

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: UNA VISIÓN SOCIO-FAMILIAR (\*)

Mario Hernán QUIROZ NEIRA (1), Andrea BUSTOS GUIÑEZ (2),  
Paola CARMONA RAMMSY (3)

*Se estudian diez familias de pacientes esquizofrénicos pertenecientes al Hospital Las Higueras de Talcahuano, Chile. Corresponde a un estudio descriptivo desde un enfoque intrafamiliar y transgeneracional, enmarcado en la calidad de las relaciones y transacciones familiares. Se considera la dinámica de la familia como factor condicionante en la manifestación de la esquizofrenia, destacando la figura de la madre del Paciente Identificado (P.I.) como un elemento influyendo directamente en ella. En este sentido, se encuadra que el Nivel de Emoción Expresada (EE) por ésta se relacionaría con la aparición del cuadro esquizofrénico.*

**PALABRAS CLAVES:** Esquizofrenia, Familia, Madre, Comunicación, Emoción Expresada.

## DESCRIPTIVE STUDY OF A GROUP OF SCHIZOPHRENICS PATIENTS: A SOCIO - FAMILIAR VISION

*Ten families of schizophrenic patients from the Hospital Las Higueras in Talcahuano - Chile are studied. Is a descriptive study from a intrafamiliar and transgenerational view framed in the quality of relations and family transactions.*

*The family dynamics are consider a conditional factor in the manifestation of schizophrenia distinguishing the figure of the mother identified by the patient as an element that influences directly in it.*

*In this way, the level of expressed emotion (EE) by her would be related with the appearance of the schizophrenic episode.*

**KEY WORDS:** Schizophrenic, Family, Communication, Expressed Emotion

(\*) La presente investigación corresponde a los resultados de la Tesis de Grado de las autoras (2,3), requisito final para optar al Grado de Licenciado en Servicio Social, del Departamento de Servicio Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción, Chile.

(1) Asistente Social, Terapeuta Familiar y de Pareja, Diplomado en Psicoterapia Gestalt Integrativa, Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales, Profesor Asociado al Departamento de Servicio Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile.

(2) Asistente Social, Egresada del Departamento de Servicio Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile.

(3) Idem.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una patología psíquica crónica que afecta al 1% de la población, preferentemente varones, siendo la edad de manifestación la etapa de la adolescencia. Se han formulado distintas teorías que intentan dilucidar el origen de la enfermedad. Una de ellas plantea el origen hereditario de la esquizofrenia, transmitida genéticamente a través de la familia, señalando que las personas que presentan antecedentes familiares, tienen mayor vulnerabilidad a padecerla. Por otro lado, se considera la dinámica familiar como factor determinante en la manifestación de la esquizofrenia, donde la madre sería el elemento que influiría directamente en ella. En este sentido, el Nivel de Emoción Expresada por ésta se relacionaría con la aparición del cuadro esquizofrénico.

Se argumenta que una variedad de factores ambientales están implicados en el origen y curso de la esquizofrenia, pero los conocimientos sobre los mecanismos de tal influencia aún no son concluyentes (1).

Aunque ya en 1921 Adolf Meyer se preocupaba de la capacidad de los clínicos para entender el mundo social de los pacientes, una publicación de la OMS "Aspectos de la Salud Mental de la Familia en Europa", en la que se aclara que la enfermedad de un miembro de la familia se encuentra inextricablemente ligada a la salud de los otros miembros quienes influyen y son influenciados por quienes padecen la enfermedad. El foco de acción de los clínicos estaba centrado entonces sólo en el paciente, dando muy poca importancia al impacto que la enfermedad y el tratamiento podrían tener en la familia (2).

En los años 50, Frida Fromm – Reichman pensaba que el paciente esquizofrénico había recibido un rechazo temprano por parte de las

personas importantes en su niñez, especialmente de la madre, lo que configuraba un individuo incapaz de confiar y temeroso de la gente. A esta madre se le describe como agresiva y dominante, pero al mismo tiempo insegura. Estas experiencias decepcionantes destruían en el niño la seguridad y confianza necesarias para el enfrentamiento con las frustraciones de la vida adulta. Para la investigadora, el autismo y el delirio no eran sino formas de regresar simbólicamente a un período de seguridad, en el cual era fácil percibir la ambivalencia de deseo y rechazo al contacto, especialmente de la madre "esquizofrenogénica" (2). Harold Searler describe un trabajo muy influyente en el año 1959, el itinerario que sigue la familia que "vuelve loco" a uno de sus miembros a través de mensajes conflictivos o inapropiados. El describe seis maneras típicas: 1° Hacer notar al individuo áreas de su personalidad de las cuales él no tenía conciencia y que claramente contradicen su ideal de autoimagen. 2° Relacionarse con el otro simultáneamente en dos niveles que aparecen desconectados. 3° Cambiar erráticamente de una actitud emocional a la opuesta. 4° Estimular sexualmente en circunstancias en que llegan a la gratificación. 5° Cambiar de tópico mientras se mantiene el mismo tono emocional y 6° Alternar o simultáneamente dar estímulo y frustración.

Posteriormente, Searles agregaría una séptima manera: el amor del esquizofrénico por su madre es incompatible con su propia autonomía o la de ella y para zanjar esta situación, el hijo opta por la locura.

La calidad e intensidad de la interacción dentro de la familia están relacionadas con el riesgo de una recaída psicótica en los pacientes esquizofrénicos (1). En los estudios efectuados por Brown (1962, 1972) y en un tercero dirigido por Vaughn y sus colegas (1984), se observó que las familias que

manifestaban un alto grado de “Emoción Expresada” (EE), (representado principalmente en críticas, hostilidad y niveles de sobreinvolucramiento emocional). Parecía incrementar las recaídas, aún en aquellos casos en que los pacientes recibían medicación (3).

Mishler y Waxler hicieron estudios intensivos de la constelación familiar cuando uno de sus miembros es esquizofrénico, donde se utilizan distintas técnicas para describir las relaciones existentes en las familias sometidas a estudio. Expresiones como “selección de un miembro para el papel de enfermo”, “víctima propiciatoria” y otros, se emplean para referirse a las diferencias observadas en el tratamiento paternal o maternal para con el miembro esquizofrénico de una familia con varios hijos, en oposición al tratamiento para con los hermanos. Los estudios revelan que estos últimos también empiezan a encuadrar al enfermo en su papel y esto continúa en la vida adulta. Lo que no resulta totalmente claro en estos núcleos familiares es si el papel de enfermo surge de la percepción de la familia del estado real del componente esquizofrénico o si se elige a un miembro en particular para este papel. Dentro de la familia, la madre constituye un elemento fundamental en el desarrollo de los hijos, ya que una relación cálida entre madre e hijo desde la infancia influye en la posterior formación de un carácter estable, con un sentimiento de cordialidad y capacidad para amar (4).

Es creencia general que la falta de actitudes maternas adecuadas se traduce en psicopatología, en especial autismo, depresión y esquizofrenia (4). Sylvester ha ofrecido una aplicación interesante de lo que ella denomina “el fenómeno circulante”, en el cual la no correspondencia del niño a los intentos de la madre por brindarle afecto y atención, hace que ésta se desanime y comience a desatenderlo, lo cual conduce a

una apatía aún mayor o a una carencia de estímulos por parte del pequeño, provocando a su vez, un rechazo también creciente de la madre, etc. Por otra parte, si la madre, por razones sociales o psicológicas, es incapaz de brindar al niño suficiente atención, iniciándolo en las relaciones sociales recíprocas con una sonrisa, el niño no tiene estímulos para comenzar a responder y establecer relación con otros (4).

Fue Selvini Palazzoli (5), quien desde el Modelo sistémico de la Terapia Familiar propuso una nueva mirada e intentó demostrar la validez de la hipótesis basada en los modelos que ofrecen la cibernética y la pragmática en la comunicación humana; postulando que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituye en el tiempo a través de ensayos y errores.

Según esta hipótesis cada grupo – natural – con historia, en los cuales la familia es fundamental, se forma en un lapso mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así sobre lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares. Así, las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como “patológicas” en uno o más miembros se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patologías, y tanto las conductas – comunicación como las conductas – respuestas tendrán características tales que permiten mantener las reglas (o normas) y, por lo tanto, las relaciones patológicas (1991).

Muchos años antes, en 1956, el Grupo de Palo Alto publicó “Toward a Theory of Schizophrenia”, basándose específicamente

en la Teoría de los Tipos Lógicos de Russel. La tesis central de esta teoría sostiene que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. Esto llevó a la formulación de la Teoría del Doble Vínculo (Double – Bind) como comunicación paradójica observada con mayor frecuencia en familias con pacientes esquizofrénicos(6). Una serie de autores asociados al grupo del Mental Research Institute (MRI), entre ellos Gregory Bateson, Jay Haley, Paul Watzlawick, Virginia Satir y Carlos Sluzki, llegaron a considerar la esquizofrenia un *Inner Conflict of Logical Typing*, resultado de reiteradas pautas comunicacionales.

En este contexto, el presente estudio pretende precisamente establecer los vínculos entre familia y esquizofrenia, destacando las pautas transaccionales, tomando como foco de observación la constelación madre – paciente esquizofrénico. El propósito es observar el sistema familiar, específicamente la díada madre – paciente esquizofrénico y describir los hallazgos de una casuística determinada.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La población objeto de la presente investigación fue un grupo de 33 familias con miembro esquizofrénico, pertenecientes al Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna”, del Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile, durante el año 1999.

Del universo anteriormente señalado, la **muestra** correspondió a diez familias que cumplieron con las siguientes características: presentar un integrante con esquizofrenia, que uno de los miembros de la familia esté involucrado en el proceso de rehabilitación del paciente y que en el grupo familiar esté presente físicamente la madre biológica del paciente.

Las diez familias fueron seleccionadas aleatoriamente mediante el sistema de muestreo al azar simple. Esta fue objeto de un estudio de caso único y sometida a la aplicación de las siguientes técnicas: entrevista individual en profundidad, entrevista familiar, administración grupal de instrumentos y visita domiciliaria.

Los Instrumentos utilizados en la recolección de datos en la presente investigación son los siguientes: Ecomapa de Hartman, A; Genograma, Escala de Evaluación de Emoción Expresada LEE de John D.Cole y Shake S.Kazarian, Matriz de Diagnóstico Familiar Sociológico (MDFS) de Quiroz, N, M.; Test de Apgar Familiar de Smilkstein, Instrumento de Puntuación de Secuencia de Hechos (IPSH) de Chuchón, V. y el Test de Mitos Personales, Familiares y Matrimoniales de Bagarossi y cols.

## RESULTADOS

### Caracterización de los Pacientes Identificados

La edad de los pacientes identificados se concentra en el rango entre los 31 y los 40 años, correspondiendo al 60% de la muestra, en tanto que todos ellos presentan el estado civil soltero.

En relación con la escolaridad, el 50% de los P.Is cursó la enseñanza media incompleta, el 30% la enseñanza básica completa y el 20% de ellos la enseñanza media completa.

El 70% tiene como diagnóstico esquizofrenia simple, en tanto que el 30% restante presenta esquizofrenia paranoide, de éstos, el 50% pertenece al segundo nivel de clasificación, el 40% al tercero y el porcentaje que resta al primero. En cuanto a la edad de manifestación de la enfermedad, el 60% de los casos se presentó entre los 18 y 20 años, y el 40% entre los 12 y 17 años de edad.

## Caracterización Familiar

De las familias que conforman la muestra, el 60% son estructuradas, el 30% es de tipo uniparental, centradas todas en la figura materna y un 10% es agregada.

En la constitución familiar, considerando la primera clasificación de la MDFS, se destaca el hecho de que todos los P.Is. permanecen en sus familias de origen, las cuales de acuerdo a la segunda clasificación, el 70% son familias constituidas a través del matrimonio y el 30% son uniparentales. Los pacientes no han constituido familias de procreación autónomas, con excepción de dos P.Is. que tienen hijos, pero no cohabitan con parejas.

De acuerdo a la primera distinción de la composición familiar, la información obtenida indica que el 70% es nuclear y el 30% es familia extensa. Considerando la segunda distinción, el 60% se encuentra inserto dentro de hogares completos. En cuanto al tamaño de la familia, la mitad de la muestra es de tamaño reducido y en igual proporción es numerosa.

La estructura familiar, específicamente en las relaciones conyugales, la estructura de poder se manifiesta en un 40% de tipo matrifocal; en igual porcentaje se encuentra el estilo democratizante y en 20% es de tipo machista.

Analizando las relaciones parentales, el marco normativo predominante es el de tipo flexible, con un 50%, ubicándose por sobre el restrictivo que presenta un 40%, mientras que el 10% asume un marco normativo *laissez-faire*.

Considerando el desempeño de los roles parentales, la información obtenida de la muestra arroja como resultado que un 70% asume adecuadamente los roles y el 30% restante los asumen en forma deficiente.

Las familias investigadas presentan un nivel socioeconómico (NSE) medio, correspondiendo a un 50% de éstas, en tanto que el 40% es de NSE. bajo, el 10% de ellas presenta un alto NSE.

## Relaciones Familiares

Al observar la dinámica familiar a través del Mapa Ecológico, se destaca la presencia de límites intrafamiliares claros en un 50%, seguido por un 40% de las familias con límites rígidos, para terminar con un 10% de ellas con límites difusos. En cuanto a los límites extrafamiliares, se dan iguales resultados, ya que tanto los PIs. como su grupo familiar sólo establecen relaciones con el CRD y los Servicios de Salud correspondientes.

En los casos en donde se observó la presencia de límites rígidos, estos eran ejercidos sólo sobre el PI, ya que entre los demás miembros del subsistema familiar primaban los límites claros.

Se observa que en el 80% de los casos, la persona con quien el PI. se relaciona en forma cercana, intensa y significativa es la madre, en tanto que en uno de ellos se da una relación distante con ésta y conflictual, en otro.

Por el contrario, en todos los casos en que el padre está presente se encuentra una baja calidad en la relación que establece con el paciente. En cuatro casos el progenitor se encuentra física y psicológicamente ausente, mientras que en dos, aunque está físicamente presente establece una relación distante y descomprometida emocionalmente con el PI.

En relación con el subsistema fraterno, en el 20% de los casos los PIs. entablan relaciones distantes y en un 20% éstas son conflictivas.

En concordancia con la estructura de poder predominante, en el 20% de los casos el padre aparece como la figura principal dentro de la

jerarquía, no obstante, se mantiene la figura materna como la más significativa, puesto que en el 80% restante, la madre asume la posición superior.

Cabe destacar que en el décimo caso, ha sido complejo graficar e interpretar el Mapa Ecológico, como consecuencia de la modificación de la dinámica familiar en presencia y ausencia de la madre del PI., puesto que tanto en éste como en el sexto caso se presentan triángulos patológicos

### **Pautas Transgeneracionales**

En el **Cuadro Resumen N°1** se observan los patrones transgeneracionales presentes, tanto en la línea materna como paterna, obtenidos de la elaboración del genograma, dentro de los cuales se destaca que:

La esquizofrenia aparece como patrón **“Presencia de Enfermedades”** en tres casos, afectando a ocho personas, de éstos, cuatro hombres y dos mujeres están presentes en la tercera generación, en tanto que en la segunda aparece una mujer y un hombre. El comienzo de la enfermedad se registra en estos casos en la fase de la adolescencia.

El patrón **“Transmisión de Nombre”**, es el más destacado al presentarse en 96 personas, de los cuales, los nombres de hombre son los que se repiten principalmente, correspondiendo a un 61% en la tercera generación; este patrón se observa en la totalidad de los casos.

En cuanto a la **“Repetición de Oficio”** la actividad predominante es la de Contratista, presente en tres casos, ejercida por 14 personas, de los cuales, el 64% se concentra en la segunda generación; en segundo término se encuentra la incorporación a las FFAA en seis hombres, ubicándose en la

segunda generación el 83% de éstos.

La **“Causa de Muerte”** más frecuente es la Bronconeumonía, presentada en dos casos en cuatro personas, de los cuales el 50% se presentó en la primera generación, seguida por la trombosis que ha provocado el fallecimiento de tres personas en un caso, correspondiendo el 67% a la primera generación, de éstos, dos son varones. Cabe destacar que el suicidio por ahorcamiento aparece en un caso afectando a dos varones pertenecientes a la línea materna, uno de la segunda y otro de la tercera generación.

Además de los patrones antes señalados, en la elaboración del Genograma, se observó que en el 100% de los casos, la forma intergeneracional de constitución familiar es el matrimonio, a pesar que en dos de ellos, en la tercera generación se constituyeron familias uniparentales, específicamente la presencia de madres solteras.

En cuanto a la causa de muerte transmitida transgeneracionalmente, se considera que la muerte natural es el patrón predominante, a excepción de dos casos en que la causa de fallecimiento de uno o ambos padres se repitió en uno de los hijos.

Cabe destacar que el 60% del origen de las familias de los PIs. presentan la inclinación a relacionarse física y emocionalmente con miembros de la línea materna. Los cuatro casos restantes no manifiestan preferencia por ninguna de las dos líneas familiares.

Considerando las últimas tres generaciones, se destaca que el 80% de las familias son de origen rural, siendo los integrantes de la segunda generación quienes emigraron a los centros urbanos.

Al indagar acerca de los personajes míticos presentes transgeneracionalmente, se observa que tanto los abuelos como los padres son considerados como los más

trascendentes, presentándose en dos casos cada uno; a la vez, en un caso aparece el padrastro y en dos el hermano.

En el 50% de los casos se destaca la realización de rituales, especialmente los referidos a la celebración de cumpleaños y festividades navideñas. De lo anterior se desprende que la tradición familiar no adquiere un valor relevante dentro de los grupos familiares estudiados.

### **Mitología Familiar**

Se considerará los mitos personales más representativos expresados por los PIs. en el Test de Mitos Personales, Matrimoniales y Familiares de Bagarossi y cols.

Los PIs. tienen la percepción que el motivo del matrimonio de sus padres fue principalmente el amor, reaccionando positivamente sus familiares.

El amor es la circunstancia que según los PIs. influyó en que sus padres tuvieran tal número de hijos, provocando su nacimiento felicidad, tanto en ellos como en sus hermanos; lo mismo ocurre con la impresión que causó su sexo, excepto en el décimo caso, en que el P.I. tiene la percepción de haber causado decepción en el padre.

En cuanto al motivo de asignación del nombre, en primer lugar se debe a una libre elección de los padres, y en segundo término a la transmisión familiar.

Dentro de las expectativas que los PIs. consideran que han sido puesto en ellos, se destacan, el ser buena persona, buen hijo y trabajador, las cuales fueron transmitidas en forma directa, para lo cual han debido asumir conductas adaptativas como el ser cariñoso, obediente y asumir el rol de hijo.

Entre los secretos que están presentes en los grupos familiares de los PIs., sobre los que no

es posible conversar, se encuentran el sexo, las relaciones extraconyugales de los padres, el ingreso familiar y el nacimiento de hijos extramatrimoniales.

Las principales reglas señaladas por los PIs. son: buena conducta, no salir en la noche y no consumir drogas. Los valores que priman son: la honradez, el respeto a la familia, el trabajo y profesar una religión. Estas reglas y valores no le han impedido ser de la forma en que quisieran ser.

El lema que describe el funcionamiento es particular para cada caso, sólo en dos familias la palabra "Confianza" coincide en la descripción que los PIs. hacen de éstas.

La percepción que tienen los PIs. sobre la relación de sus padres es buena, siendo la madre la figura más cercana a ellos, sin que aparecieran personas que le provocaran temor. Cabe destacar que los hermanos constituyen los mayores agentes generadores de temor en ellos. El padre aparece asumiendo el poder en la generalidad de los casos.

Finalmente, los PIs. señalaron que si tuvieran la posibilidad de retroceder el tiempo, no modificarían su historia familiar.

Considerando las características de éstas familias con respecto a los mitos anteriormente expuestos, se concluye que el nivel de significancia de éstos, es baja.

### **Funcionamiento Familiar**

Los siguientes resultados fueron obtenidos de la aplicación del Test de Apgar de Smilkstein.

El 80% de los PIs. de la muestra presenta un A.F. alto, el 10% mediano, al igual que el A.F. bajo, lo que indica que en la mayoría de los pacientes identificados señalan sentirse

satisfechos con el grado de funcionalidad existente dentro del grupo familiar.

Cabe destacar que en casos donde se observa un A.F. alto en el aspecto que dice relación con las toma de decisiones del grupo familiar, se observa que los P.Is. no se sienten considerados en este sentido, concentrándose esta función básicamente en los padres.

### **Puntuación de la Comunicación**

Tal como se presenta en el **Cuadro Resumen N°2**, en el I.P.S.H. se destaca que en relación con los patrones comunicacionales, se concluye que la autoestima tanto del P.I. como de sus madres presenta un Alto Nivel, ocurriendo igual situación en la comunicación y en la percepción de los demás hacia ellos; la única variable que muestra una leve diferencia es la actitud hacia los demás en la que los P.Is. presentaron una similitud en sus resultados entre Buena y Promedio, en tanto que las madres mostraron una clara inclinación hacia una Buena actitud.

A pesar de que en la comunicación total las madres presentan un grado óptimo de ésta y los pacientes identificados se inclinan por una comunicación Promedio, se observa que estos patrones comunicacionales se repiten de una generación a otra, considerando los porcentajes obtenidos en cada variable.

### **Emoción Expresada**

Los resultados obtenidos que serán expuestos a continuación, han sido extraídos de las variables evaluadas a través de la Escala LEE.

En relación con la “**Intrusividad**”, el 70% de los pacientes identificados presenta un bajo índice de la variable ejercida por la madre.

Las “**Respuestas Emocionales**” varían en los distintos rangos, destacando el 40% en el Promedio, 30% en el rango Bajo, 20% con

respuesta emocional Muy Bajo y un 10% con un Alto índice de la variable.

Los resultados obtenidos en la variable “**Actitud Hacia**” fluctúan entre los rangos Bajo y Muy Bajo, presentando un 40 y 60 % respectivamente.

Finalmente, en cuanto a la variable “**Tolerancia / Expectativa**”(T/E), el 60% de la muestra manifiesta un Bajo índice, un 30% presenta un índice Muy Bajo y el 10% presenta una Alta T/E.

Teniendo como base los resultados anteriormente expuestos, se puede concluir que las madres de los pacientes identificados presentan un Bajo Nivel de Emoción Expresada, lo que implica un reducido índice de crítica, intrusividad, respuestas negativas frente al estrés y elaboración de falsas expectativas.

Por último, se puede agregar que efectivamente se logró conocer la dinámica de cada familia en particular, alcanzándose el objetivo inicialmente formulado. Cabe destacar que la presente investigación serviría de base para futuros estudios experimentales.

## **DISCUSIÓN**

Se revisaron los aspectos principales de las teorías genéticas y ambientales sobre etiología de la esquizofrenia y la evidencia a favor de cada una de ellas. Aunque hay fuerte evidencia a favor de un factor genético, los estudios muestran que los factores biográficos y ambientales también son importantes para el desarrollo de la enfermedad. Se señala que sólo el modelo interaccional es capaz de conciliar los resultados de las distintas investigaciones en la actualidad (7).

Al estudiar el rol de lo genético como agente etiológico es importante considerar, primeramente, el asunto del riesgo de enfermar

que presentan los familiares cercanos. Mientras que el riesgo de enfermar de esquizofrenia en la población general es de alrededor del uno por ciento, este riesgo es mucho más alto entre los familiares(7).

Se ha tratado de determinar, entonces, el grado de contribución genética comparando la incidencia de esquizofrenia en mellizos monocigotos con la de mellizos dicigotos. Si hay un factor genético esperaríamos encontrar una concordancia mayor en mellizos monocigotos que en dicigotos. A la inversa, si los factores genéticos no son importantes esperaríamos encontrar diferencias no significativas. En los primeros estudios, como por ejemplo el de **Kallman**, se encontraron niveles de concordancia extremadamente altos para los monocigotos comparados con los dicigotos, 69% contra 10%, mientras que en los estudios posteriores se han encontrado repetidamente niveles de concordancia menores, de alrededor del 50% para los monocigotos y de más o menos un 10% para los dicigotos. Esta disminución en los niveles de concordancia puede atribuirse a la mayor rigurosidad metodológica de los estudios más recientes, y sugiere que la importancia del factor genético ha sido sobreestimada en el pasado (8).

De lo anterior se desprende que además del factor genético, existirían otras variables influyendo en la manifestación y prevalencia de la esquizofrenia. Se han realizado investigaciones relacionadas con lo anterior que avalan este postulado. En uno de ellos se plantea la existencia de una aplastante evidencia en el sentido de que el pronóstico de aquellas personas que padecen de esquizofrenia en países occidentales industrializados es claramente inferior cuando se le compara con aquellos que padeciendo la misma enfermedad viven en el tercer mundo (Link & Klenman, 1988). El programa de investigación transcultural sobre la esquizofrenia, de la **Organización Mundial de la Salud** (O.M.S.), enfrentó y aparentemente

resolvió el serio problema de la real comparabilidad de las muestras, instrumentos, predictores, pronósticos y otros criterios en diferentes culturas. En el primero de estos estudios, una muestra de sujetos enfermos provenientes de ocho países fue seguida durante dos años. Una clara mayor proporción de pacientes en Agra (India), Cali (Colombia) e Ibadan (Nigeria) alcanzaron resultados más favorables o menos discapacitantes en todas las mediciones, comparados con los pacientes de Aarhus (Dinamarca), Londres, Praga y Washington D.C., a pesar de la extraordinaria superioridad de los servicios de psiquiatría y salud mental de que estos últimos disponen. Un estudio epidemiológico posterior que cubrió diez países e incorporó pacientes sólo con primer episodio encontró una incidencia anual estable (1 por 10.000) pero un desenlace claramente diferente a los dos años de seguimiento, favoreciendo nuevamente a los países menos desarrollados. En los países industrializados, el 40% de los pacientes presentó un patrón evolutivo denominado "severo" (más de un episodio y remisiones incompletas) comparado con sólo el 24% en países en desarrollo (8).

Muchas hipótesis han sido propuestas para explicar estos resultados. La oportunidad de reinsertarse en roles valorados y socialmente productivos puede ser estimulada en sociedades menos industrializadas, donde hay un uso más flexible y menos especializado del trabajo. De acuerdo a otra hipótesis, las familias extendidas pueden ayudar a alivianar la carga, aumentar la tolerancia y proveer con un medio estable para la necesaria continuidad de la asistencia y cuidado (Waxler, 1979; McGlashan, 1988) (8).

La participación de diferentes variables sociodemográficas en el riesgo de padecer patologías psiquiátricas ha sido denominada como vulnerabilidad, recogida recientemente por **Morales y López- Ibor Aliño** en una excelente revisión, considerando la influencia del sexo, status social, actividad laboral,

soporte social, rasgos de personalidad, pérdidas en la infancia y otros. Mientras que en la mayor vulnerabilidad femenina se han involucrado factores constitucionales (genéticos y endocrinos), psicológicos (rasgos de personalidad, estrategias adaptativas menos eficaces) y socioculturales (menor poder efectivo en la sociedad), la edad parece decantarse como otra variable añadida de mayor vulnerabilidad. Ello podría relacionarse con diferencias neuroquímicas, estrategias adaptativas con respuestas más positivas o más rígidas y factores como el apoyo social. En un estudio realizado en Hortaleza, Madrid, se obtuvo como resultado que los trastornos de ansiedad y la distimia resultan más frecuentes en mujeres, mientras que la esquizofrenia lo es en varones (9).

La presencia de este tipo de patologías ha sido relacionada con la clase social baja, probablemente por una mayor exposición a estresores adversos, pero también por disponer de un menor número de recursos personales, económicos y socioculturales de adaptación a los mismos (9).

En relación con la influencia de la familia en la esquizofrenia, el término Expresividad Emocional (EE) fue desarrollado por **Brown y cols.** en la década de los cincuenta, para hacer referencia a un índice global de las emociones, actitudes y comportamientos, expresados por los familiares acerca de un miembro diagnosticado con esquizofrenia. Estos estudios, junto con los de **Vaughn y Leff** se sitúan en una etapa inicial de la investigación sobre el constructo expresividad emocional (EE), desarrollado inicialmente como una medida empírica que parecía tener una utilidad predictiva en la esquizofrenia (10).

Luego, **Brown y Wing** en 1972 presentaron pruebas sistemáticas de la influencia de la familia en el desarrollo de la enfermedad en un estudio realizado durante nueve meses en un grupo de familias con un miembro esquizofrénico. En estas, el índice de recaídas, en el caso de aquellos pacientes que tenían

una puntuación alta de EE familiar, era mucho más elevado (58%) que en el caso de aquellos pacientes con una puntuación inferior (16%). Se advirtieron dos factores protectores en aquellos pacientes que vivían con familias de alta EE: El primero era la separación física o la reducción de la relación estrecha a un total de menos de 35 horas semanales; el segundo era la medicación regular. Estos dos factores operaban independientemente, si se combinaban el índice de recaídas de los pacientes con familias de alta EE era el mismo que el de las familias con baja EE (10).

Hay que destacar, el estudio observacional de **Bebbington y Kuipers** en el que tras realizar un análisis conjunto de 25 estudios, se demuestra que existe una asociación manifiesta entre EE y recaída, que se mantiene cualquiera que sea la localización geográfica. Una de las cuestiones no resueltas en la investigación sobre EE es la relación existente entre la sintomatología del paciente y la EE familiar. Una crítica persistente a los estudios sobre expresión emocional es que no aclara satisfactoriamente si la gravedad de la enfermedad es la que explica la asociación entre la EE del familiar y la recaída (10).

Tomando la EE como variable dicotómica (alta y baja EE) sólo tres trabajos hallan asociaciones con la sintomatología del paciente. Los pacientes con familias de alta EE mostraban un comportamiento más alterado, presentaba más síntomas de depresión y mostraban más síntomas positivos (significativamente más delirios) y más puntuación en la escala de depresión ansiosa (BPRS) (10).

**Ivanovic y cols.** intentan probar la hipótesis de que diferentes subtipos de esquizofrenia induce un perfil de EE específico y característico. Los resultados muestran que en conjunto la EE no aparece relacionada con el tipo de esquizofrenia, aunque la crítica es más frecuente en familias de pacientes con esquizofrenia paranoídea y la sobreimplicación más frecuente en aquellos

con esquizofrenia hebefrénica (10).

**Koenigsberg y Handley** apuntan la hipótesis de que los síntomas negativos serían más prevalentes en familias con baja EE. Por el contrario, Hooley plantea que la alta EE (los comentarios críticos en particular) estaría asociada con niveles más altos de síntomas negativos, por tener apariencia de ser más volicionales. Los trabajos revisados muestran resultados contradictorios: mientras unos apuntan a que no existe asociación entre la EE y la sintomatología y el comportamiento del paciente, otros sí la hallan. Son escasas las investigaciones que observan una relación cuando se considera la EE de forma global. Sin embargo, varios de los que no encuentran una asociación de este tipo, la hallan al analizar por separado los distintos componentes de la EE (10).

Así, el origen de EE puede ser una respuesta idiosincrática de los cuidadores o una característica que se desarrolla como resultado de una interacción del cuidador, del paciente y de las circunstancias y hechos de la enfermedad. **Kuipers y Bebbington** afirman

que hay evidencias para pensar que la EE representa un aspecto de interacciones familiares continuas: La "EE puede cambiar con el tiempo y probablemente refleje la interacción de estresores externos, de problemas reales con el paciente y de respuestas de afrontamiento inapropiadas (10).

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede señalar que la madre presenta una Baja Expresión Emocional, provocando mínimos grados de estrés en los pacientes identificados; de acuerdo a la puntuación obtenida, la comunicación es Buena, a diferencia de los pacientes que obtuvieron una comunicación Promedio. Lo anteriormente señalado corroboraría aquellas teorías que señalan que en las familias con pacientes esquizofrénicos, la madre no es un factor generador de estrés para el hijo que padece la enfermedad. De acuerdo a lo anteriormente señalado, la presente investigación se adhiere a las hipótesis planteadas por los autores Koenigsberg y Handley.

### CUADRO RESUMEN N°1 "Análisis Intergeneracional"

Patrones	Línea Materna		Línea Paterna		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
<b>1. Presencia de Enfermedades</b>					
- Esquizofrenia	3	2	2	1	8
- Diabetes	2			3	5
<b>2.Causa de Muerte</b>					
(1) Gastroenterocolitis	2				2
(2) Bronconeumonía	3	1			4
(3) Suicidio	2				2
(4) Infarto	2				2
(5) Trombosis			2	1	3
<b>3. Transmisión de Nombres</b>	29	18	33	16	96
<b>4. Repetición de Oficio</b>					
(6) Tonelero	2				2
(7) Comerciante	1	2			3
(8) Agricultor			2		2
(9) Cocinero	2				2
(10) Mecánico			2		2
(11) Electricista			2		2
(12) Minero	3				3
(13) Contratista	10		4		14
(14) FFAA	3		3		6
(15) Ingeniero			5		5

## CUADRO RESUMEN N°2

## “Puntuación de la Comunicación”

## Pacientes Identificados

Rango/Variable	Autoestima	Comunicación	Percepción	Actitud	Total
Buena	50%	70%	60%	50%	40%
Promedio	30%	30%	30%	50%	50%
Deficiente	20%		10%		10%

## Madre de los Pacientes Identificados

Rango/Variable	Autoestima	Comunicación	Percepción	Actitud	Total
Buena	60%	60%	80%	80%	60%
Promedio	40%	40%	10%	20%	40%
Deficiente			10%		

## CUADRO RESUMEN N°3

## “Emoción Expresada”

Variable	Intrusividad		Respuesta Emocional		Actitud Hacia		Tolerancia/ Expectativa	
	i	%	i	%	i	%	i	%
Muy Baja	1	10%	2	20%	6	60%	3	30%
Baja	7	70%	3	30%	4	40%	6	60%
Promedio	1	10%	4	40%	0	0%	0	0%
Alta	1	10%	1	10%	0	0%	1	10%

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- VIELMA MABEL, SALDIVIA SANDRA, VICENTE BENJAMÍN, RIOSECO PEDRO Y GRANDÓN PAMELA: "Patología psiquiátrica en familiares de pacientes esquizofrénicos", Revista de Psiquiatría, Año XIII, N°2, Abril – Junio 1996.
- 2.- CORDERO, MARTÍN: Esquizofrenia y Familia, Revista de Psiquiatría, Año XIV, N°1, Enero – Marzo de 1997.
- 3.- ANDERSON CAROL, REISS DOUGLAS, HOGARTY GERALD: "Esquizofrenia y Familia", Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1986.
- 4.- GRINSPOON, LESTER Y OTROS: "Esquizofrenia, farmacoterapia y psicoterapia", Editorial Traquel, Biblioteca El Tema del Hombre, Buenos Aires, 1972.
- 5.- SELVINI PALAZZOLI, M.-, BOSCOLO, L.; CECCHIN, G; PRATA, G; "Paradoja y Contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica", Paidós, Terapia Familiar, Buenos Aires, 1991.
- 6.- FLORENZANO, RAMÓN: "Técnicas de psicoterapia dinámica", Editorial Univesitaria, Chile, 1984.
- 7.- REVISTA COSTARRICENSE DE TRABAJO SOCIAL: Organo oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica, N°4, Diciembre de 1994.
- 8.- SIMÓN, F.B.: Stierling, H., Wyne, L.C.: Vocabulario de terapia familiar; Editorial Gedisa, Barcelona, España, 1993.
- 9.- QUIROZ, N.M.; Apuntes de asignatura de Familia y Servicio Social, Universidad de Concepción, 1997.
- 10.- COVARRUBIAS, PAZ; REYES, C.: "En búsqueda de la familia chilena; Ediciones Universidad Católica de Chile, 1996.