



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

***“Dinámicas Familiares Asociadas al Surgimiento de
la Esquizofrenia”.***

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autoras: Catalina Burmeister L.

Patricia Peters M.

Profesor Patrocinante: Horacio Foladori A.

Septiembre, 2006

1. RESUMEN

La presente investigación teórica se enmarca en una búsqueda por comprender las dinámicas familiares asociadas al padecimiento y desarrollo del paciente diagnosticado como esquizofrénico, intentándose problematizar la idea de familia. A partir de ello es que se pretende realizar una revisión bibliográfica y discusión en torno al aspecto grupal y social, enfatizándose las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de la esquizofrenia.

El supuesto que sostiene la argumentación a la base de la investigación se refiere a que el desarrollo de la esquizofrenia en un individuo se ve influido y representa una dinámica familiar particular en la cual se ha visto envuelto. Se parte de la idea de que el individuo no sólo se relaciona con otro, sino que se constituye a sí mismo, como sujeto, a partir de lo social. La Memoria se basa, entonces, en un concepto de enfermedad y de salud mental como fenómenos no sólo biológicos o psicológicos, sino también como expresiones de la experiencia social en la que se ve envuelto el sujeto en su desarrollo.¹

El desarrollo de la investigación se inicia con la definición del concepto de *esquizofrenia* recurriendo a los orígenes de éste, aludiendo a dos perspectivas teóricas disímiles en su concepción de sujeto y enfermedad, derivadas de las corrientes fenomenológica y positivista, y dándose cuenta además, de datos epidemiológicos que contextualizan y dan a conocer la relevancia de la problemática en cuestión.

Asimismo, se desarrolla una problematización de la idea de *grupo familiar*, recurriendo a fuentes bibliográficas que den cuenta de variables culturales, sociohistóricas y políticas, que contribuyan a la comprensión de éste como una institución social, siendo, de ese modo, cuestionada su supuesta naturalización y universalidad como unidad social básica y esencial al sujeto.

Posteriormente, se revisan los aportes hechos al estudio de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de la esquizofrenia a partir de tres perspectivas teóricas: enfoque sistémico, psicoanálisis y antipsiquiatría.

¹ Este análisis no pretende negar el papel de los factores genéticos o de aspectos intrapsíquicos, pues se concibe al sujeto como una unidad bio-psico-social.

Con el desarrollo de estas ideas se pretende llegar a una discusión respecto al modo como entender el rol de la familia en relación a la patología de uno de sus miembros y, de manera más amplia, reflexionar en torno al modo como ciertas dinámicas familiares se vincularían al contexto social que las contiene.

2. INDICE

1. RESUMEN	2
3. INTRODUCCIÓN.....	6
4. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS.....	10
I. OBJETIVO GENERAL	10
II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
IV. RESULTADOS ESPERADOS	10
5. METODOLOGÍA	11
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	11
6. MARCO TEÓRICO.....	12
I. NOCIÓN DE ESQUIZOFRENIA.....	14
Origen Del Concepto.....	14
Aproximaciones Teóricas	16
Tipos de Esquizofrenia	21
Epidemiología	22
II. CONCEPTO DE FAMILIA.....	25
III. DINÁMICAS FAMILIARES ASOCIADAS AL SURGIMIENTO DE ESQUIZOFRENIA.....	34
A. Enfoque Sistemico	34
Nocion de Esquizofrenia.....	38
Nocion de Familia	42
Familia y Esquizofrenia	47
1. Escuela de Palo Alto	48

2. Escuela de Milán	54
3. Escuela de Roma	58
4. Escuela de Heidelberg.....	63
5. Murray Bowen	68
B. Enfoque Psicoanalítico	74
Nocion de Esquizofrenia.....	77
Nocion de Familia	84
Familia y Esquizofrenia	90
C. Antipsiquiatría.....	103
Nocion de Esquizofrenia.....	105
Nocion de Familia	109
Familia y Esquizofrenia	112
7. DISCUSIÓN.....	127
8. CONCLUSIÓN.....	139
9. BIBLIOGRAFÍA	143

3. INTRODUCCIÓN

Al enfrentarse al tema de la esquizofrenia el investigador se encuentra con un trastorno cuyo origen permanece en pugna, sin encontrarse al respecto un consenso dentro de la comunidad científica. En este sentido, las intervenciones que se llevan a cabo, en general, responden a un criterio pragmático, en donde la efectividad de fármacos es evaluada por sus efectos, en lugar de responder a un criterio basado en la idea de un mecanismo específico ligado al origen de la esquizofrenia.

Asimismo, la otra idea clave dentro de la Memoria, constituida por la noción de familia, da cuenta de un concepto cuya definición no responde a un criterio consensuado. Tradicionalmente se la ha concebido como un valor supremo, la unidad social básica, universal y esencial al individuo, idea que se explicita en la constitucionalidad del Estado de Chile. Sin embargo, esta concepción es cuestionada desde algunas tendencias teóricas que relativizan su universalidad al enfatizar su aspecto social, cultural e histórico.

Ahora bien, respecto a la interrelación entre ambos conceptos, es decir, al estudio de dinámicas familiares asociadas al surgimiento de la esquizofrenia, es posible encontrar fructíferos desarrollos teóricos y prácticos, se inician alrededor de la década de 1940. A partir de la II Guerra Mundial aparece la terapia familiar como un movimiento, observándose en su desarrollo un continuo que va desde la consideración del paciente individual a la inclusión del rol de la madre (la díada) hasta integrar al triángulo y al grupo familiar completo dentro de la investigación e intervención.

Sin embargo, al revisar publicaciones actuales se detecta una gran disminución en la investigación respecto al rol de la familia en la génesis de la esquizofrenia, como también en la consideración de este aspecto en el tratamiento de los pacientes que padecen dicha enfermedad. El desarrollo de medicamentos de última generación, con gran efectividad sintomática y cada vez menos efectos secundarios, junto a la popularidad del uso de manuales categoriales como el DSM IV², ha implicado en la actualidad una considerable disminución en la investigación de factores sociales o psíquicos asociados a la

² DSM IV: cuarta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) desarrollado por la American Psychiatric Association (APA) en 1952.

esquizofrenia, acarreado una extrema biologización en la comprensión de la patología mental (Dr. Rafael Parada, comunicación personal, 22 Septiembre, 2005).

Junto a los antecedentes mencionados, el estudio de las variables familiares asociadas a la esquizofrenia se hace relevante al aparecer esta última como un problema de salud pública en el mundo entero y en Chile, en particular. Con una prevalencia de entre un 0,5 y 1%, se encuentra que un alto porcentaje de pacientes que ocupan camas de hospitales psiquiátricos corresponden a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, debiéndose enfrentar deficiencias en un sistema de salud pública y de seguridad social que ofrezca alternativas no sólo de tratamiento sino que, incluso, habitacionales para éstos, quienes generalmente son expulsados del hogar familiar. Ante el desarrollo de la psiquiatría y la extinción de pabellones de pacientes crónicos, estos pacientes frecuentemente quedan deambulando por las calles en una situación de extrema precariedad.

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

A partir de estos antecedentes y su relevancia en el quehacer del psicólogo, se pretende, por medio de una revisión bibliográfica, estudiar las nociones de esquizofrenia y de familia desde sus orígenes hasta algunos desarrollos teóricos posteriores, pasándose luego a una investigación de los aportes de autores provenientes del enfoque sistémico, el psicoanálisis y la antipsiquiatría, que han trabajado teórica y prácticamente en el tema de las dinámicas familiares asociadas a la esquizofrenia.

Un elemento del que parece pertinente hacer mención es el modo como la lectura que se hará de los aportes provenientes de las distintas teorías se verá determinado por la manera como cada una de las autoras se implica frente al problema abordado, relacionándose, de ese modo, con la motivación que llevó a cada una de ellas a escoger el tema en cuestión. En este sentido, se estima que la manera particular de relación con el problema de estudio proviene de las opciones que hemos ido tomando a lo largo de

nuestros estudios y experiencia clínica, a la vez que de variables referidas a experiencias personales, familiares, institucionales, etc. Además de ser nosotras mismas miembros de familias que, como todas, presentan dinámicas comunes a las de grupos familiares aquí descritos, hemos formado parte de instituciones como el hospital psiquiátrico, en calidad de practicantes. Tales factores juegan un rol importante en la opción del tema al cual se abocará la Memoria y, asimismo, el modo particular como nuestra revisión se desarrolla y, de ese modo, se limita.

La práctica profesional en una institución psiquiátrica, además de presentarse como una importante instancia de aprendizaje, implicó el experimentar la violencia de dicha institución a la cual autores como los antipsiquiatras aluden. Con esto se hace referencia tanto a la experiencia vivida por las autoras en una institución de particular rigidez y jerarquía, como a la observada en el trato entregado a los pacientes. En la relación con la institución psiquiátrica nos pareció que los pacientes esquizofrénicos son en general reducidos a una condición de objetos, perdiéndose su subjetividad –y cualquier grado de voluntad o validación de ésta- a partir de un diagnóstico, el cual indicaría un tratamiento que, desde la labor psiquiátrica, rara vez trasciende a la indicación farmacológica.

La opción por el tema a tratar responde entonces, en parte, a la consideración de una práctica injusta en la noción psicologizadora, individualizadora y biologicista del sujeto, según la cual éste padecería una enfermedad que excluye a su grupo inmediato o, de modo más amplio, al papel de la sociedad de la cual forma parte. Tal concepción de enfermedad mental reproduciría el fenómeno grupal, según el cual un sólo miembro sufriría la depositación de aquello que el grupo no es capaz de tolerar. A partir de esto es que surge en las autoras la inquietud por pensar y estudiar un modo distinto de aproximarse al padecimiento de pacientes psicóticos y, de modo particular, el del esquizofrénico.

Frente a los antecedentes mencionados es que cobraría importancia un movimiento integrativo que profundice en la repercusión de factores grupales, lo que acarrea un esfuerzo por lograr un conocimiento más completo del fenómeno, respondiendo a una noción del sujeto que incluya lo cultural, social, familiar, en la estructuración de éste como tal. De este modo, pretende evitarse la psicologización de las relaciones humanas,

frecuentemente dada en el campo de la psicología, que conlleva a una idea unicastalista de la génesis de los procesos psicosociales, y deja de lado una comprensión integral del sujeto. A la vez, la reflexión y problematización de la patología mental asociada a factores familiares permitiría, secundariamente, pensar en nuevos diseños de abordaje terapéutico, ya que, al no ser considerada la esquizofrenia como resultado de un sólo factor, pueden pensarse intervenciones desde diversos ámbitos.

4. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS

I. Objetivo General

- Analizar y reflexionar acerca de las dinámicas familiares que se asocian al surgimiento de esquizofrenia.

II. Objetivos Específicos

- Estudiar el concepto de esquizofrenia, en cuanto a sus orígenes, definiciones, controversias y epidemiología.
- Conceptualizar y analizar a la familia como una institución social, incluyendo el modo como ésta es concebida por la sociedad y el Estado de Chile.
- Realizar una investigación bibliográfica de los aportes entregados por los enfoques sistémico, psicoanalítico y antipsiquiátrico al estudio de las dinámicas familiares que repercuten en el surgimiento de esquizofrenia.
- A partir de la relación entre enfermedad mental y grupo familiar, discutir la función social de la familia.

III. Pregunta de Investigación

¿De qué manera influyen las dinámicas familiares en el surgimiento de la esquizofrenia?

IV. Resultados Esperados

Se espera que la investigación de los aportes de distintas líneas teóricas en torno al tema de las dinámicas familiares asociadas a la esquizofrenia dé como resultado, en primer lugar, un material que ofrezca un panorama claro y esquemático respecto al modo como, desde sus inicios, se ha estudiado el tema. A partir de la lectura y sistematización del material teórico y práctico, se espera, además, llevar a cabo una reflexión en torno al desarrollo de la subjetividad de un individuo al interior de un grupo y, particularmente, su grupo familiar. Junto con problematizar el rol de la familia, se pretende, por último, lograr una comprensión más completa del padecimiento del paciente esquizofrénico.

5. METODOLOGÍA

Tipo y Diseño de Investigación

La investigación a realizar se hará a través de un diseño cualitativo, recurriendo a la metodología de Investigación Bibliográfica o Documental, concebida como la “estrategia metodológica de obtención de información” (Valles, 1999, p. 119). Dicha revisión se efectuará con el propósito de problematizar la idea de familia al ligar sus dinámicas con el desarrollo de la esquizofrenia desde los planteamientos de tres enfoques teóricos.

La técnica empleada implicará la selección del material concerniente al contenido de la investigación, uso de los centros de documentación, confección de un fichero de lectura y la interpretación del material recopilado. Dada la orientación escogida se requerirá seleccionar material escrito de diversas áreas del conocimiento para realizar una síntesis que apunte a la consecución de los objetivos propuestos.

Así, se confeccionarán ficheros de lectura para el registro de libros o materiales escritos a utilizar, notas, resúmenes, citas y comentarios o reflexiones personales que contribuyan al desarrollo de la materia.

Respecto a la clasificación metodológica de la investigación a realizar, se puede señalar que según el criterio de finalidad se tratará de una Investigación Básica, puesto que se dirige principalmente a conocer, comprender y explicar las dinámicas familiares asociadas al cuadro esquizofrénico y la interrelación entre el paciente y su familia entendida desde diversos enfoques teóricos. A la vez, se trata de una Investigación Descriptiva e Interpretativa de revisión teórica, puesto que se explicarán, describirán y conocerán distintos componentes de los fenómenos a estudiar. Además, la investigación corresponderá a un estudio cualitativo, orientado a describir el sentido y significado de dicho fenómeno social. Finalmente, se tratará de una investigación de naturaleza Documental basada en la revisión de distintas fuentes bibliográficas.

6. MARCO TEÓRICO

La base teórica a partir de la cual se desarrolla la Memoria consistirá en la revisión de algunas ideas claves dentro del problema de las dinámicas familiares que repercuten en el surgimiento de esquizofrenia en un individuo.

Se comienza haciendo una revisión del concepto de esquizofrenia, para luego estudiar la concepción de familia, investigándose, finalmente, los principales postulados de autores provenientes de la teoría sistémica, el psicoanálisis y la antipsiquiatría que establecen respecto a la familia en relación a la esquizofrenia.

Junto con revisar algunos antecedentes y postulados básicos de estos enfoques, se pretenderá discernir el modo como definen la esquizofrenia, su concepción de familia y su descripción de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esta patología.

La opción por los tres enfoques teóricos mencionados radica en el hallazgo de que dentro de ellos se encuentran las investigaciones más fecundas en relación a la problemática de la familia asociada a la esquizofrenia, acarreado mayores repercusiones dentro del conocimiento que actualmente se tiene respecto al tema. Si bien es posible encontrar aportes efectuados desde otros enfoques, como sería la escuela experiencial, con Virginia Satir y Carl Whitaker, éstos aparecen de modo más bien aislado y sin redundar en un movimiento familiar que se generalice al interior de ellos.

Por otra parte, el criterio mediante el cual han sido escogidos determinados autores dentro de la antipsiquiatría, la escuela sistémica y la psicoanalítica, se basa en que la lectura de éstos evidencia un trabajo tanto teórico como práctico en torno al tema de la familia en relación con la etiología de la esquizofrenia. De esta manera, los autores que no han trabajado directa y explícitamente en el problema a investigar serán revisados únicamente con el objetivo de contextualizar la lectura o, de modo general, contribuir a la comprensión de las teorías propuestas por los distintos enfoques.³

³ La justificación a dicha opción metodológica radica en el carácter bibliográfico de la investigación que se pretende llevar a cabo.

Por último, cabe agregar que la revisión buscará una consistencia teórica interna, enmarcándose en determinadas líneas teóricas que orientarán el cauce a tomar por la investigación.

I. Noción de Esquizofrenia

En el esfuerzo por definir el concepto de *esquizofrenia*, se hace necesario recurrir a los orígenes de éste, a dos aproximaciones teóricas que abordan de distinta manera este cuadro psicopatológico y al sujeto esquizofrénico, y, finalmente, la revisión de datos epidemiológicos que dan cuenta de la magnitud de la problemática a la que se refiere la presente Memoria, para poder, así, comprender este fenómeno desde diversas perspectivas teóricas, relevante de abordar para un cuestionamiento actual.

Origen del Concepto

La idea de psicosis resulta polémica desde sus inicios. En un comienzo era entendida como un proceso relacionado con una posesión divina, siendo considerada recién en el siglo XVIII como un problema médico. Es en este punto donde el psicótico pasó a ser objeto de estudio. Así la psiquiatría intentó transformar racionalmente los síntomas en signos objetivos, dando lugar a la intervención e investigación neurofisiológica y la psicofarmacología.

Desde principios del siglo pasado dentro de las clasificaciones psiquiátricas se han desarrollado definiciones cada vez más específicas de los cuadros psicóticos, variando incluso los nombres que se le han dado hasta los diversos síntomas asociados para dar a conocer su evolución. Cabe en este momento mencionar a dos de las figuras claves en la historia de la esquizofrenia: Emil Kraepelin y Eugen Bleuler.

Kraepelin (1896) usó el término *demencia precoz*⁴ para definir una enfermedad caracterizada por cursar con un deterioro de la personalidad distinto al de la demencia orgánica, síntomas clínicos comunes de alucinaciones y delirios y con comienzo en la juventud o primeras etapas de la vida adulta.

Además, el psiquiatra alemán incluyó a la demencia precoz dentro de la clasificación de las "psicosis funcionales", distinta de las "psicosis orgánicas" (Belloch,

⁴ Expresión con que latiniza el término *démence précoce* introducido por el psiquiatra francés Benedict A. Morel (1809-1876), para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

Ramos & Sandín, 1995), y, dentro de ellas, la diferenció de la psicosis maníaco-depresiva, que presentaba un curso intermitente y síntomas afectivos claros.

En su descripción sintomatológica de la demencia precoz, Kraepelin destacó alteraciones emocionales, del pensamiento, de la atención, negativismo, conductas estereotipadas y presencia de alucinaciones.

Al observar la heterogeneidad de los pacientes, distinguió subtipos de la demencia precoz dependiendo de los síntomas que se presentaran. Así propuso los tipos Paranoide, Catatónica, Emocional y Hebefrénica (Belloch et al., 1995).

Sin embargo, estos planteamientos fueron objetados puesto que no siempre había un deterioro progresivo ni un comienzo precoz⁵. Además, los subtipos eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico resultaba poco fiable y meramente descriptivo.

Posteriormente, Bleuler (1911) introdujo el término *esquizofrenia* para sustituir al de demencia precoz debido a las críticas ya mencionadas respecto a la inexactitud del concepto en cuanto a su descripción original. El término esquizofrenia significa “mente dividida” (escindida), aludiendo a una mayor relevancia a la fragmentación de la personalidad, por encima de la evolución del cuadro (considerándose así más importante el estudio transversal de los síntomas que su curso y desenlace). Bleuler planteaba como fundamental la escisión del pensamiento, emociones y conductas de los pacientes afectados, con un buen rendimiento de las diferentes funciones psicológicas que fallaban al funcionar en conjunto. Para explicar su teoría sobre este “cisma mental” describió *síntomas primarios o fundamentales*, es decir, las cuatro A (Silva, 1993): 1) *Trastorno de la Asociación*: hay una pérdida en la continuidad de las asociaciones, produciéndose un pensamiento ilógico, confuso, extravagante, incorrecto y quebrado. Además, se observa la detención brusca del flujo del pensar conocida como “obstrucción” o “bloqueo” del pensamiento; 2) *Trastorno de la Afectividad*: en un comienzo suele haber hipersensibilidad, por lo que el sujeto tiende a aislarse deliberadamente para evitar todo aquello que pueda suscitarle emociones. Es frecuente que éste se muestre indiferente frente a situaciones

⁵ Kraepelin replanteó sus supuestos y reconoció que en un 13% de los casos no se presentaba degeneración, así como tampoco se daba un comienzo precoz en todos los pacientes, no obstante nunca dejó de sostener que correspondía a una disfunción cerebral (Belloch et al., 1995).

emocionalmente cargadas. La capacidad de evocar emociones se mantiene, no obstante, surge una pérdida en la coherencia de la manifestación y modulación afectiva, siendo frecuente la aparición de paratimias y paramimias⁶; 3) *Ambivalencia*: hay una tendencia a otorgarle un doble sentido a los contenidos psíquicos, surgiendo, por ejemplo, sentimientos agradables y desagradables respecto a algo o alguien simultáneamente, o bien, puede querer y no querer hacer algo, afirmar y negar hechos, etc.; y 4) *Autismo*: hay un predominio de la vida interna del sujeto y un desapego de la realidad, al punto que “ni la evidencia ni la lógica tienen influencia alguna sobre sus esperanzas e ideas delirantes” (Silva, 1993, p. 44).

Bleuler propuso además a las alucinaciones e ideas delirantes como *síntomas secundarios* o *accesorios*, que son inespecíficos, pueden no presentarse y es posible encontrarlos en otros trastornos como la psicosis maniaco-depresiva.

Aproximaciones Teóricas

Una vez revisado el origen del concepto de esquizofrenia y el modo como sus precursores entienden dicho cuadro psicopatológico, se procederá a revisar dos escuelas teóricas de las cuales se desprenden modos distintos de concebir dicho cuadro, basadas en una concepción disímil tanto del sujeto, la realidad y del conocimiento para aprehender a éstos. Tal digresión se hace imprescindible al considerar que los modos actuales de abordar los trastornos esquizofrénicos, derivan de dichas escuelas. Se hará referencia a la perspectiva categorial y, en segundo lugar, a la psiquiatría fenomenológica.

La corriente norteamericana fundada en la tradición positivista, se basa en la idea del empirismo como medio para aprehender la realidad, con un esfuerzo por aproximarse al objeto de estudio –en este caso la psicopatología– de modo objetivo y consensuado. Para tal fin, hace uso de una serie de categorías a partir de las cuales busca objetivar la experiencia del paciente. De ese modo se enfatiza el plano descriptivo, evitándose hacer atribuciones etiopatogénicas o inferencias desde una teoría en particular. Se da mayor importancia a la especificidad en los criterios diagnósticos, a los que se llegaría por consenso universal.

⁶ La primera alude a una “disociación de la respuesta emocional en relación a la experiencia que en ese momento vive o siente el paciente, surgiendo como incongruente con ella” (Caponni, 2000, p. 128), mientras que la segunda hace referencia a expresiones mímicas defectuosas o inapropiadas, que no se corresponden con la idea o estado emocional que quiere expresar el enfermo.

Entre los méritos que presenta este sistema clasificatorio se describe el que entrega un lenguaje común para hablar de los cuadros psicopatológicos. Sin embargo, se considera que tal logro es posible en desmedro de una serie de limitaciones que se imponen en la aprehensión de la experiencia del paciente. La comprensión del padecer del sujeto a partir de categorías consensuadas hace necesario reducir la experiencia de éste a un conglomerado de síntomas observables y descriptibles por otro. De este modo, se deja fuera la experiencia subjetiva del paciente (y la de quien lo examina), haciéndola coincidir con categorías establecidas a partir de una norma externa a él. A esto se agregan consecuencias desde la “Teoría del Labeling”⁷, por los efectos que traería en una persona al ser descrita a partir de un estereotipo. Los diagnósticos categoriales “son utilizados para bajar la angustia del examinador, rotulándose al paciente con una terminología de fuerte carga social, que afecta tanto a éste como a quienes lo rodean” (Alvarado, 15 mayo, 2000).

Uno de los sistemas categoriales de clasificación diagnóstica es el conocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana, el cual propone a la esquizofrenia como una alteración que persiste al menos seis meses e incluye al menos un mes de la fase activa. Para su diagnóstico se excluye a los pacientes con algún tipo de factor orgánico, así como también la ingesta de drogas y la presencia de alguna lesión focal. Asimismo, se requiere que dos o más de los síntomas característicos se presenten durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito). Los síntomas característicos que se describen son (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 1995): 1) ideas delirantes; 2) alucinaciones; 3) lenguaje desorganizado (por ej: descarrilamiento frecuente o incoherencia); 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado⁸; y 5) síntomas negativos⁹.

En el DSM IV se describen cinco subtipos de esquizofrenia de acuerdo con la sintomatología presentada. Los subtipos son: Paranoide, Desorganizada, Catatónica, Indiferenciada y Residual.

⁷ La teoría del Labeling o de las Etiquetas Sociales, cuyo máximo exponentes es Thomas J. Scheff, plantea que son los estereotipos sociales y culturales los que crean la enfermedad mental.

⁸ Estas cuatro manifestaciones son llamadas *síntomas positivos*, puesto que corresponden al exceso o distorsión de las funciones normales.

⁹Síntomas negativos: disminución o pérdida de las funciones normales, siendo estos el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia (APA, 1995).

Así como la Asociación Psiquiátrica Americana desarrolló el DSM, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), la cual es utilizada en Chile como criterio diagnóstico en los Servicios de Salud.

Respecto al trastorno esquizofrénico, en la CIE 10 se identifican principalmente distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones (embotamiento y/o falta de adecuación). La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual se conservan, aunque en etapas tardías y avanzadas del cuadro pueden presentarse déficits cognoscitivos. Se ven comprometidas las funciones esenciales del vivir, implicando alteraciones en la experiencia de la propia individualidad, singularidad y dominio del sí mismo. De este modo, el sujeto esquizofrénico cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros, pudiendo presentar ideas delirantes sobre la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de intervenir, a menudo de forma bizarra, en sus actos y pensamientos. Resultan así, usuales las alucinaciones auditivas, es decir, la presencia de voces que comentarían la propia conducta o pensamientos del enfermo (OMS, 1992).

En esta clasificación diagnóstica se describen seis subtipos de esquizofrenia, los cuales son: Paranoide, Hebefrénica, Catatónica, Residual, Indiferenciada y Simple.

Por otra parte y desde una perspectiva teórica distinta aparece la tradición fenomenológica en psicopatología. Ésta se remonta a una corriente filosófica surgida en el siglo XIX, con Edmund Husserl y, posteriormente, su alumno Martin Heidegger. Husserl se rebela contra el empirismo y el racionalismo reinante en su época, fundando el método fenomenológico, “cuyos pilares fundamentales son los conceptos de *reducción fenomenológica e intencionalidad* de la conciencia” (Caponni, 2000, p. 44).¹⁰

La psicopatología fenomenológica está indiscutiblemente ligada a Carl Jaspers (1913), cuyo planteamiento va a dar una pauta respecto de cómo ver los fenómenos mentales: captar la esencia yendo más allá de lo accesorio. “La aprehensión de la experiencia subjetiva del paciente constituye el aspecto más propio del método

¹⁰ La reducción fenomenológica deja al investigador como mero observador, buscando alcanzar el conocimiento intuitivo de la esencia por sobre la apariencia, mientras que la intencionalidad hace referencia a la interrelación de un yo dirigido a un objeto, que se constituye como vivencia, siendo el sujeto inseparable de los objetos

fenomenológico en psiquiatría, y al mismo tiempo, el más controvertido” (Capponi, 1998, p. 45). Tal rasgo contrasta con la descripción de hechos y acontecimientos externos al fenómeno (síntomas y signos) a la que se restringiría el modelo categorial recientemente expuesto. En otras palabras, la psicopatología fenomenológica implica un paso de lo aparentemente objetivo (la expresión y la conducta), a lo subjetivo (experiencias interiores del paciente). En lugar de describir o explicar los fenómenos, la fenomenología busca la comprensión de éstos. En el caso de su aplicación a la psicopatología, se perseguiría, entonces, comprender el comportamiento, el cual es entendido como la experiencia humana. Como señala el psiquiatra Wolfgang Blankenburg “el objeto de la psicopatología no es captable suficientemente por la vía descriptiva; para su aprehensión es necesaria también la perspectiva dinámica” (1983, p. 178).

Asimismo, también dentro de la postura fenomenológica, cabe mencionar al discípulo de Bleuler, Eugene Minkowski (1920), quien introdujo una concepción filosófica de tipo reflexiva en torno a las enfermedades mentales y en especial respecto a la esquizofrenia, siendo esencial en ésta la “pérdida del contacto vital con la realidad” (Silva, 1993, p. 52). El proponer que el trastorno fundamental en la esquizofrenia tiene que ver con una ruptura del contacto vital, implica el quiebre del lazo social y, así, para este psiquiatra y fenomenólogo “lo crucial ya no es ‘ser enfermo’ sino ‘ser diferente’ (...) pensar lo humano requiere privilegiar lo cualitativo. [De ahí] la importancia (...) del caso clínico, de lo particular” (Mahieu, 2005, 27).

En consecuencia con lo descrito, se observa claramente que el modelo de enfermedad mental propuesto por la psiquiatría fenomenológica se diferencia de manera considerable del preponderante en la psiquiatría norteamericana. En relación a la esquizofrenia, la psicopatología fenomenológica señala que se trata de un trastorno de carácter procesal puesto que deviene “algo nuevo y heterogéneo frente a la antigua línea de desarrollo de la personalidad, (...) [resultando incomprensible puesto que] la actividad psíquica del esquizofrénico no aparece coherente al observador” (Roa, 1981, p. 198) y, en consecuencia, deja un estado defectual en el individuo debido a que cursa en brotes, vale decir, “después de un brote el sujeto no vuelve a ser el mismo, se genera un deterioro del funcionamiento premórbido del individuo, produciéndose un cambio en su biografía,

quedando alterado su funcionamiento psíquico y disminuyendo sus potencialidades” (Ivanovic, 11 Abril, 2002).

Un aspecto relevante observado en el cuadro esquizofrénico es la presencia de trastornos en el contenido del pensamiento, específicamente la aparición de ideas delirantes que son “juicios de realidad patológicamente falseados” (Capponi, 2000, p. 101) y que Jaspers describe como apodípticas, incorregibles y absurdas, puesto que para el sujeto estas ideas poseen una certeza subjetiva tal que las afirma sin admitir influencias claras y evidentes de la experiencia ni de conclusiones irrefutables, siendo su contenido imposible.

Con respecto a la personalidad previa a la aparición del trastorno esquizofrénico (Téllez, 1975), en un gran número de casos, ésta se ha caracterizado por la pérdida del contacto con el medio y la realidad, en ocasiones asociado a una timidez, y en otras, a una indiferencia y desinterés por el ambiente. Los movimientos y expresiones aparecen como poco naturales e inadaptados, en un estilo rígido, brusco y amanerado. El sujeto presenta un pensamiento subjetivo de gran profundidad, destacando un alto nivel de análisis y abstracción, ligado a una afectividad contenida e intransigente, que abruptamente se ve interrumpida por cambios caprichosos de la ideación. Es frecuente que en la niñez el sujeto se haya destacado por un estilo sobreadaptado, mostrando siempre buena conducta, rigurosidad en el cumplimiento de obligaciones escolares, retraimiento y frialdad afectiva, con cierta tendencia a la reflexión de tipo existencialista.

Como resultado, el sujeto esquizofrénico se siente gobernado por una fuerza externa que lo hace perder la soberanía de sí mismo, percibe como extraños su cuerpo y su propio ser, presenta dificultad en distinguir lo real de lo irreal y lo propio de lo ajeno, todo esto comandado por una certeza absoluta e irrefutable que lo pone ante los ojos de quienes lo rodean como un individuo con ideas y actos incomprensibles, de difícil contacto y entendimiento. De esta manera, las funciones esenciales del vivenciar se muestran alteradas, lo que implica un compromiso de la experiencia de la propia individualidad, singularidad y dominio del sí mismo. Entre los síntomas característicos se encuentran aquellos que alteran las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y síntomas negativos.

Tipos de Esquizofrenia

En razón a los planteamientos expuestos sobre el concepto de esquizofrenia en las aproximaciones teóricas revisadas, cabe mencionar y describir cinco formas clínicas de la esquizofrenia según la sintomatología predominante, el curso y la evolución del cuadro (Ivanovic, ayudantía M. Paulus, 11 Abril, 2002). Los subtipos son:

1. *Esquizofrenia Paranoide*: la sintomatología dominante está compuesta por ideas delirantes autorreferentes (ideas persecutorias, hipocondríacas y de grandeza) y pseudopercepciones con dominio auditivo, a la vez, las desorganización psíquica es menor puesto que las ideas están estructuradas. Se da un pensamiento de tipo autista.

2. *Esquizofrenia Catatónica*: se caracteriza por sintomatología motora, como por ejemplo movimientos estereotipados, flexibilidad cerea y excitación catatónica (movimientos bruscos).

3. *Esquizofrenia Hebefrénica*¹¹: se caracteriza por comenzar generalmente en la adolescencia y presenta una riqueza de síntomas accesorios: conducta pueril y extravagante, amaneramiento en los modales, lenguaje rebuscado y rimbombante. La presencia del pensamiento disgregado conlleva consecuentemente una actitud negligente, impertinente y fracaso escolar. Se observan, además oscilaciones en el plano anímico que avanzan hasta un deterioro de la personalidad del sujeto.

4. *Esquizofrenia Simple*¹²: resulta difícil de diagnosticar puesto que cursa sin síntomas accesorios. Se registra una actitud indiferente, falta de iniciativa y aplanamiento afectivo. La evolución del cuadro es lenta, el sujeto está cada vez más hostil, alejado de sus familiares y amigos y abandona paulatinamente sus obligaciones sociales. El paciente consulta por sintomatología variada (hipocondría, cefaleas, problemas de memoria, etc.), pero de manera inconsistente con la gravedad real del malestar que le aqueja.

¹¹ Denominada como *esquizofrenia desorganizada* en el DSM IV.

¹² Denominada como *esquizofrenia residual* en el DSM IV.

5. *Esquizofrenia Cenestésica*: se caracteriza por la presencia de síntomas motores y sensitivos y alteraciones de la vida afectiva. Suelen presentarse distimias fásicas, alternando emociones opuestas. Las alucinaciones suelen tener relación con la corporalidad.

Epidemiología

Luego de haber revisado modelos de enfermedad mental predominantes en la práctica psiquiátrica de la actualidad, así como sus antecedentes teóricos, se estima necesario presentar algunos datos epidemiológicos del cuadro esquizofrénico, que dan cuenta de la realidad actual de este trastorno.

Respecto a la incidencia de la esquizofrenia, ésta sería de 0,0001%. Un estudio de la OMS descubrió una variación mínima en la incidencia de la enfermedad en países de todo el mundo, con tasas muy similares tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Por otra parte, la prevalencia de la esquizofrenia es de un 0.5 a 1 % en la población mundial. A diferencia de lo que ocurre con la incidencia, la prevalencia de la esquizofrenia varía sustancialmente en todo el mundo, con cifras inferiores en las poblaciones de países en vías de desarrollo o zonas rurales que en las de países desarrollados o áreas industrializadas. A la vez, los enfermos tienden a ubicarse más en los estratos sociales bajos (Asociación Mundial de Psiquiatría [AMP], 2000). En los registros del Ministerio de Salud de Chile (2004) se señala que la esquizofrenia afecta al 1% de las personas en algún momento de la vida, donde cerca de 2/3 de los casos tiene una evolución prolongada, y alrededor de 1/3 desarrolla importantes grados de discapacidad psicosocial y laboral.

Incluso en los países con baja prevalencia, la esquizofrenia es con frecuencia un problema importante de salud pública debido a su gravedad, carácter crónico y discapacidad que causa. Según la OMS, ésta se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años (AMP, 2000).

En relación al comienzo de la enfermedad, en general es en la adolescencia o en la juventud, con una edad media de entre los 15 y 35 años (con infrecuente aparición tardía, después de los 45 años). En algunos casos, el inicio es gradual, en el transcurso de meses o

de años, pero también puede presentarse repentinamente, en horas o días (AMP, 2000). El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual, o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y conductas extrañas.

En los familiares de primer rango de sujetos esquizofrénicos el riesgo de padecer este trastorno es de 5 a 10 veces mayor comparado con la población general. En los gemelos monocigotos la concordancia es de 50%. No obstante, aún no se ha localizado ningún genotipo específico para la esquizofrenia. Los estudios efectuados hasta ahora avalan el factor genético como una posible etiología de este trastorno, pero no explican por sí solos su modo de presentación.

En el Programa Esquizofrenia Abre las Puertas de la Asociación Mundial de Psiquiatría (2000) se señala que el resultado final de la enfermedad es variable en cuanto a su gravedad. Para evaluar el curso y el pronóstico de la esquizofrenia, deben tenerse en cuenta las diferentes manifestaciones de la enfermedad y los factores biográficos (síntomas negativos y positivos, discapacidad y deterioro funcional, condiciones de vida y de trabajo y satisfacción subjetiva con la situación vital). También influye el grado de aceptación en la familia, el trabajo y la sociedad en general, aceptación usualmente baja debido a la estigmatización asociada con el trastorno.

En síntesis y para finalizar, la esquizofrenia es un trastorno psicótico que cursa sin compromiso de conciencia y que presenta alteraciones en múltiples funciones cognitivas, afectivas y motoras, caracterizándose por la presencia de brotes y por el deterioro en la personalidad del sujeto, pudiendo afectar gravemente su interacción con el mundo externo.

Desde fines de 1800 diversos autores se han preocupado por el estudio, la descripción y categorización de los síntomas y fenómenos observados en dicha patología mental, entre ellos, dos figuras claves son E. Kraepelin y E. Bleuler. De sus proposiciones surgieron líneas de desarrollo teórico muy disímiles respecto al abordaje del cuadro esquizofrénico.

De esta manera, se ha revisado, por un lado, la vertiente médica y científicista que puso énfasis en una clasificación más exacta y descriptiva de los síntomas esquizofrénicos,

con el fin de facilitar el diagnóstico riguroso e implementar un lenguaje común al respecto. Desde esta perspectiva teórica surgen las clasificaciones diagnósticas de las enfermedades mentales usadas en la actualidad a lo largo de todo el mundo: el DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud).

Por otro lado, aparecieron aquellos psiquiatras que enfatizaron en la necesidad de una comprensión de los fenómenos observados en la esquizofrenia, preocupándose mayormente por entender al sujeto y su vivenciar, captando la esencia de los fenómenos mentales y de la experiencia subjetiva. Esta es la corriente fenomenológica en la que destacan figuras como E. Husserl, C. Jaspers, E. Minkowski, entre otros.

II. Concepto de Familia

La concepción de familia a partir de la cual se desarrollará la presente Memoria proviene de la concepción de ésta como una Institución, en el sentido que el sociólogo y psicoanalista francés Rene Lourau le da al término.

La noción de institución articulada por Lourau (Lourau, 1970 citado en Foladori 2004), recoge, por una parte, la propuesta de Durkheim, en la cual las instituciones son hechos sociales, son objetivas y forman parte del orden social, haciendo referencia a lo jurídicamente instituido, aquello que aparece como permanente en una institución. Por otro lado, el autor recoge el enfoque fenomenológico, que sostiene que la institución es una idea, una imagen, que en tanto tal, está en la mente de la gente. Lo que vemos en el mundo social es la realización de una idea, la forma como la sociedad la ha plasmado. Así, se desprende que Lourau entiende la Institución como algo dinámico y dialéctico. Como un proceso sobredeterminado por variables culturales, sociohistóricas y políticas.

En relación a esta idea, y siguiendo a Gabriel Eira (2001), se hace evidente el modo como la producción de determinados modelos (o tipologías) respecto a la institución familiar tienden a naturalizarse, lo cual puede llevar a confundir este nivel institucional con el del grupo familiar. Al respecto, el autor diferencia La Familia (como institución) de una familia en concreto, observando una tendencia a confundir ambos niveles del concepto, con lo que “el nivel abstracto (la institución) queda sepultada tras el nivel empírico (el grupo familiar)” (Eira, 2001, 2). Visto de esta forma, es que una aproximación al concepto de familia exige revisar la transformación de las distintas organizaciones que ha tomado el grupo familiar antes que de la institución en sí.

La reflexión sobre la institución familiar hace necesario, entonces, integrar elementos antropológicos, políticos, sociales, jurídicos, que llevan a una concepción distinta que aquella restringida sólo al plano psicológico.

Las investigaciones antropológicas se acercan al tema de la familia mediante el estudio comparativo de ésta en sus manifestaciones en diferentes culturas a través de la historia del ser humano. Para efectos de esta Memoria, se revisarán aportes al estudio

antropológico de la familia que lo aborda desde una perspectiva crítica, cuestionadora de la universalidad de ésta, así como también de su idealización. Tales son los aportes extraídos de Lévi-Strauss, Engels, Gough y Spiro.

A lo largo del planteamiento del antropólogo Claude Lévi-Strauss (1956), puede rescatarse como idea fundamental la comprensión de la organización familiar como un fenómeno condicionado por variables sociológicas y culturales, más que por tendencias biológicas que darían un concepto absoluto y estático al respecto. El autor cuestiona las ideas del Evolucionismo Biológico, según el cual nuestras instituciones corresponderían a etapas más avanzadas de evolución de la humanidad, apoyándose en hallazgos que muestran la presencia de la familia conyugal monogámica en los dos extremos de la escala de evolución. A la vez, señala que los tipos de organización que más lejanos parecen a la familia conyugal no se dan en sociedades salvajes y arcaicas, sino en formas de desarrollo social relativamente recientes y extremadamente elaboradas. Asimismo, Lévi-Strauss cuestiona al tipo conyugal de familia como derivado de una necesidad humana universal, lo que avala con la existencia de algunas agrupaciones que, aunque escasas, constituyen excepciones a tal modalidad. A partir de tales antecedentes es que el autor plantea que el tema de la familia no debe ser tratado dogmáticamente.

En consecuencia, Lévi-Strauss concibe la organización familiar como un fenómeno dinámico y complejo. Según él, las necesidades económicas serían primordiales en todas las relaciones sociales y, por consiguiente, en la constitución de la familia conyugal, antes que determinantes biológicos o, más específicamente, sexuales. De esta forma, sería la división sexual del trabajo lo que convertiría al matrimonio en una necesidad fundamental en sociedades tribales (lo que a su vez, instituye un estado de dependencia recíproca). El autor distingue entre el *hecho* de que la división sexual del trabajo sea prácticamente universal, y el *modo* como distintas actividades son otorgadas al hombre o a la mujer, recalcando la importancia decisiva de elementos culturales y artificialidad reinante en la organización de la familia.

Para abordar el problema de la definición de la familia, el autor construye un modelo ideal respecto a como entiende el concepto cuando hace uso de él. Sostiene que la

palabra *familia* “sirve para designar un grupo social que posee, por lo menos, las tres características siguientes: 1) tiene su origen en el matrimonio; 2) está formado por el marido, la esposa y los hijos(as) nacidos del matrimonio, aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear; 3) los miembros de la familia están unidos por a) lazos legales, b) derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo y c) una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, etc.” (Lévi-Strauss, 1974, p. 17).

También desde el estudio antropológico, Federico Engels (1891), reflexiona sobre el fenómeno de la familia, en su libro *El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. El autor reconoce la existencia a lo largo de la historia humana de una serie de formas de familia que están en contradicción directa con las admitidas hasta ahora como únicas valederas, propuesta que avala con una descripción de hallazgos antropológicos de grupos familiares desde tiempos más primitivos hasta la era actual.

A partir de su relación con distintos estadios de desarrollo cultural, el autor categoriza diversas formas de agrupaciones familiares. De tal modo, en el estadio *salvaje*¹³ prevalecería el matrimonio por grupos, lo que implicaba necesariamente el reconocimiento exclusivo de la filiación femenina, pues no podía saberse con certeza quién era el padre de las criaturas. Dentro de esta etapa, se describen dos tipos de organizaciones familiares:

- 1) *Familia Consanguínea*: Descrita como la primera etapa de la familia, consistente en grupos conyugales clasificados por generaciones (todos los miembros de una generación son maridos y mujeres entre sí).
- 2) *Familia Punalúa*: se constituye como el primer progreso en la organización de la familia, consistente en excluir primero a padres e hijos del comercio sexual recíproco, pasándose luego a dejar fuera también a los hermanos. Tal reducción de los intercambios sexuales permitidos influye en la escisión de las viejas

¹³ Etapa caracterizada por la apropiación de productos naturales enteramente formados como actividad predominante, a la vez que por la invención de las primeras herramientas de caza, lo que incide en el asentamiento de las primeras aldeas.

comunidades domésticas y en la formación de otras nuevas que no coincidían necesariamente con el grupo de familias.

Al pasar del estadio salvaje a la *barbarie*¹⁴, la progresiva reducción del círculo de vínculos sexuales permitidos, lleva a que las uniones grupales sean reemplazadas por una nueva forma de agrupación familiar.

- 3) *Familia Sindiásmica*: organización en la cual se establece el vínculo entre un hombre y una mujer, formándose parejas conyugales por un tiempo variable. Se mantiene, sin embargo, la poligamia y la infidelidad ocasional como un derecho para los hombres (aunque poco practicado, por razones económicas). A la mujer se le exige fidelidad absoluta mientras dure la vida en común, pudiendo, no obstante, disolver fácilmente el vínculo conyugal y perteneciéndole, como antes, los hijos a ella. Esta forma de familia, demasiado débil e inestable por sí misma para hacer sentir la necesidad o, al menos, el anhelo del hogar particular, mantiene el hogar comunitario propio de la fase anterior.

Con el desarrollo de un nuevo tipo de organización social, basado en la acumulación de riquezas y que llevaría al surgimiento de la propiedad privada, nace la etapa de la *civilización*¹⁵. Engels señala como uno de los síntomas de la llegada de esta última etapa al nuevo tipo de organización familiar:

- 4) *Familia Monogámica*: presenta una mayor solidez de los lazos conyugales, que ya no pueden disolverse por deseo de las partes. Su surgimiento se asocia a una serie de factores culturales ligados, en gran parte, al nuevo sistema económico. Gracias a los avances tecnológicos logrados por el hombre y la acumulación de riquezas que estos conllevan, los bienes pasan a ser propiedad de la familia y ya no del clan. El hombre, entonces, comienza a ocupar la posición más importante y, además, promueve el reemplazo de la filiación femenina por una masculina y el derecho hereditario paterno. El autor señala a la familia romana como el tipo perfecto de esta

¹⁴ Fase en la que se identifica una acción más activa de los pueblos sobre los productos naturales, a través de formas definidas y organizadas de trabajo, como la ganadería y la agricultura, incidiendo esta organización en la estructuración de los roles de los sujetos y, de ese modo en las relaciones sociales.

¹⁵ Etapa en la cual el hombre logra crear productos artificiales a partir de materias primas naturales, perfeccionándose y especializándose el proceso del trabajo.

forma de familia, en la cual los rasgos fundamentales serían la incorporación de los esclavos y la potestad paterna.

A partir de estos antecedentes es que se entiende el origen del concepto familia como algo distinto al modelo idealizado que prevalece en la actualidad. Al comienzo, entre el pueblo romano, *Famulus* significaba esclavo doméstico y *Familia* se refería al conjunto de esclavos pertenecientes a un mismo hombre. Con el tiempo, los romanos asignan esta expresión a un nuevo organismo social, cuyo jefe que tiene bajo su poder a su mujer, sus hijos y un cierto número de esclavos, con patria y potestad romana y derechos sobre la vida y muerte de ellos.

Engels señala a la monogamia como “la forma celular de la sociedad civilizada, en la cual podemos estudiar ya la naturaleza de las condiciones y de los antagonismos que alcanzan su pleno desarrollo en esta sociedad” (Engels, 1891, p. 59). Con lo descrito, el autor destaca que el origen de la familia conyugal monogámica estaría lejos de fundamentarse en el amor sexual individual, en su actual acepción de la palabra, surgiendo más bien como un centro de producción económica.

La antropóloga Kathleen Gough (1956), por su parte, define a la familia como una “pareja casada u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza de los hijos(as), la mayor parte de los cuales, o todos, usan una morada común” (Lèvi-Strauss, Spiro & Gough, 1974, p. 114). La imposición de la familia sería resultado de la satisfacción de necesidades que ésta permitía a la comunidad, en virtud de la división sexual del trabajo, la especialización y cooperación económica.

Gough concuerda con Engels en que la familia habría estado precedida por una etapa de promiscuidad sexual, como también en que la organización económica y matrimonial primitivas eran igualitarias dentro del grupo. No obstante, cuestiona la validez de la hipótesis del matrimonio grupal como forma de organización familiar característica del hombre primitivo. Propone que la totalidad de los pueblos cazadores y recolectores conocidos vivían en familias conyugales que, si bien, se basaban en un lazo más flexible, estaban lejos de obedecer a un ordenamiento sexual comunitario.

La autora concluye su planteamiento sosteniendo que el futuro de la familia no debe ser limitado por su pasado, pues “aunque la familia apareció probablemente al mismo tiempo que la humanidad, ni la familia ni las formas familiares concretas están determinadas genéticamente” (Lèvi-Strauss et al., 1974, p. 152).

Ahora, respecto a las funciones de la familia, Melford E. Spiro (1974) recoge la propuesta de Murdock, en cuanto a que serían: 1) sexual; 2) económica; 3) reproductiva; y 4) educativa. Spiro propone a dichas funciones como prerequisites universales para la supervivencia de cualquier sociedad. En contra del criterio de universalidad de la familia que esta condición apoyaría, el autor señala que, pese a que ninguna sociedad ha logrado encontrar un sustituto que asuma tales funciones, existen casos de subgrupos de algunas sociedades más extensas, en los cuales las funciones señaladas son asignadas a diferentes grupos especializados, como sería el caso del Kibbutz en Israel.

Los planteamientos revisados evidencian el modo como las distintas aproximaciones al estudio de la familia están lejos de concluir en una visión unitaria de ésta, desembocando en concepciones polémicas y, en ciertos casos, antagónicas respecto a la familia y su evolución. Ello puede comprenderse a partir de una noción de la organización familiar como un fenómeno cultural, con “carácter sociohistórico incuestionable, dependiente más que ningún otra institución de la variedad de culturas y de la transformación de ellas” (Hinostroza citado en Rodríguez, 2001, p. 33).

Cuestionando el discurso moderno a partir del cual se naturaliza e idealiza el modelo de familia conyugal monogámica, Therese Benedek, plantea una crítica al modelo de “estructura emocional de la familia patriarcal, [donde] su principal representante, el padre – marido, se suponía fuerte y activo y su papel consistía en proporcionar a la esposa y a los hijos no sólo las medidas de subsistencia necesarias sino también el amor y la protección indispensables, como medios de seguridad emocional. Se suponía, también, la madre – esposa, ligada al marido por un matrimonio irrevocable, aceptaba esta situación como premisa fundamental de su felicidad personal, la cual le permitía, a su vez, querer a los hijos con un sentimiento de tierna e inmovible maternidad” (Fromm, Horkheimer & Parsons, 1970, p. 150 citado en Parra & Zavala, 2004, p. 24).

Paul Schrecker, por su parte, propone que tanto la familia, como el matrimonio, son instituciones moldeadas por la contribución conjunta de todas las esferas de la civilización, prevaleciendo en cada época o civilización alguna de estas esferas. “Por ello, la familia aparece como institución sucesivamente religiosa, política, económica, aunque nunca esté al servicio exclusivo de la esfera predominante. Así, cuando una determinada esfera consigue dominar toda la época, moldea la pauta familiar para hacerla más útil, eficiente y segura, como instrumento de transmisión de sus intereses originales y de acondicionamiento de los futuros ciudadanos a sus principios generadores” (Fromm, Horkheimer & Parsons, 1986, p. 292 citado en Parra & Zavala, 2004, p. 5).

Ahora bien, si entendemos que todo intento de definir a la familia, como también la forma misma en que ésta se concretiza en una época y lugar dado, estará fuertemente condicionado por factores culturales y sociohistóricos, es que se hace imprescindible recurrir al contexto particular de nuestro país y el modo como la sociedad y el Estado de Chile conciben el grupo familiar.

El Estado chileno, en el Informe de la Comisión Nacional de la Familia (ICNF), propone a la familia como "un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables" (Comisión Nacional de la Familia [CNF], 1993, p. 35 citado en Parra & Zavala, 2004, p. 28). Asimismo, el documento considera al grupo familiar como el núcleo primario de todo ser humano, que preexiste a él como una estructura imprescindible para su desarrollo, estando “compuesto por individuos que desempeñan determinados roles prescritos por la cultura macro y microsociedad imperante; posibilitando, de esta forma, la transmisión de nuestros modos de vida” (Parra & Zavala, 2004, p. 28). A partir de esto último es que la Comisión señala a la familia como “la estructura fundante de la sociabilidad humana”, puesto que “no sólo recibimos la vida de otros y con otros, sino que la vida humana sólo es posible con otros” (CNF, 1993, p. 35 citado en Parra & Zavala, 2004, p. 28).

Desde lo jurídico, el elemento transversal a las distintas referencias a la familia, consiste en la concepción de ésta como el núcleo fundamental de la sociedad¹⁶ y en la obligación del Estado de propender a su protección y fortalecimiento¹⁷. Sus funciones se definen, jurídicamente, como: 1) reproducción; 2) transmisión y recreación de la cultura; y 3) funciones asistenciales fundamentales.

Por último, si se trata de determinar en la práctica la constitución del grupo familiar en Chile, siguiendo lo expuesto por Parra y Zavala (2004), se puede recurrir a las normas dictadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para la realización del Censo de población. En éstas se distinguen diferentes tipos de hogares según su composición familiar, reconociéndose en ello la complejidad de la realidad familiar del país y revelándose algunas características peculiares de su dinámica. Esta tipificación pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad. Los tipos de familia así descritos consisten en:

- "a) Familia nuclear: integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
 - i. *Familia nuclear simple*: integrada por una pareja sin hijos.
 - ii. *Familia nuclear biparental*: integrada por la madre y el padre, con uno o más hijos.
 - iii. *Familia nuclear monoparental*: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

- b) Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.
 - i. *Familia extensa simple*: integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros, parientes o no parientes.
 - ii. *Familia extensa biparental*: integrada por la madre y por el padre con uno o más hijos y por otros parientes.

¹⁶ La Constitución señala en su artículo 1 inciso 2º, que: "La familia es el núcleo fundamental de la sociedad" (Constitución Política de la República, aprobada por decreto número 1104 de 28 de julio de 1994 del Ministerio de Justicia).

¹⁷ "Es deber del Estado (...) dar protección (...) a la familia, propender al fortalecimiento de ésta (...)" (Constitución Política de la República, aprobada por decreto número 1104 de 28 de julio de 1994 del Ministerio de Justicia inciso final).

- iii. *Familia extensa monoparental*: integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- iv. *Familia extensa amplia (o familia compuesta)*: integrada por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos, y por otros miembros, parientes y no parientes” (CNF, 1993, p. 34 citado en Parra & Zavala, 2004, p. 27).

III. Dinámicas Familiares Asociadas al Surgimiento de la Esquizofrenia

A. Enfoque Sistémico

La escuela sistémica es un modelo de pensamiento que, yendo más allá del abordaje psicoterapéutico, se ha constituido en una epistemología, cuyo eje fundamental está en los fenómenos relacionales. Sus ideas y conceptos proceden de la antropología, la ecología, la teoría de la información, la teoría matemática del juego, la Teoría General de Sistemas y la cibernética.

Alrededor de 1945, Ludwig von Bertalanffy planteó la *Teoría General de Sistemas* (TGS), que surge en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánico-causales, buscando explicar ciertos fenómenos de las ciencias biológicas, con la noción de totalidad orgánica como principio clave.¹⁸

Otra de las perspectivas teóricas influyentes en el desarrollo del enfoque sistémico es la *Cibernética*¹⁹. Fundada por Wiener en 1948, se trata de un campo interdisciplinario que intenta abarcar el ámbito de los procesos de control y de comunicación tanto en máquinas como en seres vivos. Los métodos cibernéticos, basados en procesos de retroalimentación, se ocupan de procesos de transformación de un estímulo exterior en información (entrada) y de la reacción del sistema mediante una respuesta (salida).

Para las ciencias que estudian el comportamiento humano, esta nueva epistemología aparece en Palo Alto, Estados Unidos, durante la década de 1950 con las investigaciones del antropólogo Gregory Bateson y su equipo, formado principalmente por Don Jackson, Paul Watzlawick, Jay Haley, Janet Beavin y John Weakland²⁰. Bateson es el primero en ubicar la cibernética en el ámbito psicosocial, centrandó su interés en el estudio de la comunicación humana, como un fenómeno central en las interacciones de sistemas familiares con algún miembro esquizofrénico.

¹⁸ La TGS plantea la aplicación de sus principios no sólo a sistemas biológicos, económicos o de ingeniería, pues considera que toda la diversidad de sistemas presenta conceptos en común, que posibilitan la idea de un isomorfismo formal entre ellos.

¹⁹El concepto es tomado del griego *kibernetes* referido a la acción de timonear una goleta (Arnold & Osorio, 1998) y *kibernes*, alusivo al acto de gobernar; se relaciona la función cerebral con respecto a las máquinas (Peñaranda, 2002).

²⁰El equipo desarrolla su trabajo en el *Mental Research Institute* que, siendo fundado por Don Jackson en 1959, se constituye en la cuna de la aplicación de la cibernética a la comunicación humana.

Desde sus orígenes, la teoría sistémica pone un mayor interés en el estudio de las manifestaciones observables de las relaciones, centrando su atención en la interdependencia entre el individuo y su medio, en donde se hace indispensable el concepto de intercambio de información o, en otros términos, *comunicación*. A la base de dicha lógica está la idea de que al ser imposible observar el funcionamiento de la mente, se estudia la comunicación como función del aparato dentro del sistema más amplio del que forma parte, sin negarse por ello la existencia de significados intrapsíquicos. De esta forma, la teoría sistémica busca una configuración en el *aquí y ahora*, más que de significados simbólicos, causas pasadas o motivacionales. Se reconoce que la conducta está determinada, en parte, por causas del pasado, pero se considera que la búsqueda de éstas no es fidedigna.²¹

En síntesis, el enfoque sistémico tiene una epistemología circular basada en la información, predominando por sobre una epistemología lineal fundada en el principio de causalidad, lo que lleva a considerar procesos de desarrollo no ya en términos individuales sino más bien en términos de adaptación dinámica y progresiva de un sistema entero.

Desde los inicios en Estados Unidos hasta la actualidad, este modelo ha presentado una diversificación de escuelas y enfoques, siendo posible distinguir vertientes, que se han centrado en el problema de las dinámicas familiares asociadas a la esquizofrenia, en su evolución en Europa, con la Escuela de Milán, la Escuela de Roma y la de Heidelberg y, por otra parte, en Estados Unidos con Murray Bowen. A continuación se procederá a exponer algunos antecedentes de estos cuatro desarrollos teóricos, que permitan comprender la perspectiva a partir de la cual comprenden el tema al cual se aboca la presente Memoria.

La Escuela de Milán se desarrolla en la década de 1970 a través de las investigaciones del equipo liderado por Mara Selvini Palazzoli, siendo integrado además por Luigi Boscolo, G. Cecchin y G. Prata. En sus inicios, se observa en este grupo una indiscutible adscripción a la teoría sistémica que importan desde Palo Alto, aplicando los postulados de la pragmática de la comunicación humana en sus investigaciones con familias. Sin embargo, a lo largo de sus escritos, se observa un distanciamiento del purismo

²¹ Debido a que dicha indagación se basaría en pruebas subjetivas y lo que una persona dice a otra acerca de su pasado se ligaría inextricablemente a la relación actual entre ambas personas.

sistémico, que nace de un declarado malestar respecto al dogmatismo de algunas ideas sistémicas, las cuales comienzan a considerarse simplistas y reductivas en su aproximación a la familia²², considerándose, en cambio la dimensión histórica, que quedaba en un inicio excluida del análisis.²³

La Escuela de Roma, por su parte, nace en la década de 1970 con el Instituto de Terapia Familiar (ITF), a partir de un contexto sociopolítico particular, caracterizado por un proceso de desinstitucionalización italiano que comienza luego de 1978, con la promulgación de la Ley Antimanicomial. Es fundada por un grupo de terapeutas encabezado por Maurizio Andolfi y constituido por autores como Carmine Saccu, Anna Maria Nicoló y Paolo Menghi, quienes disienten de la aplicación del modelo sistémico efectuado dentro del contexto norteamericano, al carecer ésta de una aproximación que conecte la observación e intervención en la familia con el tejido social en que aquella se inserta. Esto último, afirma Andolfi, implica una reducción a un ámbito técnico y sectorializado de cualquier posibilidad de transformación de la realidad misma.

El equipo del ITF coincide con los antipsiquiatras en su crítica a la institución psiquiátrica, postulando que el diagnóstico y la intervención individual legitiman “una praxis y una organización de la asistencia basada en el modelo médico de la enfermedad y en roles profesionales que acentúan la tradición médico-quirúrgica; el resultado último de tal proceder es necesariamente un proceso gradual de marginación y de amplificación de la diversidad (...). Familia y comunidad no se sentirán partícipes, en ningún nivel, de un proceso vivido como mágico, y en todo caso realizado sin que se requiera una implicación directa de aquellas” (Andolfi, 1985, p. 30). No obstante, se enfatiza el aspecto multidimensional en la observación de la realidad, criticándose la omisión que muchos terapeutas hacen de éste, a raíz del carácter revolucionario que tuvo la terapia familiar en sus comienzos. En este sentido, Andolfi señala que la terapia familiar romana se afirma justamente en las contradicciones no resueltas y muchas veces hasta engendradas por las características de la antipsiquiatría, la cual, “privilegiando un análisis político, acaba por

²² En este sentido, se sostiene que “las analogías sistémicas con conjuntos cuyos componentes no tiene subjetividad (células, teléfonos, etc.) llevan a la anulación de la dimensión individual” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1990, p. 165).

²³ La revisión que en esta Memoria se efectuará se centrará en las ideas posteriores a la revisión que el equipo hace de sus fundamentos sistémicos, debido a que la mayor parte de lo desarrollado anteriormente fue cuestionado por los mismos autores.

abandonar los problemas ligados al descubrimiento de nuevos instrumentos y técnicas de intervención coherentes, en provecho de la excluyente afirmación de los orígenes sociales del trastorno psiquiátrico” (Ackermans & Andolfi, 1987, p. 23).

En términos generales, la Escuela de Roma se caracteriza por la investigación e intervención que encuadra al individuo en un plano trigeracional y por la convicción radical de que la familia posee los recursos necesarios para asegurar la pertenencia y autonomía progresiva de cada uno de sus miembros, considerando la patología como un problema evolutivo, en que la familia no puede usar sus recursos en un estadio del desarrollo dado.

Como otra vertiente de la teoría sistémica en Europa aparece la Escuela de Heidelberg, encabezada por Helm Stierlin y constituida además, por Fritz Simon, Gunthard Weber, Ingeborg Rücker-Emden-Jonasch, Norbert Wetzel y Michael Wirsching. Pese a mostrar gran influencia del enfoque psicoanalítico, siguiendo planteamientos de autores como Boszormenyi-Nagy, en el desarrollo teórico de esta escuela aparece un desplazamiento hacia los postulados sistémicos, adhiriéndose a fundamentos tales como la cibernética y la idea de que cada integrante de la familia influye en los demás y es influido a su vez por ellos. En este sentido, se postula la *facticidad de las relaciones familiares*, como la dimensión existencial central en la terapia, atribuyendo mayor importancia a los factores relacionales reales que modelan el presente en contraste con el enfoque psicoanalítico que enfatiza los factores predominantemente intrapsíquicos.

Tal como los teóricos de la Escuela de Heidelberg, el trabajo desarrollado en Estados Unidos por el psiquiatra Murray Bowen da cuenta de una evolución desde el enfoque psicoanalítico a un modo sistémico de entender los fenómenos.²⁴ Este autor propone prescindir del lenguaje médico tradicional, describiendo lo que el paciente hace en términos conductuales y no sintomáticos, a la vez que evita formular diagnósticos o usar términos como *enfermo* o *paciente*, designando a quien manifiesta la esquizofrenia como *triádico*, en lugar de psicótico, paciente o esquizofrénico. Junto a esto, el autor sugiere la

²⁴ La investigación de la cual surge fundamentalmente su reflexión en torno a lo que él llama la *teoría familiar de la enfermedad emocional* (1976) transcurre en el Centro Clínico del Nacional Institute of Mental Health (NIMH), entre los años 1954 y 1949.

necesidad de conceptualizar todo el modo de funcionamiento de la humanidad en un mismo *continuum*, cuestionando una idea absoluta de ‘normalidad’.

Por último, se estima pertinente hacer notar que los desarrollos fundamentales de las vertientes mencionadas aparecen en la década de 1970 y 1980, evidenciándose una ausencia de propuestas más actuales respecto al rol de la familia en la etiología de la esquizofrenia. Dentro de la teoría sistémica, la aproximación más actual al tema de la esquizofrenia y sus vínculos con la familia es el Enfoque Psicoeducativo. Sin embargo, esta perspectiva orienta su desarrollo a ámbitos distintos que el del problema abordado por esta Memoria, partiendo de la premisa de que la familia no tendría rol alguno en la etiología de la esquizofrenia. Este enfoque considera a la esquizofrenia como una patología biológica del cerebro que puede ocurrir incluso en familias que funcionan perfectamente bien (Biederman & Salinas, 2003). Es por ello que, en lugar de estudiarse a la familia con un rol en la etiología de la enfermedad, se la considera en la evolución de la ésta, proponiéndosele un rol activo en el proceso terapéutico.²⁵

Luego de haber revisado algunos antecedentes de la teoría sistémica se procederá a explorar la manera como ésta define a la esquizofrenia, su concepción de familia y su descripción de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esquizofrenia.

Noción de Esquizofrenia

Bateson y, en general el equipo de Palo Alto, consideran a la esquizofrenia, más que como una enfermedad misteriosa de la mente individual, como un patrón de comunicación específico, definiéndola como una alteración conductual y cognoscitiva originada en circunstancias familiares, vinculadas a un trauma relacional repetitivo, y no a un único trauma infantil como causante. El autor señala que el esquizofrénico, en ese lenguaje peculiar que es una ensalada de palabras, está describiendo una situación traumática que tiene en sí un enredo metacomunicativo. Dicho trauma debió tener una estructura formal, ya que distintos *tipos lógicos* fueron empleados unos contra otros para que se generara esa

²⁵ Esta postura es consistente con lo mencionado anteriormente, respecto a la cada vez más preponderante biologización en la comprensión de la patología mental.

patología concreta en ese individuo.²⁶ De esta forma, se sugiere la hipótesis de que “la comunicación esquizofrénica es algo aprendido y se vuelve habitual como resultado de traumas reiterados de ese tipo” (Bateson, 1972, p. 274). El trauma mismo incide sobre cierto elemento del proceso de comunicación, siendo atacado el uso de las señales identificadoras de mensajes, sin las cuales el yo no se atreve a discriminar entre los hechos y las fantasías, y entre lo literal y lo metafórico, generándose la imposibilidad del paciente esquizofrénico de reconocer el carácter metafórico de sus fantasías, tomándolas desde un plano literal.²⁷

De esta forma, la debilidad yoica, propia de esquizofrénicos, es definida por Bateson como “una perturbación que impide identificar e interpretar aquellas señales que deberían servir para decir al sujeto qué clase de mensaje es un mensaje por él recibido” (Bateson, 1972, p. 223), lo que se exhibe en una atribución incorrecta del modo comunicacional a los mensajes recibidos, a los mensajes emitidos no verbalmente y a los propios pensamientos, sensaciones y preceptos. Como consecuencia de esto, el esquizofrénico es incapaz de seleccionar aquellos rótulos más abstractos que la mayoría de las personas pueden usar convencionalmente.

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

²⁶ El equipo de Palo Alto basa su trabajo con sistemas familiares en la *Teoría de los Tipos Lógicos* de Russel en donde se plantea que “ninguna clase, en un discurso formal lógico o matemático, puede ser miembro de sí misma; una clase de clases no puede ser una de las clases que son sus miembros; un nombre no es la cosa nombrada (...) si se contraviene esta regla se cae en una paradoja quedando el discurso viciado” (Bateson, 1972, p. 310).

²⁷ De este modo, Bateson acuña el concepto de *doble vínculo* para explicar procesos comunicativos paradójicos dados en el sistema familiar, idea que se revisará posteriormente.

patología queda empañada y el reproche recae sobre el otro, temiendo caer en la esquizofrenia patente cuando se ve enfrentado a circunstancias que lo obligan a reconocer el patrón de sus opresiones.

También desde Palo Alto, la Teoría de la Comunicación Humana sostiene que “la comunicación (conducta) ‘alienada’ no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurdo e insostenible” (Watzlawick et al., 1967, p. 78), reacción que obedece y, por tanto, perpetúa las reglas del contexto.

Siguiendo los planteamientos recientemente expuestos, se considera que gran parte de la sintomatología de la esquizofrenia es aprendida o determinada por la experiencia, no pudiendo ser el aprendizaje al azar, puesto que el organismo sólo puede aprender lo que le enseñan las circunstancias de su vivir y las experiencias de intercambiar mensajes con quienes lo rodean. De esta manera es que resulta necesaria la tarea de examinar el contexto experiencial de la esquizofrenia, incluyendo, de ese modo, el rol fundamental del sistema familiar donde ésta se originó.

Esta idea proveniente del equipo de Palo Alto es consistente con lo planteado por las vertientes sistémicas posteriores. Tanto en las tres escuelas europeas como en el trabajo de Murray Bowen, aparece la idea de que los síntomas manifestados por el paciente esquizofrénico representan una disfunción familiar, siendo resultado de conflictos interaccionales del grupo familiar, más que de fenómenos intrapsíquicos.

A este respecto, la Escuela de Milán, entiende por esquizofrenia “no una enfermedad individual, como en el modelo médico tradicional, sino una peculiar modalidad comunicacional, inseparable de las distintas modalidades comunicacionales que pueden observarse en el grupo natural en que ésta aparece: en nuestros casos [investigados], la familia que utiliza un modelo de intercambio esquizofrénico” (Selvini Palazzoli, Boscoso, Cecchin & Prata, 1988, p. 10).²⁸

²⁸ Posteriormente, en la etapa de replanteamiento epistemológico y distanciamiento de la ortodoxia sistémica inicial, los autores de Milán no hacen referencia explícita a la definición de la enfermedad mental a la cual adscriben, pudiendo extraerse, no obstante, la idea de que la patología mental surgiría no sólo como resultado de un particular estilo interaccional familiar en un momento dado, sino que también como efecto de variables socio-culturales y, por otra parte, individuales.

En tanto, los teóricos de la Escuela de Roma consideran a la aparición de la patología en un individuo como “un momento crítico en la evolución de un grupo que aparece como incapaz de utilizar sus propios recursos en un estadio particular de su desarrollo” (Ackermans & Andolfi, 1987, p. 25). Por lo tanto, desde esta perspectiva, la enfermedad es entendida como una respuesta a la exigencia de cambio.

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

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

Stierlin agrega que, frecuentemente, éstos son incapaces de proponerse metas y valores propios y de asumir la responsabilidad de sus actos, teniendo gran dificultad para experimentar su autonomía y reconocer, al mismo tiempo, su dependencia del entorno. Al no poder asumir tal ambivalencia, se entregan a procesos de escisión, asumiendo generalmente sólo el lado agradable de la ambivalencia. Así, la parte disociada puede ser proyectada en otro que se convierte en el receptáculo de los impulsos destructores y de las malas intenciones que no pueden ver ni aceptar en sí mismos; o bien es actuada como en la agitación catatónica o pueden paralizarse como en el caso del estupor catatónico.

Por su parte, Murray Bowen considera la transmisión general de conflictos no resueltos en la familia de origen como fundamental en la comprensión de la psicopatología. Para comprender a la esquizofrenia, en particular, el autor centra su análisis en la dificultad del individuo para lograr la estructuración de un 'Yo' diferenciado, con límites claros, siendo ejemplo de los niveles más intensos de fusión con los progenitores. El autor postula además, que la esquizofrenia sería un fenómeno emocional que se diferencia en grados de intensidad de otros trastornos menos graves, interpretándola "como parte del espectro total de la adaptación humana" (Bowen, 1965, p. 258).

Noción de Familia

Para analizar la relación existente entre comportamiento individual y grupo familiar a partir de la teoría sistémica, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un *sistema relacional* que supera y articula entre sí sus diferentes componentes individuales. En consecuencia, al observar la interacción humana y, particularmente, a la familia, de acuerdo a esta teoría, es necesario aplicar al grupo familiar las distintas formulaciones y deducciones de los principios sistémicos en general.

Por lo mismo, se procederá a revisar la definición más universal de los sistemas, pasándose luego a centrar la atención en uno de los dos tipos básicos, el sistema abierto, correspondiente a todo sistema vivo y, por ello, a la familia específicamente.

Un *sistema* se define como "un conjunto de objetos así como de relaciones entre objetos y entre sus atributos" (Hall & Fajen, 1956 citado en Watzlawick et al., 1967, p.

117), siendo los objetos sus componentes o partes del sistema, los atributos las propiedades de los objetos y las relaciones lo que mantiene unido al sistema. De esta forma, al ser los seres humanos individuales los objetos, sus conductas comunicacionales (y no factores intrapsíquicos) serían los atributos, donde más que el contenido de la comunicación, el aspecto relacional sería primordial.

Respecto a los sistemas vivos y, particularmente, haciendo referencia a la familia, se propone que ésta es un *sistema abierto* constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior” (Andolfi, 1985, p. 18). Lo abierto del sistema alude a que aquel presenta un intercambio de energía e información con el ambiente, diferenciándose del sistema cerrado, que no tiene relaciones con el ambiente, es decir, ningún elemento del exterior entra y ninguno sale fuera del sistema.

Entendiendo a la familia como un sistema abierto, se hace pertinente examinar algunas de las propiedades de este tipo de sistemas, con el fin de comprender la noción de la familia que se propone desde este marco conceptual. Dichas propiedades consisten en: 1) *Totalidad*: “Cada una de las partes del sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total” (Watzlawick et al., 1967, p. 120), comportándose el sistema como un todo coherente e inseparable y no como un conglomerado de elementos unidos por sumatividad; 2) *Retroalimentación*: referida a “procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas” (Arnold & Osorio, 1998, Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas, 26)²⁹; y 3) *Equifinalidad*: Un sistema vivo, a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos llega a un mismo estado final, manteniendo un estado de equilibrio fluyente, ya que lo decisivo es la naturaleza de la organización. Es decir, los parámetros del sistema predominan sobre el estado inicial. Así, al comprender el modo como las personas se afectan unas a otras, aparece con mayor importancia la organización actual de la interacción que la génesis de la relación.

²⁹ Además, se hace la distinción entre procesos de retroalimentación negativa y positiva, asociándose, los primeros, a mecanismos de autorregulación u homeostáticos y, los segundos, a fenómenos de crecimiento y diferenciación.

Por otra parte, el sistema familiar es caracterizado como un *sistema interaccional estable*, constituido por relaciones que son duraderas e importantes para sus participantes. Es en estos grupos vitales con historia donde se centra el interés de la pragmática de la comunicación, pues es allí donde se da la oportunidad y la necesidad de repetir secuencias comunicacionales que llevan a las patologías relacionales que más adelante se examinarán.

En relación con esto último, Jackson introduce el concepto de *homeostasis familiar*, aludiendo al mecanismo que interviene para que un sistema perturbado recupere su delicado equilibrio, por medio de “compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan (...) cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica” (Arnold & Osorio, 1998, Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas, 16). El concepto surge de la observación de que las familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían drásticas repercusiones cuando el paciente mejoraba, mostrando conductas que se comprenden como mecanismos defensivos que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su equilibrio. La homeostasis familiar alude, así, a un estado hipotético en el que el cambio en un miembro de la familia produce cambios en otros miembros de la misma, constituyéndose como un mecanismo reductor de desviaciones que actúa en el organismo viviente y cuya función es controlar evitando la fuga. De esta manera, la enfermedad del paciente sería un mecanismo homeostático que interviene para que el sistema perturbado no pierda su delicado equilibrio.

En tales tipos de sistemas es donde surgen *reglas de la relación*, referidas a la estabilización de su definición, por medio de una formulación de las redundancias observadas en el nivel relacional, acarreado una limitación de las conductas posibles. Una regla o norma es una fórmula para relacionarse que desarrolla cada familia, y cada grupo humano en general. Las reglas prescriben y limitan el comportamiento de los miembros del sistema en distintas áreas, organizando su interacción en un sentido estable. Tal aspecto lleva a Jackson a considerar a la familia como un sistema gobernado por reglas.

Por su parte, los autores de la Escuela de Roma consideran los mecanismos homeostáticos situándolos dentro de un equilibrio dinámico con funciones del sistema relativas de su capacidad de transformación. Sostienen que, como todo organismo activo, la

familia es un sistema en constante transformación, una totalidad dinámica que se desarrolla en función de las interacciones de sus miembros entre sí y con el mundo exterior. En este sentido, el ciclo vital de la familia representa “el modelo de evolución de un sistema que tiene la capacidad para modificarse conservando al mismo tiempo su integridad, en tal forma que los miembros que lo componen tengan asegurados el crecimiento por una parte y la continuidad por la otra” (Andolfi & Angelo, 1987, p. 228). Dentro de aquel doble proceso de continuidad y crecimiento, que se asienta en un equilibrio dinámico de homeostasis y transformación, se forma la personalidad del individuo, quien de este modo debe renegociar constantemente sus propias necesidades de pertenencia con la exigencia de separarse y lograr la autonomía.

Las capacidades de cambio y de estabilización, es decir, la posibilidad de cambiar en el tiempo el equilibrio existente entre homeostasis y transformación, varía según los sistemas, pudiendo distinguirse entonces entre sistemas familiares flexibles y sistemas familiares rígidos. Por consiguiente, la familia sana es descrita como “una unidad subcultural que se ha estructurado a lo largo de muchas generaciones mediante cambios de rol y funciones en el tiempo, con las crisis de identidad consiguientes, [pudiéndose pensar que] los problemas surgen y se estructuran como relaciones patológicas cuando estos cambios no están permitidos y cuando la asignación de roles y funciones se hace rígida, tornándose irreversible” (Andolfi & Angelo, 1987, p. 234).³⁰

Además, la Escuela de Roma concibe a la familia como “un sistema emocional que comprende por lo menos tres generaciones, es decir, una totalidad integrada longitudinalmente, compuesta de subsistemas y de individuos” (Andolfi & Angelo, 1987, p. 230).

En la idea de lo transgeneracional, los romanos coinciden con los teóricos de Heidelberg, al proponer el estudio del sistema familiar considerando estructuras verticales (intergeneracionales) y horizontales (miembros de la misma generación), intentando abarcar tanto las relaciones internas como las existentes entre estos sistemas relacionales. Dicha distinción “revela una relación de tensión entre lo históricamente constituido y la

³⁰ La rigidez de un sistema familiar puede ser evaluada entonces de acuerdo a la repetitividad de los modelos de interacción que permiten a cada miembro desempeñar ‘ciegamente’ un papel asignado.

actualidad abierta al futuro: nuestros impulsos, motivaciones y actitudes más profundas se demuestran como la consecuencia y la expresión de un acontecer familiar que trasciende las generaciones” (Stierlin et al., 1986, p. 35). Andolfi añade que es posible observar como se incorporan sobre el plano horizontal funciones compensatorias parentales y/o filiales que, por su parte, no están desarrolladas armoniosamente en el plano vertical. Las expectativas insatisfechas respecto a los padres son, por ejemplo, transferidas a un hijo, pasando a ser este último, el mediador en una búsqueda dirigida inicialmente a otro.

El desarrollar su concepción de la familia, Andolfi aporta también una reflexión en torno a los *mitos familiares*. Éstos surgen como elementos de mediación e intercambio entre la familia y el individuo, al constituirse como un modelo de interpretación simbólica, el cual, más allá de describir la realidad, enseña un modo de leerla. Éstos funcionan de modo prescriptivo, organizando conocimientos y dándoles un orden que, al ser simbólico, trasciende lo individual, sirviendo como instrumento de conocimiento. El mito es entonces un intercódigo que produce una unificación de la experiencia y funda la racionalidad de lo real al afirmar que cualquier otro universo sería loco o corruptor. En el caso de mitos rígidos, característicos de familias disfuncionales, prescribe conductas, contribuye a definir roles y vínculos, enseña a leer acontecimientos, codifica emociones y puede determinar acciones.

Por otra parte, la Escuela de Milán, en un primer momento se adscribe a los postulados de la cibernética y el pragmatismo comunicacional, definiendo a la familia como “un sistema autocorrectivo, gobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores (Selvini Palazzoli et al., 1988, p. 13). No obstante, en sus desarrollos posteriores aparece implícita una noción de familia que trascendería la idea inicial, al concebir al sistema familiar como un grupo con historia, determinado por variables individuales, intrafamiliares y socio-culturales, regulado por reglas que nacen de las negociaciones de sus miembros (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1990).

Desde Heidelberg, Stierlin propone una idea positiva de la familia, al definirla como una de las instituciones idóneas para cumplir la función de transmitir la herencia biológica y para satisfacer profundas necesidades existenciales, puesto que “la familia satisface las

necesidades centrales de unión y protección, de crecimiento y aprecio, de un dar y recibir leal, de sexualidad en el marco de una relación íntima, duradera y fiable y del sentido de la vida en general” (Stierlin, 1997, p. 21). Además, la familia ayudaría a la supervivencia de la sociedad y cultura, ya que como instancia socializadora transmite generacionalmente experiencias y valores. Desde esta perspectiva, la familia evidencia ser el sistema esencial para el hombre, debido a que “las principales identificaciones, los más importantes valores y objetivos del hombre, su adaptación social, remiten a lo que sucedió y sucede en su familia” (Stierlin et al., 1986, p. 21).

Esta idea es consistente con lo propuesto por el teórico de la comunicación Don Jackson, que considera a la familia como la matriz del desarrollo, puesto que en ella el niño aprende a percibir su mundo, a relacionarse con los demás, a poner a prueba sus capacidades y a forjar una identidad. De esta forma, concibe a la familia con la tarea, impuesta implícitamente, de socializar y, así, convertir al niño en individuo.

Por último, Murray Bowen considera a la familia nuclear como un sistema emocional, consistente en un conjunto de sistemas, pudiéndosela designar como un sistema cultural o social, sistema de comunicación, sistema de juegos, sistema biológico o de muchos otros modos. Al definir el sistema teórico–terapéutico propone a la familia como una combinación de sistemas emocionales y relacionales, señalando que el término ‘emocional’ se refiere a la fuerza que motiva al sistema y ‘relacional’ al modo en que se expresa.

Familia y Esquizofrenia

Como se expone anteriormente, la aplicación de la teoría sistémica al comportamiento humano se liga estrechamente a las investigaciones de los autores de la escuela de Palo Alto en torno al problema de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esquizofrenia.³¹ De esta forma, es desde el enfoque sistémico de donde ha surgido más abundante material en relación al problema al que se aboca esta Memoria, por lo cual los aportes provenientes del trabajo de sus distintos exponentes son cuantiosos y

³¹ Se considera que, así como el psicoanálisis surge del análisis de la neurosis, el enfoque sistémico nace en torno a la comprensión de la psicosis.

variados. Es por ello que en el caso particular de la teoría sistémica, atendiendo a la necesaria claridad en la exposición, se procederán a presentar de modo separado los aportes provenientes de las distintas vertientes.

1. Escuela de Palo Alto

El grupo de Palo Alto enfoca el fenómeno de la esquizofrenia desde una visión radicalmente distinta de aquellas hipótesis según las cuales dicha patología constituye primariamente un trastorno psiquiátrico que afecte secundariamente las relaciones del paciente con los demás y, eventualmente, las de éstos con él. Por el contrario, Bateson y sus colaboradores se centran en la indagación de las secuencias de la experiencia interpersonal que provocarían (en vez de ser efecto) manifestaciones de esquizofrenia. Suponen que el paciente esquizofrénico “debe vivir en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no convencionales resulten en cierto sentido adecuados” (Watzlawick et al., 1967, p. 196).

En este sentido, el gran mérito de Bateson y su equipo fue plantear el modelo de *doble vínculo*³², haciendo alusión a la existencia de secuencias insolubles de experiencias, que atentan contra la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre los tipos lógicos, tratándose de una situación en la que una persona, haga lo que haga, no puede ganar, quedando atrapada, y pudiendo finalmente desarrollar síntomas esquizofrénicos. Para que se dé esta situación de doble vínculo se requiere de la presencia de seis factores, consistentes en: a) dos o más personas; b) una experiencia repetida; c) una imposición negativa primaria; d) una imposición secundaria en conflicto con la primaria a nivel más abstracto; e) una imposición negativa terciaria que prohíbe escapar de la situación; y f) finalmente la víctima aprende a percibir su universo bajo pautas doble vinculantes, no necesitando que se presente cada vez la serie completa. Esto último se refiere a que, cuando el doble vínculo es crónico se convierte en la expectativa habitual y autónoma respecto a la naturaleza de las relaciones y el mundo en general, no requiriendo refuerzo posterior. Así, el esquizofrénico se comunicará progresivamente como si esperara ser castigado cada vez que estuviera acertado en su concepción del contexto del propio mensaje.

³² Originalmente *double bind*, en donde el término *bind* hace alusión a vincular, aprisionar, envolver, obligar (por amor o deber), poner bajo juramento o restricción legal (Bateson et al., 1971).

Cuando un individuo se encuentra en una relación en la que siente que es de importancia vital discriminar acertadamente qué tipo de mensaje se le comunica para poder responder adecuadamente, se ve atrapado en una paradoja³³, en la que la otra persona expresa dos órdenes de mensajes y uno de ellos niega al otro, siendo incapaz de efectuar un comentario acerca de los mensajes que recibió. Se sugiere, así, que éste es el tipo de situación que se produce entre el pre-esquizofrénico y su madre. Ella se expresaría simultáneamente en dos órdenes de mensajes para controlar su ansiedad, mediante el manejo de la cercanía entre ella y su hijo. Así, ante la proximidad del hijo presenta una conducta hostil o retraída, pero cuando el niño responde a su conducta hostil, ella se comporta de manera amorosa, pero simulada, para encubrir su rechazo. El hijo reconoce la peligrosidad de apreciar la hostilidad de la madre y decirlo, pues la amenaza es la pérdida del cariño. De esta manera, la madre del esquizofrénico atrapa al hijo en una situación doble vinculante.

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

Por otra parte, la conducta paradójica impuesta por el doble vínculo es, a su vez, un doble vínculo para quien anteriormente lo estableció. De tal modo, “una vez que dicho

³³ La *paradoja* es definida como “una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes” (Watzlawick et al., 1967, p. 173).

patrón ha comenzado a actuar, virtualmente carece de sentido preguntar *cuándo, cómo y por qué* se estableció, pues (...) los sistemas patológicos exhiben una cualidad de tipo círculo vicioso, curiosamente autoperpetuadora” (Watzlawick et al., 1989, p. 198). De acuerdo a esto, se plantea que la patogenicidad no puede resolverse en términos de una relación causa-efecto, siendo por ello errado suponer al doble vínculo como la causa de la esquizofrenia.³⁴ Sin embargo, la existencia de ciertos grados de distorsión y la escasa especificación pueden desencadenar esquizofrenia.

Aludiendo al efecto que el doble vínculo puede producir en la conducta de una persona, Bateson (1972) describe tres formas de reacción frente a la indeterminabilidad que plantea el doble vínculo, asociada a la incapacidad de reconocer la clase de un mensaje. Dichas reacciones coinciden con cuadros clínicos de la esquizofrenia, consistentes en:

a) Hebefrénico: El individuo descarta a priori la posibilidad de que exista otro aspecto en las relaciones humanas aparte del más literal y superficial, con la consecuencia de que, para él, ningún mensaje tiene un tipo definido, viviendo en una crónica de anécdotas disparatadas con desenlaces imprevisibles.

b) Paranoide: La persona llega a la conclusión de que debe estar pasando por alto indicios vitales, de los cuales los demás estarían enterados (para ellos la situación parece lógica y coherente), pudiendo llegar a pensar que estos indicios serían retenidos deliberadamente por ellos. De tal modo, el individuo se ve obsesionado por encontrar tales indicios, buscándolos en los fenómenos más improbables y dispares, mostrando entonces, un alejamiento de los problemas reales.

c) Catatónico (estuporoso o agitado): el individuo se aparta de toda relación humana, aislándose físicamente y, además, cerrando los canales de entrada de la comunicación, cuando el aislamiento no le basta.

Para entender cómo es posible que en una familia no todos sus miembros puedan ser diagnosticables como esquizofrénicos, Bateson explica que la familia, como cualquier

³⁴ Se considera al doble vínculo como agente causal sólo en el sentido de que éste “se ha convertido en el patrón predominante de la comunicación, y cuando la atención diagnóstica está limitada al individuo manifiestamente más perturbado, la conducta de este individuo, según se comprobará, satisface los criterios diagnóstico de la esquizofrenia” (Watzlawick et al., 1967, p. 199).

organización, crea una diferenciación entre los roles de sus miembros, existiendo lugar, en general, solamente para un esquizofrénico. Cabe señalar que Bateson no descarta la incidencia que en la 'elección' del miembro esquizofrénico tiene la genética, pese no estar claro los factores hereditarios específicos influyentes.

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

Un elemento interesante en el planteamiento de Jackson radica en la idea del surgimiento de esquizofrenia como un mecanismo homeostático de la familia del paciente. El síntoma aparece como un fragmento de la conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente, siendo la existencia del miembro esquizofrénico esencial para la estabilidad del sistema familiar, el cual reaccionará rápida y eficazmente frente a cualquier intento, interno o externo, de alterar la organización. De esta manera, Jackson propone que la concepción de madre esquizofrenizante debe variar a esquizofrenia como enfermedad de raigambre familiar, puesto que el paciente mantiene la homeostasis familiar.

Siguiendo esta misma línea, Jackson señala que las familias de los pacientes esquizofrénicos no pueden aceptar las manifestaciones inevitables de madurez y concomitante búsqueda de autonomía en el hijo, contrarrestando estas desviaciones, al tildarlas de enfermas o nocivas. De esta manera, las familias perturbadas serían particularmente refractarias al cambio y con frecuencia demuestran una notable capacidad para conservar el *status quo* mediante una retroalimentación predominantemente negativa, manteniendo el equilibrio a través de la homeostasis.

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

Con el fin de sistematizar los conocimientos existentes en el estudio de la comunicación humana, Watzlawick, Beavin y Jackson publican en 1967 el libro *Pragmática de la comunicación humana*, proponiendo una ciencia de los modos como cada persona influye en los demás a través del carácter de mensaje de su propio comportamiento. El aspecto central de esta obra radica en ofrecer instrumentos para el estudio de la comunicación basados en cinco axiomas, cada uno de los cuales, implica, como corolarios, ciertas patologías inherentes. A continuación se procederá a revisar estos axiomas, con las consecuencias que acarrea el trastorno en cada uno de ellos, siendo en algunos casos fundamental en el surgimiento de la esquizofrenia.

1) *Imposibilidad de no comunicar*: Toda conducta es comunicación, y al ser imposible no comportarse, siempre se está comunicando algo, aunque no se tenga la intención de hacerlo. Esto constituye una parte integral del dilema de los pacientes esquizofrénicos, quienes “se comportan como si trataran de negar que se comunican y luego encuentran necesario negar también que esa negación constituye en sí misma una comunicación” (Watzlawick et al., 1967, p. 73). Este intento de no comunicarse se da en un contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación, observándose que el paciente esquizofrénico se comporta como si evitara todo compromiso al no comunicarse.³⁵ Una de las reacciones que exhibe una persona, frente a la imposibilidad de no comunicarse, consiste en el surgimiento de un “síntoma como un mensaje no verbal: no soy yo quien quiere o no quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control, por ejemplo, mis nervios, mi enfermedad, mi ansiedad” (Watzlawick et al., 1967, p. 80).

³⁵ En relación a esto, se plantea que “el *esquizofrenés* (...) es un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no sólo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí” (Watzlawick et al., 1989, p. 74), haciéndose posible negar cualquier aspecto de un mensaje o todos sus aspectos.

2) *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional, de modo que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación:* Dentro de las distintas variaciones de trastornos que pueden acarrear la confusión o desacuerdo en los aspectos de contenido y relacionales, se describe como un extremo, el caso de un sujeto que se ve obligado a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otro. El desacuerdo a nivel relacional es, desde el punto de vista pragmático, mucho más importante, pues en él, las personas se proponen mutuamente definiciones de la relación y, por implicación, de sí mismas. Cuanto más espontánea y sana es la relación más se pierde el aspecto relacional, apareciendo, en vínculos enfermos, una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación. Frente a la definición que un sujeto hace de la relación, su interlocutor puede responder por medio de una confirmación, un rechazo o la *desconfirmación*³⁶. La última de estas alternativas sería fundamental en el desarrollo de la esquizofrenia, implicando la negación de la realidad de ese sujeto como fuente de la definición de la relación; “mientras que el rechazo equivale al mensaje ‘está equivocado’, la desconfirmación afirma de hecho: ‘tú no existes’” (Watzlawick et al., 1967, p. 87). Tal tipo de mensaje incidiría de modo fundamental en el sujeto, pues el factor que más pesa en el desarrollo y estabilidad mentales sería el reconocimiento del otro, ya sea mediante la aceptación (confirmación) o la refutación (rechazo) de las propias definiciones.

3) *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de hechos:* En una secuencia interaccional se considera que cada intercambio comunicacional es simultáneamente estímulo y respuesta, siendo éstos sometidos a una puntuación secuencial por parte de los participantes. Por medio de aquella, los participantes de una interacción establecen determinados patrones de intercambios, de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Al organizar los hechos de las conductas, este mecanismo se vuelve vital para las interacciones, pudiendo suceder que las discrepancias no resueltas en la puntuación lleven directamente a impasses interaccionales en que los que, eventualmente, se hagan acusaciones de locura o maldad.

³⁶ Al describir el rol de la desconfirmación, los autores aluden a los aportes del antipsiquiatra Ronald Laing, de quien reconocen el mayor aporte de las consecuencias de este mecanismo, tema que será abordado más adelante.

4) *Las personas se comunican tanto digital como analógicamente*³⁷: La primera modalidad cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico cuenta con la semántica, pero no con una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5) *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia, respectivamente*: Ambos tipos de interacción son categorías básicas en las que se divide el intercambio comunicacional, sin ser buenas o malas intrínsecamente, al poder involucrar una confirmación recíproca, sana y positiva. En el caso de la patología en la relación, la interacción complementaria aparece como de mayor interés psicopatológico que la simétrica, al involucrar en general a desconfirmaciones del self del otro³⁸. En el caso de que uno de los participantes (A) exija ser confirmado por otro (B) en una definición de sí mismo que no concuerda con la que B posee, este último se verá expuesto a un dilema particular, pues debe modificar su propia definición de sí mismo de modo que complemente y así corrobore la de A. Dicho dilema se asocia al hecho de que “es inherente a la naturaleza de las relaciones complementarias el que una definición del self sólo pueda mantenerse si el otro participante desempeña un rol específico” (Watzlawick et al., 1967, p. 105).

2. Escuela de Milán

El equipo de Milán se aproxima al estudio de patología mental a través del modelo de la metáfora del juego familiar, utilizándose la idea del juego como una metáfora que representa los procesos que llevan a un sujeto a actuar psicóticamente.³⁹ El uso de esta metáfora implica un intento de trascender la teoría sistémica, al presentarse como un modo de “integrar las reglas generales de la interacción de los jugadores (razonamiento sistémico-

³⁷ La comunicación digital es aquella en la que el objeto o evento es expresado por medio de signos arbitrarios que no presentan ninguna semejanza estructural con el objeto o evento al que se refiere. En cambio, la comunicación analógica consiste en una forma de expresar objetos y situaciones por medio de símiles, analogías, semejanzas que poseen estructura similar a la del objeto o situación que representan.

³⁸ En cambio, cuando la relación simétrica se derrumba aparece comúnmente el rechazo del self del otro, más que la desconfirmación de aquel.

³⁹ Debe recordarse, sin embargo, que los juegos relacionales se presentan en todas las familias, ya que “si el juego es un modo de representar una organización interactiva que evoluciona en el tiempo, no jugar es imposible” (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 172).

holístico) con las movidas de los individuos (razonamiento estratégico)” (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 163).

Se propone una conexión estrecha entre las modalidades de la relación de la pareja parental y los síntomas psicóticos del paciente señalado como esquizofrénico, originándose en aquellas familias un enredo relacional denominado *juego sucio*. Éste surge cuando los actores del sistema familiar recurren a medios desleales como engaños sutiles, mentiras, venganzas encubiertas, manipulaciones, seducciones, promesas ambiguas, etc., cuyo fin es disimulado y negado.

Su postulado se basa centralmente en la teoría del *embrollo*⁴⁰, al cual se le atribuye un significado global, siendo definido como “un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y se desarrolla en torno a una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es” (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 82). Se señala, entonces, que el supuesto privilegio no sería auténtico desde el punto de vista afectivo, puesto que se trataría de una estrategia enfocada en contra de alguien, usualmente, el otro cónyuge.

Al ir profundizando en aquel proceso interactivo que origina la psicosis en uno de los miembros de la familia, el equipo de Milán propone una evolución del proceso en seis estadios:

1) *Impasse en la pareja conyugal*: Se formula la hipótesis de que el trastorno en la relación conyugal, con resultado maligno (consistente en la psicosis en uno de los hijos) es siempre y únicamente el juego al que denominan *impasse*. Éste es descrito como aquel juego “en el cual los dos adversarios (...) parecen destinados a afrontar eternamente una situación sin salida: su relación no conoce verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras. Uno de ellos exhibe cada tanto una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes: parece estar siempre a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro, sin perder la calma invariablemente realiza una movida

⁴⁰ Se recurre al vocablo *embrollo* en una acepción que hace referencia tanto al término anglosajón *imbroglio*, que indica intriga o confusión, y al mismo término italiano, que alude a una verdadera estafa.

que equilibra el puntaje” (Selvini et al., 1990, p. 174). En este juego, se distingue entre un provocador activo (el primer jugador) y otro pasivo, que se caracteriza por su provocadora imperturbabilidad, siendo difícil de identificar al último como tal, al ocupar un rol de víctima.

2) *Intromisión del hijo en el juego de la pareja*: Esta consiste en la fase más secreta, puesto que se la siente como ilícita, y es el momento cuando el futuro paciente designado interviene aliándose con el padre que cumple el rol de provocador pasivo. La solidaridad del hijo con el ‘perdedor’ surge en parte espontáneamente (ya que cree que el otro es el culpable, sufriendo también de sus provocaciones) y en parte instigado por este último. La estrategia se basa en un proceso de instigación, fenómeno obligado de los juegos relacionales de estas familias, el cual obedece a un mecanismo interactivo consistente en la seducción por parte de uno de los padres a un hijo, con el fin de ponerlo en contra del cónyuge. El hijo se convierte, de este modo, en un portavoz de mensajes ‘humillantes’ para uno de los padres, provenientes del otro, comunicaciones que este último no manifiesta personal ni explícitamente⁴¹. Las comunicaciones seductoras, restringidas a lo implícito y lo analógico, por parte de este padre, se pueden interpretar como una promesa ambigua que atrae e involucra al hijo, promesa que luego es negada ambiguamente, instalándose de este modo el movimiento oscilante de las coaliciones. La coalición con el paciente designado es, según este planteamiento, casi exclusivamente instrumental, manteniéndose siempre el conflicto conyugal como centro focal. La gravedad del proceso que se desencadena en el paciente señalado cuando descubre el carácter instrumental de la ligazón que lo unía con el padre, responde no tanto al que éste hubiese construido la propia personalidad sobre bases frágiles (como plantearía el psicoanálisis), ni que hubiese sido sistemáticamente sometido a modelos comunicativos ‘desestructurantes’ (doble vínculo), sino más bien a que, en cierto momento, sea invalidado el presupuesto de fondo sobre el cual él ha construido su propio universo cognitivo y afectivo.

3) *Conducta inusitada del hijo*: Cuando el paciente señalado se percata de que su adhesión secreta al perdedor no lleva a éste a reaccionar y, con ello, el juego se ha

⁴¹ Debe recordarse, sin embargo, que la instigación es entendida como un proceso interactivo y nunca un juego de pareja unilateral sostenido por uno de los dos cónyuges, pues la conducta de todos los actores es considerada como provocadora o contraprovocadora, siendo del mismo modo incluida la víctima, a quien se la adjudica un rol de actora dentro del proceso.

mantenido inmutable, se obsesiona por terminar con el aparente triunfo del provocador. En ese momento, el hijo cambia las señales de apoyo casi imperceptibles, por conductas que nunca antes había manifestado y que, por tanto, le producen extrañeza, pero sin llegar a la patología (por ejemplo, se encierra en la pieza, insulta violentamente al padre vencedor, despilfarra dinero, etc.).

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

5) *Eclosión de la psicosis*: El proceso puede evolucionar de distintos modos, desencadenándose la psicosis en los casos en que el hijo sospecha la traición del padre con el cual se aliaba. A partir de ese entonces la situación se torna imposible, siendo la dinámica totalmente inaccesible a la expresión verbal, ya que, a la vez que fue construida en niveles analógicos, aparece el hecho de que “la convicción de ilicitud y la conciencia de connivencia [propias de la alianza intergeneracional], sumadas a la desconfianza en cuanto a la lealtad del ex aliado, condenarían por sí solas al silencio a aquel que se sintiera traicionado, impulsándolo a efectuar una reivindicación encubierta (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 84), reivindicación que en las familias estudiadas se traduce en un síntoma. El paciente señalado se siente abandonado por todos, experimentando una mezcla de sentimientos sumamente complejos, donde primará la confusión psicótica por sobre componentes depresivos o agresivos. Habiendo sido educado en un contexto de aprendizaje donde predominaba el juego de *impasse* entre sus padres, el hijo no admite la posibilidad de declararse derrotado. Entonces, “la sintomatología psicótica será el arma que le permita automáticamente prevalecer: ahí donde ha fracasado con su conducta inusitada, ahora ya no podrá fallar, doblará al vencedor y le mostrará a ese sometido perdedor lo que él, el hijo, es capaz de hacer” (Selvini et al., 1990, p. 182).

6) *Estrategias basadas en el síntoma*: Hay casos en que la conducta psicótica está expuesta a cronificarse, pasándose a esta sexta etapa, en la cual cada miembro de la familia

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

3. Escuela de Roma

A partir del análisis que los autores de la Escuela de Roma hacen de los modelos interactivos de familias de pacientes esquizofrénicos, sobresale su propuesta de éstas como sistemas rígidos.⁴² En éstos, los puntos de ruptura potenciales del equilibrio preexistente tienden a coincidir con procesos normales de desarrollo del sistema familiar, como son, entre otros, el crecimiento individual, el nacimiento, la formación de parejas, el envejecimiento o la muerte. Por ende, la rigidez no es una característica intrínseca de su estructura, sino que se muestra ligada a la dinámica y variaciones del estado del sistema en un tiempo y espacio definidos (Andolfi, Menghi, Nicolás & Saccu, 1987).

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

⁴² Como se indica anteriormente, los sistemas rígidos son aquellos en los que se observa una incapacidad para encontrar nuevos equilibrios ante la variación de su ciclo vital.

de ser, gracias a la cual el sujeto puede ser libremente, pues está sustraído al máximo a los condicionamientos del otro (Ackermans & Andolfi, 1987)⁴³.

La modalidad de *permiso de ser* se expresa a través de una claridad en las fronteras interpersonales, gracias a la cual cada miembro del sistema tiene la posibilidad de aceptar y controlar simultáneamente las situaciones de acercamiento (intimidad) y las situaciones de alejamiento (separación). Por el contrario, en la modalidad de *coacción de ser* aparece una falta de claridad en los límites interpersonales, con una consiguiente dificultad de afirmar una identidad recíproca, que se manifiesta por una tendencia a vivir en el interior de relaciones de fusión y entorpecimiento recíproco o por la obligación de mantener una distancia segura mediante el rompimiento afectivo.

A partir de esta lógica es que la salud mental es definida como “la capacidad de vivir en el interior de un sistema interpersonal, logrando instalar fronteras precisas” (Piperno, 1987, p. 67), gracias a las cuales cada uno de los miembros del grupo esta capacitado para proponer el fin o el comienzo del juego relacional.

Sin embargo, una característica fundamental de los sistemas interpersonales rígidos es la falta de claridad en los límites interpersonales, manteniéndose en el tiempo una imposición recíproca de ser *obligado a ser*, que dificulta cualquier *permiso de ser* por parte de cada uno de los miembros del grupo. De este modo, estos sistemas se rigen por reglas que excluyen la diferenciación y la individuación de sus miembros, replanteando constantemente un equilibrio alcanzado, en detrimento de la autonomía de cada uno.

En el sistema rígido, casi todo intento de diferenciación es vivido como una amenaza de inminente desintegración de aquel sistema, siendo una de sus reglas fundamentales la imposibilidad de escapar, pues el logro de autonomía de uno de los miembros del grupo pone el juego la estructuración de cada uno de los otros, que no han constituido la suya. La intrusión en el espacio personal de otro gracias a la pérdida del espacio personal propio aparece como la única posibilidad de coexistencia. Al respecto, Piperno señala que “si los límites de todos no se constituyen al mismo tiempo, todos corren

⁴³ Esta clasificación es recogida por Piperno del planteamiento del fenomenólogo Ludwig Binswanger, quien se inspira en la frase de Heidegger “la presencia es siempre copresencia” (Piperno, 1987, p. 66).

el riesgo de hundirse” (Piperno, 1987, p. 69). De esta dinámica deriva la necesidad de controlar permanentemente que ninguno de los integrantes del grupo logre definirse con claridad, pues sería sentido como una declaración de independencia, lo que implica una traición al grupo.

Un mecanismo propio de las familias con un paciente esquizofrénico, tendiente a mantener la dinámica descrita, es la *provocación*. Ésta corresponde a un modo particular de redundancia en la comunicación, cuyo fin es el mantenimiento homeostático del sistema. Ruggero Piperno define a la provocación como “una como modalidad de comunicación en la que las finalidades no son explícitas y son capaces por tanto de influir sobre una persona hasta el punto de hacerle realizar actos ajenos a su voluntad” (Piperno, citado en Ackermans & Andolfi, 1987, p. 11). Se relaciona con la tendencia de sistemas rígidos que reemplazan la disposición a actualizar la separación a través de la individuación, por el control del estadio de autonomía del otro ante la amenaza de que logre emanciparse antes que los demás miembros de la familia. De ese modo, la provocación actúa en detrimento de la autonomía del otro. Al respecto, Piperno añade que “si el otro acepta mi provocación, si cede a mi intención, quiere decir que está lejos de poseer una identidad como persona y, por lo tanto puedo estar seguro de que no podrá separarse de mí antes de que yo me desprenda de él” (Piperno, 1987, p. 72). Tal proceso habla tanto del no logro de una identidad y de límites personales en el que acepta la provocación, pero también en el provocador. Esta estructura interactiva se autosustenta en el tiempo, pues los participantes se encuentran en la imposibilidad de renunciar a su juego de provocación y contra-provocación ya que, pese al desagrado, el equilibrio obtenido resulta más tranquilizador.⁴⁴

Los límites interaccionales del sistema familiar son reemplazados por límites borrosos, definiéndose la manera de ser en el grupo como “*coexistencia funcional*”. Ante la imposibilidad de coexistir como persona, se hace concebible vivir en una forma de función relacional recíproca el uno para el otro, tornándose el sistema cada vez más rígido cuanto que es la única modalidad posible. Dichas funciones relacionales son definidas como aquellas conductas que satisfacen demandas recíprocas, es decir, todos los

⁴⁴ Tal proceso se da a través del esquema siguiente: “A hace algo que B vive como una provocación y que induce a B a hacer algo que A vive como una provocación que induce a A a hacer algo que B vive...y que le permite permanecer prácticamente invariables en el tiempo” (Piperno, 1987, p. 72).

comportamientos atrapados por las necesidades del conjunto familiar y substraídos a la libre disposición de cada uno de sus miembros.

En este sentido, “un sistema se vuelve rígido cuando sobre las necesidades de diferenciación de sus miembros pesan una acumulación de funciones o la incapacidad de modificar sus funciones en el tiempo. La creciente presión de los niveles de función acarrea una reducción de la expresión de sí a partir de lo cual se estructuran relaciones rígidas” (Andolfi et al., 1987, p. 32), que conducen a una compresión progresiva de las energías disponibles y a un empobrecimiento de las comunicaciones con el exterior. Se instaura en el interior del sistema familiar una compleja red de funciones que se refuerzan recíprocamente y que cristalizan las relaciones en roles estereotipados, en detrimento de experiencias e informaciones nuevas y diferenciadas vividas como demasiado amenazadoras para el equilibrio familiar. Esto acarrea, en cada uno de los miembros del sistema familiar, una creciente confusión entre el espacio personal, lugar de definición de cada uno en el interior de sí, y el espacio interactivo, lugar de intercambios negociados con el exterior, siendo generalmente, dicha confusión, atribuida exclusivamente al portador del trastorno mental.

La invasión del espacio personal del otro, particularmente permitida y facilitada por la patología grave de un miembro de la familia, trae como consecuencia última un vacío creciente del espacio personal de cada uno, así como una disminución masiva de los intercambios libres. Dicho vacío se agranda progresivamente, dando espacio para que contenidos y necesidades funcionales reemplacen progresivamente a los de los integrantes de la familia. “El vacío personal es colmado entonces, en un círculo vicioso, por un rol determinado a su vez por la imagen familiar de la función de cada uno. El espacio personal se reduce y el espacio interaccional se torna rígido” (Andolfi et al., 1987, p. 33). En familias que incluyen un paciente diagnosticado de esquizofrénico aparece de modo característico esta situación, donde los límites de flexibilidad descritos se manifiestan claramente.

Por otra parte, en organizaciones sistémicas consideradas como patológicas se observa una tendencia familiar a transformar el potencial de informaciones que llegan del

exterior, en una gama restringida de señales orientadas al mantenimiento del modo de funcionamiento preexistente y a la conservación del mapa cognitivo del sistema. Dicho proceso implica una barrera para toda nueva experiencia y la decodificación de nuevas informaciones a partir de un esquema rígido y fijado previamente, donde las significaciones personales y diferenciadas son excluidas a favor de una significación común compartida por los miembros del sistema, repercutiendo en la integración y diferenciación de los individuos. La disminución en la entrada de información permitida por el sistema es proporcional a la rigidez de los presupuestos implícitos forjados en que cada miembro a lo largo de la historia familiar, ya que la organización de esos presupuestos constituye una suerte de grilla perceptiva que sólo permite el paso a cierto tipo de señales. En relación a esto, Anna Maria Nicoló sostiene que “el esquema fijado de antemano puede llegar a ser tenido por característica del yo, y quien lo expresa es la familia del paciente designado, quien de este modo, con sus síntomas y manifestaciones, se convierte en metáfora de las relaciones familiares” (Nicoló, 1986, p. 206).

La idea recién planteada cobra sentido al vincularla con el concepto de *mito familiar*, propuesto como una estructura particularmente característica en familias disfuncionales. Éste exhibe los efectos del esquema de relaciones preestablecidas, condensando los presupuestos implícitos y haciendo desaparecer las diferencias individuales. De este modo, el mito indica como está hecha y pensada la realidad y, además, como ésta es percibida. En este sentido es que una importante función del mito es el existir en la estructura familiar al servicio del yo, como un modelo que pasa a ser una estructura de referencia en la construcción de una identidad personal, por cuanto cada uno se remite a él más o menos conscientemente. Nicoló alude a que “en una familia semejante, cuando el yo de cada uno de sus miembros, entendido como lazo con la realidad, presenta aspectos frágiles o débiles, el mito familiar cumple una función en parte sustitutiva del yo a nivel del grupo, y por eso éste puede resultar difícilmente modificable en el tiempo” (Nicoló, 1986, p. 212).

Por otro lado, la mayor parte de las familias esquizofrénicas funciona antidepresivamente. Al respecto, la autora plantea que “todo lo que puede suponer la aparición de sentimientos como el dolor, la depresión, la soledad, vinculada en general con

experiencias de separación, es evitado, combatido, negado, desviado, cuando ello es posible. No sólo se trata de la separación en un vínculo físico con un familiar determinado (...), sino también de todas las otras separaciones, desde las más antiguas hasta las más cotidianas, que caracterizan a cada momento de la vida de todos los miembros de la familia” (Nicoló, 1986, p. 214).

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

4. Escuela de Heidelberg

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

1. *Individuación relacional*: Definida como la capacidad que permite al sujeto experimentarse por separado y a la vez relacionarse en los más diversos contextos humanos, aparece con un área donde se observa una dificultad particular en los pacientes esquizofrénicos, que muestran, en situaciones interhumanas conflictivas una autodiferenciación y una autodelimitación deficientes y perturbadas, sin lograr distinguir entre sus propias percepciones y la de los otros. Esta perturbación aparece como rasgo característico de todo su sistema referencial y no en un individuo aisladamente. Los fracasos en la individuación aparecen de tres modos distintos: a) fusión simbiótica, en la que las vivencias propias, el sentimiento de mismidad o *self*, se confunden con las vivencias, sentimientos y rol de otra persona; b) aislamiento autista rígido, que a menudo tiene una tonalidad de desconfianza paranoica; y c) situación ambivalente pendular entre ambos extremos.

2. *Modos de interacción*⁴⁵: *ligazón y expulsión*: Los modos de ligazón y expulsión obedecen respectivamente a fuerzas centrípetas y centrífugas en la dinámica de separación intergeneracional, incluyendo un factor dialéctico que apunta a la compensación de fuerzas ligantes y de expulsión. La intensa ligazón implica, por una parte, una privación para quien es ligado, quedando subdesarrolladas sus capacidades de imponerse y de lograr una vida autónomamente, pudiendo ejercer, a la vez, su efecto en el plano afectivo, a través de la manipulación y explotación de necesidades infantiles de dependencia, y en el plano cognoscitivo, cuando un padre impone al niño a la fuerza su propio Yo disonante, cuando “el padre da al niño señales contradictorias, de modo que al final no puede leer correctamente ni siquiera sus propias señales interiores” (Stierlin et al., 1986, p. 44); o en el plano referido a explotación de necesidades infantiles de lealtad. Por otra parte, en la expulsión “el niño no es ligado, sino rechazado, descuidado, expulsado” (Stierlin et al., 1986, p. 46), experimentando frialdad, rechazo y descuido, por parte de sus padres.

3. *Delegación*: Siendo su elemento central el vínculo de lealtad que une al delegante con el delegado, los encargos ‘delegados’ pueden provenir de los diversos planos de impulsos y motivaciones, siendo un proceso no necesariamente patológico, al ser “a menudo la expresión de un proceso relacional necesario y legítimo: al dejarnos delegar nuestra vida adquiere dirección y sentido, cimentándose una cadena de deberes que trasciende a las generaciones” (Stierlin et al., 1986, p. 47). No obstante, los procesos de delegación pueden ser nocivos pudiendo darse de tres modos distintos: a) la naturaleza de los encargos puede no armonizar con las capacidades y necesidades propias de la edad del delegado, siendo éste sobreexigido; b) los encargos pueden ser conflictivos entre sí, no pudiendo conciliarse unos con otros; y c) algunos encargos pueden involucrar conflictos de lealtad, sometiendo al delegado a intensos sentimientos de culpabilidad (si traiciona a un padre delegante a favor del otro). En tal proceso de delegación nociva el paciente índice aparece frecuentemente como delegado explotado, el cual, por un lado, intenta ejecutar fielmente misiones inconciliables que lo superan y, por otro, se rebela intentando vengarse de sus padres por lo que le han hecho. El paciente índice aparece como el miembro de la familia más débil, enfermo y necesitado de ayuda. No obstante, “la debilidad manifiesta del

⁴⁵ Stierlin introduce en 1972 el concepto *modos de interacción*, refiriéndose a “estructuras de relación, o bien escenarios de relación, que ejercen una acción prolongada” (Stierlin, et al., 1986, p. 43).

paciente índice es también un punto fuerte: los demás pueden descargar sus impedimentos, debilidades y dificultades sobre él y, en contraste con él, aparecer fuertes, sanos y altruistas” (Stierlin et al., 1986, p. 76). A la vez que alivia a los demás miembros de la familia e incluso se sacrifica por ellos, el papel de víctima le otorga al paciente índice el poder de cargar al resto con su culpabilidad.⁴⁶

4. *Perspectiva plurigeneracional: legado y mérito*: El legado es una perspectiva extraída del planteamiento de Boszormenyi-Nagy que puede ser entendida como una ampliación del principio de delegación, pudiendo “expresar muy bien una ligazón, obligación o compulsión a rendir cuentas que se mantiene a lo largo de varias generaciones” (Stierlin et al., 1986, p. 51).⁴⁷

5. *Status de la reciprocidad*.⁴⁸ Las cuatro perspectivas anteriores confluyen en el status de la reciprocidad, abriendo en éste, una nueva configuración. Mientras que los otros aspectos aluden a un corte histórico longitudinal, esta quinta perspectiva se centra en el ‘aquí y el ahora’ de la constelación familiar. En este punto se hace referencia a que todas las relaciones se ven arrastradas por la lucha por el poder.⁴⁹ La forma extrema de *reciprocidad negativa*⁵⁰, degenerada en la lucha por el poder, es designada como *enganche maligno*, especialmente característico en familias con miembros esquizofrénicos. Aquí, “el sistema se vuelve completamente rígido: Pese a una posible movilidad dramática exterior, en la relación no se mueve nada; las partes se encuentran como en el *clinch* en un combate de boxeo” (Stierlin et al., 1986, p. 54).

En su desarrollo teórico, Stierlin otorga gran relevancia a la primera de estas perspectivas, referida a los procesos de individuación. Este concepto alude a la formación de peculiaridades individuales y delimitaciones psíquicas, distinguiéndose una *sobreindividuación* (frontera de los demás demasiado rígida y densa) y una

⁴⁶ En tanto delegado de sus padres, asume dos papeles: primero ocupa el rol de víctima, otorgándoles satisfacción al cumplir sus encargos, quitándoles al mismo tiempo la carga de angustia, vergüenza y culpa al encarnar en su persona los problemas y conflictos familiares que los demás deben ocultar. Lo anterior le permite asumir un rol opuesto, pudiendo atemorizar a su familia cargándolos de culpa y vergüenza puesto que sus síntomas, enfermedad y fracaso son una prueba fiel del fracaso y la maldad de los padres, vengándose, así, de sus supuestos y reales explotadores.

⁴⁷ Esta idea será profundizada en el capítulo dedicado a los aportes psicoanalíticos, dentro de los cuales se incluyen los de Boszormenyi-Nagy.

⁴⁸ Stierlin alude a Bateson como fundador de esta quinta perspectiva.

⁴⁹ Idea designada como ‘escalación simétrica’ por Bateson y relacionada con postulados de Selvini.

⁵⁰ La reciprocidad negativa, donde el movimiento dialógico está perturbado y restringido, se distingue de la reciprocidad positiva, que posee un carácter dialógico y expansivo.

subindividuación (fracaso en la delimitación segura, con límites demasiado blandos y permeables). Ambos extremos son patológicos, siendo necesario que el nivel más alto de individuación posibilite e incluya un nivel correspondientemente más alto de interrelación. Se apunta, de ese modo, al concepto de individuación relacional que implica a ambas tendencias.

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

Se entiende entonces que la perturbación de la individuación aparecería como rasgo característico del sistema, siendo necesario considerarla de acuerdo a éste. Se plantea, así, que la dialéctica relacional comienza y se despliega en la relación entre la madre (o su representante) y el niño pequeño, incluyendo luego, en medida creciente, a otros miembros de la familia y finalmente también a personas externas como pares, profesores, parejas, etc.

En esta dialéctica relacional hace una distinción entre dos tipos de individuación. Por una parte, se identifica la *individuación con* (o individuación con los padres), refiriéndose a que las contribuciones de los integrantes de la relación se traducen

desapercibidamente y sin esfuerzos en procesos de individuación; por otra parte, la *individuación contra* (o individuación contra los padres) alude a que para realizar la propia individuación hay que tener también posiciones contrarias dentro de una amplitud adecuada de perspectivas y vivencias, defender la propia posición sin evitar los conflictos, para desarrollar y consolidar así un sentimiento de la propia identidad e integridad. La individuación conexas requiere un equilibrio entre la ‘individuación con’ y la ‘individuación contra’, donde se trata sobre todo de una relación equilibrada entre la superación de conflictos intrapsíquicos o intersubjetivos (Stierlin, 1997, p. 134).

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

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

Tales perturbaciones en la comunicación y en la relación reflejan y sustentan profundos conflictos interpersonales e intrapsíquicos que, en parte, se remontan a la historia familiar. Es así como el autor afirma que “muchos pacientes índice esquizofrénicos son delegados ligados que, sobreexigidos de modo típico, fueron empujados a un desarrollo psicológico desigual” (Stierlin et al., 1986, p. 145), siendo especialistas en la supervivencia simbiótica. Al encarnar las debilidades y locuras negadas por los padres, frecuentemente, deben estar al servicio de la autoobservación y autojustificación paterna. Pero estos conflictos de encargos y lealtades no entran en el cómputo de mérito si no hasta que todos los miembros de la familia participen en el juego y cimenten el enganche familiar maligno.

5. Murray Bowen

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

El concepto fundamental de la teoría de Bowen es el de *masa indiferenciada del Yo de la familia*, consistente en “una identidad emocional, aglutinada, que existe en cada nivel de intensidad, tanto en las familias en las que es más evidente como en aquellas en las que es prácticamente imperceptible” (Bowen, 1991, p. 35). La relación simbiótica madre-hijo aparece como un fragmento de uno de los modos de relación más intensos, representando a una unicidad emocional más amplia, referida a la familia.

La idea fundamental que va ligada a esta teoría es la de un proceso emocional que circula dentro de la masa del Yo del núcleo familiar, con modos particulares de respuesta emocional. El grado de involucramiento de cada miembro de la familia depende del nivel de compromiso básico en la masa del Yo familiar. A la vez, el número de personas implicadas depende de la intensidad del proceso y del estado funcional de las relaciones

que en un momento dado tenga el individuo con la masa del Yo común. De este modo, en periodos de tensión, el proceso puede involucrar a toda la familia nuclear y extenderse a miembros de la familia extensa o a representantes de instituciones sociales (como hospitales, tribunales, etc.).

En relación con esto, Bowen postula una *escala de diferenciación del sí mismo*⁵¹. En un extremo del *continuum* aparece la máxima intensidad de la masa indiferenciada del Yo familiar, con un predominio de fusión del Yo, mientras que en el otro polo está reservado al extremo teórico de total diferenciación del Yo⁵².⁵³ Esta escala sitúa al sujeto en niveles básicos de diferenciación, apareciendo, junto a ellos, desplazamientos funcionales dentro del *continuum*. Un ejemplo de estos desplazamientos, sería el caso de un esquizofrénico que vuelve a funcionar adecuadamente cuando los padres enferman, recayendo sólo cuando ellos se han curado (Bowen, 1991).

En el tramo inferior de la escala, se describen las fusiones del Yo “más intensas, y los mecanismos de distancia emocional, aislamiento, conflicto, violencia y enfermedad física que se ponen en marcha para controlar la emoción de una ‘excesiva intimidad’ son extremos porque la incidencia del contacto con el intrapsíquico del otro es más profunda en el nivel de fusión del Yo” (Bowen, 1991, p. 42).

Por otra parte, las relaciones se describen como *cíclicas*, mostrando una sucesión de excesiva intimidad y distancia. En las familias observadas por el autor, aparecen fases de intimidad, en las cuales los sistemas intrapsíquicos de los miembros implicados se muestran estrechamente fusionados, resultando imposible distinguir uno del otro. “Un miembro de la familia podía saber con precisión cuáles eran los pensamientos, fantasías, sentimientos y sueños del otro” (Bowen, 1965, p. 261), reflejándose en la madre cada detalle de la psicosis del hijo. En las fases de distanciamiento, en cambio, “aparece un rechazo distante y hostil,

⁵¹ En un momento de su trabajo, Bowen comienza a evitar el uso del término ‘escala’, por ser éste alusivo a un tipo de herramienta clasificatoria.

⁵² Tal extremo es teórico, ya que se plantea que todas las personas tienen un grado de apego no resuelto con la familia de origen.

⁵³ “El grado de diferenciación de una persona está determinado por el grado de diferenciación de los padres en el momento de su nacimiento, por su sexo, por la manera en que sea persona se ha adaptado a la esfera familiar, por el orden de nacimiento, por la normalidad, o no, de su patrimonio genético, por la disposición emocional de cada progenitor (...) y por otros detalles que se insertan en la configuración general” (Bowen, 1991, p. 197).

durante el cual se puede decir, literalmente, que ambos se repelen uno al otro” (Bowen, 1991, p. 36).

Ante aquella intensidad de la fusión del Yo, aparecen mecanismos de control en tres áreas distintas: 1) conflicto conyugal: cada miembro de la pareja lucha por dividir en partes iguales el sí mismo común y ninguno cede ante el otro; 2) disfunción de un cónyuge: uno de los dos se ofrece como el “no sí mismo”, que hace las veces de soporte del otro, del que pasa a ser dependiente; y 3) transmisión del problema a uno o más de los hijos: los padres proyectan, en cada generación, gran parte de su inmadurez en un único hijo, creando grave deterioro en él. La mayor parte de las veces, se recurre simultáneamente a mecanismos de más de un área, apareciendo notoriamente la disfunción al predominar un mecanismo redundante, que se cronifica cuando la tensión extrema bloquea los circuitos de comunicación hasta paralizarlos.

En relación con esta última idea, el autor describe las relaciones entre dos personas como emocionalmente inestables y poco aptas para frenar la ansiedad, por lo cual se transforman automáticamente en *sistemas emocionales triangulares*, de mayor flexibilidad y adaptabilidad para tolerar y controlar esta ansiedad. Al crecer la tensión, un mayor número de personas ajenas se verá involucrado, ya que los circuitos emocionales se fijan en una serie de triángulos interdependientes. De tal manera, es que se propone al triángulo como la base de todo sistema emocional⁵⁴, apareciendo en su interior el desplazamiento constante de tensiones en una serie ordenada de alianzas y rechazos. Estos movimientos se efectúan de modo automático, como si fuesen reflejos, pudiendo ser, además, tan imperceptibles que apenas puedan observarse en momentos de calma, mientras que ante la presencia de ansiedad y tensión aumentan en frecuencia e intensidad.

Un punto importante dentro del planteamiento de Bowen se refiere a su hipótesis trigeneracional, basada en una *transmisión multigeneracional* de enfermedades emocionales, ligada a una madurez decreciente de generaciones, con una indiferenciación cada vez mayor, siendo la esquizofrenia producto de un proceso familiar en el que, en cada generación, un hijo sufre mayor deterioro que sus padres. El proceso de transmisión del

⁵⁴ “El triángulo representa el cimiento o la ‘molécula’ de un sistema emocional” (Bowen, 1991, p. 138).

deterioro al hijo depende de la severidad de la masa de egos de los padres, como también del grado en que el deterioro de los padres se transmite a uno sólo de los hijos, se dispersa sobre varios de éstos o bien sobre las relaciones con otros parientes. En este sentido, Bowen sostiene que, al plantear hipótesis de que “se necesitan al menos tres generaciones para que aparezca la esquizofrenia, consideraba que el proceso de tres generaciones puede extenderse desde padres bastante bien ajustados en la primera generación, hasta la esquizofrenia en la tercera, si los progenitores transmiten gran parte del problema conyugal a un solo hijo en cada generación” (Bowen, 1965, p. 268). En la mayor parte de los casos son necesarias más de tres generaciones para el desarrollo de esquizofrenia, pues aparecen distintos grados de dispersión en el proceso de proyección.

Pese a explicar, en algunos casos, al desarrollo de la esquizofrenia o de otros trastornos emocionales, la transmisión multigeneracional define un modelo amplio, pudiendo los hijos desarrollar un nivel de diferenciación más bajo, similar o, en otros casos, más alto que los padres, dependiendo de las circunstancias favorables o desfavorables que definan el proceso emocional de la familia⁵⁵.

El autor sostiene que “la esquizofrenia se desarrolla en una familia en la que los padres exhiben un bajo nivel de diferenciación del Yo, y en la cual un elevado nivel de deterioro de ellos mismos se transmite a uno o más hijos” (Bowen, 1965, p. 267). Los padres del esquizofrénico son descritos como personas en cuyo desarrollo aparece una dificultad en el proceso de ir creciendo y distanciándose de sus padres, de tal modo que, “después de la adolescencia, en un esfuerzo por funcionar sin éstos, se ‘desprenden’ para establecer ‘pseudoyoes’, mediante una ‘pseudoseparación’ de la masa de egos de los padres” (Bowen, 1965, p. 265). El momento en que se les dificulta la negación de la fusión con los padres es al establecer compromisos emocionalmente intensos, pudiendo funcionar exitosamente en otras esferas de su vida. Es por ello que al momento del matrimonio recurren al compromiso emocional con un cónyuge cuyo ‘Yo’ también esté poco diferenciado, fusionándose ambos en una nueva masa familiar de egos. Las personas que llegarán a convertirse en esquizofrénicas serían ejemplos de niveles aun más bajos de

⁵⁵ En este sentido, el planteamiento de la transmisión multigeneracional se diferencia de la idea de determinación genética de la enfermedad mental.

diferenciación, distinguiéndose de lo observado en sus padres, en el hecho de que nunca son capaces de desprenderse de otras personas para alcanzar un nivel adecuado de ‘pseudoyo’, manteniéndose como apéndices de la masa familiar de egos.

El profundizar en esta idea, Bowen propone el *proceso de proyección familiar*, aludiendo al mecanismo predominante en la esquizofrenia, en virtud del cual el problema de los padres se transmite al hijo, teniendo este último, no obstante, el mismo rol activo que los padres⁵⁶. La mayor parte de las veces la proyección es iniciada por la madre, con el apoyo del padre. Con el fin de localizar la causa de sus altos montos de ansiedad fuera de ella misma, la madre proyecta dicha ansiedad en pequeñas incapacidades, defectos o fracasos funcionales que descubre en alguno de sus hijos. Tal proceso transcurre a través de tres pasos principales, descritos del siguiente modo: 1) sentimiento-pensamiento: comienza con un sentimiento de la madre, que pasa a transformarse en un pensamiento respecto de los defectos del hijo; 2) examen-rotulación: la madre busca y diagnostica el defecto del hijo que mejor armonice con su sentimiento (paso del examen y diagnóstico clínico); y 3) tratamiento: procedimiento que actúa sobre el hijo tratándolo como si el diagnóstico fuese cierto.

El proceso de proyección familiar llega a un punto crítico cuando el triádico cae en la psicosis y ya no puede actuar como absorbente del proceso, siendo esta incapacidad su mayor fuente de ansiedad (más que la psicosis misma). Cuando el diagnóstico es confirmado y el hijo pasa a ser ‘paciente’, se completa otra proyección familiar, disminuyendo la ansiedad parental. En relación a este punto, el autor llama la atención respecto a que la consulta médica “sirve para confirmar el proceso de proyección de los padres en la familia, para cristalizar y fijar la enfermedad emocional en el paciente y contribuir a convertir en crónica e irreversible la enfermedad” (Bowen, 1965, p. 271). En el momento en que el psiquiatra accede responsabilizarse del tratamiento del hijo, acepta y legitima el proceso de proyección, permitiendo su mantención, sin hacer a los padres responsables de las consecuencias de su proyección.

⁵⁶ El hijo acepta la proyección parental o, en otros casos, él mismo obliga a los padres a proyectar sus ansiedades en él. Al igual que en los padres, se observa en este hijo una falta de responsabilidad respecto al ‘Yo’, al acusarse para aliviar la ansiedad y no hacerse cargo de sí mismo.

Asimismo, uno de los aspectos más importantes de la disfunción familiar consiste en el superfuncionamiento equivalente de otra parte del sistema. Este exceso de funcionamiento aparece como un mecanismo compensatorio necesario para los sistemas familiares, siendo necesario que la superactividad de un miembro compense el escaso funcionamiento de otro (como sería frente a la enfermedad temporal de uno de los cónyuges). Sin embargo, en los estados patológicos crónicos, se observa que la disfunción aparece enseguida para compensar la superfunción del otro. “Los síntomas se desarrollan cuando la disfunción se aproxima al no funcionamiento. (...) Si el mecanismo va más allá de un punto determinado, la ansiedad impulsa este mecanismo al pánico y a un rápido aumento de la superfunción y de la disfunción. El incremento de tensión puede ‘bloquear los circuitos’ del incapaz hasta llevarlo a un colapso paralizante. Incluso en estas condiciones, la mejoría puede producirse si se obtiene una disminución mínima de la superfunción o de la disfunción” (Bowen, 1991, p. 30).

Por último, es importante recalcar que los dinanismos familiares que Bowen describe en las familias de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se encuentran presentes también en familias con trastornos de menor gravedad e incluso en familias ‘normales’ o asintomáticas.

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

B. Enfoque Psicoanalítico

Psicoanálisis es un término creado por Sigmund Freud en 1896, aludiendo a un método particular de psicoterapia basado en la investigación del inconsciente con ayuda de la asociación libre por parte del paciente y de la interpretación del terapeuta (o psicoanalista). Además del tratamiento, el término denomina, por extensión, a la disciplina fundada por Freud y a una escuela de pensamiento que se caracteriza por ser “el único método que reivindica el inconsciente y la sexualidad como los dos grandes universales de la subjetividad humana” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 844), englobando diversas corrientes que han surgido a partir del legado freudiano.

Desde el psicoanálisis se propone que la enfermedad mental surge a consecuencia de fijaciones en determinados momentos del desarrollo psicosexual del sujeto, durante los cuales la persona no fue capaz de tramitar la energía sexual involucrada. Estas fases del desarrollo libidinal se asocian, entonces, a estados que en etapas posteriores involucran enfermedad. Tal punto parece interesante de rescatar debido a la repercusión que tiene en la noción de psicosis que postula el psicoanálisis y al modo como se relativiza el límite entre la normalidad y anormalidad.⁵⁷

Un rasgo fundamental de la teoría freudiana obedece a su separación radical del paradigma médico tradicional, al considerar en el discurso de la ciencia las teorías elaboradas por los propios pacientes sobre sus síntomas y su padecer.⁵⁸

Por otra parte, el psicoanálisis propone que lo familiar juega un rol fundamental en la constitución del sujeto como tal, ya que este proceso se daría en la relación con los objetos parentales primarios. Sin embargo, frente a este tema aparecen controversias, derivadas del modo como se prioriza lo intrapsíquico o la realidad externa al sujeto. Desde la teoría freudiana se consideraría la repercusión de las figuras parentales a partir de las fantasías internas del sujeto, dándose prioridad a lo pulsional, que enfatiza el núcleo biológico del hombre y disminuye el papel de la sociedad. De esta forma, en el tratamiento

⁵⁷ Asimismo, Freud suprime la división radical entre la norma y la patología, al analizar la actividad anímica en los sueños y percatarse del modo como, en aquellos, el sujeto más normal se vuelve psicótico durante la noche.

⁵⁸ Desde este punto de vista es que podría considerarse al psicoanálisis como antipsiquiátrico.

psicoanalítico individual, el foco central responde a las representaciones intrapsíquicas internalizadas de las relaciones familiares del paciente, en lugar de la observación directa y estudio de las transacciones reales y presentes.

En relación con esto, el psicoanalista Ivan Boszormenyi-Nagy sostiene que “aunque el genio de Freud nos llevó hasta una comprensión profunda del mundo intrapsíquico del individuo, su renuencia a hacer participar a los miembros de la familia en el tratamiento de individuos y su concepción del individuo como sistema cerrado, establecieron la práctica de excluir a la familia de la mayoría de las formas de psicoterapia” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1983, p. 12).

Este autor sostiene que las teorías comunes de la personalidad consideran al individuo como un producto de transacciones históricamente configuradas, no obstante lo cual, lo analizan como si fuese una entidad dinámica cerrada o un universo predecible. Es por ello que propone la necesidad de ampliar el marco conceptual, integrando la dimensión transaccional, según la cual “el otro ego tal vez tenga que ser considerado como un agente constitutivo, más que como un simple segmento de una realidad social indiferente” (Boszormenyi-Nagy, 1965a, p. 58). Siguiendo esta lógica, Boszormenyi-Nagy propone la creación de la *teoría dialéctica o relacional* de la psicopatología y tratamiento a toda la familia, que considera a los sistemas como unidades, en lugar de centrarse en las personas aisladas.⁵⁹

Por su parte, el psicoanalista inglés Donald W. Winnicott releva la importancia del medio externo, especialmente en los primeros años de vida del individuo. Señala que “hay genes que determinan pautas y una tendencia heredada al crecimiento y al logro de la madurez, pero nada sucede en el crecimiento emocional si no es en relación con la provisión ambiental, que debe ser suficientemente buena” (Winnicott, 1994, p. 174). A la base de esto, se encuentra la idea de la dependencia individual, casi absoluta al comienzo y que gradualmente se va relativizando, con una orientación a la independencia.

⁵⁹ Asimismo, Boszormenyi-Nagy sostiene que la consideración de la totalidad de las relaciones lleva a enfocar cuestiones éticas, más que psicológicas, apareciendo la ética de la justicia personal, la lealtad y el orden del universo humano como pilares fundamentales de su comprensión del individuo.

Respecto al mismo tema, algunos autores sugieren que en el caso particular de la psicosis es que cobraría importancia la inclusión del grupo familiar externo para comprender e intervenir en el padecer del individuo. Según André-Fustier y Aubertel (1998), en el caso de funcionamiento neurótico, las formaciones grupales, preexistentes genética y estructuralmente a la organización del aparato psíquico individual, se han vuelto lo suficientemente mudas para que el trabajo psíquico efectuado en la cura individual tradicional se dirija esencialmente a las formaciones intrapsíquicas. Por el contrario, en el caso de la psicosis, lo que predomina sería la insuficiencia de las estructuras del Yo, como continentes del psiquismo individual. Desde este punto de vista, la terapia familiar psicoanalítica se dirigiría particularmente a funcionamientos como los psicóticos, interesándose en las condiciones que hacen posible un proceso de subjetivación. Se consideran las formaciones psíquicas no integradas al psiquismo individual, es decir, el tejido grupal que precede a la individuación psíquica y permite su emergencia.

Las ideas recién expuestas dan cuenta de que el modo como el psicoanálisis incluye al grupo familiar y, más ampliamente, al medio externo, en la comprensión del sujeto y su padecer psíquico, es un tema controvertido, respecto al cual no hay un acuerdo general. Para los fines que esta Memoria se plantea, se torna relevante profundizar los desarrollos de autores que adoptan la segunda de las posiciones, incluyendo el rol de las dinámicas familiares en la constitución del sujeto como tal y, específicamente, en el surgimiento de la esquizofrenia.

Entre los autores que han trabajado tanto de modo teórico como práctico el tema de la familia en relación a la esquizofrenia se destacan los psicoanalistas Nathan Ackerman, Theodore Lidz, Lyman C. Wynne, Harold F. Searles e Ivan Boszormenyi-Nagy, realizando todos ellos sus investigaciones en Estados Unidos y centrándose en determinadas dinámicas interaccionales al interior de la familia.

Dentro de una perspectiva más actual en el enfoque psicoanalítico aparecen los aportes de autores como Rene Käs, André Carel, Francine André-Fustier, Françoise Aubertel, Haidee Faimberg y Alberto Eiguier, entre otros. Esta perspectiva se desarrolla actualmente en Francia y muestra fuertes influencias de la teoría de Pichón-Rivière.

Una vez expuestos algunos antecedentes del enfoque psicoanalítico, se procederá a revisar el modo como éste define a la esquizofrenia, su concepción de la familia y su descripción de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esquizofrenia. Si bien la exposición se centrará en los planteamientos de autores que han trabajado directamente en el tema de esta Memoria, se recurrirá a ideas de Freud y de otros psicoanalistas que aparecen como antecedentes a la reflexión hecha posteriormente respecto a la esquizofrenia y la familia.

Noción de Esquizofrenia

Para comprender el modo como el psicoanálisis concibe a la esquizofrenia y, particularmente, quienes incluyen a la familia dentro del análisis, resulta imprescindible recurrir a las fuentes primarias del enfoque. Se hace referencia con ello, a los postulados expuestos por Sigmund Freud, a partir de los cuales surgen posteriormente líneas de investigación que intentan profundizar, problematizar y trascender las ideas de éste respecto a la psicosis, con autores como Melanie Klein, Wilfred Bion y Donald Winnicott.

Freud describe a las psicosis -paranoia, esquizofrenia y melancolía- como el desenlace de una perturbación primaria en el vínculo libidinal entre el Yo y el mundo exterior, siendo, la mayoría de los síntomas manifiestos, tentativas secundarias de restauración del lazo objetal.

El síntoma es considerado como el representante de un conflicto, un enfrentamiento de fuerzas entre las exigencias del Ello (el deseo) y la defensa que, atendiendo a la realidad, responde a lo intolerable que sería el cumplimiento de aquel deseo para el Yo. Así como en la neurosis el Yo reprime las reivindicaciones pulsionales, atendiendo a la realidad, en la psicosis aparece al inicio la ruptura entre el Yo y la realidad, retirándose de un fragmento de ésta. En el último caso, entonces, se vuelve decisiva la hiperpotencia del Ello, quedando el Yo bajo su dominio.

En un segundo momento, en el tiempo de la reparación, el psicótico quiere compensar la pérdida de realidad creando una realidad nueva acorde a los deseos del Ello, siendo el modo más radical la alucinación, en la que el Yo se ha procurado percepciones

nuevas que corresponden a la nueva realidad. El delirio se presenta como un “parche colocado en el lugar donde originalmente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior” (Freud, 1940 [1938], p.157).

De esta forma, la psicosis es comprendida como “la reconstrucción de una realidad alucinatoria en la cual el sujeto está vuelto exclusivamente hacia sí mismo, en una situación sexual autoerótica: literalmente, toma su propio cuerpo (...) como objeto de amor (sin alteridad posible)” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 870). En este sentido es que las psicosis aparecen como una fijación en la temprana fase de autoerotismo, lo que implica un estancamiento de la libido yoica⁶⁰, por lo cual son también denominadas como *neurosis narcisistas*.

Aunque Freud reflexionó sobre la psicosis y dio ciertos lineamientos al estudio psicoanalítico de la esquizofrenia, puede decirse que la tarea de definir la estructura de esta enfermedad y sus particularidades ha correspondido a sus sucesores. Entre ellos, aparece Melanie Klein, quien crea el psicoanálisis de niños, centrando su estudio fundamentalmente en el desarrollo temprano del infante, lo que se asocia al modo como ella y sus sucesores profundizan en los mecanismos de la psicosis.⁶¹

Klein concuerda con Freud, al considerar la existencia de una fijación predisponente a la base de la esquizofrenia, que se daría en una etapa muy temprana del desarrollo infantil; especifica que “los estados de ansiedad relacionados con una catástrofe interna surgen durante el periodo de posición esquizoparanoide infantil y forman la base de la esquizofrenia posterior” (Klein, 1946, p. 33), al conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y los correspondientes mecanismos defensivos del Yo precoz (como escisión, idealización y negación). A la vez, “la ansiedad primaria de ser aniquilado por una fuerza destructiva interior, con la respuesta específica del Yo de hacerse pedazos o escindir-se, puede ser de mucha importancia en todos los procesos esquizofrénicos” (Klein, 1946, p. 14). La ansiedad y la culpa corresponden, según la autora, a un mecanismo esquizoide, en donde hay una violenta escisión y destrucción de una parte de la

⁶⁰ A diferencia de la neurosis, donde aparece el estancamiento de libido objetal.

⁶¹ La psicoanalista dio origen a una de las grandes corrientes psicoanalíticas (el kleinismo) y contribuyó a la expansión inglesa del psicoanálisis

personalidad del sujeto. Si se producen, con excesiva frecuencia y duración, estados de escisión y desintegración que el yo no puede superar, deben ser considerados como señales de enfermedad esquizofrénica en el niño, pudiendo comprobarse algunos indicios de esquizofrenia en los primeros meses de vida.

Wilfred R. Bion, por su parte, aborda el dominio de la psicosis a partir de la experiencia de los pequeños grupos y la aplicación de conceptos kleinianos. Si bien centra el desarrollo de su trabajo respecto a la psicosis en la comprensión de la personalidad del paciente, el autor señala al ambiente con un rol igualmente significativo en la etiología de la patología. En cuanto a la personalidad del esquizofrénico, el autor describe cuatro rasgos fundamentales, consistentes en: 1) predominio de impulsos destructivos, tan fuerte, que incluso los impulsos de amor son invadidos por ellos y convertidos en sadismo; 2) odio a la realidad interna y externa que se extiende a todo lo que puede despertar conciencia de la misma; 3) derivando de los anteriores, aparece un miedo continuo a una aniquilación inminente; y 4) formación precipitada y prematura de relaciones de objeto, cuya fragilidad contrasta notoriamente con la tenacidad con la que es mantenida.⁶² Estas características llevan a que el paciente esquizofrénico progrese de la posición esquizoparanoide a la depresiva, de un modo distinto que el no psicótico.

El autor recoge la idea kleiniana respecto al papel desempeñado por las fantasías infantiles y ataques sádicos al pecho materno, proponiendo una extensión del ataque contra el propio Yo, específicamente, contra todo el aparato de percepción que, según Freud, es activado por las exigencias del principio de realidad. De esta forma, la parte de la personalidad correspondiente a la percepción “es recortada, dividida en fragmentos pequeños, y entonces usando la identificación proyectiva es expulsada de la personalidad” (Bion, 1957, p. 58). Dentro de la fantasía del paciente los fragmentos expulsados del Yo tienen una existencia independiente e incontrolada fuera de la personalidad. En la medida en que la destrucción sea exitosa, el paciente sufre un fracaso en su capacidad de percepción. En este sentido, Bion propone a la identificación proyectiva de la percepción consciente como el factor central en la distinción entre la personalidad psicótica de la no

⁶² “La prematuridad, la fragilidad y la tenacidad son patognómicas y se derivan del miedo a la aniquilación por los instintos de muerte” (Bion, 1957, p. 57).

psicótica, es decir, el problema fundamental en el esquizofrénico radicaría en la posición esquizoparanoide, por el exagerado uso de escisión e identificación proyectiva. “Mientras que la personalidad no psicótica, o una parte de tal personalidad, emplea la represión, la psicótica ha empleado la identificación proyectiva” (Bion, 1957, p. 62).

Por otra parte, Bion propone dos importantes modificaciones a las ideas que Freud expone en su artículo *Neurosis y Psicosis* (1924 [1923]). En primer lugar, rechaza la idea de un total retiro de la realidad por parte del paciente esquizofrénico. Sugiere que “su contacto con la realidad, está encubierto, por la predominancia en la mente y la conducta del paciente, de una fantasía omnipotente encaminada a destruir, tanto la realidad como la conciencia de la misma, y así entonces, alcanzar un estado que no es ni la vida ni la muerte” (Bion, 1957, p. 68).⁶³ La segunda modificación que Bion efectúa al planteamiento freudiano consiste en que considera al retiro de la realidad, como una ilusión (no un hecho), que emerge del despliegue de identificación proyectiva en contra del aparato mental. “Es tal la predominancia de esta fantasía, que parece evidente que no es fantasía, sino un hecho para el paciente, quien actúa como si su aparato perceptual pudiera ser escindido en diminutos fragmentos y proyectado en sus objetos” (Bion, 1957, p. 69).

También desde el psicoanálisis inglés, Donald W. Winnicott⁶⁴, se diferencia de la teoría kleiniana al interesarse más en la dependencia del sujeto al ambiente que en los fenómenos de estructuración interna de la subjetividad. En este sentido, postula la necesidad de no establecer una clara línea divisoria entre la salud y el estado esquizoide o, más aun, la esquizofrenia. Si bien reconoce el factor hereditario en esta última y admite la presencia de perturbaciones físicas que aporten su contribución en algunos casos, se niega a separar al sujeto de los universales del desarrollo individual en determinado ambiente.

En esta línea, el autor rechaza el postulado freudiano de la agresividad en términos de pulsión de muerte, definiendo la psicosis como un fracaso en la relación con la madre. De ese modo, pese a darle importancia a todo el núcleo familiar, Winnicott se centra en la relación del niño con la figura materna, que en los primeros meses de la vida sería

⁶³ En este sentido, gracias a que el Yo siempre mantiene contacto con la realidad, sería posible concebir la existencia de una personalidad no psicótica paralela, pero oscurecida por la personalidad psicótica.

⁶⁴ El psicoanalista es señalado como padre fundador del psicoanálisis de niños en Gran Bretaña antes de la llegada de Klein a Londres (Roudinesco & Plon, 1998)

fundamental. En las primeras fases del desarrollo emocional del niño, donde la dependencia biológica y psíquica a su madre es fundamental, el ambiente desempeña un papel central, no habiendo sido aún completamente separado del niño de este. “Los principales cambios se producen en la separación de la madre como rasgo ambiental percibido de manera objetiva. Si no hay persona que sea la madre, la tarea del desarrollo del niño resulta infinitamente complicada” (Winnicott, 1971, p. 147).

Según Winnicott, los esquizofrénicos, en las fases mórbidas al menos, no son capaces de sentirse reales, logrando algo, en el mejor de los casos, sobre la base de vivir por delegación. En relación a esto, introduce el concepto de *falso self*, haciendo referencia a “una distorsión de la personalidad que consiste en emprender desde la infancia una existencia ilusoria (el sí-mismo inauténtico) a fin de proteger mediante una organización defensiva un verdadero *self* (el sí-mismo auténtico)” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 983). El *falso self* es por lo tanto el medio de no ser uno mismo, en diversas gradaciones, llegando hasta la patología de tipo esquizoide, en la que el *falso self* se instaura como única realidad, significando, en consecuencia, la ausencia de verdadero *self*.

Esta idea se relaciona con el planteamiento que distintos autores psicoanalíticos hacen respecto al tipo de relación que se instaura al interior de la familia con el futuro paciente esquizofrénico. Al ser este situado en el lugar de objeto, sin dársele la posibilidad de establecer una verdadera relación de sujeto con otro, no se le ofreció la posibilidad de pasar por una fase inicial en que la madre diese satisfacción a su omnipotencia ilusoria.⁶⁵ La madre, según Winnicott, debe instrumentar y dar sentido a aquella omnipotencia del niño, satisfaciendo los gestos de éste. En el caso del futuro esquizofrénico, tal satisfacción es reemplazada por el propio gesto de la madre, que adquiere sentido a través de una sumisión por parte del niño.

Una vez expuestos algunos de los postulados respecto de la psicosis, que permitirían comprender el modo como el psicoanálisis concibe a dicho cuadro psicopatológico, se procederá a revisar la concepción de esquizofrenia a partir de los planteamientos de los autores psicoanalíticos que incluyen el rol de las dinámicas familiares dentro de sus teorías.

⁶⁵ La idea del esquizofrénico ocupando el lugar de *objeto* en la relación con sus padres, será desarrollada en extenso en el acápite subsiguiente.

Según Ivan Boszormenyi-Nagy, las concepciones psicoanalíticas tradicionales sobre la enfermedad mental han hecho hincapié en determinados fenómenos intrapsíquicos, considerándolos elementos fundamentales en la etiología de la esquizofrenia. Frente a esto, propone una ampliación del marco, al modelo transpersonal de la familia, con una nueva definición de salud y enfermedad psiquiátrica, considerando a la sintomatología del paciente designado⁶⁶ sólo como una manifestación de un conflicto en el que participan muchas personas. El autor describe la patología de una familia en función del individuo y de su sistema familiar recalando que gran parte de lo que una persona hace es regulado por procesos de retroalimentación, establecidos tanto entre el Yo y sus introyecciones, como también de acuerdo a los efectos de motivaciones y reacciones experienciales de Otros significativos.

En el último caso, se hace referencia a patrones de sistemas multipersonales, que abarcan aquellos aspectos no individualizados de la constitución psíquica de una persona. Estas facetas amorfas e indiferenciadas representan una fuente de lo que en el marco individual ha sido tradicionalmente calificado de psicopatología o enfermedad. En este sentido, según Boszormenyi-Nagy, sería “el *estado de indiferenciación* mismo, y no una determinada fantasía compartida (...), lo que constituye la esencia de la patología de un sistema familiar” (Boszormenyi-Nagy, 1965b, p. 151). La indiferenciación sería una propiedad dinámica del sistema estructural que es mantenida por la economía de las necesidades de los participantes en su conjunto⁶⁷, asociándose a la definición de la identidad y las actitudes determinadas por el papel de cada uno de los miembros.

El psicoanalista Harold Searles coincide con Boszormenyi-Nagy, en esta idea de la indiferenciación como una característica fundamental dentro de la patología del sistema familiar, a la base de la esquizofrenia en un individuo, proponiendo que el esquizofrénico no ha alcanzado en medida estable un nivel de diferenciación e integración del Yo, no pudiendo percibirse ni percibir al otro como persona completa.

⁶⁶ El autor rechaza emplear el término ‘enfermo’ al designar a algún miembro de la familia, pasando a denominarlo *paciente designado*.

⁶⁷ Como es el caso, característico de las familias de esquizofrénicos, en que aparecen necesidades vinculadas con el aplazamiento del duelo por la pérdida de objetos pasados.

Por su parte, Lidz asocia aquella falta de integración del Yo con una distorsión de los procesos simbólicos, por medio de los cuales el cerebro humano permite la adaptación al medio. De esta manera, describe como rasgo distintivo de la esquizofrenia el funcionamiento simbólico perturbado o aberrante, que implicaría “la cualidad paralógica del pensamiento y la comunicación del paciente, que altera su representación interna de la realidad” (Lidz, Cornelison, Carlson & Fleck, 1957a, p. 81), existiendo, entonces, un pensamiento con una lógica alternativa, que se ha distanciado de la lógica convencional. Estos procesos simbólicos son propuestos como fundamentalmente humanos, lo que lleva a considerar la enfermedad como resultado de una evolución vital desviada, fruto de un proceso evolutivo total más que una actividad cerebral perturbada.

El pensamiento reflexivo y la actividad simbólica son evaluados en su eficacia en la medida en que permiten al individuo dominar su medio, y según el grado de consenso existente con otros sujetos, en las percepciones y sus significados, lo que posibilitaría una interacción colaborativa. El autor postula que, no obstante gran parte de la actividad mental normal es más autista que reflexiva, encontrándose más cerca del pensamiento del proceso primario y, en gran medida, al servicio del deseo de los impulsos instintivos, “la impregnación del pensamiento reflexivo por los procesos autistas proporciona una clave importante para la comprensión del pensamiento esquizofrénico” (Lidz et al., 1957a, p. 85).

En base a estos antecedentes, Lidz y sus colaboradores consideran a la esquizofrenia como “una forma extrema de retraimiento social, caracterizada específicamente por esfuerzos destinados a modificar la realidad de modo que ésta asuma una forma tolerable mediante una distorsión de la simbolización de la realidad o una limitación extremada del medio interpersonal, a fin de escapar y apartarse de sus conflictos insolubles, de un modo que se ha vuelto insoportable para él” (Lidz, Cornelison, Carlson & Fleck, 1957b, p. 58).

En relación a esta última idea, Nathan Ackerman (1977) sostiene que el esquizofrénico abandona despectivamente las convenciones corrientes, apareciendo con frecuencia rápidas desviaciones de los roles sociales influidas por estímulos grupales, en donde experimenta gran dificultad para realizar un comportamiento social consistente, puesto que su conducta adaptativa varía de acuerdo si el paciente percibe un clima como

hostil o amable en el ambiente. El autor llama la atención respecto a la aprensión que siente el esquizofrénico de pérdida o destrucción del Yo, por lo que renuncia a la participación social por miedo a sus propios impulsos destructivos o a ser lastimado al exponer su cuerpo a un ataque retaliatorio, siendo este distanciamiento siempre una forma de autodestrucción. De esta forma, la preocupación del esquizofrénico por la amenaza de destrucción evocada por la proximidad de otras personas le llevaría al aislamiento y a la resistencia a la participación social.

Desde una perspectiva más actual, Alberto Eiguer y sus colaboradores, proponen un estudio de la enfermedad mental en relación a la transmisión psíquica de elementos generacionales. En torno a ello, el autor refiere que en ciertos casos, el síntoma, además del compromiso intrapsíquico, puede ser considerado en correspondencia a la repetición de una insuficiencia de mentalización proveniente de generaciones pasadas, entendiéndose la expresión del síntoma actual como la expresión de un sufrimiento familiar. De esta manera, “la compulsión a la repetición (...) se relaciona con un defecto de simbolización transmitido por las generaciones precedentes, que obliga al sujeto a retomar, sin poder elaborarlo, algo que es por otra parte el fundamento del vínculo familiar y de sus propios basamentos narcisistas” (Andrè-Fustier & Aubertel, 1998, p. 129).

A modo de síntesis, es posible extraer de las ideas expuestas por los autores que incluyen al rol de la familia en la comprensión de la esquizofrenia, que la falla en el desarrollo de una identidad definida por límites interpersonales claros, sería uno de los factores fundamentales en esta cuadro psicopatológico, con repercusiones en ámbitos como los procesos simbólicos y el medio interpersonal.

Noción de Familia

A diferencia del enfoque sistémico, el psicoanálisis comprende a la familia basándose no sólo en los fenómenos comunicacionales o las interacciones actuales y observables de sus miembros, sino que también, y de modo fundamental, en los vínculos

libidinales del individuo con sus introyecciones parentales, trascendiendo lo que hayan sido los progenitores en la vida real.⁶⁸

Se considera que las primeras relaciones se establecen como un contexto relacional estructural, que encierra representaciones intrapsíquicas del Yo y del objeto. Se concibe a la familia como “el primer agrupamiento, y (...) de todos el que más cerca está de ser un agrupamiento dentro de la personalidad individual” (Winnicott, 1994, p. 152). Por medio de pautas internalizadas, el individuo traspaasa a todas sus relaciones actuales la programación de su mundo relacional formativo, de modo que “ese sí mismo es siempre un Yo subjetivo, impensable sin algún Tú” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1983, p. 22). A partir de esto, el conjunto relacional internalizado ejerce influencia selectiva en la elección de nuevas relaciones externas.

En su libro *Familia, Psicoanálisis y Sociedad*, el psicoanalista argentino César Merea (2005) conceptualiza a la familia distinguiendo una serie de elementos que formarían parte de su definición:

1. Las relaciones obligadas de tipo biológico material entre sus miembros, que hacen a su subsistencia y a las modalidades del uso del cuerpo; 2. el traslado que hace la pareja que funda la familia, de todos los elementos imaginarios y simbólicos que transgeneracionalmente ha recibido de su familia de origen, gran parte de los cuales cursan de un modo inconsciente y participan también del carácter del mito; 3. las identificaciones que se producen entre sus miembros, que, en el caso de las que los hijos reciben de sus padres, tienen un carácter de instituyente de su psiquismo (...); 4. la trama a la que da lugar la profusión de los elementos anteriores, que reúnen en un cruce multidimensional a sujetos, funciones y experiencias diversas, distintos momentos del ciclo vital y distintas crisis vitales, la multitudinaria presencia de los antecesores, el peso de los ideales y proyectos de vida que se gestionan en su seno, las influencias de lo social, económico, político y cultural, que aparece

⁶⁸ Como se expuso anteriormente, el modo como el psicoanálisis considera el rol de lo externo, en contraposición de aquello que el sujeto internaliza, es un punto respecto al cual aparecen divergencias.

por todos lados determinando todos los matices que el lector pueda imaginar (p. 106).

Respecto al tercero de estos puntos, el autor sostiene que, conjuntamente con los procesos de constitución del sujeto mediante el tipo de crianza otorgado por los padres, el proceso de identificación alude a “una característica humana, una conducta basada en la imitación, es decir, la mimesis, por la cual el bebé, y luego el niño durante la crianza, tienden a imitar expresiones y gestos, y después, de a poco, a ir incorporando actitudes, lenguaje, ideas, pensamientos y conductas complejas enteras, de sus progenitores” (Merea, 2005, p. 49). Según el autor, sobre aquella base, más la carga instintiva preexistente en el niño, se edificará su estructura psíquica como sujeto.⁶⁹

Además, se plantea que el grupo familiar tiene que llevar a cabo dos procesos en su función psicológica, observándose un paso de una función primaria a una secundaria. Su carácter primario radica en la protección de sus miembros, necesaria para la crianza, que se transforma en un obstáculo social cuando se extiende más allá de la infancia y la adolescencia, por la falta de desprendimiento real de sus miembros. Entonces, la familia debe pasar a cumplir con la tarea secundaria de socializar al niño, debiéndolo capacitar para insertarse en la sociedad, más allá del grupo familiar. En consecuencia, cada grupo humano debe capacitar al niño para comunicarse, pensar y actuar, debiendo protegerlo durante muchos años de dependencia e inmadurez, mientras aprende, a través de la búsqueda de modos de resolver las tareas de cada fase evolutiva para alcanzar el próximo estadio. Aparece, de esa manera, el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto y sus satisfacciones concomitantes.

En relación a la articulación entre lo familiar y lo sociocultural, Nathan Ackerman propone a la sociedad como moldeadora del funcionamiento de la familia con el fin de lograr su mayor utilidad. Entonces, producto de la evolución, la familia aparece como “una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera” (Ackerman, 1977, p. 37). De esta manera, las influencias

⁶⁹ La identificación acarrea un doble movimiento: por la imitación el sujeto puede ser como el otro, pero también puede ponerse en su lugar y mediante el reconocimiento de lo diferente, de la imposibilidad de ponerse completamente en su lugar, es capaz de reconocer su individualidad personal e inalienable, así como la del otro.

culturales son transmitidas a través de los padres, los que actúan como portadores de la cultura, concibiéndose a la familia como un agente psíquico de la sociedad.⁷⁰ En ese sentido, Theodore Lidz postula que, “en casi todas las sociedades, la familia es la portadora primaria de los medios instrumentales que el niño debe tomar de su cultura para convertirse en persona” (Lidz & Fleck, 1960, p. 333).

Ackerman describe seis fines sociales de la familia moderna que implican: 1) satisfacer aquellas necesidades destinadas a mantener la vida, como alimento, abrigo y protección, bajo condiciones de unidad y cooperación social; 2) proveer de unión social a través de los lazos afectivos familiares; 3) otorgar la oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar, que proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar nuevas experiencias; 4) moldear los roles sexuales, preparando, así, el camino para la maduración y la realización sexual; 5) ejercitar al sujeto para la integración a roles sociales y la aceptación de su responsabilidad social; y 6) fomentar el aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

En definitiva, Ackerman refiere que la tarea esencial de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad, determinando así en gran parte su destino mental. La familia provee la clase específica de experiencias formadoras que permiten que una persona se adapte a situaciones vitales diversas.

Un elemento interesante aportado por el psicoanálisis en la comprensión de la familia, radica en el modo particular como desde este enfoque teórico se considera a los mitos familiares. Se postula que “lo mítico configura una escena de acción psíquica que abarca desde lo más intrapsíquico del sujeto –en cuanto a cómo le es incorporado en su constitución subjetiva- hasta lo más cultural –en cuanto tiene existencia previa e independiente del sujeto individual-“ (Merea, 2005, p. 90).

Respecto a la relación entre el mito y la realidad, se sostiene que “el mito no crea la realidad –dejando aparte su innegable efecto sugestivo cuando ya está instalado- sino que son las cosas reales las que, en su acumulación y con el traslado generacional, se van

⁷⁰ A su vez, para llevar a cabo sus funciones, la familia moldea la clase de personas que necesita.

haciendo simbólicas y crean al mito, que, *después*, parece adquirir –por efecto de la represión que opera invirtiendo las secuencias y los tiempos- vida propia y autonomía de origen y de valor explicativo” (Merea, 2005, p. 93).

Un ejemplo paradigmático de mito que afecta a la familia, al sujeto individual y a la sociedad, introducido por la comprensión psicoanalítica del tema, es el mito (o complejo) de Edipo. Según Merea, éste se constituye como un determinante de la identidad psicosexual de cada sujeto, además de acarrear “un salto de la endogamia a la exogamia, del narcisismo (...) a la relación objetal (...), que obliga, cuando es lograda, al deseo sobre ‘otro’, y, para satisfacerlo en condiciones reales, a la consideración, aceptación o complementación del ‘otro’” (Merea, 2005, p. 95). La descripción del Complejo de Edipo como un mito universal que se expresa a través del grupo familiar, no debe hacer olvidar la presencia de mitos más cotidianos y singulares de cada familia, los cuales se expresan en las personas a través de fantasías, sueños, ideales, producciones culturales diversas, y, además, síntomas.

La rigidez y creencia casi religiosa en los mitos familiares constituye un motivo de enfermedad del grupo, además de ser un importante factor determinante de la patología individual de cada uno de sus miembros. Al contrario, la capacidad de salud de la familia y el individuo se liga, según Merea, a la revisión y cuestionamiento de los mitos familiares. Esta posibilidad surge frecuentemente en la adolescencia del sujeto, donde el sentido cuestionador de la familia se asocia al momento en que éste inicia más definitivamente el desprendimiento de los padres.

Por otra parte, Boszormenyi-Nagy postula como un elemento importante al estudiar familia, al hecho de que la consanguinidad o vínculo genético se mantenga toda la vida, lo que se asocia con que dichos lazos tengan primacía sobre la determinación psicosocial. Señala que el carácter inalterable de los vínculos genéticos y la continuidad de las cuentas de méritos que entrañan obligaciones por parte de los miembros, llevan a que las familias constituyan los más conservadores de todos los sistemas de relaciones.

En relación la cuenta de méritos, el autor considera que los miembros de una familia están insertos en una red multifamiliar de *lealtades invisibles* que influencia sus

comportamientos, exigiéndose que cada persona cumpla las expectativas y obligaciones grupales estructuradas, en relación con las cuales todos los miembros adquieren un compromiso tácito⁷¹. De esta forma, la estructura psíquica de un individuo sería una internalización de expectativas y percepciones lealmente aceptadas, considerándose a los síntomas de aquel como la expresión de la red de lealtades.

Tanto en las familias como en otros grupos, el compromiso de lealtad se asocia a la adhesión a ciertas *reglas* tendientes al mantenimiento del grupo mismo, siendo tal compromiso la sustancia de supervivencia del grupo. Todo paso dado en dirección de la diferenciación y consiguiente madurez emocional representa entonces una amenaza implícita de deslealtad hacia el sistema y la amenaza de expulsión. Gran parte de las reglas que gobiernan los sistemas de relaciones familiares se dan implícitamente, de modo que los participantes no son concientes de ellas. De esta forma, un conjunto de ritos interrelacionados caracteriza al sistema manifiesto de relaciones de una familia en un momento dado, los cuales se ajustan a configuraciones relacionales inconcientemente estructuradas.

En ese sentido, Boszormenyi-Nagy señala que el logro de autonomía de un individuo no debe visualizarse exclusivamente al interior de los límites de la fortaleza yoica de una persona y sus fuentes de recursos intrapsíquicos, ya que aquel hace referencia a una antítesis de la lealtad para con la familia de origen. En efecto, al sistema vertical de lealtades se le plantea un conflicto ante creciente autonomía de un hijo, apareciendo en la familia una lucha individual y colectiva cuyas metas opuestas son la identidad autónoma, por un lado, y la seguridad, mediante la fusión simbiótica, por el otro.

En relación con la concepción de familia sustentada en la actualidad por autores psicoanalistas, surge el concepto de *aparato psíquico familiar*, definido “como un acoplamiento psíquico, común y compartido por los miembros de una familia, cuya función es articular el funcionamiento del ‘ser juntos familiar’ con los funcionamientos psíquicos individuales de cada uno de los miembros de la familia (...). Funciona siempre como matriz

⁷¹ Las fibras invisibles de la lealtad responden a la consanguinidad, la preservación de la existencia biológica y el linaje familiar, además del mérito adquirido entre los miembros.

de sentido que sirve de envoltura y de apuntalamiento primarios a las psiques de los sujetos que nacerán en el seno de la familia” (Andrè-Fustier & Aubertel, 1998, p. 126).

La familia, además de articular las relaciones entre sus miembros y entre las generaciones, en función de su historia y sus mitos, “pertenece también a un conjunto social y cultural y, bajo este aspecto, debe articular el lugar de cada sujeto de la familia con su lugar en el conjunto social” (Andrè-Fustier & Aubertel, 1998, p. 129). Junto a ello, la familia presenta las tareas de la familia de articulación y perpetuación.

Familia y Esquizofrenia

Las aproximaciones psicoanalíticas centradas en lo interpersonal, se basan en la idea de que la experiencia del Yo depende de las vicisitudes de los encuentros entre el Yo y los otros, lo que implica que los reinos relacionales intrapsíquico e interpersonal adquieran una significación causal interconectada. En consecuencia, las relaciones familiares cobran una importancia fundamental al estudiar el surgimiento de la esquizofrenia en una persona.

Consistentemente con lo revisado respecto al modo como, los distintos autores que abordan la comprensión de la esquizofrenia desde el ámbito familiar, coinciden en ver a las dificultades en el logro de una identidad diferenciada e integrada como un elemento fundamental del cuadro esquizofrénico, se plantea a la falla en los límites interpersonales como una característica de particular intensidad en las familias de esquizofrénicos.

Ivan Boszormenyi-Nagy sostiene que la experiencia del Yo depende de la existencia y del grado de integridad de una frontera o límite que lo defina, determinando el grado de demarcación entre el Yo y el Otro las diversas maneras de relacionarse. El modo de relación se establece como un elemento constitutivo del carácter de una persona y cuanto más consistente sea la clara demarcación entre el Yo y el Otro, tanto mejor quedará protegido el sujeto contra la ansiedad a la pérdida o distanciamiento del objeto y de su miedo de aniquilación concomitante.

Se observa que familias enteras o subgrupos de ellas pueden manifestar un modo habitual de relacionarse. El autor clasifica distintos modos de relación dentro de un

continuo que va desde un extremo de desdiferenciación del Yo y falta de demarcación Yo-Otro, propio de la psicosis autista o de cuadros esquizofrénicos deteriorados, a otro que avanza en favor de la seguridad y funcionamiento vital efectivo.⁷²

La estructura de una relación otorga posiciones de *sujeto* y *objeto* a los participantes, siendo el intercambio sucesivo de ambos papeles, propio del modo relacional descrito como *diálogo*, un componente vital en la estructuración de la personalidad de una persona, al salvaguardarla contra la fusión intersubjetiva y la relacionalidad amorfa, simbiótica e indiferenciada. El diálogo contribuye al delineamiento del Yo en ambos compañeros, siendo el medio más destacado para establecer una eficaz demarcación entre el Yo y el Otro. A la base de esta idea se encuentra el énfasis que da Sigmund Freud al valor económico psíquico de la capacidad que tiene un sujeto de hacer uso activo de otros, como objeto de las pulsiones y proyectos de sí mismo. A la vez, desde la teoría freudiana, se sostiene que los conceptos estructurales de la mente permiten concebir a un Yo que debe coexistir con el Superyó, convirtiéndose el primero en objeto del amor o desprecio del segundo.

Por otra parte, en el modo relacional denominado *ser objeto*, característico de familias con un miembro esquizofrénico, se observa que “la fuerte ‘inversión emocional’ que hace el Otro, al asignarle a uno una particular significación-objeto, puede ser no sólo causa de conflictos, sino, en caso de ser excesiva y tener éxito, perjudicar al desarrollo de la propia búsqueda de objeto; es decir, el aspecto autónomo, de sujeto, de la propia personalidad” (Boszormenyi-Nagy, 1965a, p. 75). La esencia de este proceso consiste en convertir a un miembro en *chivo expiatorio*, asignándosele un papel de objeto, mediante la acción colusiva de los otros miembros de la familia. Por el contrario, puede ocurrir también que el proceso apunte a un objeto idealizado, apareciendo la clásica descripción que una familia hace de la personalidad del periodo prepsicótico del paciente esquizofrénico, consistente en la del niño bueno, retraído y nada de exigente (semejante a un objeto). En este sentido es que la idea de que al paciente esquizofrénico se le ha impuesto un papel de

⁷² Los seis modos de relación son: a) frontera intrasujeto; b) diálogo interno; c) fusión; d) ser objeto; e) ser sujeto; y f) diálogo. “Desde un punto de vista interpersonal, los tres primeros modos son esfuerzos fútiles, restitutivos, ‘no relacionales’ del objeto, mientras los últimos tres representan relaciones ‘reales’, crecientemente satisfactorias y estables” (Boszormenyi-Nagy, 1965a, p. 71).

objeto en la relación con sus padres, es fundamental dentro del planteamiento de Boszormenyi-Nagy.

Esta idea se liga al concepto de *parentalización*, desarrollado por el autor. “Por definición, la parentalización implica la distorsión subjetiva de una relación, como si en ella la propia pareja, o incluso los hijos, cumplieran el papel de padre. Dicha distorsión puede efectuarse en la fantasía, como expresión de deseos, o, de modo más notorio, mediante una conducta de dependencia” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1983, p. 182). En las familias con hijos parentalizados, se puede suponer que las necesidades de los padres no fueron satisfechas por sus propios progenitores y que el deseo de verlas satisfechas se transfiere a los propios hijos, quienes son usados como objetos sustitutos de gratificación de necesidades insatisfechas de dependencia, sexuales o agresivas. En este sentido es que el conflicto en el que se ve envuelto el futuro paciente esquizofrénico es comprendido trigeneracionalmente, al representar un esfuerzo por recrear la anterior relación con el propio progenitor en la relación actual con los hijos.

En relación con lo anterior, aparece la propuesta que Boszormenyi-Nagy desarrolla en torno al concepto de *complementariedad patológica de necesidades*, para aludir a necesidades inconscientes de los padres que darían forma a la estructura psíquica del niño. Las necesidades insatisfechas se transmiten al niño como rígidas demandas del superyó, que el niño acepta pasivamente y, así, satisface sus necesidades de dependencia. En este sentido, las necesidades se satisfacen recíprocamente, alimentando tanto padres como el niño sus demandas narcisistas. “La repetición de esta recíproca satisfacción de necesidades se convierte en preocupación para el niño y no logra establecer una identidad que le permitiría una existencia independiente de resto de la familia” (Zuk y Rubinstein, 1965, p. 41).

El esfuerzo por alcanzar la simbiosis, característico de las familias de pacientes esquizofrénicos, sería un empeño por completar una fase de desarrollo interrumpida en el pasado, además de un intento por salvar el abismo que separa a unos de otros, dando cuenta de una debilidad del Yo, compartida por los miembros del sistema amorfo. Este sistema

representa entonces, un contrato inconsciente entre los participantes, que supuestamente los protegerá contra la posibilidad de la amenaza de pérdidas desastrosas de objeto.

Los sistemas familiares simbióticos o patológicamente cerrados tienden a la eliminación tanto de la elección individual como de la imprecisibilidad, convirtiendo a las redes relacionales en una *fusión intersubjetiva* que reemplaza a la demarcación sujeto-objeto, propia de la relación sana⁷³. “Los miembros de un sistema familiar amorfo tienen que luchar contra el sentimiento de amenaza de desintegración del Yo inherente a la separación de cualquier miembros (Boszormenyi-Nagy, 1965a, p. 93). El sistema pronosticable de respuesta sirve de base para el delineamiento del Yo de los miembros, convirtiéndose en la estructura de la confianza existente entre éstos. De ese modo, la fusión intersubjetiva no permite ningún cambio autónomo a los miembros, quienes participan en una experiencia compartida del Yo, descrita como un *nosotros amorfo*. Al configurarse un sistema pronosticable de respuestas, cada miembro queda ligado por las reglas del sistema fusionado, perdiendo su libertad como individuos, a medida que se convierten en objetos de un sistema de transacciones previsible.

Consistentemente con lo anterior, Lyman Wynne considera que un caso de esquizofrenia está constituido por toda la unidad familiar y que, de hecho, al adentrarse en el estudio de los procesos psicodinámicos predominantes en aquellas familias, se detecta que la “familia no es verdaderamente una familia, en el sentido de un grupo de individuos, sino que comprende, a manera de agregado, a lo que podría considerarse como un solo individuo simbiótico” (Wynne, 1965, p. 539).

Tal como Boszormenyi-Nagy, Wynne señala que las familias de esquizofrénicos presentan graves problemas relacionales y de identidad, proponiendo a la *pseudomutualidad* como un modo característico de resolver dichos problemas en aquellas familias.⁷⁴ El concepto es propuesto como una solución abortada en un esfuerzo de adecuación a la familia a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que

⁷³ Si bien se describe al estado de indiferenciación propia de los miembros de sistemas familiares amorfos o simbióticos, como característico de la esquizofrenia, debe recordarse que “ningún sistema familiar es totalmente amorfo o está completamente diferenciado” (Boszormenyi-Nagy, 1965a, p. 92).

⁷⁴ Según Boszormenyi-Nagy (1983), el concepto de pseudomutualidad constituye el primer intento sistemático de importancia para explicar los determinantes principales de las pautas de relación familiar, apareciendo un esfuerzo por integrar un punto de vista sociológico con el psicoanalítico.

participan en la relación. En estas familias, “la estructura de funciones familiares ordenadas inconscientemente, se construye como una defensa y como una respuesta ante los temas de valores irreales; (...) las desviaciones de los papeles familiares rígidos se excluyen del reconocimiento, o se vuelven a interpretar erróneamente para que se adapten a la manera familiar de ver la vida” (Elles, 1983, p. 90). Aparece entonces una preocupación por armonizar juntos en el desempeño de papeles formales fijos, simplificados y estereotipados, a expensas de la identidad individual de cada uno de los miembros y de las necesidades reales de la familia. Wynne señala que mientras más dura la ejecución de un papel ordenado, más restringidas se vuelven las personas, al volverse incapaces de darle un significado claro a sus propios sentimientos internos en relación a los otros miembros de la familia, pudiendo, en algunos casos, sólo estar conscientes de una angustia creciente o incluso pánico. El individuo debe censurar las percepciones de sí mismo y del mundo para complementar las relaciones pseudomutuas de la familia, lo que puede llevar a un debilitamiento de la confianza en los propios sentidos y percepciones.

En relación a esto, el autor señala que en algunos casos la estructura de papeles de la familia es internalizada por el paciente a través de un superyó primitivo que determina directamente su conducta, dependiendo su identidad en gran parte de sus acciones. Entonces, durante alguna fase crítica del desarrollo, cuando el Yo intenta separarse del superyó primitivo puede producirse un intenso pánico. La maduración biológica y psicológica propia de la adolescencia, así como también la mayor exposición a ambientes extrafamiliares, en aquella etapa, implican la irrupción en la conciencia de sentimientos rechazados por el grupo familiar, pudiendo el individuo sufrir un colapso brusco y demoledor, a veces de características esquizofrénicas. Familiarmente, este “colapso es temido y colusivamente apoyado, como un alivio directo y sustitutivo respecto de la experiencia familiar anterior, tensa y vigilante, pero inmovilizada. Por otra parte, el episodio psicótico agudo representa el rompimiento de la pseudomutualidad, un intento por restaurarla y una búsqueda de individualización por parte del miembro perturbado de la familia, a través del cual se alcanza sólo una individuación parcial.

El miembro de la familia considerado como esquizofrénico es excluido del sistema familiar, como un intruso, responsable de las dificultades interpersonales, y si éste perturba

la estructura de roles intentando abandonar el que se le ha adjudicado, la familia experimenta intensa ansiedad. La psicosis manifiesta puede tener una función encubierta, en tanto que permite expresar los deseos colectivos, aunque disociados, de la familia respecto a la individualidad.

A propósito de la pseudomutualidad, Wynne describe una suerte de *valla de hule* característica de estas familias, que surge para proporcionar un sentimiento de mutualidad, pese a lo falso que éste pueda ser. “Las fronteras familiares de tal manera ‘oscurecidas’ son continuas pero inestables; se extienden como una valla de hule, hasta incluir todo lo que puede interpretarse como complementario, y se contraen para excluir lo que se interpreta como no complementario” (Wynne, 1958 citado en Searles, 1965, p. 540). Las desviaciones en los papeles familiares se reducen tanto por medio del ocultamiento como a través de procesos inconscientes, sin ser reconocidas e interpretándose erróneamente de modo que se adapten a la fantasía familiar. La no complementariedad constituye la amenaza más intensa y perdurable, que conduce a elegir la pseudomutualidad como forma de vida, ya que toda auténtica separación implica una amenaza comparablemente intensa a la fragmentación del yo, acarreando elevados montos de angustia en cada uno de sus miembros. La valla de hule sirve entonces para preservar lo que podría considerarse como un yo simbiótico que abarca a toda la familia.

En concordancia con lo mencionado, Harold Searles plantea que la patognomía de la familia del esquizofrénico radica en la intensidad del conflicto entre los modos más primitivos y los más adultos de relacionalidad, lo que se asocia a deficiencias en la individualización de sus miembros. Con ello el autor hace referencia a un conflicto en donde prevalece la base simbiótica de la relación, por sobre el aspecto interpersonal⁷⁵, con lo cual, cada uno de los miembros de la familia representa para el otro la personificación de aspectos parciales inaceptables.

Considerando esta idea es que el autor entiende que el inicio de la psicosis esquizofrénica se presenta típicamente en el marco del quiebre de una relación simbiótica sustentadora de la identidad con uno de los padres. El paciente de pronto se percata de que

⁷⁵ En relación a esto, el autor distingue entre procesos intrapsíquicos (narcisistas) e interpersonales (relaciones verdaderas de objeto).

su padre (o madre) ha estado reaccionando ante él, no como lo haría ante una persona por derecho propio, sino que como si fuese una extensión de él mismo. Este último está tan absorto en sí mismo, que no se da cuenta de que el hijo existe como individuo aparte.⁷⁶ En este contexto, la identidad del futuro paciente está tan ligada a la simbiosis con el padre o la madre, que la interrupción de ésta implica que él deje de existir también en su experiencia subjetiva. Es entonces que “sobreviene una experiencia esquizofrénica de sí mismo y del mundo (indiferenciada, hecha un lío deformada de otras maneras...), de la cual nacerá con el tiempo, se llega a convertirse en una persona nueva y sana, un nuevo sentido de la identidad” (Searles, 1965, p. 530).

Asimismo, Searles plantea que en las familias que contienen un miembro esquizofrénico, la membresía al grupo no es, para cada uno, algo biológicamente dado, sino que deberá mantenerse a través de la participación en la simbiosis familiar. Como la familia le ofrece al paciente la experiencia simbiótica como única posibilidad existente, la experiencia de no membresía equivale, para él, a la locura. “Mucho antes del comienzo de la esquizofrenia, el paciente se ha debatido bajo la amenaza crónica de expulsión psíquica de la familia, en caso de que decidiese no cumplir su papel de personificación de los aspectos rechazados de las personalidades de sus padres y de otros miembros de la familia” (Searles, 1965, p. 545).

Según Searles, lo espurio de la relacionalidad de objeto propia de las familias de esquizofrénicos -a la que alude también Wynne con su concepto de pseudomutualidad- tiene un carácter defensivo y prematuro. “Son defensivas contra la amenaza de indiferenciación simbiótica, y son prematuras porque tal indiferenciación tiene que predominar a un nivel profundo, entre cualesquiera dos personas, (...) y es preciso hacerle frente y aceptarla antes de que una auténtica relacionalidad de objeto pueda madurar, a partir de esta indiferenciación” (Searles, 1965, p. 538).

Searles profundiza en la idea expuesta por autores como Wynne, respecto al proceso que lleva al paciente esquizofrénico a desconfiar de sus propias reacciones emocionales y

⁷⁶ Añade que en muchos casos uno de los padres se ha portado con éste seductoramente, fomentando el conflicto entre sus necesidades sexuales y las represalias normales de su Superyó, a la vez que lo conflictúa entre sus deseos de madurar e individualizarse y su deseo regresivo de permanecer en una relación simbiótica con ese padre.

su propia percepción de la realidad, describiendo seis maneras de enloquecer a otra persona: a) *p* estimula a *o* sexualmente, en una situación en la que sería desastroso para *o* intentar obtener satisfacción sexual; b) *p* expone simultánea o sucesivamente a *o* a la estimulación y la frustración; c) *p* se relaciona con *o* simultáneamente a niveles no relacionados (por ejemplo, sexual e intelectual); *p* pasa de una longitud de onda emocional a otra, sin cambiar de tema; y d) *p* pasa de un tema al otro mientras mantiene la misma longitud de onda emocional (por ejemplo, discute un tema de vida o muerte exactamente del mismo modo que el acontecimiento más trivial).

A la vez, durante los pródromos de la esquizofrenia, parece haber una mutualidad entre el paciente y su familia, en la separación progresiva de éste de los demás miembros y el grado en que esos miembros han perdido interés por él, han ido excluyéndolo progresivamente de la membresía funcional de la familia. En este sentido, el impacto de los demás miembros de la familia, cada vez más notable, en el niño progresivamente hostil y angustiado que se encamina a la esquizofrenia es, en sí mismo, propuesto como un elemento etiológico importante. Como los padres no son capaces de reaccionar integrando sentimientos profundamente ambivalentes (tales como pesar o cólera), su fachada de blanda negación de sentimientos tiende a intensificarse. De tal modo, el paciente se ve progresivamente privado de toda persona real y accesible con la cual relacionarse. Esto lo lleva cada vez más a funcionar como un objeto parcial proyectado, respecto de los demás miembros.

No obstante, el autor reconoce sentimientos positivos en el paciente y su familia. Plantea que para estimar la fuerza potencial de una familia y su capacidad para crecer como tal, hay que tener presente que, en ese momento, ésta se ha descompensado, no funcionando al nivel que lo hacía años antes, pues, al igual que el paciente, ha sufrido una regresión.

Junto a lo mencionado, debe destacarse la afirmación que Searles hace respecto a que el paciente es el miembro de la familia que está más profundamente enfermo, independientemente de cuán grandes sean las contribuciones etiológicas de otros miembros. Tal calificación es hecha por el autor en referencia a los respectivos funcionamientos del yo de los diversos miembros de la familia, considerados como individuos.

Un elemento interesante en la comprensión de la dinámica familiar asociada a la esquizofrenia es el aportado por el psicoanalista Nathan Ackerman, quien desarrolla una caracterización de los distintos miembros de la familia del paciente esquizofrénico, incluyendo el papel de la abuela materna, con un rol central dentro de la dinámica patológica. El autor describe a la madre como excesivamente buena, poco espontánea, juzgadora y fácilmente desbordable por sus emociones. La abuela, por su parte, aparece como rígida, dogmática, agresiva, castradora y actuando como vocera de su hija. El padre, por último, es caracterizado como gravemente castrado, rígido, obsesivo y con temor a sus emociones. En este tipo de familia, se observa entonces, “una estructuración progresiva de papeles patógenos; la abuela en el papel de perseguidora; la madre en el de hija-esposa crónicamente inmadura, que proyecta sobre su única hija [o hijo] tan sólo una preocupación ritual; el padre en el papel potencial de protector y rescatador de su hija [o hijo], pero demasiado impotente y asustado como para ser realmente eficaz” (Ackerman & Franklin, 1965, p. 336). De este modo, el grupo familiar del esquizofrénico carece de una efectiva integración de sus miembros en un papel de moderadores de los conflictos familiares o en uno creativo o que estimule el crecimiento.

La estructura emocional de este tipo de familia revela una pareja regresivamente unida, constituida por la madre y la abuela del paciente, quienes tienden a declararse excesivamente rectas, bondadosas y con gran espíritu de sacrificio. La calidad de este tipo de unión exige la expulsión de un elemento considerado malo y peligroso, a partir de lo cual se estructura una dinámica relacional en que se aísla e invalida al padre. Frente a ello, el padre termina aliándose con estas mujeres, pasando el futuro paciente esquizofrénico a simbolizar al elemento extraño y peligroso y ubicándose en el lugar del chivo expiatorio de todo conflicto familiar. En relación con esto, Ackerman sostiene que, así como en la familia neurótica impera el tabú de que el hijo no puede ser distinto, en la psicótica el tabú se refiere a que el niño *no debe ser*. Frente a esta estructura relacional es que al hijo no le quedarían más salidas que el suicidio o el retiro a un mundo psicótico, ambas alternativas con un resultado autodestructivo.

Se plantea que el individuo suele ser aprisionado por la estructura familiar en un rol malsano. El paciente puede sentirse subjetivamente protegido por este papel y, sin

embargo, se está perjudicando, puesto que la seguridad que le da el rol es ilusoria. Pese a ello, el paciente se aferra a este rol porque simboliza la protección paterna. Para cambiar debe canjear algo que ya conoce por una forma de vida que todavía no conoce, debiendo dejar lo familiar y conocido por algo nuevo y desconocido; hecho que resulta difícil puesto que lo conocido y familiar, aunque le perjudique, le produce una sensación de seguridad.

Asimismo, Ackerman llama la atención respecto a la “aguda y flagrante contradicción entre el ideal de una familia de vínculos estrechos y la situación real, de profunda alienación en las relaciones familiares” (Ackerman & Franklin, 1965, p. 297).

Por último, en relación al planteamiento de este autor, debe mencionarse su comprensión circular del proceso esquizofrénico asociado a la estructura familiar. Así como postula una influencia recíproca entre estos dos factores, el autor niega una relación única y exclusiva entre ambos.

Finalmente, se hace pertinente revisar los aportes efectuados por el psicoanalista Theodore Lidz. En términos generales, coincide con los planteamientos de los autores revisados, aportando la comprensión del modo como la falta de límites interpersonales y la concomitante falta de integración yoica, repercuten en la distorsión de los procesos simbólicos del paciente esquizofrénico. El autor desarrolla la hipótesis de que el paciente esquizofrénico se retrae por medio de la distorsión de su simbolización de la realidad debido a que su apoyo en la prueba de realidad es precario, puesto que se ha criado en medio de la irracionalidad y ha estado en contacto crónico con comunicaciones intrafamiliares que distorsionan y niegan lo que debería ser la interpretación obvia del medio incluyendo el reconocimiento y comprensión de sus impulsos y la conducta afectiva de los miembros de la familia.

La familia puede fomentar el pensamiento paralógico, generar necesidades emocionales insoportables y ofrecer, a menudo modelos contradictorios para la identificación que resultan imposibles de integrar. “La debilidad yoica del esquizofrénico puede estar relacionada con la introyección de la debilidad parental que se observa en la dependencia de la madre con respecto al niño para su propia realización, con el rechazo parental del niño en el proceso de la temprana identificación con su progenitor, y con las

imágenes desvalorizadas para la identificación derivadas del menosprecio que un progenitor siente hacia el otro” (Lidz, et al., 1957a, p. 58). Ante la rivalidad en la pareja conyugal, cada progenitor intenta reclutar al hijo por su lado, violándose el límite existente entre las generaciones. Un niño puede llegar a sentir la carga que significa que se espere o exija de él que complete la vida de uno de los padres o de ambos, lo que crea un obstáculo en el crecimiento, impidiéndole convertirse en un individuo independiente.

Lidz destaca, de esta manera, la incapacidad de las familias de esquizofrénicos para desarrollar una estructura adecuada y favorecer una suficiente diferenciación de roles en el seno de la familia. Es así como propone el concepto de *impermeabilidad*, aludiendo a “la incapacidad de un progenitor para percibir las necesidades emocionales del niño” (Lidz et al., 1957b, p. 97), rechazando todo aquello que amenace el equilibrio de la autoimagen de dicho padre. Junto a esto, el autor también propone el concepto de *enmascaramiento* para referirse al ocultamiento, consciente e inconsciente, de conflictos o de alguna situación muy perturbadora como si no existiera, lo que provoca una confusión comunicacional en el medio intrafamiliar. Tomando en cuenta estos dos conceptos claves en su teoría, recientemente descritos, Lidz habla de una *institucionalización de la irracionalidad* en las familias de pacientes esquizofrénicos, aludiendo a que los síntomas crónicamente psicóticos se engendran en diversos planos con las necesidades, expectativas y actitudes defensivas de los otros miembros de la familia (Stierlin et al., 1986). Estos estarían especialmente circunscritos en un medio irracional con comunicaciones que distorsionan o niegan la realidad, afectando los procesos racionales y simbólicos, al mismo tiempo que se perturba el desarrollo estructural yico normal y estable en los hijos.

Por último, en los desarrollos psicoanalíticos más actuales, con el desarrollo de autores como Käes, André-Fustier, Carel y Aubertel, que centran su análisis en los procesos de transmisión psíquica a través de las generaciones, se sostiene que en familias con algún miembro psicótico, aparece con particular intensidad un tipo de transmisión psíquica entre generaciones denominada *trasmisión transgeneracional* (en oposición a la transmisión intergeneracional). Tal tipo de transmisión se compone de “elementos en bruto, no elaborados, transmitidos tal cual, surgidos de una historia lacunar, marcada por vivencias traumáticas, por no-dichos, por duelos no hechos” (André-Fustier & Aubertel, 1998, p.

127). Por no haber sido elaborados por la generación (o las precedentes), dichos elementos irrumpen en los herederos, atravesando su espacio psíquico sin apropiación posible, manteniéndose como objeto extraño. En este sentido es que la trasmisión es traumática al imponerse en su alteridad, manteniéndose difícilmente apropiable por el Yo, con efectos de enquistamiento, alienación, domino.⁷⁷

Se plantea que los objetos en bruto son producto de una trasmisión traumática por defecto de para-excitaciones, de la que a menudo los pacientes han sido objeto en su historia por parte de un entorno no suficientemente protector. En este sentido, “el sufrimiento familiar sería la manifestación de un defecto de metabolización, transmitido generacionalmente, y que mantiene en lo actual un exceso de angustias de derrumbe, que impide a cada sujeto de ese grupo familiar acceder a mecanismos neuróticos individuales estables” (André-Fustier & Aubertel, 1998, p. 135). De esta manera, el sufrimiento familiar es concebido como un trabajo psíquico imposible de asociar a una ruptura catastrófica del vínculo (en las generaciones precedentes) que, reactualizado a raíz de algún acontecimiento actual, desborda las funciones de para-excitación familiares y lleva a la familia a recurrir a modalidades grupales defensivas que buscan preservar un vínculo familiar indiferenciado.⁷⁸ La defensa contra las experiencias desbordantes consiste en no elaborar para mantenerse en la indiferenciación y confirmar, en lo actual, la concreción de un vínculo adhesivo.

De acuerdo con lo expuesto, puede comprenderse que los postulados de autores que han abordado desde el psicoanálisis el problema de las dinámicas familiares asociadas a la esquizofrenia presentan ciertos puntos comunes, que aparecen como fundamentales dentro de su análisis. Se sostiene que la patología familiar nace del tipo de relación propio de estos sistemas familiares, donde la falta de diferenciación entre sus miembros despierta intensas ansiedades que llevan a determinados patrones interaccionales, configurándose una suerte de pseudorelacionalidad. Ésta se caracteriza por el ejercicio de roles funcionales al sistema familiar, en lugar de aquellos que respondan a las identidades individuales de sus miembros. En esta dinámica es que al futuro paciente esquizofrénico se le impone el lugar

⁷⁷ La trasmisión no traumática, en cambio, respecta la ilusión de lo encontrado-creado (asociada a la apropiación del objeto heredado a través de la transformación que el sujeto hace de este último), posibilitándose que el individuo sea *sujeto de su deseo* y de su historia.

⁷⁸ Puede pensarse a dicha indiferenciación como el recurso último ante la amenaza de derrumbe, manteniendo una imposibilidad o prohibición de pensar, cuando el pensamiento es por esencia correlativo de la pérdida y el trabajo de duelo.

de objeto en las relaciones, acarreado dificultades en su constitución como sujeto, con todas las implicancias que ello presenta.

C. Antipsiquiatría

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

El contexto histórico en el que surge este movimiento era favorable, en la medida en que responde a un período de pleno desarrollo intelectual y teórico-político por parte de fuerzas progresistas que proponen un cuestionamiento profundo a las estructuras sociales, promoviendo el cambio social⁷⁹. La antipsiquiatría postula a las ciencias de la salud mental, la educación y lo social con un rol fundamental en la creación de ideologías⁸⁰ favorables al sistema capitalista, al negar racionalidad a cualquier forma distinta de ver las cosas que no sea la del propio sistema, forzando la existencia de un pensamiento único. Por tanto, puede entenderse que a la base de la denuncia de este movimiento se encuentra la reflexión política respecto a la psiquiatría en tanto institución social.

Uno de esos avances, tal vez el más conocido, es la oposición al manicomio en tanto que se lo considera una institución total, al controlar la totalidad de la vida de las personas retenidas en ella⁸¹. Se consideraba que, lejos de curar a los internos, el manicomio terminaba cronificando sus patologías, caracterizándose por ser un lugar de confinamiento, marginación y violencia. El cuestionamiento a la institución manicomial se extiende a la noción instituida de enfermedad mental, el rol del psiquiatra, la farmacología y métodos psicoterapéuticos, concibiéndose a la ciencia médica como una técnica de invalidación social. Según Cooper la psiquiatría está excesivamente al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad. El autor plantea el problema de la violencia “de” la psiquiatría,

⁷⁹ Entre los acontecimientos transcurridos en tal período, se encuentran el Mayo del '68, el hippismo, la guerra de Vietnam, y las luchas sociales en todo el tercer mundo

⁸⁰ Se entenderá *ideologías* como “sistemas de ideas y connotaciones que los hombres disponen para orientar mejor su acción. Son pensamientos más o menos conscientes o inconscientes, con gran carga emocional” (E. Pichon-Rivière, 1985, p. 114).

⁸¹ Oposición de la que es ejemplo, en los setenta, la puesta en marcha de ambiciosos proyectos de reforma psiquiátrica en el sector público: la Psiquiatría Social en Gran Bretaña, la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos y Canadá, la Psiquiatría de Sector en Francia y Suiza, la Reforma Italiana, la Reforma Psiquiátrica en España, etc..

“en la medida en que dicha disciplina opta por refractar, condensar, dirigir hacia sus pacientes identificados la violencia sutil de la sociedad” (Cooper, 1967, p. 11).⁸²

De acuerdo con lo dicho, el psiquiatra y psicoanalista argentino Enrique Pichon-Rivière define su campo específico de aproximación a la enfermedad mental como la psicología social, disciplina en proceso de construcción, caracterizada por una “lucha a través de una incipiente revolución teórica, revolución caracterizada por los modos de aproximación a la problemática de la relación entre estructura socioeconómica y vida psíquica, indagación de la operación de las ideologías en el inconsciente, procesos de socialización” (Pichon-Rivière, 1985, p. 204). Tal psicología social se concibe entonces, como desarrollo y transformación de una relación dialéctica acontecida entre la estructura social y la fantasía inconsciente del sujeto.

Al entender a la salud desde su relación con las instituciones sociales, la antipsiquiatría devuelve a la familia la pregunta por el origen de la enfermedad mental, dado que el manicomio no la produciría, sino que la reproduciría. “El manicomio cumple la función ‘familiar’ de recluir lo rechazado por el grupo familiar, garantizándole a la misma una cierta ilusión de bienestar mientras el ‘loco’ se mantenga fuera de su cotidianidad” (Foladori, 2004, p. 29).

El movimiento antipsiquiátrico tuvo su mayor incidencia en el campo de la salud mental dado que los que lo impulsaron en su inicio eran mayoritariamente psiquiatras. Entre los más destacados se encuentran David Cooper, Ronald D. Laing, Aaron Esterson, Franco Basaglia, E. González Duro, J. Berke, Thomas S. Szasz y Enrique Pichón-Rivière⁸³.

Una vez expuestos algunos antecedentes del movimiento antipsiquiátrico, se procederá a revisar el modo como éste define a la esquizofrenia, su concepción de la familia y su descripción de las dinámicas familiares asociadas al surgimiento de esquizofrenia.

⁸² *Violencia* será entendida como la acción corrosiva de libertad de una persona sobre la libertad de otra, asociada al poder de sometimiento sobre otros que han perdido su poder.

⁸³ Pese a que la lectura que Pichón-Rivière hace del discurso familiar sea psicoanalítica y que el autor no se declare como antipsiquiátrico, se ha decidido incluirlo dentro de este enfoque debido a que el desarrollo de sus ideas e intervenciones tuvo el alcance de cuestionar a la institución psiquiátrica y sus procedimientos. Junto a ello, el autor propone una superación del psicoanálisis orientada a la psicología social.

Noción de Esquizofrenia

La revisión crítica que los autores antipsiquiátricos hacen a la institución psiquiátrica se centra fundamentalmente en lo que se define como esquizofrenia, considerándola como la principal área-problema en la psiquiatría. Se cuestiona el carácter objetivo y médico de la esquizofrenia; en lugar de pensarse a ésta como una entidad nosológica o, aun, como una enfermedad mental, se la concibe como un constructo social, que sería moral y políticamente nocivo al volverse “una cortina de humo para toda una serie de problemas económicos, existenciales, morales y políticos que, estrictamente hablando, no requieren terapias médicas sino alternativas económicas, existenciales, morales y políticas” (Gómez, 2004, Conclusiones, 2).

En 1961, Thomas Szasz, psiquiatra, psicoanalista y actualmente Profesor Emérito de la Universidad de New York, publicó *El Mito de la Enfermedad Mental*, que inició un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales, siendo de los primeros en denunciar la represión de la locura con la aplicación de chalecos de fuerza, electroshocks y embrutecimientos químicos. Szasz anota que la mente no es un órgano anatómico, por lo que, lo que se entiende como enfermedad mental sería más bien una enfermedad metafórica. “Los individuos con enfermedades mentales (malos comportamientos), como las sociedades con enfermedades económicas (malas prácticas fiscales, por ejemplo), están sólo metafóricamente enfermos. La clasificación del (mal) comportamiento como enfermedad provee una justificación ideológica como tratamiento médico al control social auspiciado por el Estado” (Szasz, 1998, 1). El autor señala que la esquizofrenia es parte del mito moderno de la enfermedad mental, con lo que tampoco idealiza la locura o niega su existencia; lo que cuestiona es la veracidad científica de categorizarla y tratarla como una enfermedad legítima. Concibe a los diagnósticos psiquiátricos como rótulos estigmatizadores aplicados a personas cuyas conductas perturban a la sociedad.

Por su parte, Enrique Pichon-Rivière evalúa la salud mental no como un valor absoluto, sino que en términos de calidad de comportamiento social, el cual se liga a factores de orden socioeconómico y familiar, que intervienen positiva o negativamente en una adaptación activa del sujeto a la realidad. Dicha *adaptación activa* sería definida como

la relación creativa y modificadora del sujeto con la realidad, resultante de un interjuego dialéctico en forma de espiral, donde en la medida en que el sujeto se realimenta en cada pasaje, realimenta también la sociedad a la que pertenece⁸⁴.

A partir de esta lógica es que se aborda el problema de la salud mental centrándose en las estrategias de cambio de la estructura socioeconómica, del cual el enfermo mental sería el *emergente*⁸⁵. La enfermedad es entendida como “la cualidad emergente, cualidad nueva que remite, como signo, a una situación implícita, subyacente, configurada por una particular modalidad de la interacción grupal, la que en ese momento resulta alienizante” (Pichon-Rivière, 1985, p. 186). El enfermo es pensado como el símbolo y el depositario de los aspectos alienados del aquí y ahora de su estructura social; es portavoz de ansiedades, conflictos y fantasías inconscientes resultantes de la inseguridad y el clima de incertidumbre de su grupo inmediato social, es decir, su grupo familiar. “Curarlo es adjudicarle un rol nuevo, el de agente de cambio y transformarnos nosotros también en elementos de cambio” (Pichon-Rivière, 1985, p. 185).

De este modo, Pichon-Rivière, pese a designar como enfermo al sujeto alienado, considera a la enfermedad mental no como una enfermedad del sujeto, sino como la patología de una unidad básica de la estructura social (el grupo familiar). Señala que “el enfermo, el alienado, es él [el paciente], pero su enfermedad, su conducta desviada, es la resultante de la interacción familiar, de la forma alienizante de relacionarse entre los integrantes de ese grupo; por eso emerge la enfermedad de uno de ellos como conducta desviada” (Pichon-Rivière, 1985, p. 222).

A la vez, el autor considera la neurosis y la psicosis como una perturbación del aprendizaje de la realidad, dado a través de roles, ligándose entonces a una dificultad en el aprendizaje de funciones sociales. Señala que “toda respuesta ‘inadecuada’, toda conducta ‘desviada’ es la resultante de una lectura distorsionada o empobrecida de la realidad. Es decir, la enfermedad implica una perturbación del proceso de aprendizaje de la realidad, un

⁸⁴ Pichon-Rivière diferencia este proceso del de la adaptación pasiva, que radica en una aparente normalidad a partir de la construcción de un estereotipo con el cual el sujeto se maneja de modo prácticamente automático en su vida cotidiana, sin darse modificaciones en él ni en su entorno.

⁸⁵ El autor define al *emergente* como una cualidad nueva dentro del campo de observación, que alude a un acontecer implícito, perteneciente a un orden de hechos subyacentes dentro de la estructura grupal interaccional.

déficit en el circuito de la comunicación, procesos éstos (aprendizaje y comunicación) que se realimentan mutuamente” (Pichon-Rivière, 1985, p. 174).

En este sentido, la enfermedad mental (o conducta desviada) surge del “deterioro de la comunicación y del fracaso en el aprendizaje de la realidad en un momento de desarrollo (fijación), lo que promueve el regreso del sujeto (regresión) a este momento disposicional de su historia con la utilización de formas arcaicas de mecanismos defensivos para controlar o atenuar los dos miedos básicos, de pérdida y ataque” (Pichon-Rivière, 1985, p. 141). El estereotipo resultante de este proceso condiciona las características fenomenológicas de la enfermedad, constituyéndose como una situación de *resistencia al cambio*.

David Cooper, por su parte, coincide con Pichon-Rivière y Szasz en la negativa a ver la salud mental como un valor absoluto y a la esquizofrenia como una entidad nosológica, entendiéndola como cierto conjunto relativamente específico de pautas de interacción entre personas. Toma a la esquizofrenia como algo que ocurre “entre” personas más que “en” la persona. La esquizofrenia es definida como “una situación de crisis microsociales en la cual los actos y experiencias de una persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (generalmente familiares) inteligibles, hasta el punto que aquella es elegida e identificada (...) como ‘enfermo mental’, y su identidad de ‘paciente esquizofrénico’ es luego confirmada por agentes médicos o cuasimédicos” (Cooper, 1967, p. 14). Se refiere, entonces, a perturbaciones extremas de un grupo, sin aludir a desórdenes del individuo identificado como esquizofrénico. Esta posición podría reconocerse como más radical que la de Pichon-Rivière, pues este último, pese a situar el origen de la patología mental en el grupo familiar, considera que el paciente diagnosticado como esquizofrénico padece, de todos modos, una enfermedad mental.

Por otra parte, Ronald D. Laing, uno de los fundadores de la antipsiquiatría inglesa, propone, desde un enfoque socio-fenomenológico con influencias psicoanalíticas y marxistas, investigar los orígenes de la esquizofrenia comenzando por poner entre paréntesis todas las presuposiciones al respecto y ubicando el surgimiento del sistema de

atribuciones de enfermedad a una persona en su situación social originaria, es decir, en la familia de la que forma parte.

El autor plantea la necesidad de deshacerse del concepto de esquizofrenia para comprender lo que ocurre realmente a quienes supuestamente la padecen. Acepta el uso del término, pero se restringe a concebirlo como una hipótesis en lugar de una realidad objetiva. Define entonces a la esquizofrenia como “el nombre dado a un estado que la mayoría de los psiquiatras adscriben a los pacientes a quienes llaman esquizofrénicos” (Laing, 1969, p. 60). Esta adscripción, predominantemente destructiva, responde a una particular desarmonía entre dos personas (psiquiatra uno y paciente el otro).

A la vez, la institucionalización de aquella atribución en un conjunto de conductas organizadas, por parte de psiquiatras, funcionarios de la salud, familiares y otras personas, sería lo que induce al paciente a desempeñar el papel correspondiente, generándose en tal proceso, gran parte de las formas de comportamiento consideradas sintomáticas de la esquizofrenia. La esquizofrenia responde, entonces, a una etiqueta, la cual invalida la experiencia personal del sujeto. Tratar a alguien como esquizofrénico es un acto político, implicando una forma de violencia para mantener el orden existente.

Asimismo, Laing sostiene que la conducta aparentemente irracional de la persona diagnosticada como esquizofrénica se presenta, al menos en parte, como racional en el contexto familiar originario. En otras palabras, para hacer inteligible la conducta del esquizofrénico, se comprende a éste en su contexto microsocioal, entendido como el grupo familiar, a la vez, que la comprensión de este último a partir de su contexto social más amplio. Tal punto lleva a pensar en la problemática de la política, que va implícita dentro de los postulados de Laing.

A diferencia de Szasz y Pichon-Rivière, en los planteamientos de Cooper y Laing puede observarse una idealización del proceso que experimenta el denominado esquizofrénico, llegando a sostener que la locura es una fase natural del desarrollo personal y que evoluciona espontáneamente. Según Laing, lo que se conoce como colapso esquizofrénico agudo “parece ser un proceso de muerte y resurrección del cual, si es felizmente cumplido, las personas regresan al mundo sintiéndose renacidas, renovadas y

reintegradas en un nivel de funcionamiento más alto que antes” (Laing, 1969, p. 69). Por otra parte, Cooper señala que “la experiencia psiquiátrica puede concluir en un estado más avanzado; no obstante, con mucha frecuencia la interferencia psiquiátrica la convierte en un estado de detención” (Cooper, 1967, p. 91).

De acuerdo con lo expuesto es que puede comprenderse que la antipsiquiatría se aproxime al estudio de la esquizofrenia a través de un examen de estructuras sociales básicas como lo es la familia y, en particular, de los modos en que dicha familia mediatiza para sus miembros una alienación social general.

Noción de Familia

Enrique Pichon-Rivière concibe a la familia a partir de la noción de *grupo*, al cual define como un “conjunto de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio y articulados por su mutua representación interna, con una tarea propuesta implícita o explícitamente” (Pichon-Rivière, 1985, p. 189). En el caso del grupo familiar, a las constantes de tiempo y espacio, se agregan los vínculos de parentesco. A la vez, la tarea del grupo familiar constituye su finalidad y radica en la socialización del sujeto, proveyéndole las condiciones necesarias para lograr una adaptación activa.

Señala que “como unidad básica de interacción, la familia aparece como un instrumento socializador, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional” (Pichon-Rivière, 1985, p. 186). Por tanto, el grupo familiar es pensado como sostén de la organización social, unidad primaria de interacción, establecida sobre la base de un interjuego de roles diferenciados.

Este autor disiente del cuestionamiento radical a la unidad familiar nuclear, como estructura social que proponen antipsiquiatras como David Cooper, al concebir al grupo familiar como una unidad natural e indispensable de toda organización social, a lo largo de la historia del hombre. Sostiene que “la familia adquiere esta significación dinámica para la humanidad porque, mediante su funcionamiento, provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas, dando forma objetiva a los roles

distintivos, pero mutuamente vinculados, del padre, de la madre, del hijo que constituyen los roles básicos en todas las culturas” (Pichon-Rivière, 1985, p. 58).⁸⁶

A la vez, el carácter de estructura del grupo familiar surge de la interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica constituida por padre, madre e hijo, la cual, con sus posibles variables culturales, determina el modelo que seguirán las interrelaciones familiares. A partir de dicho carácter estructural, es que aborda al grupo familiar como unidad de análisis, concibiéndolo como unidad diagnóstica, pronóstica, terapéutica y de prevención.

Por otra parte, R. D. Laing define a la familia como un sistema formado por individuos que sostienen relaciones y viven juntos por lazos de parentesco o afinidad; más específicamente, la define como “un sistema de interacción e interexperiencia en el que la acción de cada una de las personas es *experimentada* por ella misma y por los demás” (Laing, 1983, p. 118). Además, los patrones de interacción se transmiten a través de varias generaciones y la experiencia de ser parte de esos patrones sería la “protoexperiencia” de la interacción social. De modo más concreto, en sus investigaciones Laing se interesa por el *nexo* de la familia, es decir, “el sinnúmero de personas que integran el grupo unido por un parentesco y de otras que, aunque no ligadas por lazos familiares, se consideren miembros de la familia” (Laing & Esterson, 1964, p. 14). El autor caracteriza las relaciones de las personas dentro de un nexo por la influencia recíproca, intensa, directa y duradera, sobre la conducta y la experiencia de unos sobre la de otros.

En su planteamiento, Laing se remite al análisis de la familia de origen tal y como la experimentó el lactante, la cual llega a ser transformada por medio de la *internalización*⁸⁷ en la “familia”⁸⁸. De esta forma, al estudiar a la familia, el autor aborda a la familia internalizada (“familia”) y a las experiencias infantiles reales con la familia que dejaron como residuo dicha “familia”. Lo que se incorpora es la familia como sistema y no objetos

⁸⁶ Gabriel Eira (2001), no obstante, alude a este aspecto de lo *natural* propuesto por Pichon-Rivière, resignificando la *naturaleza* y despojándola de su estatus ontológico. Plantea que lo natural surgiría de acuerdo a condiciones de producción, que ubicarían el atributo como un constructo en un contexto referencial dado.

⁸⁷ Laing emplea de igual modo los términos interiorizar e incorporar, refiriéndose a un movimiento desde el exterior al interior del sujeto propuesto por la teoría psicoanalítica.

⁸⁸ El autor hace uso de comillas para señalar que se refiere a la familia internalizada (familia como fantasía) en lugar de la familia real, designación que se mantendrá en la presente exposición.

como tales, es decir, se incorporan relaciones entre presencias humanas en el espacio y el tiempo (en otras palabras: “dramas”), transfiriéndose, de ese modo, patrones de relación de una modalidad de experiencia a otras: de la percepción a la memoria, imaginación, sueños o fantasía. Asimismo, la reproyección de la “familia” no implicaría sencillamente proyectar un objeto interno en una persona externa, sino que consistiría en la reexperiencia, por parte del individuo, del sistema de relaciones en conjunto, lo que se constituye como un esquema según el cual se percibe y vive el mundo exterior.

La unidad de la familia está dada, según el autor, por su internalización recíproca por parte de cada uno de los miembros. Esta reciprocidad es fundamental, pues la “familia” existe, según Laing, siempre en cada uno de sus miembros y sólo allí. Es decir, “estar en la misma familia, significa llevar a esa misma ‘familia’ dentro de uno mismo” (Laing, 1983, p. 129). En consecuencia, un padre no puede permitir que su hijo destruya la estructura de la “familia” dentro del propio yo del niño, sin sentir que su propia estructura se ve amenazada. El yo pasa entonces a depender de la integridad de la “familia”, puesto que la identidad de cada miembro se apoya en la presencia de una “familia” compartida dentro de los demás. Se sostiene que, mientras la “familia” se mantenga, pueden perderse, cambiar o destruirse muchas otras cosas. Por lo tanto, cada miembro debe sacrificar su propia autonomía para preservar la “familia”, pues si cualquiera de ellos desea separarse, disolviendo a la “familia” dentro de sí, surgirá una crisis como resultado.

En consecuencia, en la clase de vínculo que Laing describe, la conservación de la “familia” equivale a la conservación del yo y la disolución de la “familia” en el interior de otro equivale a la muerte del yo. La “familia” se instala como una defensa contra niveles psicóticos de desintegración, llegando a ser “una defensa o baluarte contra el derrumbe, la desintegración, la futilidad, la desesperación, la culpa y otras calamidades” (Laing, 1969, p. 28). Sería entonces, imposible separar lo interno de lo externo o lo intrapersonal de lo interpersonal, o, asimismo, lo interpersonal de su contexto grupal más amplio.

La familia aporta, según Laing, el principal territorio a partir del cual se hacen las *trasposiciones* introyectivas, a la vez que proyectivas⁸⁹. De tal modo, que “el conjunto de relaciones de la ‘familia’ puede ser traspuesto a nuestro cuerpo, sentimientos, pensamientos fantasías, sueños, percepciones; puede convertirse en argumentos que envuelven nuestros actos y ser traspuesto a cualquier aspecto del cosmos” (Laing, 1969, p. 32)⁹⁰. Dicho proceso de trasposición conlleva una distorsión en el modo que el sujeto define y se relaciona con los otros, su entorno y consigo mismo, siendo la operación por medio de la cual se lleva a cabo la trasposición, por lo general inconsciente.

En relación con esto, David Cooper alude a la teoría freudiana, observando que cada sujeto transfiere trozos de la experiencia vivida en su familia de origen a cada uno de los miembros de la familia que de adulto pasará a formar, como también a todos los otros en cualquier situación social en que se encuentre. A partir de esto es que el autor señala que la “familia, socialmente metamorfoseada, anonimiza a las personas que viven o trabajan juntas en cualquier estructura institucional” (Cooper, 1971, p. 11).

Familia y Esquizofrenia

Enrique Pichon-Rivière sugiere que la emergencia de la psicosis en el ámbito de un grupo familiar implica que un miembro de este grupo asume un nuevo rol, pasando a ser el *portavoz* o depositario de la ansiedad del grupo, que se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación grupal, en un proceso interaccional de adjudicación y asunción de roles.

Dicha ansiedad del grupo familiar respondería a dos temores universales, consistentes en el *miedo a la pérdida* de estructura ya lograda y el *miedo al ataque* ante la nueva situación a estructurar, ligándose a determinada inseguridad social desencadenada

⁸⁹ El autor define a la trasposición como las operaciones por medio de las cuales los elementos de un conjunto -llamado *territorio*- y sus relaciones son traspuestos a elementos y sus relaciones denominados como *estrato*. La proyección sería una trasposición desde lo interno a lo externo y la introyección sería el proceso contrario.

⁹⁰ Tales argumentos familiares son definidos por el autor en aquellos elementos que cada generación proyecta en la siguiente derivados de por lo menos 3 factores: 1) lo que fue proyectado en ella por generaciones anteriores; 2) lo que fue inducido en ella por generaciones anteriores; y 3) su respuesta a esa inducción y proyección.

por situaciones de cambio, por las cuales atraviesa inevitablemente toda familia, y que acarrearán importantes alteraciones en el proceso de adjudicación y asunción de roles⁹¹.

Como intento fallido de resolución el grupo familiar recurre a mecanismos defensivos rígidos y estereotipados, que se muestran ineficaces para mantener al sujeto en un estado de adaptación activa, acarreando la alienación del grupo familiar. El estereotipo se configura cuando la proyección de aspectos patológicos surgidos en una situación de inseguridad es masiva, obstruyéndose el aprendizaje de un miembro que se hace cargo de las ansiedades grupales al ser éstas depositadas en él. El sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaborar una ansiedad tan intensa y se enferma, produciéndose en ese entonces un salto de lo cuantitativo a lo cualitativo. “A partir de ese momento se completa un ciclo de elaboración de un mecanismo de seguridad patológica, desencadenado por un incremento de las tensiones, que consiste en la depositación masiva, con la posterior segregación del depositario, por la peligrosidad de los contenidos depositados” (Pichon-Rivière, 1985, p. 187). El enfermo es segregado por el grupo familiar, pues éste es portavoz de las ansiedades no toleradas por el grupo, tratándose de alejar, con la fantasía de que con él desaparecerá la ansiedad.

Todo esto desencadena y realimenta los sentimientos de incertidumbre e inseguridad, que están a la base de todo trastorno individual y grupal. La persona “enferma de inseguridad (por amor y odio), ya que el grupo del que proviene no le permite lograr una identidad. La anormalidad de los vínculos, los trastornos de la comunicación imposibilitan discriminar, saber realmente ‘quién es quién’” (Pichon-Rivière, 1985, p. 71).

La enfermedad mental responde, entonces, a un hecho concreto que remite como signo a un proceso implícito en las relaciones familiares, las características alienantes de la interacción del grupo y el monto de angustia existente en él. Así, emerge la enfermedad por intermedio del portavoz, el que por el solo hecho de enfermarse opera como denunciante de la situación conflictiva y del caos subyacente que un dispositivo grupal de seguridad intenta controlar y que hasta el momento permanecía latente inconscientemente. El portavoz denuncia el acontecer grupal, las fantasías que lo mueven, las ansiedades y necesidades de

⁹¹ Entre las situaciones más críticas, el autor menciona a la adolescencia y la entrada a la vejez.

la totalidad del grupo, desempeñando un rol en virtud del cual se da en él una articulación entre su fantasía inconsciente (determinada por la introyección del modelo primario) y el acontecer del grupo en el que se inserta, el cual puede ser la familia u otro grupo en el que participe⁹².

El portavoz, entonces, es aquel miembro del grupo familiar que se desempeña como vehículo de esa cualidad nueva que es el emergente, comenzando a manifestarse a través de él, un proceso implícito causante de la enfermedad.

La dinámica subyacente al proceso que se describe, alude a que el paciente enferma como un modo de “preservar” al resto del grupo del caos y la destrucción. En este sentido es que Pichon-Rivière infiere que el paciente es el miembro dinámicamente más fuerte (y no el más débil), pues su estructura personal le permitiría hacerse cargo de la enfermedad grupal.

El autor basa gran parte de su desarrollo teórico en el concepto de *vínculo*, concebido como una “estructura compleja de interacción (que incluye al sujeto y el objeto), no en forma lineal sino en espiral, fundamento del diálogo operativo, donde a cada vuelta hay una realimentación del yo y un esclarecimiento del mundo” (Pichon-Rivière, 1985, p. 28). El estancamiento de esta estructura, debido al monto de los miedos básicos, conlleva una paralización de la comunicación y el aprendizaje, surgiendo una estructura estática que impide la adaptación activa del sujeto a la realidad.

Por último, cabe mencionar la tipología familiar elaborada a partir de diferentes grados de aglutinación, dispersión y disolución de los vínculos intergrupales, que Pichon-Rivière recoge de las investigaciones de Mme. Minkowska⁹³. Según aquella clasificación, la *familia esquizoide* tiende a la disolución y a la ruptura progresiva de los vínculos, con una escasa o casi nula unidad familiar, siendo el arquetipo o modelo de conducta, el pionero o aventurero, que pierde todo contacto con su familia. Sin embargo, la aparente distancia se debe, en realidad, a “la intensidad de la internalización, que le permite

⁹² Pichon-Rivière designa ambos aspectos como la *verticalidad* y la *horizontalidad* grupal, “entendiendo por verticalidad lo referido a la historia personal del sujeto, y por horizontalidad el proceso actual que se cumple en el aquí y ahora en la totalidad de los miembros” (Pichon-Rivière, 1985, p. 158).

⁹³ El autor no indica la referencia e la cual extrajo el aporte de la investigadora.

mantener el diálogo con sus objetos internos, experimentando así una cercanía interior que le impide vivenciar su soledad” (Pichon-Rivière, 1985, p. 73).

En cuanto al planteamiento de R. D. Laing, éste identifica en las familias de pacientes esquizofrénicos un proceso de *nexificación*, definido como la “trasposición intensiva, repetida una y otra vez (...), dentro de los conjuntos y subconjuntos de la red de relaciones familiares formada por personas a lo largo de varias generaciones” (Laing, 1969, p. 137). La coherencia resultante de la superposición recíproca de la “familia” de cada uno a la familia común, conduce a la nexificación del sistema familiar. Las familias nexificadas pueden convertirse en sistemas relativamente cerrados, característicos de familias de personas diagnosticadas como esquizofrénicas, existiendo, de todos modos, cierto grado de nexificación en todo grupo familiar.

Por otra parte, Laing postula que los mecanismos defensivos intrapsíquicos descritos por el psicoanálisis, tales como los recientemente mencionados, pese a que los hagan las personas para sí mismas, serían innecesarios si las reglas de la familia no los exigieran e ineficaces sin la cooperación de los demás, respondiendo, entonces, a un orden sociofamiliar y no a uno natural en el individuo. Al respecto, señala el autor que “la negación es exigida por los demás: es parte de un *sistema transpersonal de colusión* por el cual obramos de acuerdo con los demás y éstos con nosotros” (Laing, 1969, p. 117). Sin embargo, el autor va más lejos, al sostener que a los mecanismos defensivos intrapsíquicos se agregan *defensas transpersonales*, por medio de las cuales “los individuos intentan actuar sobre la base de la experiencia de las otras personas, para conservar sus propios mundos internos” (Laing, 1983, p. 128). En lugar de ocurrir *en el interior* del sujeto -como la proyección e introyección- sería un mecanismo que actúa sobre la experiencia de otro.

El concepto de las *defensas transpersonales* es central dentro de la teoría de Laing, desprendiéndose de él una serie de mecanismos relacionados con las dinámicas familiares del paciente con diagnóstico de esquizofrenia y que permitirían la inteligibilidad de tal fenómeno.⁹⁴

⁹⁴ Debe recordarse, sin embargo, la existencia de defensas transpersonales en familias menos patológicas, que producirían una normalidad mistificada y atrofiada, en lugar de esquizofrenia, en alguno de sus miembros.

Mediante la *inducción*, definida como la presión que se ejerce en los otros para que adopten nuestras fantasías, se lleva a otra persona a actuar y sentir de acuerdo a las imágenes que se proyectan sobre ella. Cuando una familia tiene fantasías compartidas, es que las defensas transpersonales realmente se imponen. Cualquiera que no se adhiera a la fantasía compartida por la familia, o el hijo (u otro miembro) que no la haya internalizado adecuadamente se considera una amenaza. Las inducciones se desarrollan permanentemente y le indican al sujeto una identidad y una realidad a la cual aferrarse, aunque no sea exacta. Pese a que no sea auténtico aquello a lo que un sujeto se aferra, parece más importante el hecho de tener una personalidad que el modo como pueda definirla. Al respecto, se sostiene que “la familia en cuyo seno nacimos (...) Nos dio sus distinciones, opciones, identidades, definiciones, reglas, repertorios de operaciones, instrucciones, atribuciones, lugares, libretos, roles, papeles que desempeñar (...) Pero no nos dijo quiénes somos ‘nosotros’, que desempeñamos esos papeles y adoptamos esas posiciones” (Laing, 1969, p. 141).

Por otra parte, Laing describe el mecanismo de defensa transpersonal de la *mistificación*⁹⁵, que se instituye como una de las formas de lidiar con las contradicciones familiares presentes en todo sistema familiar⁹⁶. La mistificación induce confusión en la medida en que impide ver qué se está experimentando verdaderamente, qué se está haciendo o qué está ocurriendo, por medio de la sustitución de “interpretaciones verdaderas por otras falsas, de lo que está siendo experimentado, se está haciendo (praxis) o está ocurriendo, así como la sustitución de problemas reales por otros que resultan falsos” (Laing, 1965, p. 398). Los efectos enmascaradores de la mistificación pueden evitar o no el conflicto, pero siempre impedirán que se vea con claridad cuál es el motivo o causa del mismo. Este proceso surge y se intensifica cuando uno o más miembros de la familia amenazan o se cree que amenazan el *status quo* de la estructura familiar, es decir, ponen en peligro la mantención de papeles estereotipados que inciden en la integración de la personalidad de los individuos.

⁹⁵ Desde Marx, el concepto se refiere a una representación falsa de lo que ocurre (“proceso”) o de lo que se hace (“praxis”) al servicio de intereses de una clase socioeconómica (explotadores), por encima o en contra de otra clase. Los explotados son confundidos por los explotadores al representarse formas de explotación como si fuesen benevolencia, de modo que sería invalidada cualquier intención de rebelión.

⁹⁶ Por ejemplo, al surgir una contradicción entre lo que perciben dos personas, una le dice a la otra: “no es más que tu imaginación” o, en casos más graves: “sólo es parte de tu enfermedad”.

Asimismo, la mistificación puede relacionarse con derechos y obligaciones que cada persona de la familia tiene respecto de los demás, de tal modo que “una persona parece tener *derecho* a determinar la experiencia de otra o, complementariamente, (...) contrae con otra u otras una obligación de sentirse o no respecto de sí misma (...) de una determinada manera” (Laing, 1965, p. 400). Al individuo mistificado se le imponen emociones, responsabilidades, capacidades, sin referencia a un criterio empírico compartido. Dicho proceso incide en el desarrollo de la personalidad de éste, al implicar una incapacidad radical de reconocer la propia percepción de sí mismo y la identidad que a sí mismo se atribuye, así como también las percepciones de los demás están necesariamente sujetas a mistificaciones. “El extremo teóricamente culminante de la mistificación se alcanza cuando la persona (p) trata de inducir en la otra (o) confusión (no necesariamente reconocida por o), en lo que respecta a la totalidad de la experiencia de ésta última (memoria, percepciones, ensueños, fantasía, imaginación), de sus procesos y acciones” (Laing, 1965, p. 406).

En relación a estos mecanismos de mistificación, Laing señala que uno de los aspectos más fijos del rígido sistema familiar esquizofrénico consiste a menudo en un eje de orientación particular (un modo específico de definir la realidad) que, al parecer, mantiene en su lugar la estructura familiar, sin reconocerse ni menos validarse la presencia de distintos centros de orientación en cada uno de los miembros.

La mistificación incide de modo fundamental en la desconfirmación de la experiencia del sujeto, a la vez que la confirmación de un falso yo. Laing describe a la *confirmación* y *desconfirmación* de la experiencia de una persona como procesos fundamentales en la dinámica familiar en que se ha desarrollado el paciente diagnosticado como esquizofrénico. Toda persona desea y necesita verse confirmada como lo que es -o como puede llegar a ser- por los demás, teniendo también, la capacidad innata de confirmar a sus semejantes en dicha forma. Este proceso se vuelve fundamental en el desarrollo de la identidad del sujeto y, por tanto, en el logro de la integración de su personalidad. A la vez, la capacidad de acceder al principio de realidad, distinguiendo la fantasía de la realidad

compartida no surge automáticamente, sino que es influida por el grupo, siendo necesario que a cada persona se le confirme o desconfirme la propia percepción o experiencia.⁹⁷

La confirmación, sostiene el autor, no implica necesariamente un acuerdo o armonía entre dos personas, refiriéndose más bien a la validación de la experiencia del otro. “El rechazo puede ser confirmatorio si es directo y no tangencial y si reconoce la acción evocadora y garantiza su importancia y validez” (Laing, 1974, p. 95). Cuando un miembro de la familia se adapta al patrón trazado para él por las fantasías inconscientes del resto (generalmente los padres), se ve recompensado con la confirmación de sus experiencias; y en la medida en que sus experiencias discrepan de dichas fantasías, será desconfirmado. El alcance de la confirmación y la desconfirmación depende de las áreas de la personalidad del sujeto a las que se refiera, siendo algunas formas más destructoras del propio desenvolvimiento que otras. A los modos de desconfirmación que abarcan aspectos fundamentales de la propia imagen del sujeto, Laing los denomina esquizógenos.

Sin embargo, la confirmación de un falso yo a expensas de los otros aspectos puede ser también una forma de desconfirmación, y, lo que es más importante, un modo de inducir el desarrollo de ese falso yo. Esta confirmación que un individuo hace del falso yo de un otro puede ser percibida por el sujeto como algo satisfactorio, lográndose gracias a una colusión entre ambos. La *colusión* surge cuando “el Yo encuentra en otro a ese otro que lo ‘confirmará’ como el falso Yo que el Yo está tratando de hacer real, y viceversa” (Collier, 1981, p. 150), con la consecuencia de una prolongada evasión recíproca de la verdad. A la vez, la familia se enfrenta a los deseos que perturban el equilibrio colusivo negando su existencia o, una vez que no es posible, invalidando la experiencia de quien los manifieste, considerándolos como signo de maldad o locura.

En los estudios de familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, Laing ha observado que, más allá de que se trate de un hijo que ha sido completamente descuidado o que haya sufrido un trauma innegable, se está frente a un hijo que ha sido sometido a una sutil pero persistente e inadvertida desconfirmación de sí mismo, lo que conlleva a la

⁹⁷ Los niños, al no tener medios para confirmar por sí mismos la veracidad de su experiencia, tienen a los padres como *autoridades epistemológicas*, a la vez que la dependencia emocional a los padres es una poderosa arma para castigar cualquier duda acerca de la fantasía familiar.

corroboración activa de un falso yo y a encontrarse siempre en una posición falsa. El miembro insano, al no aceptar la fantasía familiar como realidad, es desconfirmado en su percepción y experiencia, no pudiendo lograr una visión firme y consistente respecto a sí mismo y a la realidad con la cual se relaciona. No obstante, el autor sostiene la idea de que tal sujeto puede estar más cerca de la verdad que los demás miembros de su familia.

Por otra parte, este autor propone la existencia de secretos familiares que, más que contenidos que se repriman inconscientemente, se constituyen como temáticas de las que no puede hablarse en el espacio familiar. Uno de los mecanismos que permiten instaurar y perpetuar secretos familiares, son las *reglas y metareglas*, consistentes en un sistema de negación que opera escalonadamente, en que se prohíbe hablar de determinado tema para luego prohibir hablar de aquella prohibición y, así sucesivamente, hasta el infinito⁹⁸. “Las reglas y metareglas rigen todos los aspectos de la experiencia: qué debemos y qué no debemos experimentar, qué operaciones debemos, y cuáles no, llevar a cabo para formar una imagen permitida de nosotros mismos y de los demás” (Laing, 1969, p. 125). Tal mecanismo se instalaría desde el lugar de los padres, a través de su ejercicio del poder y quien ose violar dichas reglas, lo más probable es que sea desacreditado e invalidado como persona⁹⁹.

Laing formula el concepto de *posiciones insostenibles*, que incluiría el mecanismo de “doble vínculo” postulado por la Escuela de Palo Alto, para referirse a la dinámica comunicacional observada en familias esquizofrénicas. Reconoce el aporte de la idea de doble vínculo, pero identifica varias subhipótesis dentro de ésta, algunas de las cuales tendrían poco en común con la teoría original (además de ser exigencias en conflicto que no pueden satisfacerse).¹⁰⁰ La influencia de la familia, y en mayor grado de los padres, orientando a un hijo en direcciones opuestas al mismo tiempo, lleva a éste a una situación

⁹⁸ “Una vez que una parte cualquiera del sistema social universal llega a ser gobernada por esas reglas, a cada una de las partes de sistema social universal:

I) Se le asigna un valor por el hecho de que hay una regla que gobierna.

II) Puede haber una regla que disponga que ese valor no debe ser sustituido, contradicho, cuestionado o siquiera percibido.

III) Puede haber no sólo una regla que prohíba percibir que existe tal valor y que existe una regla I), sino también

IV) una regla que prohíba percibir II)

V) una regla que prohíba percibir III)

VI) una regla que prohíba percibir IV) y V) y VI)” (Laing, 1969, p. 124).

⁹⁹ Laing no explicita en su planteamiento la temática del poder, sin embargo alude a mecanismos de ejercicio del poder al desarrollar la idea de reglas y metareglas.

¹⁰⁰ Por ejemplo, habla de que algo similar a un doble vínculo podría ser resultado de la dinámica de los instintos, cuando un niño pone en una posición insostenible a los padres (llorando si lo alimentan y también si no lo hacen).

insostenible e incoherente cuyo único camino de escape ha de ser ilógico, pudiendo éste llegar a inventar una realidad paralela que se torna caótica, cuando la psique intenta racionalizar algo que no alcanza por los medios comunes y socialmente aceptados.

Un tipo particular de posición insostenible, señala Laing, se refiere al tipo de opresión cognoscitiva resultante de las *atribuciones* que son imposiciones ocultas. La mayoría de las órdenes recibidas tempranamente responden más a atribuciones que a órdenes explícitas, que pudiesen ser negadas o cuestionadas. En lugar de decirse a una persona lo que debe ser, se le dice lo que “es”¹⁰¹. Una atribución puede ser cinética, táctil, olfativa, visual. Es una orden que debe ser obedecida “ciegamente”. Ahí hay una confusión entre dos tipos de expresiones verbales, para disfrazar una orden, lo que funciona como una defensa transpersonal.

En relación con los distintos mecanismos descritos, Laing profundiza en la descripción de la vivencia del esquizofrénico o del sujeto con una personalidad esquizoide, cuando no se ha manifestado la psicosis. Para ello, recurre a la caracterización que Sartre, desde el existencialismo, propone de la *inseguridad ontológica*, como una condición existencial del sujeto. Con este término se hace referencia a la inseguridad del sujeto en cuanto a su ser. Al respecto, Laing (1964) señala:

“El individuo, en circunstancias ordinarias de la vida, puede sentirse más irreal que real; en un sentido literal, más muerto que vivo; se siente precariamente distinto del resto del mundo, de modo que su identidad y su autonomía están siempre en tela de juicio. (...) Puede no poseer un gran sentido de congruencia y cohesión personal. (...) Puede sentir que su yo está parcialmente divorciado de su cuerpo. (...) La persona ontológicamente insegura está más preocupada por preservarse que por complacerse; las circunstancias ordinarias de su vida amenazan su débil umbral de seguridad” (p. 38).

¹⁰¹ Por ejemplo, se le ordena a un niño que se lave los dientes, atribuyéndole la cualidad de ser desobediente, con el efecto de que la orden más potente es la que se entrega implícitamente, es decir, la que indica (*atribuye*) la desobediencia.

En tal clase de experiencia, se describen tres temores específicos, a la base de los cuales puede comprenderse algunas de las manifestaciones del paciente diagnosticado de esquizofrenia. Estos se asocian al miedo a que las relaciones con los demás produzcan la pérdida del yo, consistiendo en: 1) temor a ser devorado; 2) el temor a la implosión; y 3) temor a la petrificación y despersonalización (Collier, 1981).

En síntesis, el planteamiento de Laing apunta a la demostración de que los síntomas del paciente al que han diagnosticado esquizofrenia son socialmente comprensibles, y, de modo particular, al situarlos en el contexto familiar en donde se han desarrollado. El autor propone a la familia de dicho paciente como un sistema en el cual domina la necesidad imperante de mantener una fantasía familiar compartida, pues al ser ésta cuestionada por uno de sus miembros, estaría en juego tanto la disolución del grupo, como la concomitante desintegración del Yo de quienes lo componen. El elemento perturbador entonces, serían siempre los conflictos surgidos de la naturaleza de la familia internalizada, y estos pueden volverse socialmente inteligibles al vincular esta “familia” con la familia real, y con los mitos colectivos que imperen en ella. “La familia de origen tiene desde un principio una armonía colusiva: una imagen propia compartida que ha adquirido una falsa objetividad, y no creer en ésta se ‘castiga’ con varias operaciones interpersonales defensivas [o *defensas transpersonales*]” (Collier, 1981, p. 164). El logro de tal armonía entonces, no implica necesariamente la ausencia de conflicto, sino tan sólo el desarrollo de éstos en el contexto de las ilusiones compartidas, una de las cuales puede ser la ilusión de ausencia de conflicto.

En consecuencia, la socialización de cada uno de los miembros de estas familias se ha dado desde el nacimiento, en un mundo definido por las fantasías colectivas. Éstas han determinado el desarrollo de su identidad, entregándole un papel que debe personificar, con el resultado de una completa alienación y extrañamiento respecto a sí mismo y sus propios actos. La adaptación del niño al patrón trazado para él es recompensada mediante la confirmación de sus experiencias, mientras que al discrepar éstas de los mitos familiares, se lo desconfirmará. De ese modo, se limita, sanciona e invalida hasta el más pequeño intento de autonomía por parte de alguno de sus miembros. El inicio de la pubertad y la necesidad de tener relaciones fuera del hogar implican, entonces, una agudización del conflicto familiar. Los deseos de un miembro que perturben el frágil equilibrio de la familia son

negados por ésta colusivamente. La expresión de aquellos deseos y los desesperados intentos de autonomía son catalogados en un inicio de “maldad” y, al ser menos directa y más fantástica, será etiquetada como “locura”¹⁰².

En el esfuerzo por mantener ciertos papeles estereotipados que personifiquen la estructura familiar compartida, el sistema se vuelve rígido y cerrado, sin dar cabida a influencias del medio externo ni a las de sus propios miembros. En este sentido, Laing identifica un fracaso de estas familias en su función como agentes de socialización, manteniendo un confinamiento voluntario y una hostilidad hacia el mundo exterior.

Es importante tener presente la aclaración que Laing hace respecto a las atribuciones de causalidad en la esquizofrenia. Al guiarse por el método fenomenológico social, el autor se propone describir los fenómenos buscando la inteligibilidad¹⁰³ de éstos, sin interpretar, hacer uso de inferencias o recurrir a explicaciones causales, pues se abocaría a relaciones actuales antes de remitirse a examinar el pasado u origen del fenómeno. Por tanto, Laing repudia la idea de exponer una teoría del origen de la esquizofrenia, advirtiendo que “hay mucha distancia entre lo que acabamos de expresar [referente a la nexificación de familias esquizofrénicas] y la afirmación de que esas familias causan esquizofrenia” (Laing, 1969, p. 33).¹⁰⁴

David Cooper, como Laing, propone buscar la inteligibilidad de la esquizofrenia enfocándose en la familia, rastreando “qué hace la persona con lo que se le hace a ella, qué hace con aquello de lo cual está hecha” (Cooper, 1967, p. 24)¹⁰⁵. Según este autor, sería en la familia donde comenzaría la violencia que la psiquiatría ejerce sobre el paciente, la cual surgiría de una colusión entre el grupo familiar y los agentes sociales, a fin de mantener el *status quo*. El hospital psiquiátrico sería una estructura social, que reproduciría en muchos aspectos las particularidades enloquecedoras de la familia del paciente.

¹⁰² Laing señala que es muy frecuente que los miembros de la familia tengan una idea de la psicosis, en donde hay una evolución del sujeto de bueno a malo y, finalmente, a loco.

¹⁰³ La *inteligibilidad* se explica como el proceso de referir lo que sucede (proceso) a el que actúa (praxis), llegándose a la *comprensibilidad* (redescubrir procesos como praxis). Tal inteligibilidad se distancia de la explicación causal que busca factores inconscientes

¹⁰⁴ Andrew Collier (1981) pone en duda la consecuencia de Laing en tal propósito, pues al hacer comprensible la conducta del esquizofrénico dentro de su familia, se recurriría de todas formas a la explicación causal.

¹⁰⁵ Tal método de investigación es guiado, según Cooper, por un tipo de racionalidad dialéctica, que distingue de la racionalidad analítica, y con la cual, plantea, es necesario comprender al sujeto y sus relaciones interpersonales.

En su crítica a la familia, Cooper se centra primordialmente en la unidad familiar nuclear de la sociedad capitalista, señalando que la familia nuclear burguesa se ha convertido en una forma esencialmente perfeccionada del desencuentro y, de ese modo, en la rotunda negación de experiencias referidas al duelo, la muerte, el nacimiento y las que preceden al nacimiento y la concepción. De modo más amplio, el autor hace referencia también, al funcionamiento social de la familia en cuanto dispositivo de ideología en toda sociedad de explotación. Postula que la fuerza de la familia radica en su función de intermediador social, pues “en cualquier sociedad de explotación, la familia refuerza el poder efectivo de la clase gobernante proporcionando una forma paradigmática fácilmente controlable para todas las instituciones sociales. Y así encontramos la forma de la familia replicada en las instituciones sociales de la fábrica, el sindicato, la escuela” (Cooper, 1971, p. 10).

Concordando con Laing, Cooper señala que en la familia en la cual se desarrolla el paciente diagnosticado como esquizofrénico pueden observarse una serie características particulares y que se diferencian significativamente del resto¹⁰⁶. En ella, describe un tipo particular de *extremismo*, a partir del cual incluso los problemas más triviales se sitúan en torno de polaridades como la salud y la locura o la vida y la muerte. A la vez, las leyes que regulan las conductas y experiencias permitidas son igualmente confusas e inflexibles. Al niño se le enseña que la integridad mental y la desintegración de, por ejemplo, su madre, depende del modo en que éste aprenda a relacionarse con ella. Según Cooper, “se le inculca que si viola las reglas -y el acto autónomo aparentemente más inocuo puede constituir una violación- provocará la disolución del grupo familiar y la desintegración personal de su madre y posiblemente de otras personas” (Cooper, 1967, p. 33). De esta manera, propone este autor, siguiendo a Laing y Esterson, el niño es llevado progresivamente a una *posición insostenible*. Se llega a un punto crítico en el cual el hijo debe optar entre una total sumisión y abandono de su libertad o, por otra parte, su autonomía y desviación del sistema familiar, que envuelve la angustia de presenciar la desintegración profetizada (en general de modo implícito) por los otros miembros y la lucha con la culpa que ha desarrollado en él un cuidado aparentemente cariñoso.

¹⁰⁶ Al hacer un recorrido por los planteamientos tanto de los autores antipsiquiátricos revisados, puede comprenderse tal diferencia como un salto cualitativo a partir de diferencias cuantitativas.

La posición en la que cae la persona sobre la cual se ejerce tal violencia tiene relación con la dinámica que caracteriza el temprano vínculo del niño con la madre. Al nacer, la madre y el hijo constituyen una unidad biológica, hasta un momento en el cual debe lograrse entre ellos un *campo de acción recíproca*. Tal espacio permitiría al hijo experimentar que su propia acción afecta a otro, dándose inicio a una dialéctica entre individuos que están diferenciados entre sí (y pueden alternar los lugares de sujeto y objeto en una relación). Si esto no se logra, el niño carecerá de la condición previa para la realización de su autonomía. Sin embargo, los actos de la madre serán una precondition y no una causa en el desarrollo de la personalidad del hijo.

En este sentido, Cooper plantea a la realización de la *autonomía* como un hecho fundamental en el desarrollo del individuo y en el logro de la integración de su identidad como sujeto. Define a la autonomía como la capacidad de “establecer una ley para uno mismo, el autogobierno, y esto implica un acto de ruptura por medio del cual la persona quiebra y se desprende de un sistema que la aprisiona y en el cual su rol, como el de cada cual de los otros miembros, consiste solamente en corporizar las proyecciones de otros y luego vivir vicariamente hasta el fin esas vagas esperanzas, ambiciones, internalizaciones gratificantes o punitivas de los progenitores, etcétera” (Cooper, 1967, p. 50).

En relación con esto mismo, la *alienación*, “se refiere a la acción y al acto de negar la acción en un grupo, y a los resultados de esta acción” (Cooper, 1967, p. 50). La experiencia de este resultado de la acción alienada se define, a la vez, como un *extrañamiento*, entendido como el sentimiento de estar apresado en un proceso que es ajeno tanto a las propias intenciones y actos, como a las intenciones y actos de los otros miembros del grupo. Esto trae como el resultado una ilusión universal. Según Cooper, la familia mediatiza la realidad social para los hijos y si en aquella abundan formas sociales alienadas, el niño experimentará un extrañamiento en las relaciones familiares¹⁰⁷.

El autor concibe a los problemas de la esquizofrenia, de la alienación y del extrañamiento en las familias como procesos idénticos, observando que en las familias de pacientes esquizofrénicos se identifican este tipo de alienación y extrañamiento en una

¹⁰⁷ A partir de esta idea puede comprenderse que Cooper, al igual que Laing, en lugar de culpabilizar a la familia, comprende sus dinámicas en función del contexto macrosocial en el cual se desenvuelve.

forma particularmente intensa. El delirio surge como un modo al que recurriría el paciente en la búsqueda de inteligibilidad para representarse las influencias que se ejercen sobre una persona, siendo éste inteligible en una praxis social inauténtica.

La familia, sostiene Cooper, inventa una enfermedad en el miembro que se desvía de la fantasía familiar compartida, con el fin de preservar su modo de vida inauténtico. En este sentido, los síntomas esquizofrénicos serían, según el autor, todo lo que provoque en la familia una ansiedad insoportable respecto de la conducta tentativamente independiente de los hijos. Una vez puesto el rótulo de esquizofrenia, el individuo es hospitalizado y sometido a un tratamiento, pasando a ocupar un lugar, dentro de la institución psiquiátrica que comparte muchas de las características del que tenía en su familia de origen. Debe asumir el rol de enfermo, al cual le es esencial cierta pasividad. El paciente “es reificado y se convierte en el objeto sobre el cual labora el proceso de la enfermedad” (Cooper, 1967, p. 40). Como portador de síntomas, el paciente es prescindible como persona, pues en adelante se lo comprenderá a partir de un conglomerado de síntomas, los cuales, de este modo, invalidarán cualquier objeción por parte de éste.

En el proceso de victimización que describe Cooper, sin embargo, es importante atender a su idea del paciente visto como una víctima propiciatoria que frecuentemente es cómplice de un proceso de doble negación de su invalidación, pues “muchas veces encuentra que la única manera de sentirse necesitado por los otros o confirmado en una identidad suficientemente definida consiste en asumir un rol social de malo o loco” (Cooper, 1967, p. 45). A la vez, el hospital psiquiátrico, al repetir ciertas pautas familiares, gratificaría necesidades de dependencia del paciente

A modo de recapitulación y síntesis, es posible identificar en los postulados de la antipsiquiatría algunas ideas centrales en torno a la problemática de la esquizofrenia, la familia y la interrelación entre ambos fenómenos.

Los autores revisados comparten una crítica a la noción tradicional de *esquizofrenia*, que la conceptualiza como una entidad nosológica aislada del contexto social en el que surge, a la vez que acarrea un proceso de estigmatización y marginación en quienes son diagnosticados con esta patología. Buscan, por el contrario, una comprensión e

inteligibilidad de la conducta del sujeto diagnosticado como esquizofrénico a partir de la estructura social a la que éste pertenece y, de modo más específico, al grupo familiar del que forma parte.

Para definir a la *familia*, por otra parte, la antipsiquiatría se basa en el modo como el sujeto introyecta a su grupo familiar como sistema relacional, siendo fundamental para la constitución y mantención de éste, el que la fantasía familiar sea compartida por todos sus miembros. Tal condición se vincularía con la preservación de la identidad de cada uno de sus miembros, pues habría una interdependencia entre la estructura grupal y la organización de la personalidad de quienes constituyen el grupo.

Ante la amenaza de desintegración de esta estructura familiar, la familia haría uso de una serie de complejos mecanismos defensivos transpersonales que rigidizarían el sistema de interacciones e inducirían a sus miembros a adoptar la fantasía familiar. La conducta autónoma de alguno de sus miembros pondría en riesgo el *status quo* de la estructura familiar compartida, basada en la mantención de papeles estereotipados que inciden en la integración de la personalidad del resto de los miembros de su familia. Quien cuestione la fantasía compartida será invalidado, desconfirmado y castigado (generalmente de modo implícito), con una concomitante limitación en el desarrollo de su autonomía, identidad y logro del principio de realidad. La sintomatología presentada por el paciente representaría una alienación en la estructura interaccional de la familia, la cual es depositada en él, quien luego denunciará el conflicto grupal subyacente que hasta el momento permanecía latente. Al desencadenar este proceso en lo que se conoce como esquizofrenia, el sujeto será diagnosticado y hospitalizado, con la resultante marginación y estigmatización por parte del grupo familiar y, de modo general, de la sociedad en su conjunto.

Finalmente, cabe destacar que la opción teórica realizada por los antipsiquiatras implica, de modo fundamental, una acción política. El ampliar el foco de reflexión e intervención desde el terreno meramente psicológico (o *psicologizante*) al de las estructuras sociales y microsociales, lleva implícita la crítica e idea de transformación de éstas.

7. DISCUSIÓN

“En el origen del pensamiento, todos pensaban distinto; una vez todos se pusieron de acuerdo y los que no pensábamos igual quedaron fuera, como locos... Cuando estoy en ebullición es terrible, nadie me entiende. No porque no sea lógico, sino porque es diferente, es mi lógica. Si yo fuera un personaje famoso bien valdría mi realidad, pero como no soy nadie...” (Pamela, enero de 2006)¹⁰⁸.

Luego del recorrido hecho por los distintos planteamientos en relación al modo como ciertas dinámicas familiares se asocian al surgimiento de esquizofrenia en el individuo, se puede discernir como un punto central, y común a distintas posturas, la existencia de una serie de mecanismos que incidirían en una invalidación y, de esta forma, una anulación de la subjetividad de quien posteriormente enfermará de esquizofrenia.

Cuando, con los distintos autores, se piensa en los sistemas familiares rígidos que adoptan un funcionamiento que velaría por la mantención de una determinada estructura en el grupo familiar, en lugar de prestarse al servicio del desarrollo de las individualidades de sus miembros, aparece la idea de que algunas subjetividades divergentes al sistema serían sacrificadas en función de mantener cierta estructura familiar. Tales mecanismos surgirían respondiendo a ansiedades de desintegración de los individuos, quienes sostienen su frágil identidad sobre la inalterabilidad de las instituciones que los sostienen.

Asimismo, cabe recordar lo señalado desde distintos desarrollos teóricos, respecto a que aquellas dinámicas familiares particularmente intensas en las familias de pacientes esquizofrénicos observadas, están presentes, en un grado mucho menor, en la generalidad de las familias. Tal factor implica que la comprensión del funcionamiento propio de las familias de psicóticos contribuye en la reflexión de la familia como institución y del modo como éste repercutiría en los distintos grados de alienación del sujeto.

En este apartado, se buscará argumentar la premisa que tales mecanismos grupales o, desde Laing, funcionamientos microsociales, responden a determinadas características del funcionamiento macrosocial, es decir, del contexto social de la familia. De esta manera, se propone un movimiento desde una comprensión clínica de la esquizofrenia a una

¹⁰⁸ Extracto de la comunicación de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia, internada en un hospital psiquiátrico chileno.

comprensión de lo social, aludiendo a un análisis político de los procesos relacionados con la constitución de cierto tipo de subjetividades.

Si bien dicho movimiento ha sido extensamente propuesto desde algunos planteamientos, como el de la Escuela de Roma y, particularmente, la perspectiva antipsiquiátrica, se considera que es un ámbito de reflexión generalmente excluido de la práctica de quienes actualmente intervienen en el ámbito de la salud mental. Es por ello que al plantearnos como futuras psicólogas, se nos presenta como un ejercicio de suma importancia el problematizar el modo como el funcionamiento de ciertas instituciones sociales se asociarían al padecimiento de la persona diagnosticada de esquizofrénica.

En la aproximación a una comprensión de la noción de familia, ésta aparece como una institución social que, como se expuso, más que constituirse como una realidad universal y esencial del individuo, responde a determinantes antropológicos, económicos y socioculturales que incidirían en la manera como la familia se realizaría en un momento histórico particular.

La propuesta de Paul Schrecker (1986) da cuenta de esta idea al sostener que la familia es moldeada por una determinada esfera social dominante, con el fin de hacerla “más útil, eficiente y segura, como instrumento de transmisión de sus intereses originales y de acondicionamiento de los futuros ciudadanos a sus principios generadores” (Fromm, Horkheimer & Parsons, 1986, p. 292 citado en Parra & Zavala, 2004, p. 5). En la misma línea, el aporte de Engels (1891), se destaca por ser quien primero propone un análisis de la familia en tanto institución, estudiándola en relación a las dinámicas de poder que en ella se instalarían y responderían a su relación con otras instituciones, como sería el Estado.

En este sentido, es que la familia, además de comprenderse desde lo afectivo, podría estudiarse a partir del abordaje de lo político. Con esto quiere decirse que en su interior, junto a los procesos psicoafectivos, aparecerían mecanismos de transmisión y reproducción de determinadas estructuras de poder y sus efectos. Desde este marco es que puede entenderse la propuesta de Laing respecto al problema del poder en la familia, el cual, si bien no nombra explícitamente, se discierne en sus mecanismos con el concepto de *reglas y metareglas*. A través de ellas “al niño se le ordena bajo amenaza que no sepa lo que sabe,

que no sepa lo que es, y que no sepa que se lo ordenan” (Collier, 1981, p. 242), lo que se asocia a ciertos secretos y prohibiciones familiares que se instalan a través de un ejercicio del poder, desde el lugar de la autoridad de los padres.

Así como, con los distintos postulados revisados, se puede pensar a la familia como un grupo que vela por la mantención de su estructura y funcionamiento, limitando las divergencias que pudiesen amenazar su permanencia, también podría entenderse al Estado como una institución que vela por su mantención y autoperpetuación. En ese sentido es que el rol socializador de la familia aparece como funcional a la institución estatal, al perpetuar y reproducir determinados modos de funcionamiento. Esta idea se liga a lo propuesto por los antipsiquiatras respecto a que habría un encargo del Estado en la familia, con el fin de mantener el control social. En este sentido, aparece el postulado de Cooper, que desde una crítica radical a la familia como institución, sostiene que “en cualquier sociedad de explotación, la familia refuerza el poder efectivo de la clase gobernante proporcionando una forma paradigmática fácilmente controlable para todas las instituciones sociales” (Cooper, 1971, p. 10).

Si se obedece a lo propuesto respecto a lo fundamental del rol socializador de la familia, puede pensarse que esta última produce -¿o reproduce?- subjetividad, instituyendo formas de entender el mundo y de moverse en él, acordes a un modelo cultural determinado. Tal función de la familia, se sostiene en que ésta se concibe, desde distintas teorías, como un modelo para todas las relaciones posteriores.

Desde la teoría psicoanalítica este punto es claro. Al sostener que a través de pautas internalizadas, el individuo traspasa a todas sus relaciones actuales la programación de su mundo relacional formativo, el psicoanálisis concibe a la familia como “el primer agrupamiento, y (...) de todos el que más cerca está de ser un agrupamiento dentro de la personalidad individual” (Winnicott, 1994, p. 152).

En tanto, en la teoría sistémica, si bien se tiende a recalcar la importancia del presente en la comprensión de las dinámicas relacionales de un sistema, se apela a la repercusión de los vínculos primarios con propuestas tales como la que alude al *doble vínculo*, al instalar un patrón comunicacional que se cronificará más allá del contexto donde

aquel se originó. Así, la esquizofrenia es entendida por Bateson como una problemática asociada al aprendizaje de pautas comunicacionales repetitivas y que se constituyen como traumáticas.

También desde la teoría sistémica, la comprensión del *mito familiar*, que contribuye a la comprensión del modo como la familia otorga al sujeto determinados modelos de interpretación simbólica. Según Andolfi, los mitos funcionan de modo prescriptivo, organizando conocimientos y dándoles un orden, produciendo una unificación de la experiencia y fundando la racionalidad de lo real, lo que implica que cualquier otra experiencia de la realidad sería una locura.

Desde la antipsiquiatría, esta idea se refleja en postulados como el de Pichon-Rivière, al señalar que “como unidad básica de interacción, la familia aparece como un instrumento socializador, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional” (Pichon-Rivière, 1985, p. 186).

Al aparecer la familia como la unidad microsocia l en que el pensamiento (conciente e inconciente) se forma primero, y que sirve de modelo para los patrones de relaciones posteriores, el efecto ideológico de ésta en los individuos surge como un aspecto central dentro de los procesos de socialización que en ella se llevan a cabo.

En esta línea, al recurrir al planteamiento de los autores revisados en esta Memoria, aparece como un punto común la idea de la familia con una función socializadora en el desarrollo del individuo. El psicoanalista Nathan Ackerman (1977) propone a la sociedad como moldeadora del funcionamiento de la familia, buscando lograr su mayor utilidad. De esta forma, señala este autor, las influencias culturales son transmitidas a través de los padres, vistos como portadores de la cultura. Respecto a esto, Helm Stierlin (1986) agrega que la familia ayudaría a la supervivencia de la sociedad y cultura, al transmitir, como instancia socializadora, generacionalmente, experiencias y valores.

Por otra parte, esta idea es avalada por los antecedentes referidos a la realidad chilena. De esta forma, el Estado de Chile, en el Informe de la Comisión Nacional de la Familia (ICNF), considera al grupo familiar como el núcleo primario de todo ser humano,

“compuesto por individuos que desempeñan determinados roles prescritos por la cultura macro y microsociedad imperante; posibilitando, de esta forma, la transmisión de nuestros modos de vida” (Parra & Zavala, 2004, p. 28). A la vez, en la Constitución chilena se detecta como el elemento transversal a las distintas referencias a la familia, la concepción de ésta como el núcleo fundamental de la sociedad, entre cuyas funciones aparece la de transmitir y recrear la cultura.

Entendiendo la relación que existe entre la familia y otras instituciones sociales, podemos establecer una suerte de paralelismo entre ciertos fenómenos propios del funcionamiento familiar, particularmente intensos en familias de esquizofrénicos (pero presentes en todas), con lo que aparece en una estructura social que la trasciende. Sobre este supuesto, se pretende entender entonces, el modo como los procesos familiares que incidirían en una invalidación y, de esta forma, una anulación de la subjetividad de quien posteriormente enfermará de esquizofrenia, serían funcionales a un orden social mayor.

En esta línea, surge como un aporte interesante lo revisado respecto a la propuesta del paciente esquizofrénico cumpliendo el rol de *chivo expiatorio* al interior del grupo familiar. Como se expuso anteriormente, los procesos de *chivatización* se caracterizan por un mecanismo de depositación en un miembro del grupo de aquellas ansiedades intolerables para el resto. Mediante este mecanismo, el grupo busca deshacerse de lo que no puede tolerar, situándolo a una distancia que le dé una ilusión de control. De esta manera, se sugiere que, en un punto determinado, las tensiones generadas en un sistema familiar patológico se reducen a través de una proyección de la tensión sobre cierto miembro de la familia. Frente a esto, el Yo de aquel miembro se vería aplastado, pudiendo traer como resultado una conducta psicótica, que puede tomar la forma de esquizofrenia. No obstante, se postula que mediante este proceso queda asegurada la mantención del sistema patológico familiar, que ha visto reducidos sus montos de ansiedad, mediante el sacrificio de uno de sus miembros.

A través del recorrido por las ideas de distintos autores provenientes de los tres enfoques teóricos revisados, aparece como un elemento común, desarrollado en distintos términos, la descripción de estos procesos de *chivatización* en la cual el niño es situado en

un lugar de objeto, impidiéndosele desarrollar satisfactoriamente su subjetividad, como sujeto de sus deseos y necesidades.

De esta forma, la revisión de los aportes Ivan Boszormenyi-Nagy, da cuenta de su propuesta respecto a la imposición que se le hace al futuro esquizofrénico de un papel de objeto, dificultándosele la constitución de una propia subjetividad, que le permita el desarrollo de una identidad consistente. Propone que “la fuerte ‘inversión emocional’ que hace el Otro, al asignarle a uno una particular significación-objeto, puede ser no sólo causa de conflictos, sino, en caso de ser excesiva y tener éxito, perjudicar el desarrollo de la propia búsqueda de objeto; es decir, el aspecto autónomo, de sujeto, de la propia personalidad” (Boszormenyi-Nagy, 1965a, p. 75). Al profundizar sobre la dinámica a la base de este fenómeno, destaca la propuesta del mismo autor respecto a un proceso en el cual el hijo es usado por los padres como objeto sustituto de gratificación de necesidades infantiles insatisfechas respecto a sus propias figuras parentales.

A esto se agrega la propuesta del también psicoanalista Harold Searles (1965), quien observa la tendencia de que al hijo se le exige personificar los aspectos rechazados de las personalidades de los padres u otros miembros de la familia. Lyman Wynne (1965) agrega que el miembro de la familia considerado como esquizofrénico es excluido del sistema familiar, como un intruso, responsable de las dificultades interpersonales, discerniéndose una función encubierta en la psicosis manifiesta, en tanto que permite expresar los deseos colectivos, aunque disociados, de la familia respecto a la individualidad.

Asimismo, al revisar los desarrollos psicoanalíticos actuales, destaca el modo como, desde esta perspectiva, se comprende que a la base del mecanismo que sustrae al individuo de un adecuado proceso de subjetivación, aparece un determinado tipo de transmisión psíquica entre las generaciones, mediante el cual se le impide al sujeto la posibilidad de simbolizar aquello que se le transmite, imponiéndose en su alteridad, con efectos de enquistamiento, alienación y dominio. De ese modo, en aquel tipo de transmisión psíquica se le impide al individuo la apropiación de aquello que hereda, de modo que se constituya como sujeto de su deseo y su historia.

Estas ideas son consistentes con lo que, en otros términos, plantean los autores sistémicos, respecto a los procesos interaccionales que repercuten en una imposición al individuo para que se desenvuelva de un modo funcional al sistema familiar, en lugar de hacerlo a partir de su propia individualidad.

Dando cuenta de esto, se destacan propuestas como la proveniente de la Escuela de Roma, con su postulado de que en los sistemas rígidos aparece una imposición recíproca de ser obligado a cumplir con determinados roles. La Escuela de Milán, en tanto, sostiene que la psicosis en una persona puede responder a su involucramiento en una alianza con un padre que lo instiga contra su cónyuge, relacionándose instrumentalmente con éste (es decir, como si fuese un objeto). En relación a esto mismo, en los postulados de la Escuela de Heidelberg, sobresale el concepto de *delegación*, sosteniendo que ésta es nociva cuando acarrea para el delegado una situación de explotación y de conflicto. También dentro de las aproximaciones sistémicas a este tema, aparece la propuesta de Bowen, respecto al *proceso de proyección familiar*, aludiendo al mecanismo predominante en la esquizofrenia, en virtud del cual el problema de los padres se transmite al hijo. Por último, puede añadirse la lectura que Boszormenyi-Nagy aplica al concepto batesoniano de *doble vínculo*; al concebir a la imposibilidad de escapar del campo, descrita como parte del doble vínculo, se asimila a lo que el autor describe como cautividad de asignación de papel de objeto. Aquella se manifestaría cuando la persona atrapada es, por definición, incapaz de actuar como sujeto, procediendo de acuerdo con sus propias necesidades (y asignando a otros el papel de objetos).

La aproximación antipsiquiátrica, por su parte, sostiene que en la familia del paciente esquizofrénico, la psicosis se asocia a la rigidización de las dinámicas de poder, derivadas de que los miembros no han sido significados, validados ni socializados como sujetos de poder, sino que se han desarrollado como objeto del poder de otro (comúnmente de los progenitores). Es decir, su existencia y su identidad se constituyen en función de la imposición y los deseos de otro.

En relación a esto, se puede aludir al concepto de *inducción*, el cual es propuesto por Laing (1980) para referirse a la presión que se ejerce en los otros para que adopten las

propias fantasías, llevándose a otra persona a actuar y sentir de acuerdo a las imágenes que se proyectan sobre ella. Junto a ello, aparecerían procesos de *mistificación*, que repercuten de modo fundamental en la desconfirmación de la experiencia del sujeto, a la vez que la confirmación de un falso Yo.

Al proponerse que los procesos de *chivatización* y la consiguiente alienación del individuo responderían a procesos sociales que trascienden a la familia, se constata una funcionalidad en la manera de enfrentar la locura y a las personas aquejadas de ésta. En relación a este análisis es que cobra importancia la particularidad de la aproximación que la antipsiquiatría hace de la enfermedad mental.

De tal manera, se rescata del planteamiento de Enrique Pichon-Rivière (1985) su consideración del enfermo mental como símbolo y depositario de aspectos alienados del aquí y ahora de su estructura social, sugiriendo que la emergencia de la psicosis en el ámbito de un grupo familiar implica que un miembro de éste asume un nuevo rol, pasando a ser el depositario de la ansiedad del grupo, haciéndose cargo de los aspectos patológicos de la situación grupal. A raíz de esto, añade el autor, quien enferma es segregado por su familia, pues él sería el portavoz de las ansiedades no toleradas en el grupo.

Es posible observar el modo como todas las sociedades juzgan a algunos de sus individuos como “locos”, pudiendo pensarse a aquel rótulo como un modo de marcar lo diferente, lo desviado y lo potencialmente peligroso. Por consiguiente, ciertos individuos de la sociedad son descalificados e invalidados socialmente, siendo proyectados en ellos determinados juicios referentes a lo que se considera inferior, vergonzoso o intolerable. Este proceso de *satanización* puede pensarse como una forma de ordenar el mundo mediante fronteras establecidas entre lo propio y lo ajeno, distinción que reforzaría un frágil sentido de identidad a través de la patologización de las manifestaciones de determinados individuos o grupos de ellos.

El modo particular como la psiquiatría se aproxima al fenómeno de la enfermedad mental cobra importancia al retomar el supuesto referente a que la patología en las relaciones familiares obedecería a determinados aspectos de una sociedad y que serían funcionales a las instituciones que la conforman. Desde este punto de vista, la psiquiatría

aparece como un instrumento de control que usa la sociedad, pues responde a una ciencia que valida la estructura del sistema, invalidando la subjetividad divergente, al diagnosticarla como patológica.

En este contexto, el diagnóstico de la enfermedad aparece como una poderosa herramienta clasificatoria, desempeñando la medicina un importante rol en la tarea de estigmatización. De esta manera, se comprende el modo como la segregación familiar del esquizofrénico, a la que aluden autores como Pichon-Rivière, aparece también a nivel social. Los “locos” son históricamente marginados y, de alguna manera, silenciados, apareciendo la psiquiatría con un importante rol en ese proceso. Las manifestaciones de locura desde la ciencia médica biologicista, que la aborda como enfermedad mental, acarrea pensarla como algo totalmente ajeno a lo social o, más específicamente, a lo grupal. Vista desde lo patológico, la locura pasa a concebirse como algo extraño y sin sentido sobre lo cual la medicina debe intervenir, a partir de una distancia que no involucra la subjetividad de quien interviene.

En ese sentido, es posible pensar a la psiquiatría como una instancia que completaría el proceso iniciado en el grupo familiar, al ofrecer mecanismos de segregación y control sobre el paciente esquizofrénico. De esta forma, el manicomio concretizaría la marginación iniciada en la familia al presentarse históricamente como un lugar de confinamiento más que de curación.¹⁰⁹ El tratamiento farmacológico aparece entonces, dando una ilusión de control de aquello que se depositó en el paciente esquizofrénico, a la vez que silencia la denuncia del portavoz que da cuenta de las ansiedades no toleradas por el grupo. A esto alude el psicoanalista argentino Marcelo Percia al preguntarse a quién tranquilizarían los fármacos. Al respecto, alude a una fábula en donde una enfermera dice “A veces medicamos para calmar nuestra angustia, otras para calmar nuestra angustia y la del paciente, otras por costumbre” (Percia, 2004, p. 59).

El abordaje meramente biologicista de la esquizofrenia, que niega que las manifestaciones de la enfermedad posean algún sentido psíquico, implica una aproximación

¹⁰⁹ Si bien, en la historia de la psiquiatría aparece cada vez más la tendencia a acabar con la política del encierro, mediante la clausura de pabellones de pacientes crónicos, como proponen los lineamientos actuales del Ministerio de Salud chileno, cabría preguntarse si no se ha pasado a ejercer la marginación mediante mecanismos más sutiles, como sería la anulación de la subjetividad mediante tratamientos farmacológicos.

que elude la escucha al paciente, buscando, por el contrario, silenciarlo. De esa forma, en algunos hospitales psiquiátricos los pacientes no son sólo encerrados, sino también silenciados. El personal médico, en lugar de atender a las peticiones y protestas del paciente, vela por la evolución del tratamiento farmacológico y por la categorización de sus síntomas. Las comunicaciones de aquel son, entonces, comprendidas a partir de aquella categorización patologizante. Tal como lo que acontecería en las familias de las cuales provienen estos pacientes, quien es diagnosticado de esquizofrenia es cosificado, tratándose como un objeto de intervención y de conocimiento científico. No se le informa en profundidad respecto a su tratamiento, actividades diarias o modificaciones en éstas, como si fuese un objeto, no susceptible de deseo, de voluntad ni de juicio. De esta manera es que, siguiendo a Cooper, se considera que el paciente “es reificado y se convierte en el objeto sobre el cual labora el proceso de la enfermedad” (Cooper, 1967, p. 40). Como portador de síntomas, el paciente es prescindible como persona, invalidándose cualquier protesta por parte de éste. De esta forma, es que se comprende que, en muchos casos, el hospital psiquiátrico aparecería como una estructura social, que reproduciría de muchas maneras las particularidades enloquecedoras de la familia del paciente.

A partir de esto es que pueden comprenderse postulados como el que hace Laing y, en otros términos, autores sistémicos y psicoanalíticos, respecto a que la conducta del paciente diagnosticado como esquizofrénico aparecería como comprensible al interior de su entorno microsocioal. En un contexto donde el paciente es considerado como un objeto, desprovisto de su voluntad y, más grave aun, invalidado en su subjetividad, sería difícil que éste avanzara en el logro de una subjetivación que le permitiese constituirse con una identidad estructurada y delimitada.

Como se expuso anteriormente, el desarrollo de distintos autores, alude a la rigidez como una característica común de las familias de esquizofrénicos, que se liga a los altos montos de ansiedad que acarrea la amenaza de la divergencia en un sistema caracterizado por la laxitud en los límites interpersonales. La conservación de cierta estructura y funcionamiento de la familia equivale, entonces, a la conservación de la integridad del Yo de quienes la constituyen. A partir de esto, se proponen, en distintos términos, una serie de mecanismos que llevan a actuar a los individuos en función de la mantención del grupo

familiar en lugar de hacerlo obedeciendo a sus individualidades.¹¹⁰ De ese modo, se espera que cada uno de los miembros se adapte a las necesidades del grupo familiar y sea funcional a la preservación de aquel, anteponiéndolo ante los propios deseos y necesidades.

En este punto, cabría preguntarse si tales procesos que ocurren en el grupo familiar, pueden detectarse también a nivel social, ligados al modo como la sociedad lucha por mantener sus instituciones, las cuales tienden a ser concebidas como modelos universales, naturales y esenciales a quienes las constituyen, dificultándose siquiera pensar en su inexistencia o transformación. ¿Sería posible discernir también en el funcionamiento macrosocial ciertos mecanismos que repercutirían en el sacrificio de las subjetividades individuales en función de la mantención de ciertas estructuras que se erigirían como un baluarte defensivo contra ansiedades de desintegración de las personas?

Las instituciones tienen la propiedad de normar la conducta de quienes las constituyen estereotipando el comportamiento y, de esa forma, protegiendo al sujeto contra la irrupción de los impulsos y ansiedades que amenazarían su integridad psíquica. A la vez, se podría pensar que la preservación de dichas instituciones requiere que se aparezcan a quienes las constituyen como una instancia natural e incuestionable. La divergencia a sus estructuras no es, de ese modo, incluida dentro del discurso social, siendo violentamente marginada de cualquier espacio de expresión socialmente validado. De esa manera es que, para quienes formamos parte de determinadas instituciones se nos hace inconcebible imaginar su disolución. Por ejemplo, el sólo preguntarse qué sucedería en una sociedad sin Estado, implica el surgimiento de fantasías de caos y desintegración social.

En relación a esto se puede reflexionar en torno al modo como la preservación de un determinado sistema social, pondría en juego mecanismos para limitar las divergencias que pudiesen surgir a partir de quienes participan de él. De ese modo, aparecería una dinámica similar a la observada al interior del grupo familiar, según la cual los intentos de autonomía de uno de sus miembros son controlados, sacrificándose en función del sistema, lo que repercute en la invalidación de su subjetividad. La familia se enfrenta a los deseos que

¹¹⁰ Algunos de los conceptos que aluden a esta dinámica son los de *coexistencia funcional* (Andolfi), *fusión intersubjetiva* (Boszormenyi-Nagy) y *pseudomutualidad* (Wynne).

perturban el equilibrio colusivo negando su existencia o, una vez que no es posible, invalidando la experiencia de quien los manifieste, considerándolos como signo de maldad o locura.

8. CONCLUSIÓN

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

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

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

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

En términos generales, las manifestaciones de esquizofrenia en un individuo son concebidas como representantes de una alienación en la estructura interaccional de la

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

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

La problematización de la idea de familia y la consideración del modo como ésta puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia en uno de sus miembros, no responde a una postura fatalista en torno a ella. Por el contrario, el estudio de la familia en tanto institución social, distinta a su comprensión universalista y naturalista, posibilita concebirla de un modo distinto, que se amolde a las necesidades de los individuos que la constituyen. De esta forma, en esta Memoria no se pretende proponer la abolición de la institución familiar. Más bien se postula una reflexión respecto a ciertas particularidades propias de la familia que conocemos y que se relacionarían con la alienación del sujeto en distintos grados, llegando al extremo de psicosis en algunos casos.

A la vez, se estima relevante aclarar que la propuesta de un abordaje de la esquizofrenia desde el ámbito familiar, y de modo más amplio, desde lo social, propuesto

por los autores revisados y, asimismo, por la presente Memoria, no desestima el valor de otros factores que estarían involucrados en la etiología y manifestación de dicho cuadro psicopatológico. Si concebimos al sujeto como una compleja unidad bio-psico-social, se entiende que una aproximación limitada a la consideración de variables biológicas conlleva una comprensión restringida del fenómeno.

Junto a esto, se considera que limitar la comprensión de la esquizofrenia y, en general, de la patología mental, a elementos genéticos, excluyendo factores grupales y sociales, acarrea una repetición de la dinámica observada en familias de esquizofrénicos. Esto, en el sentido de comprender el padecer del enfermo considerando aquello que lo aqueja como algo totalmente ajeno a quienes lo rodean. Entonces, el esquizofrénico y, más ampliamente, el “loco”, representaría lo ajeno, lo inexplicable, lo distinto, aquello en lo cual el resto de grupo –o la sociedad- no estaría implicado.

Estimamos que el movimiento mediante el cual se problematiza la patología familiar asociándola a condiciones sociales que la facilitarían, es por sí mismo radical y, aun en la actualidad, luego de 40 años del surgimiento de la antipsiquiatría, se mantiene vigente. Podría pensarse que la reflexión que propone este movimiento nunca ha sido incorporada plenamente, sobretudo al interior de la institucionalidad psiquiátrica. Además de divergencias teóricas y técnicas, fruto de los vacíos propios de una propuesta incipiente y revolucionaria, podrían identificarse resistencias asociadas con algunos aspectos centrales de este enfoque. Por un lado, desde el ámbito de lo psíquico, dichas resistencias obedecerían a que los antipsiquiatras no conciben a la esquizofrenia como algo ajeno al profesional de la salud, lo que conlleva la necesidad de que quien interviene constate su implicación. Por otra lado, desde lo político, aparecería una resistencia vinculada con que lo particular de este movimiento es hacer un cuestionamiento político. Si postula que a la base de la esquizofrenia hay una dinámica de poder, evidentemente, producirá rechazo en las personas que están situadas en un lugar de poder. A la vez, tales resistencias tendrían relación con lo expuesto en esta Memoria respecto al modo como la aplicación del paradigma médico biologicista respondería a un mecanismo de control tendiente a mantener determinadas estructuras sociales.

En este punto, aparece la necesidad de reflexionar en torno al modo particular como desde la psicología, se participaría de los procesos descritos. A partir de lo desarrollado en esta Memoria, se entiende que el psicólogo que se limita a ser otro agente de socialización, estaría participando en un proceso que favorece la mayor alienación del sujeto en aras de su funcionalidad al sistema y su mantención.

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

9. BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1977). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares* (5ª ed.). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Ackerman, N. & Franklin, P. (1965). Dinámica familiar y reversibilidad de la formación de delirios, estudios de un caso en terapia familiar. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 291-337). México D. F.: Trillas, 1976.
- Ackermans, A. & Andolfi, M. (1987/1994). *La Creación del Sistema Terapéutico: la Escuela de Terapia Familiar de Roma* (1ª reimpresión español, comps.). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Alvarado, L (2000, Mayo). Apuntes de cátedra de *Psicología Anormal*. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Andolfi, M. (1977/1985). *Terapia Familiar: un enfoque interaccional* (1º reimpresión). Buenos Aires, Paidós.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1987). Familia e individuo desde una perspectiva trigeracional. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la Escuela de Terapia Familiar de Roma* (1ª reimpresión español, pp. 227-241). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989/1997). *Tiempo y Mito en Psicoterapia Familiar* (1ª ed., 1ª reimpresión). Barcelona: Ediciones Paidós.

- Andolfi, M., Menghi, P., Nicoló, A. M. & Saccu, C. (1987). La interacción de los sistemas rígidos: modelo de intervención en la familia con paciente esquizofrénico. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la Escuela de Terapia Familiar de Roma* (1ª reimpresión español, pp. 31-63). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.
- Andrè-Fustier, F. & Aubertel, F. (1998). La transmisión psíquica familiar en suspenso. En Eiguier, A., Carel, A., André-Fustier, F., Aubertel, F., Ciccone, A. & Käes, R. (Comps.). *Lo Generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica* (pp. 123-168). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.
- Barnes, M., Berke, J., Schatzman, M. & Sedgwick, P. (1978). *Laing y la Antipsiquiatría* (R. Boyers & R. Orrill comps). Madrid: Alianza.
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Buenos Aires: Planeta, 1991.
- Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., Lidz, T., Weakland, J., Wynne, L. et al. (1971). *Interacción Familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica* (C. E. Sluzki Comp.). Buenos Aires: Ediciones de la Bahía, 1980.
- Bellak, L. (1962). *Esquizofrenia: revisión del síndrome*. Barcelona: Herder.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Biederman, N. & Salinas P. (2003). *Psicosis y Bipolaridad en la Psicoterapia Contextual-relacional: trabajo con individuos y familias*. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile, Unidad de Terapia Sistémica, Hospital del Salvador.
- Bion, W. R. (1957). *Volviendo a Pensar* (4º ed.). Buenos Aires: Hormé, 1990.

- Blankenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 177-188.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1965a). Una teoría de relaciones, experiencias y transacción. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (1ª ed. Español, pp. 56-115). México D. F.: Trillas, 1976.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1965b). La terapia familiar intensiva como proceso. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (1ª ed. Español, pp. 116-178). México D. F.: Trillas, 1976.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (1965/1976). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (1ª ed. español, comps.). México D. F.: Trillas.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1983). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bowen, M. (1965). Psicoterapia familiar de la esquizofrenia en el hospital y en la práctica privada. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 257-290). México D. F.: Trillas, 1976.
- Bowen, M. (1991/1998). *De la Familia al Individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (1ª ed., 1ª reimpresión). Barcelona: Paidós.
- Calligaris, C. (1991). *Introducción una Clínica Diferencial de las Psicosis*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Caponni, R. (2000). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica* (6ª ed.). Santiago: Editorial Universitaria.
- Collier, A. (1981). *Filosofía y Política de la Psicoterapia* (1ª ed. castellano). México: Colección Brevarios Fondo de Cultura Económica.
- Cooper, D. (1967/1985). *Psiquiatría y Antipsiquiatría* (1ª Reimpresión). Barcelona: Paidós.

- Cooper, D. (1971). *La Muerte de la Familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Chile, Ministerio de Justicia (1994). Constitución Política de la República de Chile; aprobada por Decreto N° 1104 de 28 de Julio de 1994.
- Eiguer, A. (1987). La Familia del Psicótico: nuevas aportaciones. *Revista de Psicoanálisis*, 87/1 (XLIV), 135-155.
- Eiguer, A. (1989). *El Parentesco Fantasmático: transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Eiguer, A., Carel, A., André-Fustier, F., Aubertel, F., Ciccone, A. & Käes, R. (1998). *Lo Generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica* (Comps.). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Elles, G. (1983). El patrón de angustia en la familia. En Lomas, P. (Ed.). *La Crisis de la Familia: simposio psicoanalítico* (2° ed., pp. 60-93). México: Premiá Editora, 1986.
- Engels, F. (1891/ 2004). *El Origen de la Familia, de la Propiedad Privada y del Estado* (1ª ed. argentina). Buenos Aires: Editorial Nuestra América.
- Espinoza, S. (2001, Junio). Apuntes de cátedra *Teoría y Sistemas Psicológicos*. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Foladori, H. (2004). *Análisis Institucional e Intervención Familiar*. Santiago: Editorial Espiral.
- Freud, S. (1924 [1923]). Neurosis y Psicosis. En *Obras Completas* (2ª ed.), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- Freud, S. (1924). La Pérdida de Realidad en la Neurosis y la Psicosis. En *Obras Completas* (2ª ed.), tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.

- Freud, S. (1940 [1938]). Esquema del Psicoanálisis. En *Obras Completas* (2ª ed.), tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- Fromm-Reichmann, F. (1961). *La Psicoterapia y el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- González D., E. (2001, Octubre). Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. Texto íntegro de la conferencia de clausura del 1^{er} Encuentro Estatal sobre *Perspectivas Críticas en Psicología y Psiquiatría*. Publicado en la revista *El rayo que no cesa: N° 4* (anuario 2002). Málaga.
- Ivanovic, F. (2002, Abril). Apuntes de cátedra *Psiquiatría*. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. & Baranes, J. (1996). *Transmisión de la Vida Psíquica entre Generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Klein, M. (1946). Notas Sobre Algunos Mecanismos Esquizoides. En *Obras Completas*, tomo III. (pp. 10-33). Buenos Aires: Paidós, 1988.
- Laing, R. D. (1964/1988). *El Yo Dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad* (1ª ed.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Laing, R. D. (1965). Mistificación, confusión y conflicto. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps.). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 397-418). México D. F.: Trillas, 1976.
- Laing, R. D. (1969/1980) *El Cuestionamiento de la Familia* (1ª Reimpresión). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Laing, R. D. (1974/1985). *El Yo y los Otros*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Laing, R. D. (1983). La familia y la estructura individual. En Lomas, P. (Ed.). *La Crisis de la Familia: simposio psicoanalítico* (2ª ed., pp. 114-135). México: Premiá Editora, 1986.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1964/1983). *Cordura, Locura y Familia* (2ª Reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lèvi-Strauss, C., Spiro, M. & Gough, K. (1974). *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lidz, T. (1978). La esquizofrenia, R. D. Laing y el tratamiento actual de la psicosis. Entrevista con el Dr. Theodore Lidz. Entrevistadores: Robert Orrill y Robert Boyers. En Barnes, M., Berke, J., Schatzman, M. & Sedgwick, P., R. Boyers & R. Orrill (Comps.). *Laing y la Antipsiquiatría*. (pp. 147-190). Madrid: Alianza, 1978.
- Lidz, T. & Fleck, S. (1960). Esquizofrenia, integración humana y rol de la familia. En Jackson, D. (Comp.), *Etiología de la Esquizofrenia* (pp. 329-347). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1960.
- Lidz, T., Cornelison, A., Carlson, D & Fleck, S. (1957a). El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo marital. En Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., Lidz, T., Weakland, J., Wynne, L. et al., C. E. Sluzki (Comp.). *Interacción Familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. (pp. 57-80). Buenos Aires: Ediciones de la Bahía, 1980.
- Lidz, T., Cornelison, A., Carlson, D & Fleck, S. (1957b). El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo marital. En Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D., Lidz, T., Weakland, J., Wynne, L. et al., C. E. Sluzki (Comp).

- Interacción Familiar: aportes fundamentales sobre teoría y técnica.* (pp. 80-110). Buenos Aires: Ediciones de la Bahía, 1980.
- Lomas, P., Laing, R. D., Bowlby, J., Elles, G., Hellman, I., Miller, D. et al. (1983/1986). *La Crisis de la Familia: simposio psicoanalítico* (2ª ed.; P. Lomas Ed.). México: Premiá Editora.
- Losso, R. (2001). *Psicoanálisis de la Familia: recorridos teóricos y clínicos*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Merea, C. (2005). *Familia, Psicoanálisis y Sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Nicoló, A. (1986). La relación terapéutica en terapia familiar. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema Terapéutico: la escuela de terapia familiar de Roma* (1ª reimpresión, pp. 205-217). Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed.). Madrid: Meditor.
- Parada, R. (2005). Seminario Clínico realizado en Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Santiago, Chile.
- Parra, V. & Zavala, D. (2004). *Familia: Cristalización de las Dinámicas de Poder*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Percia, M. (2004). *Deliberar las Psicosis* (1ª ed.). Buenos Aires: Lugar.
- Pichon-Rivière, E. (1985/2003). *El Proceso Grupal: del psicoanálisis a la psicología social* (I) (2ª ed., 33ª reimpresión). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Piperno, R. (1987). La función de la provocación en el mantenimiento homeostático de los sistemas rígidos. En Ackermans, A. & Andolfi, M. (Comps). *La Creación del Sistema*

- Terapéutico: la escuela de terapia familiar de Roma* (1ª reimpresión, pp. 64-77).
Barcelona: Ediciones Paidós, 1994.
- Porter, R. (2003). *Breve Historia de la Locura* (1ª ed. castellano). Madrid: Turner Publicaciones, Fondo de Cultura Económica.
- Roa, A. (1981). *Formas del Pensar Psiquiátrico*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Rodríguez, M. (2001). *Discursos y Representaciones Familiares sobre Género y Poder*.
Memoria para optar al Título de Socióloga, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Roudinesco, È. (2003/2005). *La Familia en Desorden* (1ª ed. español, 2ª reimpresión).
Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Roudinesco, È. & Plon, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis* (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Searles, H. (1965). Las contribuciones del tratamiento familiar a la psicoterapia de la esquizofrenia. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 524-558). México D. F.: Trillas, 1976.
- Selvini Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1990). *Juegos Psicóticos en la Familia* (1ª ed.). Barcelona: Ediciones Barcelona: Paidós.
- Servicio Nacional de la Mujer (1993). *Informe Comisión Nacional de la Familia*. Santiago: Autores.
- Silva, H. (1993). *La Esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Stierlin, H. (1997). *El Individuo en el Sistema: psicoterapia en una sociedad cambiante*.
Barcelona: Herder.
- Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wtzel, N. & Wirsching, M. (1986). *Terapia de la Familia: la primera entrevista*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Téllez, A. (1975). Enfermedades mentales. En *Psiquiatría Clínica* (4ª ed., pp. 84–126).
Santiago.
- Valles, M. (1999) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas* (7ª ed.). Barcelona: Herder, 1989.
- Winnicott, D. (1971/2002). *Realidad y Juego* (9ª reimpresión). Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1994). *El Hogar Nuestro Punto de Partida*. Buenos Aires: Paidós.
- Wynne, L. (1965). Algunas indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar exploratoria. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 338-375). México D. F.: Trillas, 1976.
- Zapparoli, C. (1969). *El Psicoanálisis del Delirio: contribución a la terapia psicoanalítica de la psicosis esquizofrénica*. Venezuela: Monte Ávila Editores S. A.
- Zuk, G. & Rubistein, D. (1965). Revisión de conceptos utilizados en estudio y tratamiento de familias de esquizofrénicos. En Boszormenyi-Nagy, I. & Framo, J. (Comps). *Terapia Familiar Intensiva: aspectos teóricos y prácticos* (pp. 23-55). México D. F.: Trillas, 1976.

Referencias de Internet:

- Álvarez, C., Troncoso, M. & Sepúlveda, R. (s. f.). *Apoyo Social, Salud Mental y Esquizofrenia. Una Revisión del Tema*. Extraído el 26 Junio, 2006 de http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/apoyosoc_y_eqz.doc
- Arnold, M. & Osorio, F. (1998, Abril). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio No.3. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Extraído el 9 Marzo, 2006, de <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm>
- Asociación de Sociedades Científicas-Médicas de Chile ASOCIMED (2005) *Pautas Diagnóstico - Terapéuticas Para La Practica Clínica*. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Extraído el 19 Diciembre, 2005, de <http://www.asocimed.cl/Guias%20Clinicas/neurologia%20psiquiatria%20y%20neurocirugia/esquizofrenia.html>
- Asociación Mundial de Psiquiatría (2000) Programa Esquizofrenia Abre las Puertas: Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa Volumen II: Qué es y cómo se trata la esquizofrenia y cómo combatir el estigma. Extraído el 19 Diciembre, 2005, de <http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com/documentos/volumen2.pdf>
- Eira, G. (2001). *Familia y Grupo Familiar*. Extraído el 27 Enero, 2004, de www.campogrupal.com/flia.html
- Foladori, H. (2002). *Novelas Familiares o la Historización de la Familia*. Extraído el 25 Mayo, 2004 de <http://www.psicologiagrupal.cl/documentos/articulos/novelafami.html>

- Gómez, F. (2004). *La enfermedad mental: un concepto anticuado*. Extraído el 18 Agosto, 2005, de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EplAkVZVpZFyBybrGf.php>
- González, E. (2002). *Concepto Actual de la locura y las Nuevas Formas de Tratamiento*. Extraído el 29 Noviembre, 2005, de <http://www.geocities.com/bakuninn/antipsiquiatria.htm>
- Jau, J. (2001). *Contrapsicología y Antipsiquiatría*. Extraído el 29 Noviembre, 2005, del sitio Web de <http://www.sindominio.net/versus/index.htm> y luego http://www.sindominio.net/versus/paginas/actividades/Textos_jor/text/contraps_antipsiq.htm
- López, S. (2000, Diciembre). *La Autoinstitución de la Sociedad*. Extraído el 15 Marzo, 2004, de <http://www.susanalopezg.com/pedagogiainstitucional/autoinstitucion.htm>
- Mahieu, E. (2000). Historia de la Psiquiatría Eugene Minkowski (1885-1972). Extraído el 28 Octubre, 2005, de <http://www.psicomundo.org/otros/minkowski.htm>
- Martínez, J., Cuesta, M. & Peralta, V. (1997, Mayo-Agosto). Etiología de la Esquizofrenia: interacción genes-ambiente. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 20, nº 2. Extraído el 3 Junio, 2006, de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n2/revis2.html>
- Ministerio de Salud (2000). *Programa de Tratamiento de la Esquizofrenia*. Extraído el 19 Diciembre, 2005, del sitio Web de www.minsal.cl y luego http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/PROGRAMA_ESQUIZOFRENIA.pdf.
- Ministerio de Salud (2004). *Proyecto Detección de Factores Clínicos y Sociales que Permitan la Identificación Temprana de Personas que Presentan un Primer Episodio de Esquizofrenia* (Informe Final). Programa de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Extraído el 10 Diciembre, 2005, del sitio Web de www.minsal.cl y luego

http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/Inf%20final%20Proy%20detec%20precoz%20EQZ.pdf

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

Peñaranda, H. (2002). Nociones Generales Acerca de la Cibernética y la Iuscibernética. Revista Chilena de Derecho Informático, nº 1, año 2002. Centro de estudios en Derecho Informático, Facultad de Derecho, Universidad de Chile. Extraído el 13 Marzo, 2006, de http://www.derechoinformatico.uchile.cl/CDA/der_informatico_articulo/0,1433,SCID%253D10905%2526ISID%253D291,00.html

Ricci, E. (2002, Noviembre). *La Terapia con la Familia: Un encuentro con Maurizio Andolfi*. Extraído el 7 Febrero, 2006 de <http://www.unibe.edu.do/psicologia/13septiembre.htm>

Szasz, T. (1998, Marzo). Thomas S. Szasz Cybercenter for Liberty and Responsibility. En Gutiérrez, C. (Comp.) Manifiesto humanista contra la psiquiatría como medio de control social. Extraído el 18 Agosto, 2005, de <http://claudiogutierrez.com/NuevoHumanismo/psiquiatria.html>

Teoría del Trabajo Social. (s. f.). Extraído el 10 Marzo, 2006, de <http://tsocial.ulagos.cl/ensayos/trabajos/TEORIAS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.doc>