente apuntados todos los caminos que llevan al estudio del hombre, tanto en estructura psíquica interior como en sus relaciones con el mundo exterior. El mayor interés se concentra en el mundo de los objetos internos que en el de los objetos reales aparentemente con mayor visibilidad.

Dentro de la teoría psicoanalítica, “el psicoanálisis centró su estudio en el funcionamiento psíquico del adulto a lo largo de varios años. Pero no fue sino hasta hace dos décadas que se desarrolló una de sus aplicaciones, aquella vinculada con la comprensión del misterio que apunta hacia el psiquismo infantil”<sup>5</sup>. Al hablar de la infancia se refiere a una etapa que abarca posiblemente desde que los padres conciben la idea de procrear, hasta la aparición de la pubertad y con ella la adolescencia.

---

<sup>5</sup> ESTRADA, L. (1997). El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo. pp. 19

Sin duda no es fácil deducir que un enfoque de investigación meramente individual, por lo general utilizado en el psicoanálisis clásico para registrar el movimiento psíquico del adulto, se ve en la necesidad de ampliarse para valorar y medir los elementos que se encierran en fenómenos tales como la relación de la díada madre-bebé, la cual se analiza dentro de las relaciones de objeto. De aquí que el enfoque individual tuviera que modificarse al de pareja, incluyendo forzosamente a la madre en la orbita simbiótica dentro de la que transcurren los primeros años del niño.

El padre a su vez también, se encuentra inmerso desde el inicio, en una multiplicidad de relaciones que también deberían ser tomadas en cuenta; así mismo las influencias de otras personas son factores determinantes para la formación de éste sistema tan complejo denominado familia.

El psicoanálisis amplió su visión incorporando otras disciplinas como la sociología, ya que la sociedad como célula elemental: la familia, tiene una influencia decisiva en la producción de elementos que determinan el estado de salud y bienestar, o bien de enfermedad psíquica y emocional de un ente.

## **7. RELACIONES OBJETALES Y ESQUIZOFRENIA**

Los estudios psicoanalíticos enfocados en las relaciones objetales y la esquizofrenia han dado lugar a diversos autores a hacer profundas investigaciones y postulaciones en lo que compete al tema, mencionando las aportaciones más significativas, destacan los siguientes: Winnicott (1965), quien hizo aportaciones respecto a la esquizofrenia, debido posiblemente a su énfasis sobre la importancia de la díada temprana y su concepto de “madre suficientemente buena”. Este autor afirmó que los psicópatas y algunos otros sujetos con patología grave del carácter habían tenido un cuidado materno de éstas características, pero subsecuentemente lo habían perdido y, consecuentemente, se sentirían privados de por vida; por el contrario, la

persona con esquizofrenia nunca había tenido un cuidado materno lo suficientemente bueno, privación establecida incluso antes de que el niño fuese capaz de percibirla.

De manera similar, Fairbairn (1954) propuso que en los niños que desarrollarían esquizofrenia habría un aislamiento considerable y temprano por parte de la madre, conduciéndoles a una deprivación profunda.

Por otra parte Rosenfeld (1965), sostuvo que algunas madres de niños que han desarrollado esquizofrenia demuestran una tolerancia disminuida a las proyecciones del infante. Tanto Bion (1967) como Guntrip (1969), son valorados por sus descripciones sobre las operaciones mentales primitivas, de alguna manera también formularon ideas similares con respecto a la etiología de la esquizofrenia. Bion se destaca por la descripción de las características de la identificación proyectiva patológica.

Dentro de las aportaciones de Klein (1946) y posteriormente las de Segal (1965), se sabe que en los primeros meses de vida se consolidan los puntos de fijación de índole psicótico, aunado a esto en la enfermedad psíquica como tal se produce una regresión, a una fase en la que ya estaban presentes rasgos y perturbaciones patológicas, que a su vez crearon bloqueos de desarrollo constituyendo así los puntos de fijación; sus teorías se orientaron en una dirección que inexorablemente conduciría a la conclusión de los orígenes de la esquizofrenia los cuales se establecen durante los primeros meses de vida.

Klein (1946) fundamentó la existencia de la posición esquizo-paranoide normal y patológica. La posición esquizo-paranoide normal se caracteriza por la escisión de los objetos buenos y malos, sin duda las experiencias en base al objeto bueno son mayores en relación a las experiencias malas, ésta condición es imprescindible para que el infante en etapas posteriores pueda hacer la

integración. El motivo principal de la ansiedad durante éste estadio se gesta a partir de la concepción de que el o los objetos malos pudiesen destruir al yo. Sin embargo, durante éste estadio el infante puede llegar a organizar sus percepciones mediante los procesos proyectivos e introyectivos. Por lo que estos procesos sufren alteraciones cuando las experiencias malas sobrepasan las buenas, esto se genera debido a conflictos tanto internos como externos.

Siguiendo en este mismo sentido Klein (1946) creía que tanto la esquizofrenia como la psicosis paranoide y la personalidad esquizoide eran el producto de algún fallo para sobrepasar adecuadamente la posición esquizo-paranoide. Si el infante está dotado de un impulso agresivo muy importante o si ha sufrido de mucha frustración durante estos tempranos meses, persistirán miedos persecutorios y defensas primitivas como la escisión y la identificación proyectiva. En la medida en que el psicótico regresa a los primeros meses de la infancia, también lo hace a una fase del desarrollo que ya posee características patológicas en su infancia. El niño esquizoide vive el mundo muy distinto al del infante normal, ya que su aparato perceptual está dañado, se vive en un ambiente hostil y rodeado de objetos desintegrados, los vínculos que mantiene con la realidad están fragmentados y suelen ser dolorosos, siendo incapaz de mantener vínculos afectivos con los otros.

Sin embargo, a través de los diferentes estudios de casos de pacientes esquizofrénicos, y de las observaciones de infantes desde su nacimiento, hoy día se puede hacer progresivamente un diagnóstico con características esquizoides durante la infancia temprana y prever futuras dificultades.

## **8. LA APLICACIÓN DEL PSICOANÁLISIS AL SISTEMA FAMILIAR: LA PSICODINÁMICA DENTRO DEL ENFOQUE FAMILIAR**

Hablar de un enfoque psicodinámico en terapia familiar es hablar de un acercamiento particular hacia el sistema familiar, es una manera de hacer énfasis

en la observación de la dinámica familiar, incluyendo sus orígenes, su estructura interna, la historia de sus vínculos, sus motivaciones inconscientes, sus interacciones intrapsíquicas y los mecanismos defensivos que mantienen su funcionamiento o en su defecto su disfunción.

Enfocar la atención en la familia de origen es de suma importancia, aunado a sus mecanismos de defensa los cuales se transmiten de generación en generación, así como también los patrones de conducta y las pautas inconscientes.

Dentro de la psicodinámica existe una postura especial, la cual consiste detalladamente en observar la dinámica de la familiar.

Por lo que, lo psicodinámico se encarga, entonces, del estudio de las motivaciones inconscientes de la conducta de los individuos y su interacción. De acuerdo con la teoría psicoanalítica clásica, los síntomas son fenómenos adaptativos que representan una reacción a una causa psicológica primaria o una formación de compromiso, con la que el yo defensivo intenta dar curso a las demandas del ello o las moralistas del superyó. Con un enfoque psicodinámico, no se habla de remisión de síntomas, sino de resolución de conflictos intrapsíquicos.

El fundamento teórico de cualquier esquema psicodinámico es la llamada metapsicología, la cual significa, lo que está más allá de la experiencia consciente, y que fue definida por Freud, S., (1896) como el estudio de las suposiciones en las que se basa la teoría psicoanalítica. Estos supuestos fueron agrupados en cinco postulados: dinámico (fuerzas y conflictos), económico (energías y desplazamientos), estructural (estructuras de la psique), genético (origen psicológico, desarrollo) y adaptativo (adaptación y relaciones)

El análisis metapsicológico entre dos o más individuos, se fusiona enteramente con el mundo interpersonal y con la conducta relacional, la cual plantea la necesidad de encontrar dentro del campo de la teoría psicoanalítica los

desarrollos teóricos que puedan servir mejor como marco explicativo para los fenómenos de la psicología de dos o más individuos.

Freud desarrolló tempranamente el llamado modelo pulsional y como modelo alternativo, otros pensadores como Fairbairn (1962) y Sullivan (1974) propusieron un modelo relacional en el cual conciben las estructuras psicológicas, su cambio, su evolución, y su organización a partir de las relaciones con otras personas. En los años tempranos Freud introdujo la idea del trauma infantil, en el que distintos eventos o deprivaciones determinarían la psicopatología de la vida adulta, sin embargo, él hizo el descubrimiento de que los niños modificaban o distorsionaban los eventos, su teoría se movió hacia el área de la fantasía y de los conflictos inconscientes intrapsíquicos como ejes de la formación de la conducta enferma.

## **9. PATRONES DE COMUNICACIÓN**

Un componente básico del funcionamiento familiar, es sin duda la comunicación. Al valorar los patrones generales de comunicación en una familia, se obtiene información relevante mediante la cual los miembros de la familia experimentan sus relación interpersonales, su capacidad para expresar su intimidad, la manera de intercambiar información, los significados que dan a su comunicación y, en general, la capacidad de los miembros de la familia para utilizar las palabras de manera adecuada. Sin embargo, una buena comunicación es un factor fundamental para la vida familiar sana. En muchas ocasiones las personas pretenden comunicarse de la mejor manera, pero suelen carecer de las herramientas esenciales para hacerlo.

La funcionalidad de la comunicación recae cuando el interlocutor solicita algo de manera asertiva, clara y directa al receptor y a su vez hace posible la retroalimentación. En toda buena comunicación, la intención y el resultado de la comunicación concuerdan y, en caso contrario, es posible recurrir a la aclaración.

En una familia denominada disfuncional, las comunicaciones generalmente suelen ser indirectas, poco precisas y poco claras. Cuando los comunicadores disfuncionales relatan una experiencia, los comentarios suelen ser incompletos y distorsionados.

Durante la nominación, el cual es otro proceso de comunicación disfuncional, los aspectos activos de una experiencia quedan representados por palabras estáticas, la intervención terapéutica ayuda a desnominalizar, que a su vez permite redescubrir y experimentar sensaciones de movimiento y continuidad, factores fundamentales para que el individuo reciba la impresión de que es posible cambiar.

La forma en como la familia resuelve su comunicación es un reflejo del autoestima de cada uno de los miembros de la familia que a su vez, proporciona información adicional sobre la falta de armonía y del la disfuncionalidad del sistema familiar. Por consecuencia en una familia en donde existe una baja autoestima, el temor a exponer las áreas de vulnerabilidad o de experimentar la pérdida del amor, impide una comunicación clara de las emociones o cuestionamientos íntimos.

Sin duda uno de los objetivos primordiales con mayor relevancia de la comunicación consiste en la validación de cada una de las partes de la estructura familiar; una persona que presenta baja autovalía solo piensa en la supervivencia emocional, ya que su principal temor en la comunicación con los demás es el temor a descubrirse. Cuando utiliza la comunicación para ocultar y proteger, existe una incongruencia entre sus sentimientos y la conducta, por lo que la incongruencia oscila entre el mensaje verbal y no verbal.

### **9.1. Axiomas de la Comunicación**

Existen diversos axiomas de la comunicación los cuales son de utilidad para determinar en que escala se proyecta la comunicación tanto verbal como corporal, los axiomas se rigen mediante postulaciones las cuales refieren que es

imposible no comunicar, ya que no hay nada que sea lo contrario de conducta, es decir no hay no-conducta, es imposible no comportarse.

Por otra parte los niveles de contenido y de relaciones de la comunicación, no solo transmite información, sino que al mismo tiempo, imponen conductas; por lo que toda comunicación tiene un contenido y se establecen entre dos partes relacionales.

Otra característica básica de la comunicación es la interacción, es decir, el intercambio de mensajes entre los comunicantes. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones; toda comunicación se establece según una secuencia de puntuación. Siempre en cualquier comunicación hay una aceptación de la puntuación, es decir quien comienza la comunicación.

La comunicación patológica engloba diversos aspectos, tales como: la posibilidad de no comunicarse, el rechazo de la comunicación, la aceptación de la comunicación, la descalificación de la comunicación y el síntoma como comunicación, por lo que, si dentro de un canal de comunicación surgen estos factores, la probabilidad de tener una comunicación difusa y distorsionada, seguramente aumentara.

## **10. LA TEORIA DEL DOBLE VÍNCULO**

Bateson, G., (1956) fue pionero de ésta teoría la cual se centra en el desarrollo de la esquizofrenia basada en el análisis de la comunicación. La teoría batesoniana del doble vínculo, sugiere que la psique de un niño se escinde, cuando éste recibe en forma permanente mensajes contradictorios e interrumpidos por parte de su familia.

Se cree que el doble vínculo ocurre cuando existen, por lo menos, dos partes, la víctima y el victimario. La víctima tiene un vínculo intenso y vital para su supervivencia con el victimario (tal como el vínculo lo de un niño con su madre); por otra parte el victimario tiene poder para aplicar castigos a la víctima, y a su vez el victimario envía mensajes contradictorios que ponen en una trampa a la víctima, debido a que ésta recibe dos ordenes alternadas, primeramente una orden primaria bajo amenaza de castigo y otra secundaria (posiblemente en un meta-lenguaje), contradictoria con la orden primaria bajo amenaza de castigo.

El comportamiento comunicacional de su madre. Por otro lado, la madre lo fuerza a aceptar su interpretación de la secuencia, una descripción que pone al hijo en una situación insostenible.

Las teorías médicas actuales sugieren que la esquizofrenia se origina por un desequilibrio químico en el cerebro, sin embargo no todos los individuos con una predisposición química desarrollan los síntomas de la enfermedad. Siguiendo con el mismo sentido, para que las condiciones bioquímicas devengan en el trastorno mental es necesario un factor desencadenante o disparador.

Para Bateson, la esquizofrenia es activada cuando la víctima da un mensaje contradictorio y es incapaz de meta-comunicarse. Más que la contradicción original, el daño profundo proviene de la incapacidad para traducir el meta-mensaje al lenguaje verbal y conservar sobre lo ocurrido.

### **10.1. Una explicación interaccional de la psicopatología**

Con la publicación del artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”<sup>6</sup>, sin duda fue un gran suceso en el campo de la Psiquiatría, ya que en su contenido

---

<sup>6</sup> EGUILUZ, L. (2004). Terapia familiar, su uso hoy en día. México, Pax México, pp. 11.

afirmaba que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo producto de las relaciones familiares (García, 1994). Las proposiciones establecidas en éste artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, que considera el síntoma como algo inherente al hombre, a lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal.

Sin duda los trabajos de Bateson y su equipo de colaboradores, en relación con las familias de los pacientes esquizofrénicos cumplieron un papel importante en el desarrollo de éste postulado al percatarse, de que la visión que se tiene del individuo es más útil y apropiada cuando se considera como parte de un contexto ecológico; dichas contribuciones de Bateson supusieron de alguna manera la liberación del psicoanálisis, ya que desde Bateson define a los síntomas psiquiátricos originados por conductas comunicativas y no a causa de los fenómenos intrapsíquicos.

Sin embargo, la teoría del doble vínculo llegó a formar parte del proyecto denominado terapia familiar de esquizofrenia (Sluzki y Ramson, 1976). Después de una larga investigación en relación a la teoría del doble vínculo se puede observar lo siguiente: el doble vínculo está denominado por transcripciones de conversaciones que involucran el origen de la esquizofrenia; y a su vez también funge el doble vínculo como una posibilidad de conflicto de sus niveles, que podían ser ubicados dentro de algún contexto teórico interpersonal, dentro del mismo sentido una descripción organizacional de la familia, donde se ofreciera un modelo que permitiese diferenciar a las familia esquizofrénicas de otro tipo de familias y describir entonces a la esquizofrenia de manera que pudiera ser vista como una respuesta de adaptación a un sistema familiar.

En efecto se deduce que la teoría del doble vínculo se concreto gracias a las aportaciones y deducciones de Bateson, formuladas a partir de las características de la comunicación del paciente esquizofrénico, quien presenta en su discurso

una confusión de mensaje y metacomunicación. (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Las conclusiones del proyecto sobre las investigaciones del doble vínculo son:

1. Es una clase de secuencia que aparece cuando se dan pautas contradictorias en la comunicación.
2. Es una condición necesaria para el surgimiento de la esquizofrenia, pero no es suficiente para explicar su etiología y, a la inversa, es un producto inevitable de la comunicación esquizofrénica.
3. El estudio y el tratamiento de los individuos y de la familia deberán enfatizar la comunicación observable, la conducta y los contextos que los relacionan.
4. La dinámica en la que se presenta la teoría del doble vínculo no es la de un victimario y de una víctima, sino que se trata de personas atrapadas en un sistema en marcha que produce pugna en cuanto a las relaciones y una consiguiente angustia subjetiva (Bateson 1978).
5. Los elementos que tendrían que estar presentes para relaciones de doble vínculo o paradójicas serían: que exista una relación cercana entre al menos dos miembros de la familia, que las experiencias sean recurrentes, un mensaje y luego otro que lo contradice y finalmente la incapacidad de escapar de la situación (Watzlavick, Beavin y Jackson, 1985).

## **11. LA TEORIA DEL APEGO**

La descripción más amplia e influyente de la formación del apego es la que dió Bowlby, J., (1969). Se basa en conceptos derivados como son el psicoanálisis, la teoría de la información y la teoría de control, pero sobre todo tiene una gran influencia de la etología, con sus énfasis en los orígenes evolutivos y los propósitos biológicos de la conducta. Sin embargo, en tanto que la mayoría de los trabajos etológicos se centraban antes de patrones de conducta relativamente

simples de los animales, Bowlby los amplió para abarcar funciones mucho más complejas que incluía el desarrollo de las relaciones sociales en los seres humanos.

El niño pequeño posee una predisposición biológica a desarrollar apegos con quienes cuidan de él en virtud de su dotación genética. Un estrecho lazo con quién cuida de él, en particular en un pasado lejano de la historia de la humanidad cuando los predadores implicaban un verdadero peligro, garantiza la supervivencia; por consiguiente sus importancias para la especie es desde todo punto de vista tan grande como la de otros sistemas innatos de conducta como la alimentación y el apareamiento. Por el bien de la supervivencia, el infante debe estar equipado con los medios para lograr y mantener la proximidad de sus padres, tomando estos medios como forma de respuesta de apego mediante el llanto, el asimiento y el seguimiento.

Los apegos en los infantes se caracterizan por determinados rasgos entre ellos destacan que son selectivos, es decir, se dirigen a individuos específicos que dan origen a una conducta de apego de una manera y en un grado que no se observa en las interacciones que tienen con otras personas; por otra parte implica la búsqueda de una proximidad física, es decir, se hace el esfuerzo por mantener una cercanía con el objeto de apego; y a su vez brindan comodidad y seguridad, que son el resultado de lograr la proximidad con el objeto de apego, sin duda finalmente se produce una angustia por la separación cuando se rompe el lazo y no se puede lograr la proximidad.

La función biológica del apego es por consiguiente la protección de la cría, su función psicológica es brindar seguridad. Por consiguiente, los infantes están genéticamente conectados para mantener la proximidad con su madre y enviarle señales requiriendo su atención y ayuda en momentos de angustia y por su parte las madres están programadas para responder a dichas señales.

Los infantes manifiestan una gama de respuestas diversas, que Bowlby reunió bajo dos encabezados tanto conductas de señalización, es decir, llanto, sonrisa

y balbuceo, como conductas de acercamiento, es decir, seguir y alcanzar. La unificación de éstas respuestas es su función biológica, desde un inicio todas sirven para promover la proximidad con los padres.

Al acercar al infante a alguien que lo protege, vuelven más probable la provisión de comodidad y seguridad. En su momento, los infantes llegan a distinguir a quienes cuidan de ellos con frecuencia de las demás personas, y como resultado de ello, las personas con quienes están familiarizados provocarán respuestas de apego con mas facilidad y con mayor intensidad que los extraños.

Solo durante los últimos tres meses del primero año de vida aparecerá indicaciones inequívocas de apegos profundos: una de las razones es que las diversas respuestas de apego ahora se centran únicamente en ciertos individuos específicos, siendo recibidas las otras personas ajenas al infante con cautela y hasta con cierto miedo.

La perturbación ante la separación se da a ésta edad, es decir, el infante protesta ante la ausencia de las personas a las que tiene afecto y por consiguiente se demuestra la existencia de un fuerte lazo. A partir de ese momento, quienes cuidan de él ya no son intercambiables, ahora el niño es capaz de establecer relaciones con los demás, y de ahí en adelante sus respuestas de apego se organizan en sistemas de apego coherentes enfocados en individuos particulares.

Fases del desarrollo del afecto:

Nombre	Rango de edad en meses	Características principales
1. Preapego	0-2	Respuesta social indiscriminada
2. Apego en formación	2-7	Reconocimiento de las personas que conoce

3. Apego bien definido	7-24	Protesta ante la separación, cautela antes los extraños, comunicación intencional.
4. Asociación corregida por los objetivos	24	Relaciones mas bilaterales, los niños comprenden las necesidades de sus padres.

Cuando surgen las relaciones de apego pasan por otros cambios que se dan en gran medida al mismo tiempo que los desarrollos cognoscitivos. Los niños se vuelven cada vez más sofisticados en su capacidad de comportarse de manera intencional, de planificar su acción a la luz de sus objetivos y de tomar en cuenta los sentimientos y los objetivos de la otra persona. Si un tipo de respuesta de apego no logra su objetivo, el niño podrá sustituirla por otra.

Sin duda el niño funciona como un sistema de control, es decir, un aparato que sirve para obtener algún objetivo para la máquina, verifica si se logra ese objetivo, y con base en la información retroalimentada vuelve a intentarlo sí es necesario.

A medida que los niños se vuelven capaces, a partir del segundo año de vida, de representarse en el mundo en forma simbólica, crean modelos de sí mismos, de las personas que son importantes para ellos y de las relaciones que mantienen con ellas, para adquirir recursos que le permitan plantear una respuesta apropiada.

Los modelos internos de funcionamiento se elaboran con base en la experiencia respecto de las figuras particulares de apego y reflejan la calidad de la relación con dichas figuras. Los modelos internos de funcionamiento constan de todos los aspectos importantes del mundo. Sin embargo, ninguno es tan importante como

los que implican las relaciones personales del niño. Esto se debe sobre todo a que el modelo que elabora el niño de sí mismo se elaboró en base a dichas relaciones. “Una madre punitiva dejará en el niño una sensación de fracaso y de falta de valía: si la personalidad propia no es aceptable a los ojos de la figura de apego, la experiencia tendrá un efecto negativo en la manera en que el niño elabore su propia imagen. Los modelos de funcionamiento de la personalidad y de las figuras de apego se desarrollan de manera complementaria y, por consiguiente la relación de apego tiene implicaciones psicológicas que van mucho más allá de la propia relación”<sup>7</sup>.

La teoría de Bowlby es una teoría del desarrollo social surgida del psicoanálisis. Bowlby a ésta conducta social la denominó, conducta de apego, vinculadas en las etapas de la infancia. Las conductas de apego son aquellas que aparecen con la proximidad o el contacto entre la madre y el niño.

En la mayoría de las culturas será la madre biológica la que responda a las conductas de apego del bebé, pero aún cuando no sea la madre biológica la que responda a éstas conductas, algún otro individuo concreto lo hará. Tal individuo sostiene que se convertirá en la madre afectiva del bebé, esto es, el único foco para sus conductas de apego. Sin embargo, muchas de las conductas de apego no son aprendidas.

Bowlby razona que los procesos normales de desarrollo receptivo permiten al niño llegar a identificar la figura de la madre y diferenciarla de los extraños. Así mismo, el niño desarrolla el miedo a las cosas extrañas, incluyendo aquí en las personas extrañas, lo que en algunos casos puede restringir sus conductas de apego a su madre.

Las conductas de apego llevan a la aparición de una figura humana que elimina la fuente de ansiedad o temor, que a su vez, pasará a asociarse con la reducción de ansiedad o temor. La reducción de la ansiedad es una consecuencia

---

<sup>7</sup> SCHAFFER, R. (2000). Desarrollo social. México, Siglo XXI, p. 168

secundaria de la conducta de apego. Ésta es la mayor diferencia entre la teoría de Bowlby, la teoría psicoanalítica y del aprendizaje social.

Bowlby considera que la conducta de apego es algo que rápidamente se convierte en específico del individuo. Las relaciones con los iguales son de orden distinto: no están asociadas con el alivio o la ansiedad y no pueden ser un sustituto para las figuras de apego de los adultos.

Las relaciones de un niño con otros adultos están relacionadas con la manera en que se compara la figura primaria de apego respecto a otros adultos que no tienen parecido respecto a la figura primaria de apego. Es la figura de la madre la que proporciona al niño un modelo de cómo debe comportarse hacia otros individuos.

## **12. MODELOS DE EVALUACIÓN Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR**

### **12.1. Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar**

Es un instrumento de evaluación para el sistema y la dinámica familiar, es prácticamente de uso reciente, ya que el mismo se inscribe mediante dos rubros fundamentales, por una parte la autoaplicación y por otra parte la observación.

Sin duda el instrumento se rige mediante un constructo teórico basado en diferentes disciplinas, aplicables al campo de la conducta. De tal manera que la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto, la teoría general de los sistemas y finalmente la teoría de la comunicación, se fusionan entre sí, para sustentar y validar el presente instrumento.

En cuanto a lo que converge a la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto constituye una de las más aceptadas en los ámbitos psicoanalíticos actuales. Ya que el objetivo de ésta teoría es buscar la explicación de los fenómenos interpersonales.

La teoría general de los sistemas está sin duda articulada con la anterior, facilita la comprensión del sistema familiar entendido como un sistema abierto.

En lo que compete a la teoría de la comunicación, sustenta los criterios de análisis acerca de las reglas de interacción dentro de un sistema familiar.

Este modelo ya anteriormente mencionado se fundamenta y sustenta principalmente mediante: el espectro coalición-colusión, la individuación en el sistema familiar dentro de la familia de origen, la individuación en el sistema dentro de la familia nuclear, la individuación, los patrones de comunicación y el control de la conducta.

En cuanto al concepto de coalición está determinado por la unión de dos, que tienen intereses y valores en común, puesto que dicho vínculo tiene manifestaciones sinérgicas, orientadas hacia el bienestar y progreso. Fomenta el funcionamiento de individuación.

Se entiende por colusión al vínculo determinado por dos individuos cuyas limitaciones les impiden una relación de bienestar que favorezca el progreso, y generalmente surge en la relación entre dos contra un tercero. La colusión delimita la identidad de los cónyuges porque las expectativas inconscientes que traía cada uno de ellos, ante la imposibilidad de insatisfacción y su frustración consecuente, los pone en serio riesgo de caer en conflicto conyugal y de presentar sintomatología de la expresión tanto psíquica como somática.

A lo que refiere la individuación en el sistema familiar dentro de la familia de origen, ésta postura se refiere a la individuación que los actuales cónyuges establecieron con respecto a sus propios padres, esto es, las posibilidades que la familia de origen brindó para que sus hijos lleguen al establecimiento de la pareja estable, con una identidad consolidada, en su vida futura.

Así mismo la individuación en el sistema dentro de la familia nuclear, como los patrones conductuales provienen de la internalización de las modalidades vinculares de la familia de origen, estos tienden a reeditarse en la familia nuclear,

al calificar estos rubros debe de encontrarse una congruencia en los patrones de interacción. De ahí la importancia de observar desde una perspectiva trigeneracional.

En lo que compete a la individuación es el proceso mediante el cual una persona desarrolla características propias que le permiten diferenciarse del resto de su sistema familiar consolidando un sentido de identidad estable. La individuación sin embargo, se ubica siempre en la relación con los objetos, tanto internos como externos, nunca en el vacío.

Dentro de los patrones de comunicación: se sostienen como las reglas de interacción que gobiernan a un sistema familiar. Se inicia desde las primeras etapas de desarrollo mediante un proceso de aprendizaje. Éste proceso se trasmite a través de las sucesivas generaciones. La manera como se emiten y reciben los mensajes permite, clínicamente, estimar las tendencias dominantes en el sistema familiar encaminadas hacia el progreso o la detención.

Finalmente se encuentra el control de conducta, proceso mediante el cual se vigilan las reglas de interacción observadas en la conducta manifiesta de los diferentes miembros del sistema familiar. La observación de los patrones de comunicación y control de la conducta, así como su confrontación ante los miembros de la familia, se constituyen como un vehículo para la consecución del cambio terapéutico. Tratándose de conductas observables, es a partir de ellos como se puede tener acceso a la comprensión de la conflictiva emocional de los participantes.

Sin lugar a duda existe una diversidad dentro de las técnicas y modelos de terapia familiar, cada cual es utilizada de acuerdo al síntoma y la disfuncionalidad del sistema familiar aunado a sus propias necesidades de intervención.

## 12.2. Otros modelos

El **modelo estructural**: desde la perspectiva estructural sistémica hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el refuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar.

En la acción clínica es importante considerar el papel que el terapeuta asume en el sistema terapéutico, ya sea al unirse con la familia a través de estrategias de coparticipación, o bien interviniendo a través de movimientos de reestructuración y reencueadre, y al mismo tiempo, desafiando la visión que tiene la familia de su situación.

La postura de Minuchin representa una perspectiva optimista acerca de las posibilidades de cambio: si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos.

La familia está en continuo movimiento al tomar en cuenta sus procesos de desarrollo, tanto a nivel de las pautas transaccionales como de las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias familiares.

Esto también se ve reflejado en la amplificación del sistema familiar nuclear a la familia extendida como parte importante de la relaciones, a través de su trabajo en comunidades diversas, Minuchin señala las formas como se complejizan los contextos involucrados, conectando las conductas, la estructura familiar y las construcciones acerca de la realidad que se relacionan continuamente con que ocurre en el sistema. El análisis sistémico estructural no se limita a la familia sino también a los contextos institucionales y de ámbito psicosocial con los que interactúan, dando una visión de totalidad.

Una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de lo que forma parte, permite

experimentar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Al considerar a la persona como un miembro de distintos contextos sociales, el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, más que en procesos internos del paciente. La familia constituye un factor significativo en el proceso de adaptación individual y social, determina respuestas de sus miembros a través de estímulos que provienen desde el interior y el exterior; su organización y estructura tamizan y califican las experiencias de las personas. Un miembro de la familia responde a las tensiones que afectan a la familia y a la vez, la familia responde a los cambios de cada uno de sus miembros, por medio de procesos de adaptación continuos.

Minuchin, S., (1989) postula axiomas de la terapia estructural sistémica, en lo que refiere que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. Un miembro de una familia se adapta a un sistema social: sus acciones están regidas por las características del sistema y éstas influyen en los efectos de sus propias acciones. En éste mismo orden las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema. Por lo que cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia del paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Tanto el terapeuta como la familia forman un nuevo sistema (terapéutico) que influyen en la conducta de las personas.

La terapia estructural se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas. La terapia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas, de tal modo que sus posiciones cambian. Un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, con su contexto familiar, constituye una modificación de experiencia subjetiva.

Según Minuchin, la terapia estructural de familia es una terapia de acción, por lo que aunado a esto una transformación de la estructura familiar permitirá alguna posibilidad de cambio. El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. El terapeuta se asocia a la familia no para educarla o socializarla sino para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar las tareas con mayor eficacia debido a que el sistema familiar tiene propiedades de autoperpetuación. Por otra parte el proceso que el terapeuta inicia se mantiene por los mecanismos de autorregulación de ésta. Una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará, modificando la retroalimentación que continuamente califica o válida la experiencias de sus miembros. (Minuchin, 1989).

La familia es una unidad de desarrollo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales. La familia experimenta cambios y acomodaciones a lo largo de las distintas etapas del proceso de desarrollo familiar. En las diferentes etapas la familia va modificando su estructura. Se enfrenta al desafío de cambios internos y externos, con el propósito de mantener, a la vez, su continuidad. Debe estimular el crecimiento de sus miembros, mientras se adaptan a una sociedad de transición.

De acuerdo con Minuchin, la terapia estructural, la familia cumple con dos objetivos entre ellos destaca primeramente uno interno: que implica la protección psicosocial a sus miembros y posteriormente uno externo: que se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de ésta.

La familia puede cambiar y a la vez mantener la continuidad suficiente para la socialización de sus miembros, aunado a que brinda a sus miembros un sentido de identidad (pertenencia) y un sentido de separación (individuación).

El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación del niño a los a los grupos familiares y con la asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantiene a través de la vida. En lo que compete al sentido de

separación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, en diferentes contextos familiares y extrafamiliares, sin duda es importante la delimitación de áreas de autonomía y la delimitación de un territorio en el que ocurran las distintas transacciones familiares.

Un sistema familiar que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:

- a. La estructura de la familia es la que genera un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- b. La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuraciones.
- c. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de modo que pueda seguir funcionando.

La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento, las familias tienen preferencias por algunas pautas suficientes para responder a requerimientos habituales. Su fortaleza depende de su capacidad de movilizar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exigen una reestructuración. Una familia se adapta al estrés de tal modo que éste mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez se manifiestan pautas disfuncionales.

El **modelo estratégico**: su principal precursor fue Jay Haley, quién acuñó el término estratégico para referirse al trabajo en donde el profesional traza la intervención específica para el problema en mención, de tal manera que, dicho término también se asocia con las postulaciones de Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin.

La terapia estratégica finalmente es definida por Haley, como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que debe “identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado para ver si ha sido eficaz”<sup>8</sup>.

Sin duda dentro de la obra de las aportaciones de Haley se pueden identificar tres elementos que influyen de forma general y directa: se encuentra la comunicación construida en base a lo expuesto por Bateson y Weakland; un enfoque general de lo que constituye la terapia, propuesto por Milton H. Erickson, y finalmente las aportaciones en relación a la familia, propias de Minuchin y Montalvo.

El estilo de terapia de Haley se centra principalmente en las directivas y proviene de las técnicas propuestas por Erickson. La noción de que el terapeuta debe de ser un elemento activo y directivo forma parte de la naturaleza propia de la terapia estratégica, y que a su vez, también se extiende a otras terapias.

La propuesta de Haley estaba basada en dejar de lado las ideas predominantes en su momento, es decir no hablar de síntomas, estados mentales o estados anímicos generales. Adoptar cualquiera de estas posiciones supondría trabajar con el individuo, centrándose en situaciones sociales.

Es importante reconocer que en éste modelo de intervención, el problema del cliente o paciente no solo se encuentra involucrado el mismo, que él no es la unidad de intervención, ni tampoco es suficiente reconocer que la unidad terapéutica se constituye además de la familia nuclear a otros familiares. Una de las finalidades de la propuesta es incluir a los profesionistas que están en

---

<sup>8</sup> EGUILUZ, L. (2004). Terapia familiar, su uso hoy en día. México: Pax México. pp. 81

contacto con la problemática, aunado a considerar el contexto en el que se encuentra.

Sin duda la organización y la jerarquía son de suma importancia, debido a que el presente modelo estudia a la familia como una organización social que debe verse en términos jerárquicos, debido a que la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se establecen reglas. Esta idea de jerarquía dentro de la familia también está presente en Minuchin, S., (1974), quien habla de diferentes niveles de autoridad en el sistema familiar.

Dentro de la terapia estratégica no solo se concibe a la familia como una organización dentro de la cual hay que establecer jerarquías congruentes, sino que además considera que el problema mantiene un vínculo estrecho con el contexto social, el objetivo de un terapeuta “es introducir una mayor complejidad en la vida de la gente, en tanto y en cuanto quiebra los ciclos repetitivos de conducta y genera nuevas alternativas. No es su propósito que la persona problemática dé su conformidad simplemente a lo que se le dice, sino que quiere bajar en manos de ella la iniciativa de formular ideas o realizar actividades novedosas, en las cuales el terapeuta tal vez ni siquiera había pensado. En éste sentido, estimula la imprevisibilidad. Su labor consiste en promover el cambio, y en consecuencia, un comportamiento novedoso y a veces imprevisto”<sup>9</sup>.

Es importante ser conscientes de la existencia de una organización, tanto en las familias como en las instituciones, y su vez emplearla no solo como un elemento explicativo del comportamiento inadecuado, sino también verlo como un elemento para promover cambios en el comportamiento, siendo así la propuesta de Haley.

---

<sup>9</sup> EGUILUZ, L. (2004). Terapia familiar, su uso hoy en día. México: Pax México. pp. 88

Sin duda una conducta poco apropiada es el producto de un trastorno de comunicación que a su vez procede de una organización que funciona inadecuadamente, debido a que las jerarquías se mantienen poco claras.

Este método se centra principalmente en la formulación del problema, de tal manera que dicha terapia se considera exitosa cuando soluciona el problema del cliente, lo importante es saber cual es realmente el problema y a su vez poder definirlo. Sin embargo, la tarea inicial del terapeuta es saber como formular un problema y, saber como resolverlo; para poder llevar a cabo dicha misión es necesario tener en cuenta la primera entrevista.

Dentro de las etapas de la primera entrevista destacan las siguientes:

1. Social: se da en el primer momento de contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta.
2. Planteamiento del problema: en ésta etapa el terapeuta tiene el poder en la conversación con el objeto de obtener el sentir de cada uno de los integrantes de la familia respecto del problema.
3. Interacción: aquí el terapeuta funge como motivador entre cada uno de miembros de la familia, para que ello dialoguen entre si sobre el problema.
4. Fijación de metas: la familia crea claramente los cambios que desea lograr claramente con la terapia, una vez planteados los cambios por la familia, el terapeuta reacomoda los cambios en caso de ser así o simplemente lleva a cabo las estrategias para cumplir con los objetivos de la familia en base a la problemática.

Una vez definidos los cambios deseados, se puede proceder a otra etapa, es decir, a la etapa del implemento de las directivas para realizar la intervención propiamente dicha.

Uno de los puntos por los que se diferencia éste método es por emplear directivas, las cuales son consideradas como las sugerencias y planteamiento

que la familia necesita hacer para llevar a cabo el cambio determinado dictadas por el terapeuta, estas pueden ser empleadas durante la sesión, así como las tareas que el mismo deje. Existen dos tipos de directivas: las directivas directas dentro de las cuales se manejan mediante dos alternativas en las que consisten en que el terapeuta pida que se deje de hacer lo que se ha venido haciendo o también se pide que se haga algo diferente, con el fin de propiciar el cambio. Por otra parte se encuentran las directivas indirectas las cuales se manejan paradójicamente, es decir, decirle a la familia lo que tiene que hacer con el fin de que no lo cumpla, cambiando a su vez por la vía de rebelión.

Es importante mencionar que las directivas deben de ser claras, concisas y sencillas para que la familia pueda cumplirlas.

Los niveles de interacción familiar se basan en la comunicación analógica propuesta por Haley y a su vez por Bateson y Madanes, propone una concepción de terapia organizada mediante cuatro niveles de interacción metafórica. El primer nivel esta orientado hacia el dominio y el amor, se centra en los individuos que se relacionan con el fin de dominarse y controlarse unos a otros, las conductas que destacan para comunicar esta lucha de poder son: la drogadicción, la delincuencia, trastorno de conducta y comportamientos anormales; a simple vista se cree que la familia esta desunida, sin embargo, están estrechamente ligados unos con otros.

En lo que compete al segundo nivel se rige por la predisposición que tienen los integrantes de ser amados, se pueden presentar metáforas mediante el síntoma psicossomático, depresión, angustia, fobia, soledad y trastornos de alimentación; de tal manera que los miembros de la familia luchan por la obtención del ser amados acompañados de cuidados, generando así actos violentos en los cuales se dañan así mismos.

En éste mismo orden el tercer nivel se centra en el deseo de proteger y amar al otro, sin embargo cuando estos factores se vuelcan una obsesión, dichos sentimientos suelen convertirse en posesión, dominación y violencia.

Finalmente se encuentra el cuarto nivel, el cual funge como conciliador ya que se rige mediante el poder arrepentirse y perdonar, una de las emociones predominantes dentro de la familia es la vergüenza por lo que se ha hecho, por lo que no se ha hecho o por lo que no se puede perdonar.

**El modelo de terapia breve con un enfoque en problemas y soluciones:** la terapia breve no significa menos tratamiento pero si más eficaz. “la buena terapia es precisa y que no requiere métodos prolongados o redundantes, esto no significa que el terapeuta deba tratar superficialmente detalles importantes o sacrificar la escrupulosidad a la brevedad, sino que cada intervención debe producir un efecto”<sup>10</sup>.

Una de las finalidades al trabajar con terapia breve se remite a comprender el problema de los clientes desde un enfoque que permita visualizar la interacción humana, mediante el apoyo de la comunicación dentro de todas sus fases, las cuales divergen entre la analógica y la verbal, puesto que la familia se organiza en base a ésta.

En efecto la aproximación de interacción al abandonar el punto de vista de la causalidad lineal y deja de lado el problema de la verdad, centrándose en cambio que los pacientes atribuyen a una persona, a una situación: dicho significado es considerado una construcción estrictamente ligada a un particular modo de usar el lenguaje “aquí y ahora”.

Dentro de la terapia se manejan dos enfoques determinantes entre los que destacan los siguientes: el que se orienta a problemas y el se enfoca en

---

<sup>10</sup> EGUILUZ, L. (2004). Terapia familiar, su uso hoy en día. México, Pax México. pp. 115.

soluciones. Sin duda ambos enfoques tienen bases dentro del pensamiento constructivista, encaminado por el trabajo de Erickson y Bateson.

En efecto la terapia breve no se centra en la verdad, sino en las experiencias de las personas aunada a las percepciones de esa experiencia. Puesto que no asume una realidad pura y única, por lo tanto el terapeuta se rehúsa a imponer lo que cree que es normal, sin embargo, su función se involucra en la solución de las quejas que presenten, dejando a un lado la concepción de que solo existe una forma correcta de vivir la vida.

**El modelo de terapia breve enfocada a los problema:** el modelo de terapia breve centrado en el problema fue desarrollado principalmente por Weakland, Jackson, Watzlavick y Fish en el Mental Research Institute de Palo Alto, California.

En cuanto a la finalidad encaminada de dicha terapia abarca tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenten las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado a otros, y finalmente estudiar los cambios en los sistemas familiares.

**El modelo de terapia enfocada en soluciones:** la presente terapia se centra prácticamente en los recursos de las personas para una solución adecuada, más que en el problema, dando una sentido de innovación y radicalidad dentro del trabajo psicoterapéutico.

Dicho enfoque se centra en una visión futurista orientando hacia las metas posibles mediante objetivos alcanzables y claramente estipulados para poder identificar cuando se hayan alcanzado.

**El modelo de enfoque narrativo en la terapia:** la terapia familiar narrativa sostiene que la realidad objetiva influye en las personas a través del significado

que le den las mismas dentro de un contexto histórico determinado. La terapia narrativa se apoya en distintas premisas: los sistemas humanos son generados de lenguaje y significado; el significado y la comprensión se construyen socialmente, no acceden al significado ni a la comprensión si no se tiene acción comunicativa; todo problema se consolida alrededor de cierto problema y la terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de, se llama conversación terapéutica, donde los nuevos significados permiten disolver el problema.

Sin duda dentro de la terapia familiar narrativa no se concibe el yo como una entidad estable sino como una entidad narrativa que cambia con relación al contexto presente del individuo y a las características del otro al que va dirigida la historia.

**El modelo de Milán:** éste enfoque fue desarrollado por un grupo de colaboradores que trabajaron con familias entre ellos destacan: Mara Selvini, Boscolo, Cecchin y Juliana Prata. Ésta escuela parte de la creencia de que el sistema no crea el problema sino inversamente, el problema crea el sistema. Sin embargo, el punto a tratar no es a ningún miembro de la familia, sino al juego familiar, que no es más que el conjunto de interacciones y coaliciones que se dan en torno al problema para mantenerlo.

Tanto la neutralidad como la circularidad son dos conceptos propuestos por tal modelo. Por neutralidad se entiende a la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno y de no preferir evaluación alguna. En cuanto a circularidad se refiere, a la habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares, con la finalidad de indagar el contexto y la situación familiar.

**El modelo enfoque colaborativo y los equipos reflexivos:** parte del supuesto del hecho de que la familia escuche diversas posibilidades de conceptualizar y la

creación alternativas para el manejo del mismo le ayuda a generar nuevas perspectivas acerca de su problema.

El equipo reflexivo está compuesto por varios profesionales que escuchan la conversación entre el terapeuta y la familia sin participación alguna, y al final el terapeuta le pide al equipo que converse acerca del problema planteado por la familia y ofrezca alternativas de solución.

La familia puede optar por escuchar o no la conversación del grupo reflexivo y posteriormente el terapeuta le brindará la oportunidad a cada miembro de opinar sobre lo dicho por el grupo si así lo desean.

**El modelo reflexivo:** la familia se puede considerar como un sistema en transformación constante, que evoluciona en virtud de perder su propia estabilidad y de recuperarla después reorganizándose sobre bases nuevas, ante las exigencias del ciclo vital y las demandas sociales señala Andolfi, M., (1977), que un sistema puede ser flexible o rígido; un sistema que era flexible en cierta etapa del ciclo vital, puede volverse rígido en otra etapa del mismo.

Las modificación o presiones intrasistémicas (el nacimiento de los hijos, su adolescencia, su alejamiento del hogar, la muerte de un familiar, el divorcio) o intersistémicas (cambios de domicilio, modificaciones del ambiente, profundas transformaciones a nivel de los valores de determinadas entidades corresponden a las fases evolutivas de la familia). Dichas presiones, cabe suponer que producen patología. Frente a una posibilidad de cambio que el sistema en su conjunto percibe traumática, una reacción es actuar de modo que uno de sus miembros asegure la mitigación del estrés que aquella produce y lo asegure por la expresión de una sintomatología. Entre las familias que utilizan la designación como respuesta a una demanda de cambio, se pueden distinguir dos tipos: familias en riesgo y familias con designación rígida.

En estas familias la designación es una respuesta provisional a un suceso nuevo, una tentativa de solución que no se haya vuelto definitiva. El comportamiento sintomático del miembro elegido, contribuye a canalizar sobre él la tensión en un momento particularmente riesgoso para la estabilidad del grupo familiar en su conjunto, asignándole al paciente designado una función temporaria. Si éste mecanismo de designación reversible y temporario no consigue asegurar a la familia la formación de ordenamiento estructural satisfactorio amenazará en transformarse en un mecanismo rígido. En este tipo de familia con designación rígida, el paso de un estadio evolutivo al siguiente puede ser que se perciba como catastrófico convirtiendo en una designación irreversible porque se le considere indispensable para la evolución ulterior de la familia.

De este modo un síntoma disociativo puede ser programado para enfrentar el peligro de inestabilidad del momento, o para sobrellevarlo; por ejemplo: la muerte de un progenitor y por consiguiente el vacío funcional que ese suceso puede producir. Bloqueando toda tentativa de cambio y por tanto, definitivo. (Andolfi, et; al, 1977).

## **CAPITULO II. METODOLOGÍA**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Sin lugar a duda la esquizofrenia ha sido una de las enfermedades de mayor polémica, sujeta a severas críticas peyorativas desde los tiempos más remotos hasta los actuales, es una enfermedad tan antigua como la propia existencia humana. Existen hipótesis hereditarias, ambientales, neurobiológicas (morfo-estructurales) y consumo de sustancias tóxicas, involucradas con tal trastorno.

Es importante mencionar que se han hecho incalculables investigaciones para determinar el factor desencadenante de la esquizofrenia, sin embargo, para los actuales investigadores dentro del campo de la salud mental, es aún un torrente incierto. Las investigaciones realizadas con familia están fuertemente orientadas a la participación de ésta en la génesis del trastorno mental específicamente en la esquizofrenia; sin embargo, existen pocas investigaciones al respecto, y la mayor parte de éstas están enfocadas hacia el funcionamiento y la estructura familiar, dejando de lado aspectos intrapsíquicos del individuo, por lo tanto se requieren investigaciones que integren la estructura y la psicodinámica familiar.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar factores psicodinámicos y sistémicos de una familia con un integrante diagnosticado con esquizofrenia.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar la tipología relacional familiar que establece la familia con un integrante diagnosticado con esquizofrenia.

Identificar los mecanismos de defensa, el espectro coalición-colusión, los patrones de comunicación, el control de la conducta, la individuación en el sistema (familia de origen) y individuación en el sistema (familia nuclear), con un integrante con esquizofrenia.

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Es un estudio de caso, de corte transversal – descriptivo con un enfoque cualitativo.

## **PARTICIPANTES**

Se trata de una familia Moreliana, monoparental cuyos integrantes son: madre de 59 años de edad, dos hijos varones de 33 y 24 años de edad, y la P.I. de 20 años de edad. Cuyo diagnóstico médico, lo realizó un médico psiquiatra.

## **TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

Se utilizó la **entrevista** a profundidad, tomando como base el modelo psicodinámico – sistémico de evaluación familiar.

Otra de las técnicas utilizadas fue la representación gráfica de la familia mediante el Genograma.

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Se trata de una familia nuclear compuesta por cuatro integrantes: la madre de 59 años, dos hijos varones de 33 y 24 años, y finalmente la P.I. de 20 años de edad.

La P.I. presentó sintomatología psicótica a los 17 años de edad, fue valorada en ese entonces, por un médico psiquiatra quién estableció el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, motivo por el cual fue internada durante un mes, en un hospital psiquiátrico. La P.I. tiene el antecedente de ser producto de término, con bajo peso al nacer e “ictericia”, permaneció en el hospital durante tres meses por

los motivos anteriores, no aceptó la leche materna y comía en pequeñas porciones, por rechazo al alimento.

La madre refiere que: “desde pequeña (6 años), era berrinchuda, lloraba sin motivo y tenía un carácter irascible y esto le generaba problemas escolares”; así mismo que “se deprimía con facilidad”. Cuando tenía la edad de 12 años murió el padre de “ataque al corazón”, esto resultó ser muy significativo para la familia debido a que se generó un agravamiento en la disfuncionalidad familiar. La P.I. entonces presentó “un cuadro depresivo”, manifestado por llanto fácil, aislamiento social, aislamiento e inestabilidad emocional, que ameritó atención psiquiátrica en la ciudad de México durante un año aproximadamente. Posteriormente a los 16 años, sufrió una violación sexual por parte de su jefe de trabajo; a esta misma edad sufrió adicción al tabaco y al cannabis durante tres meses aproximadamente. En ésta época presentó además “vigorexia y anorexia” (referido así por la madre), conservando en ese momento una dieta estricta y se mantenía con bajo peso el cual oscilaba entre 39 y 40 kg. A su vez presentó una lesión (debido al exceso de ejercicio) diagnosticada por su médico como traumatismo en la columna vertebral.

A los 17 años, el psiquiatra le diagnosticó esquizofrenia de tipo paranoide, manifestando la siguiente sintomatología, alteraciones del juicio, abulia, alogia, aplanamiento afectivo, alucinaciones, delirios e insomnio acentuado. En cuanto a las alucinaciones y delirios presentado manifestó delirio de grandiosidad refiriendo la madre que: “se sentía campanita y se subía a la azotea de su casa con el afán de querer volar éste evento surgió varias veces”. Por lo que está sintomatología, ameritó como ya se indicó hospitalización psiquiátrica, actualmente se encuentra en tratamiento médico-psiquiátrico; permaneciendo en el hogar sin ocupación.

Es relevante mencionar que la P.I. mostró una conservación aparente de las funciones mentales superiores, sin embargo, en cuanto al lenguaje y tipo de

pensamiento se refiere, mostró un lenguaje prolijo y precario; y en cuanto al pensamiento es de tipo concreto.

## **RELACIÓN FAMILIAR**

Dentro de los roles y las relaciones que mantienen cada uno de los miembros con el resto de familia se presentan las siguientes: primeramente las relaciones del hermano mayor; mantiene una relación distante y conflictiva con el hermano menor; con la P.I. es cercana y mantiene una alianza con el mismo, sin embargo, en ocasiones suele ser conflictiva. Éste miembro (el hermano mayor) es Licenciado en Educación, se convirtió en el proveedor instrumental y administrador de bienes materiales de la familia, heredados por el padrastro, tomó el rol parental a partir de la muerte de éste. Tiene el antecedente de ser producto de otra relación amorosa de la madre, manteniéndolo en secreto, hasta el momento de las entrevistas, dicho secreto familiar sorprendió a toda la familia, lo cual generó una confrontación significativa entre los miembros de la familia.

En lo que compete al hermano menor, la relación tanto con el hermano mayor como con la P.I. es distante y conflictiva. Este miembro (hermano menor) es estudiante de la Licenciatura en Filosofía, se mantiene aparentemente periférico en el sistema, ha presentado cuadros depresivos y un intento de suicidio.

En este mismo sentido, en cuanto a las relaciones de la madre con el resto de los integrantes de la familia se observó que, mantiene una relación distante y conflictiva tanto con el hermano mayor como con el hermano menor, la relación con el primogénito se manifiesta con mayor conflicto, sin embargo, existe una colusión entre el hermano menor y la madre en contra de la P.I.; finalmente existe una relación fusionada y conflictiva con la P.I. quien a su vez le atribuye la muerte del padre a la madre. Es importante mencionar que, la madre es ama de casa, en cuanto al ciclo vital, se encuentra en la etapa de la vejez; ha presentado cuadros depresivos y de ansiedad en varias ocasiones, resaltando los

sentimientos de culpabilidad acentuados por el padecimiento actual, de la P.I. primordialmente, enmarcados en temores acentuados durante el embarazo, por la posibilidad de que presentará “síndrome de Down”, debido a la edad, aunado al secreto y la dinámica que establece actualmente la familia.

La P.I. ocupa la centralidad en ésta estructura familiar, manteniéndose a su vez con poca consciencia de enfermedad, debido a que no asume responsablemente la ingesta del medicamento y a su vez la negación verbal y no aceptación del trastorno mental.

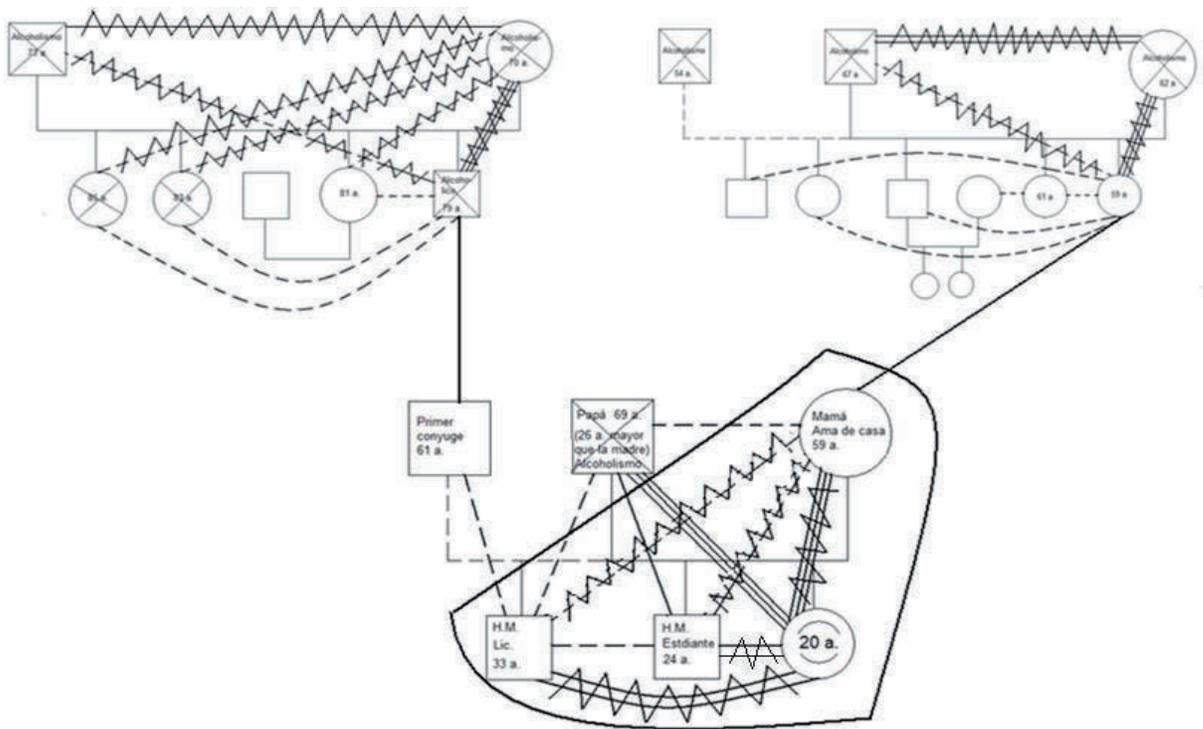
Existe poca aceptación hacia la funcionalidad familiar y poca disponibilidad de participación por parte de los integrantes de la familia.

## **COMUNICACIÓN FAMILIAR**

La comunicación que establece la familia, es paradójica, de doble vínculo. En ésta familia predomina la comunicación analógica respecto a la digital; predominando el lenguaje metafórico.

La familia de origen al parecer juega un papel significativo en la dinámica actual que establece la familia. Existen antecedentes de “enfermedad mental”, en un hermano del padre y una hermana por parte de la madre, abuso sexual de un hermano del padre hacia la madre, alcoholismo en varios integrantes de la familia de origen de ambos padres de la P.I., violencia física hacia la madre, por parte de dos hermanas del mismo, las cuales se encontraban en la etapa de la vejez. El padre de la P.I. mantuvo a la madre con su familia de origen durante un periodo prolongado hasta la llegada del hermano menor, debido a las condiciones económicas de la familia, aunado también a la ausencia del padre quien se encontraba constantemente fuera del hogar argumentado, que tanto la madre como sus hijos quedarían en un ambiente de mayor protección y seguridad en la casa de la familia de origen de éste.

GENOGRAMA



## PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo en un consultorio psicológico, se utilizaron siete entrevistas, dos por semana con una duración de una hora cada una, a través de las cuales, se revisaron los factores del modelo psicodinámico-sistémico: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen y familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, para en una etapa posterior, llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos.

### **CAPITULO III. ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se transcribieron en su totalidad en un solo texto, seleccionado y sistematizando la información enmarcada en los ejes temáticos siguientes: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen y familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta, los cuales son las categorías para el análisis de los datos, y sus conceptos.

## **CAPITULO IV. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Se trata de una familia de tipo monoparental, compuesta por cuatro integrantes. El subsistema pareja ésta compuesto únicamente por la madre, debido al fallecimiento del padre; el subsistema parental conformado por la madre, los dos hijos varones, y la paciente identificada (P.I.); finalmente el subsistema fraterno compuesto por los dos hijos varones y la P.I.; en donde existe disfunción familiar, siendo la más significativa en el subsistema parental.

Los factores psicodinámicos-sistémicos: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen y familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta; se encontraron los siguientes resultados:

### **TIEMPO DE EVOLUCIÓN**

En ésta familia existe la incapacidad para enfrentar el conflicto y la aparición de la sintomatología de sus miembros, aspecto que está relacionado con lo que señala Andolfi (1977), cuando describe que la familia se puede considerar como un sistema en transformación constante, que evoluciona en virtud de perder su propia estabilidad y de recuperarla después reorganizándose sobre bases nuevas, ante las exigencias del ciclo vital y las demandas sociales. El autor considera que un sistema puede ser flexible o rígido, teniendo en cuenta que las modificaciones o presiones intrasistémicas (el nacimiento de los hijos, su adolescencia, su alejamiento del hogar, la muerte de un familiar, el divorcio) o intersistémicas (cambios de domicilio, modificaciones del ambiente, profundas transformaciones a nivel de los valores de determinadas entidades, corresponden a las fases evolutivas de la familia) supone que éstas presiones producen patología. En ésta familia, al parecer uno de sus miembros, la P.I. asegura la mitigación del estrés que la familia le produce mediante la expresión de una sintomatología.

Se trata de una familia rígida, con una designación irreversible, cuyo comportamiento sintomático del miembro elegido (P.I.) contribuye a canalizar sobre el la tensión en un momento particularmente riesgoso para la estabilidad del grupo familiar en su conjunto, asignándole al paciente designado una función definitiva. De éste modo el síntoma disociativo, al parecer fue programado para enfrentar el peligro de inestabilidad ante la muerte del padre, y por consiguiente el vacío funcional que éste suceso trajo consigo.

### **INDIVIDUACIÓN EN EL SISTEMA (FAMILIA DE ORIGEN)**

La individuación en éste sistema familiar de origen, hace referencia a la individuación propia de los cónyuges, con el objetivo de brindar a los propios hijos una adecuada contención afectiva intrapsíquica aunado a las herramientas necesarias para que los mismos establezcan relaciones de pareja estables. Sin duda es de relevancia hacer énfasis dentro del ciclo vital de la familia en que se encuentra; la P.I. se sitúan en la fase de la adolescencia , en la adultez los hijos varones y la vejez de la madre, siendo dicho factor referente e influyente dentro de la dinámica familiar, sin embargo, no es indicativo determinante. De acuerdo con Salinas, J.L., et; al. (1992).

La pareja permanece después de la unión conyugal con la familia de origen del padre, lo cual indica que no existe individuación, con la problemática que esto conlleva manifestado primordialmente en relaciones conflictivas por parte de los integrantes de la familia del padre hacia la madre.

Se pudieron observar algunas de las conductas repetitivas de las familia de origen de ambos padres hacia la familia nuclear, como el alcoholismo y la sumisión, ya que según menciona la familia, el padre de la P.I., además de alcohólico es violento y misógino, lo cual dió origen a un ambiente familiar hostil.

## **INDIVIDUACIÓN EN EL SISTEMA (FAMILIA NUCLEAR)**

Como los patrones conductuales provienen de la internalización de las modalidades vinculares de la familia de origen, estos tienden a reeditarse en la familia nuclear.

En ésta familia existe una multidiversidad de factores que pueden influir en la conformación disfuncional.

La madre y la P.I. ocupan la centralidad en ésta familia, ejerciendo un control excesivo sobre el resto de los integrantes y manteniendo el status quo familiar patológico, limitando así la autonomía de cada uno de los integrantes.

## **ESPECTRO COALICIÓN-COLUSIÓN**

Se considera que la coalición es la unión de dos individuos que tienen intereses en común para el progreso familiar, y la colusión es el vínculo entre dos individuos cuyas limitaciones de desarrollo emocional les impide una relación sinérgica que favorezca el buen funcionamiento hacia la progresión familiar. La formación inconsciente tanto de las coaliciones como de las colusiones, son fuentes que contribuyen al funcionamiento óptimo o en su defecto disfuncional hacia el interior de la dinámica familiar. En ésta familia existen estos dos factores, la coalición manifestada entre la P.I. y el hermano mayor, favorece la funcionalidad del sistema, sin embargo, la colusión entre la madre y el hermano menor en contra de la P.I. contribuye hacia un funcionamiento defectuoso, convirtiéndose en una fuente perturbadora manteniendo así una homeóstasis patológica la cual interfiere con la propia identidad de cada uno de los integrantes. Este aspecto está relacionado a las descripciones de Haley (1980) al señalar las relaciones diádicas y tríadicas.

## **MECANISMOS DE DEFENSA**

Los mecanismos de defensa comprenden procesos inconscientes, adaptativos de naturaleza reguladora, puesto que dentro de sus funciones son: minimizar los cambios bruscos internos y externos del individuo. Estos se han clasificado bajo dos rubros: los avanzados y los primitivos (identificación proyectiva, escisión, omnipotencia), dentro de estos últimos se perfila, la estructura de personalidad de la P.I. siendo el mecanismo de defensa la escisión, el más significativo. Este se caracteriza por la negación del mundo real, creando su propio mundo, se vive ajeno a su identidad yoica, ya que es aquí en donde las pulsiones agresivas coexisten desde un principio con las pulsiones libidinales y son singularmente intensas; el objeto es parcial y se encuentra escindido, en objeto bueno y en objeto malo, debido a que, la escisión del objeto se realiza principalmente de los impulsos y su proyección, secundariamente por las características de gratificación o frustración de la relación con el objeto. En la medida que el interjuego de introyección y proyección está en el origen del yo, la escisión del objeto implica la división del yo, es por eso que la introyección del pecho malo en la P.I. niega al pecho bueno dando como resultado la madre idealizada y persecutora, debatiéndose entre el amor y el odio.

Existen además otros mecanismos primitivos como la identificación proyectiva (pensamientos omnipotentes de la paciente, hacia los otros, generando una marcada manipulación) manifestada a través del portador del síntoma (P.I.) principalmente, quien ejerce un efecto de manipulación sobre el resto de los integrantes de la familia, aprobando estos últimos los mandatos ejercidos por la P.I. quién ocupa el lugar central en la familia. Aspectos ligados con lo que describe Mara Silvini Palazolli (1985) acerca de los juegos psicóticos de la familia. La omnipotencia es otro de los mecanismos que se hace presente en la P.I. en el que se incluyen sentimientos de grandiosidad que intervienen en la disolución de los límites del yo de la P.I. y a su vez permite evitar las experiencias de separación y envidia.

Los mecanismos de defensa avanzados, entre estos, la negación está presente en la P.I. manifestada en parte, a través de las alucinaciones e ideas delirantes, mostrando una realidad distorsionada y de no aceptación ante el evento psicótico; así mismo el desplazamiento (transferir sentimientos y emociones hacia otros ajenos al origen de los mismos, sin cambiar la pulsión, ni el propósito. Manifestados en éste caso en trasladar los impulsos agresivos hacia otras personas), también está presente. Otro mecanismo manifestado es la regresión (dar la vuelta a un estadio anterior de desarrollo para evadir la realidad, conflictiva, hostil y frustrante, con el propósito de encontrar seguridad o antiguas satisfacciones y experiencias a nivel de menor madurez), situando a la P.I. en las fases oral y anal. La proyección (expulsión simbólica por la cual se percibe y representa como si estuviera fuera del yo, algo que en realidad está dentro) y la introyección (incorporación simbólica de algo externo al yo que se percibe y representa como si estuviera dentro de él puede tener como modelo experiencias orales, visuales, auditivas o manuales), también se hacen presentes.

Los mecanismo mencionados, se hacen presentes, además de lo anterior, en la familia, manifestados a través de la poca de consciencia del padecimiento tanto de la P.I. como en el resto de los integrantes. El desplazamiento se manifiesta, en conductas agresivas de la madre hacia la P.I., volcándose éstas pulsiones hacia un tercero por parte de la P.I. primordialmente hacia el resto de los integrantes de la familia. En cuanto a la regresión en ésta familia existen conductas infantiles adaptativas por parte de la P.I. y regresión hacia la etapa de la adolescencia principalmente por parte de la madre, las cuales establecen una relación simbiótica, aspecto relacionado con lo que señala Burin M., E Meller I. (2001), respecto del “muro de cristal”, considerado éste como una barrera infranqueable entre madre e hija, en el cual transcurren una lucha de poder entre las dos generaciones en éste entrecruzamiento del ciclo vital, en el que la madre se encuentra en la etapa de la vejez y la hija en la etapa de la adolescencia tardía.

La proyección mostrada en ésta familia se manifiesta mediante la angustia depositada entre cada uno de ellos, primordialmente de la madre hacia los hijos,

y a su vez también se considera que la proyección se enfatiza cuando la P.I. no puede comparar su propia realidad con otra, siendo incapaz de asumir la situación hostil en la que se encuentra y la proyecta en los otros. La introyección se hace presente mediante la internalización de las conductas de la familia de origen de ambos padres, las cuales aparentemente son introyectadas por la familia nuclear.

## **PATRONES DE COMUNICACIÓN**

Teniendo en cuenta que los patrones de comunicación son las reglas de interacción que rigen a un sistema familiar, los cuales se inician desde las primeras etapas de desarrollo mediante un proceso de aprendizaje, transacciones y negociaciones.

En esta familia se observa una comunicación paradójica, denominada de doble vínculo (Watzlawick, 1985) en la cual predomina el lenguaje analógico sobre el digital. Debido a que la madre expresaba verbalmente amor y el bienestar para cada uno de sus hijos principalmente hacia la P.I. sin embargo, corporalmente mostraba indiferencia y rechazo en el momento del acercamiento, ésta es una de las diversas conductas manifestadas, dentro del tipo de comunicación estipulada y ya anteriormente mencionada.

## **CONTROL DE LA CONDUCTA**

El control de la conducta en ésta familia es disfuncional, teniendo en cuenta que éste es el proceso mediante el cual se vigilan las reglas de interacción observadas en la conducta manifiesta de los diferentes miembros del sistema familiar; y que dicha conducta puede obedecer a patrones de naturaleza rígida, armónica, etc. Salinas, J.L. et; al. (1992), tal como fue descrito por Andolfi, M.,

(1977); la familia del paciente psicótico queda enmarcada en el interior de una familia rígida.

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES**

Se trata de una familia monoparental, disfuncional, reconstituida, rígida, con designación definitiva. Se identificó que la individuación en el sistema familiar nuclear, se ve poco favorecido por el sistema ya que el sistema familiar de origen ejerce una influencia significativa en trasmisión de patrones conductuales repetitivos disfuncionales. Las coaliciones y colusiones están presentes, predominando éstas últimas, las cuales se expresan en un conflicto familiar, con sintomatología, tanto psíquica como somática. Operan mecanismos de defensa tanto primitivos (identificación proyectiva negativa, escisión, omnipotencia) como avanzados (negación, regresión, proyección, desplazamiento e introyección), siendo el mecanismo de la escisión, el mas significativo y representativo, y como se expresó anteriormente, es característico de la estructura de personalidad del paciente psicótico. La familia establece patrones de comunicación paradójica en los que predomina un lenguaje analógico respecto al digital. La conducta obedece a patrones estructurales de naturaleza rígida y caótica. La etapa del ciclo vital por la que transita ésta familia corresponde a la adolescencia de la P.I., la vejez de la madre y la etapa de madurez de lo hijos varones, que trae como consecuencia de éste entrecruzamiento generacional una crisis vital, en la cual se hizo presente la patología, considerando que la vulnerabilidad familiar e individual al parecer son factores predisponentes en la presentación de la esquizofrenia, sin dejar de lado la interrelación existente, entre otros como: el biológico y el psicológico, ante éste padecimiento multicausal.

## **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

- ALVEANO, J., (2002). Familia, comunidad y desarrollo psicológico. México, plaza Valdez editores.
- ANDOLFI, M., (1977). Detrás de la máscara. México: Páidos.
- BELLOCH, A., SANDIN, B., Y RAMOS, F., (1995). Manual de psicopatología. Volumen 2. Madrid: McGraw-Hill.
- BLEICHMAR, S., et; al (2004). El psicoanálisis después de Freud. Argentina: Páidos.
- BLOS, P., (2001). Adolescencia. Argentina: Manual Moderno.
- BOLWBY, J., (2006). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.
- BOUCHÉ, H., (2006). Mediación y orientación familiar, área de orientación. Madrid, Dykinson.
- BOWER, T., (1983). Psicología del Desarrollo. España: Siglo XXI.
- BOWLBY, J., (1981). Cuidado maternal y amor. México: Fondo de cultura económica.
- BOWLBY, J., (1985). El apego y la perdida 2, la separación. España: Páidos.
- BOYD, A., (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. México: Manual moderno.
- CHAGOYA, (2004). Adolescencia normal. Psicoanálisis Hoy. México: Páidos.
- DE LA FUENTE, R. (2004). La familia. Psicología. México, UNAM. Internet. <http://www.unam.com>.
- DIAZ, I., (1998). Técnicas de la entrevista psicodinámica. México: Pax México.
- DICAPRIO, N.S., (1980). Teorías de la personalidad. México: Mc Graw-Hill.
- DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Másson.
- EGUILUZ, L., et; al. (2003). Dinámica de la familia, un enfoque psicológico y sistémico. México: Pax México.

EGUILUZ, L., et; al. (2004). Terapia familiar, su uso hoy en día. México: Pax México.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA. Vol II. (1991). Colombia: Grupo Océano

ERICKSON, E., (1993). Infancia y sociedad. Argentina: Editores Hormé.

ESQUIVEL, L., ARTILES, K., (2007). Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México: Manual Moderno.

ESTRADA, L., (1997). El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo.

FREUD, A., (2004). El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.

FREUD, S., (1923). El yo y el ello. Obras completas. Tomo II, Madrid: Biblioteca Nueva.

FREUD, S., (1981). Tres ensayos para una teoría sexual. Tomo VII. Obras completas. Argentina: Amorrortu.

GONZÁLEZ, J.J., (2002). La alucinación y el delirio en el mundo intersubjetivo del psicótico. Revista Aletheia. Psicología y Psicoanálisis. Mexico: IIPCS, (21).

GONZÁLEZ, M., VANDEMEULEBROECKE, L., (2001). Pedagogía Familiar. México: Trilce.

HALEY, J., (1980). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

HURTADO, F., (2007). La familia mexicana y la educación. Revista Terapia y Familia. México: Psico (1).

KOFMAN, F., (2006). Metamanagment: principios: la nueva consciencia de los negocios. Buenos Aires: Granica.

LAING, R., (1988). El cuestionamiento de la familia. México: Paidós.

LAPANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. España: Turquets.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., (2008). Diccionario de psicoanálisis. México: Paidós.

- LUETICH, A. (2002). El grupo familiar. Academia de ciencias Luventicus. Argentina. Internet. [http: www.luventicus.org/articulos](http://www.luventicus.org/articulos).
- MAIER, H. (1991). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget y Sears. Argentina: Amorrortu.
- MARTORELL, JL., PRIETO, J., (2009). Fundamentos de la psicología. México. Internet. [http: www.e-torredebabel.com](http://www.e-torredebabel.com).
- MERLE, F., (2003). Familias adictas y abusivas en recuperación. México: Pax México.
- MINUCHIN, S., (1984). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.
- MONEDERO, C., (1996). Psicopatología Humana. España: Siglo XXI.
- PAPALIA, D., WENDROKS, S., DUSKIN, R., (1999), El Desarrollo Humano. México: McGraw Hill.
- PAPALIA, D., WENDROKS, S., DUSKIN, R. (2001). Psicología del desarrollo, Colombia: McGraw Hill.
- PISSERON, S., (2000). Nuestros secretos de familia. México: Diana.
- SALINAS, J.L. et; al. (1992). Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. México.
- SCHAFFER, R. (2000). Desarrollo social. México: Siglo XXI.
- SEGAL, H. (1965). Introducción a la obra de Melanie Klein. *Buenos Aires*: Paidós.
- VELASCO, F., (2008). La psicodinámica dentro del enfoque familiar. Revista Terapia y Familia. México: Psico (1).
- VIRGINIA, S., (2002) Terapia familiar paso a paso. México: Pax México.
- WATZLAWICK, et; al. (1983). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.
- WILLICK, M. (2001). Psicoanálisis y esquizofrenia, una historia con moraleja. Revista internacional de psicoanálisis. Internet. <http://www.aperturas.org/artulos>.

WINNICOT, D. W. (1965). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador; estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.

ZURRO, M, et; al. (2003). Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Madrid España: Elsevier.