

Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales

Marcela I. Biagini Alarcón*

Summary

This article states, in first place, the antecedents of the present postures which refer to the influence of the family structure and dynamics in the appearance and latter course of schizophrenia.

Thus, concepts as double bind, deviated communication, pseudomutuality and forced morfostrasis are revised.

Stated, subsequently, are the current formulations on family therapy when there is a schizophrenic member, pointing out that, at present, family intervention is concrete and practical, education on schizophrenia is carried out in a deliberate manner and, apparently, the best results are achieved during the first year after the initial offspring.

Also, the conceptual development related to the expressed emotion, which seems to be one of the most promising theoretical lines of the present investigation, is analyzed, without leaving out the research on family communication that continues assessing the influence of this variable on the development and subsequent course of the illness.

It concludes pointing out that, until now, no single variable in the family environment has so far been identified as a necessary and sufficient factor in the etiology of schizophrenia and there is no evidence that family therapy alone is an effective treatment for it.

Resumen

En este artículo se plantean, en primer lugar, los antecedentes de las actuales posturas referidas a la influencia de la estructura y dinámica familiar en la aparición y posterior curso de la esquizofrenia.

Se revisan, así, conceptos como doble vínculo, comunicación desviada, pseudo-mutualidad y morfostrasis forzada.

Posteriormente se plantean las actuales formulaciones sobre terapia familiar cuando existe un miembro esquizofrénico, señalándose que actualmente la intervención familiar es concreta y práctica, la educación sobre la esquizofrenia se hace de una manera deliberada y, aparentemente, los mejores resultados se obtienen en el curso del primer año después del brote inicial.

Se analiza, también, el desarrollo conceptual relativo a las emociones expresadas, que parece ser una de las líneas teóricas más promisorias de la investigación actual, sin dejar de considerar aquellas investigaciones sobre comunicación familiar que han continuado evaluando la influencia de esta variable en el desarrollo y posterior curso de la enfermedad.

Se concluye señalando que hasta ahora ninguna variable singular del medio familiar ha sido identificada como factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia y que no existe evidencia de que la terapia familiar por sí sola sea un tratamiento efectivo para ésta.

Antecedentes

Podría afirmarse que a partir de las formulaciones de la corriente de la antipsiquiatría comienza a divulgarse la idea de que la familia puede llegar a cumplir un papel patógeno sobre el individuo. El medio ambiente humano es un medio ambiente social, regulado por normas, y el lugar donde se forma a los sujetos como sujetos de una cultura determinada es la familia; es en el seno de ésta donde el cachorro de hombre es introducido en lo que será su herencia más acendrada y se hará de él el sujeto de una sociedad, de una cultura.

Las décadas de los 50 y 60 fueron tiempos de gran actividad. A partir del artículo de Fromm-Reichmann (6) sobre el tratamiento psicoanalítico del paciente esquizofrénico, donde ella acuña el término "madre esquizofrenizante", agresiva, dominante, insegura y rechazante, teóricos y clínicos han intentado utilizar sus principios para comprender la etiología de la esquizofrenia y tratar a los pacientes y a sus familias.

Cooper (4) afirma que no existe ninguna otra abstracción creada por el hombre que tenga la capacidad destructora que tiene la familia, "ese sistema que, como es su obligación social, filtra obscuramente la mayor parte de nuestra experiencia y elimina de ella todo cuanto pueda tener de espontaneidad generosa y sincera".

En un intento de síntesis podemos señalar que son fundamentalmente tres las causas que durante la época de los primeros desarrollos teóricos del tema se mencionan como etiológicas de la esquizofrenia generada en el medio familiar:

1. La esquizofrenia es considerada como producto de una alteración de la comunicación en el medio familiar.
2. La esquizofrenia es considerada como resultante de una alteración en la formación del pensamiento.

* Instituto Mexicano de Psiquiatría, División Servicios Clínicos Departamento de Psicoterapia. Calz. México-Xochimilco, 101. Col. San Lorenzo Huipulco, 14370. México, D.F.

3. La esquizofrenia es considerada como producto del tipo de relaciones que se establecen al interior de ciertas familias.

1. Comunicación familiar y esquizofrenia

El pionero en el desarrollo de esta vertiente teórica es Bateson. (1) La hipótesis principal de este autor es que una persona atrapada en una situación comunicacional de doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. La raíz de la patología no debe buscarse en alguna experiencia traumática específica de la vida infantil, sino más bien en patrones secuenciales característicos de la comunicación madre-hijo que se establecen desde la más temprana edad del niño. Tal situación comunicativa es esencial para la seguridad de la madre y, por lo tanto, para la homeostasis familiar.

El patrón comunicacional de doble vínculo presenta las siguientes características en la situación familiar: –la existencia del niño despierta ansiedad y hostilidad en la madre; la madre no puede aceptar estos sentimientos y su manera de negarlos consiste en tener una conducta amorosa manifiesta para lograr que el niño le responda como a una madre afectuosa, apartándose de él si no lo hace; ausencia de alguien en la familia, como un padre fuerte e intuitivo, capaz de intervenir en la relación entre la madre y el niño y apoyar a éste frente a las contradicciones existentes.

En una situación con estas características, el autor plantea que la madre de un esquizofrénico expresa *simultáneamente dos órdenes de mensajes*: –conducta hostil o retraída que surge cada vez que el hijo se acerca a ella; conducta amorosa simulada que surge cuando el niño responde a la conducta de la madre para negar que se está retrayendo.

El niño se encuentra en una posición en la que debe evitar interpretar adecuadamente la comunicación de la madre si quiere mantener su relación con ella; en otras palabras, no debe discriminar acertadamente entre órdenes distintos de mensajes, en este caso, la diferencia entre la expresión de sentimientos simulados (un tipo lógico) y los sentimientos reales (otro tipo lógico). Como resultado, el niño debe distorsionar de manera sistemática su percepción de las señales metacomunicativas. En otros términos, la madre controla las definiciones que el niño da a sus propios mensajes internos así como la definición de sus respuestas frente a la madre. Crece así sin haber adquirido la capacidad de comunicarse y, en consecuencia, para determinar qué quiere decir realmente la gente y expresar qué quiere decir él en realidad, lo cual es esencial para tener relaciones normales.

Otro autor que ha analizado la relación entre comunicación familiar y esquizofrenia es Laing(11), a quien citaremos brevemente:

"El patrón familiar característico que ha surgido del estudio de familias de esquizofrénicos no incluye tanto a un hijo sometido a un descuido total o siquiera a un trauma evidente, sino a un hijo cuya autenticidad se ha visto sometida, a menudo involuntariamente, a una mutilación sutil, pero persistente. El resultado final se alcanza cuando, independientemente de co-

mo actúe o se sienta una persona, independientemente de qué significado le de a su situación, sus sentimientos no son tomados en cuenta, sus actos son desconectados de sus motivos, intenciones y consecuencias; la situación es despojada del significado que tiene para ella, de modo que queda totalmente confundida y alienada".

Para finalizar la revisión con respecto a este punto, no es posible dejar de mencionar los planteamientos teóricos y empíricos de Wynne y Singer(24), quienes han desarrollado un programa de investigación procurando demostrar que la comunicación desviada es un rasgo distintivo de las familias con un miembro esquizofrénico.

Su concepto de comunicación desviada incluye problemas para crear y mantener un foco compartido de atención; ambos prerrequisitos de una comunicación exitosa.

Estos autores han identificado dos formas comunes en los estilos de comunicación desviada en los que interviene un pobre foco de atención. Uno es un estilo amorfo en el que las comunicaciones son vagas, indefinidas y huidizas. El otro se describe como fragmentado, la comunicación es fácilmente interrumpida, mal integrada y con faltas de cierre.

Wynne y Singer argumentan que estas características de la comunicación familiar preceden al brote esquizofrénico de un miembro de la familia y contribuyen a su desarrollo.

2. Formación del pensamiento y familia

Lidz y cols.(14) han desarrollado fundamentalmente esta línea de trabajo. Los autores parten de la hipótesis de que el paciente esquizofrénico escapa de un mundo intolerable en el que se siente impotente para enfrentarse a conflictos insolubles, mediante el recurso de distorsionar imaginativamente su simbolización de la realidad. Así, el paciente puede recuperar el dominio que poseyó en la infancia, antes de que su realidad estuviera firmemente estructurada, cuando aún se sometía a la fuerza de sus deseos. Puede resultar un recurso fascinante porque es autosuficiente, pero amargo en cuanto que es aislador.

Lidz se propone comprender por qué algunas personas pueden escapar retrayéndose hacia formas no compartidas de experimentar el mundo circundante con más facilidad que otras. Para ello propone la hipótesis de que el paciente esquizofrénico es más propenso que otros a distorsionar su simbolización de la realidad porque su apoyo en la prueba de realidad es precario ya que fue criado en medio de la irracionalidad y ha estado en contacto crónico con comunicaciones intrafamiliares que distorsionan y niegan lo que debería ser la interpretación obvia del medio, incluyendo el reconocimiento y la comprensión de los impulsos de los miembros de la familia.

3. Dinámica familiar y esquizofrenia

Son numerosos los autores que se han dedicado a investigar y teorizar respecto al tipo de relaciones que

se establecen en ciertas familias y que llevan a uno o a varios de sus miembros a la patología mental.

Por su representatividad, los estudios de Wynne y cols.(23) dan una clara idea del curso de las conceptualizaciones al respecto.

De acuerdo con estos autores, en las familias en las que uno de sus miembros desarrolla más tarde episodios esquizofrénicos agudos, las relaciones que se reconocen abiertamente como aceptables exhiben una cualidad de pseudomutualidad intensa y perdurable.

La pseudomutualidad se define como una cualidad de relación en la que cada persona aporta a ésta una carga primaria en lo que se refiere a mantener un sentido de relación. Hay un esfuerzo por mantener la idea o el sentimiento, por ilusorio que pueda ser, de que la propia conducta y expectativas se entretejen con la conducta y expectativas de las otras personas que participan en la relación. Hay un esfuerzo de adecuación realizado a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que participan en la relación. La tensión subjetiva despertada por una divergencia o independencia de expectativas, incluyendo la afirmación abierta de un sentimiento de identidad personal, se experimenta no sólo como algo que desquicia esa transacción particular sino como algo que destruye toda la relación.

Así, en estas familias encontramos una persistente invariabilidad en la estructura de roles, a pesar de alteraciones físicas y situacionales en las circunstancias de vida de sus miembros, y a pensar de cambios en la vida familiar; hay insistencia en lo conveniente y adecuado de esa estructura de roles, con signos de intensa preocupación con respecto a cualquier divergencia o independencia de esa estructura de roles.

En algunos esquizofrénicos, la estructura de roles internalizada y la subcultura familiar asociada constituirían una suerte de super-Yo primitivo, que tiende a determinar la conducta directamente, sin la participación de un yo que perciba y discrimine activamente.

El pánico esquizofrénico agudo y la desorganización podrían representar una crisis de identidad frente a los abrumadores sentimientos de culpa y ansiedad que sobrevienen cuando el individuo pretende salir de un tipo particular de estructura de roles familiares. En la transición del episodio agudo al estado crónico se restablecería la pseudomutualidad, por lo común a mayor distancia psicológica con respecto a los miembros de la familia, con aumento de la culpa y la ansiedad derivada de futuros pasos hacia la diferenciación y con incremento del autismo, soledad y vacuidad de la experiencia.

En esta misma línea de pensamiento, Whertheim (22), en un desarrollo teórico posterior, distingue entre "morfostasis forzada" y "morfostasis consensual". La primera se refiere a la aparente estabilidad en el sistema familiar mantenida a pesar de la falta de una genuina validación consensual de sus miembros. Ello contribuye, según el autor, a la alienación intrafamiliar e individual y a un funcionamiento perturbado del sistema. La morfostasis encontrada en familias con miembros esquizofrénicos es un ejemplo de "morfostasis forzada". La "morfostasis consensual", en cam-

bio, se refiere a la genuina estabilidad del sistema familiar, consensualmente validada por sus miembros.

Desarrollo actual

En 1975, Hirsch y Leff(8) revisaron más de 200 investigaciones realizadas en torno al desarrollo teórico anteriormente expuesto. Concluyeron que ninguna de las anomalías en los familiares que se habían postulado como causa de esquizofrenia eran específicas de los padres de estos pacientes, sino que también fueron encontradas en los padres de pacientes con otras condiciones psiquiátricas. En su artículo, estos autores señalan que, además, todas las anomalías detectadas podrían ser la expresión de una vulnerabilidad heredada a la enfermedad, sin significación etiológica directa.

De este modo, a mediados de los años setenta comenzó a emerger un nuevo enfoque terapéutico hacia las familias de los pacientes esquizofrénicos.

Los actuales tratamientos familiares se construyen alrededor de un concepto de esquizofrenia como enfermedad cerebral. Leff(12) afirma que la esquizofrenia debe considerarse como una anomalía estructural o funcional del cerebro que hace al paciente particularmente vulnerable al estrés emocional. La familia, que representa las más intensas relaciones emocionales en el medio social del paciente, tiene la capacidad de aumentar este estrés o aliviarlo.

En el nuevo enfoque, el paciente con esquizofrenia es considerado como una persona enferma, y para asistirlo, la familia organiza sus recursos con mayor o menor éxito. Es tarea del terapeuta maximizar el éxito de la familia en contender con la enfermedad y ayudarle a enfrentarse mejor a ésta, sin perder de vista que el paciente es el enfermo esquizofrénico.

Muchos de los problemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud al tratar con los padres de los pacientes, han sido causados por modelos simplistas sobre las causas y el tratamiento de la esquizofrenia. Presumir que ésta es causada por factores psicológicos originados en defectos de la familia ha conducido a que los miembros de ésta se sientan agredidos e incluso insultados.

Tal como lo señala Strachan(16), actualmente la intervención familiar es concreta y práctica en vez de analítica e interpretativa; la educación sobre la esquizofrenia se hace de una manera deliberada; los miembros de la familia son tratados con respeto y se les ayuda a desarrollar estrategias para enfrentarse a la enfermedad. El enfoque de la terapia se ha desplazado desde la "cura" de síntomas psicóticos del paciente, hasta ver qué impacto puede tener la terapia familiar en su funcionamiento social y resistencia al estrés una vez que los neurolepticos han reducido los síntomas psicóticos agudos.

Lam(10) identifica 7 componentes comunes de los enfoques familiares afectivos: aproximación positiva y genuina relación de trabajo entre el terapeuta y la familia; ofrecimiento de terapia familiar en un formato estable y estructurado, si es necesario, con contactos adicionales con los terapeutas; tratar de reducir el estrés y mejorar las estrategias de afrontamiento en

"el aquí y ahora", más que lamentarse del pasado; favorecer el respeto de los límites interpersonales en la familia; informar acerca de la naturaleza biológica de la esquizofrenia y reducir el sentimiento de culpa de los familiares; el uso de técnicas conductuales, tales como metas fraccionadas en etapas manejables y el mejoramiento de la comunicación entre los miembros de la familia.

Una de las líneas teóricas más sólidas de la investigación actual se enfoca a estudiar la influencia de los factores familiares en el curso de la enfermedad una vez que ésta se ha manifestado. Así, se ha examinado el impacto del medio familiar estresante, encontrándose que los pacientes que regresan a vivir con familiares que muestran altos niveles de emociones expresadas (EE) presentan significativamente más recaídas entre los 9 meses y los 2 años de seguimiento, que aquellos pacientes que regresan a un medio bajo en emociones expresadas (3,13,19).

Según Kuipers y Bebbington(9) esta medida es un compuesto basado en hostilidad, sobreinvolucramiento emocional y numerosos comentarios críticos. Se deriva empíricamente de la grabación de una entrevista familiar semiestructurada (*Camberwell Family Interview*) y depende no sólo de sus contenidos, sino también de la evaluación de los atributos vocales: velocidad, tono y énfasis de la voz de los participantes.

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

Las críticas se definen como disgusto o desacuerdo con la conducta o características de la persona; implican intolerancia y desaprobación.

La hostilidad es una expresión más franca de estos sentimientos. Como la hostilidad raramente se presenta sin críticas, tiene relativamente poco valor como predictor independiente. Ambas medidas pueden encontrarse en un amplio espectro en los familiares y reflejan la dificultad para tolerar, y a veces, entender las situaciones.

El sobreinvolucramiento emocional comprende aspectos de sobreprotección, autosacrificio y perturbación emocional. Se percibe al paciente como menos competente y más vulnerable que antes de la enfermedad, produciéndose un retroceso en los procesos de individuación y separación propios del adulto. El sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y altos niveles de ansiedad en los padres.

Kuipers y Bebbington, citando a Greenley, señalan que al analizar de nuevo la información sobre las emociones expresadas, se apoya la idea de que éstas reflejan la necesidad de controlar la situación. Las críticas y el sobreinvolucramiento son las estrategias que reflejan esta necesidad.

Hahlweg y cols.(7) señalan que la manera en que los familiares con bajas emociones expresadas contribuyen activamente a la prevención de recaídas, parece ser por medio de adecuadas estrategias para la solución de problemas dentro de una atmósfera familiar positiva y neutral. Estos autores indican que el

análisis secuencial analítico de las discusiones familiares muestra que las familias con altas emociones expresadas establecen patrones comunicacionales de escalada negativa por largos periodos de tiempo, comparadas con las familias de bajas emociones expresadas, las cuales pueden escapar de este círculo vicioso.

Sturgeon y cols.(17) indican que lo significativo de las críticas y el patrón comunicacional de escalada negativa en las familias de altas emociones expresadas, se adecúa bien con el modelo estrés-vulnerabilidad: hay alguna evidencia empírica respecto a la interacción entre la atmósfera familiar y los niveles de *arousal* autonómico de los pacientes en el sentido de que índices elevados de emociones expresadas en la familia conducen a un estado crónico de hiperactividad en el paciente.

En realidad no se sabe si todas las familias con bajas emociones expresadas son un medio óptimo para los pacientes; es posible que algunas familias obtengan baja puntuación en esta dimensión debido a su falta de interés en el paciente. Vivir con estas familias puede no producir recaídas, pero puede hacer que aumentan los síntomas negativos debido a falta de estimulación.

Al respecto, una investigación efectuada por Mintz y cols.(15) confirmó que los padres de altas emociones expresadas perciben el inicio del primer brote mucho antes de que se hospitalice al paciente o se le de tratamiento farmacológico, en comparación con la percepción de los padres bajos en emociones expresadas. Estos últimos subestiman la duración de la enfermedad de manera congruente con su estilo benigno general de ver el trastorno del hijo.

La investigación actual sobre las emociones expresadas más bien sugiere que algunos medios emocionales proporcionan más protección a los pacientes que otros. Además, queda implícito que los familiares pueden controlar sus actitudes y su conducta, y pueden cambiar la manera de expresarse, proporcionando un medio emocional que conduzca a proteger al paciente. Otro importante hecho que ha surgido de la investigación es que una considerable proporción de familias con un miembro esquizofrénico funciona de una manera sana en lo que respecta a sus relaciones emocionales.

Bellack y Mueser(2), en un artículo de reciente aparición, plantean adecuadamente la situación actual del constructo teórico acerca de las emociones expresadas. Ellos afirman que su validez ha sido convenientemente apoyada por observaciones conductuales directas que sugieren que los padres con altas emociones expresadas son más críticos e intrusivos con el hijo enfermo que los padres con bajas emociones expresadas. A pesar de la evidencia que apoya el constructo de las emociones expresadas, la utilidad pronóstica y el significado de los hallazgos al respecto ha sido arduamente debatido en la última década. Uno de los problemas es que los resultados de los estudios no son tan monolíticos como algunos investigadores sugieren; por ejemplo, algunos estudios no han podido prevenir las recaídas; la utilidad predictiva de las emociones expresadas en mujeres no ha sido

nunca convincentemente demostrada y se ha puesto una atención inadecuada en los factores culturales; finalmente, se ha pensado que sólo algunas dimensiones de las emociones expresadas predicen recaídas: las críticas y la hostilidad.

Tal vez la mayor limitación de la investigación ha sido su focalización y la sobresimplificación de un modelo unidireccional acerca de la influencia de los afectos negativos de la familia sobre los síntomas positivos del paciente y su fracaso para considerar el contexto social en el cual ocurren las interacciones familiares negativamente cargadas. El otro lado más oscuro del constructo es la responsabilidad asignada a los familiares que cuidan al enfermo.

A medida que va progresando la investigación sobre los factores familiares en la esquizofrenia, se ha producido una tendencia a conceptualizar las emociones expresadas y la responsabilidad familiar como un proceso interactivo en vez de unidireccional. En este modelo se considera que las conductas disruptivas y sintomáticas de los pacientes aumenta la probabilidad de que los miembros de la familia respondan con estrés y que se comuniquen con elevadas emociones expresadas, lo que a su vez exacerba los síntomas del paciente conduciendo a un círculo vicioso. Esta interacción puede verse afectada posteriormente por la actitud de los padres acerca de las causas de la conducta del paciente, esto es, que los resultados de la enfermedad estén bajo el control del paciente. Contrariamente, un medio familiar sin carga emocional y, socialmente reforzador, puede promover una gradual mejoría del funcionamiento del paciente mientras actúa como bloqueo contra los efectos nocivos del estrés. Así, las intervenciones familiares efectivas en la esquizofrenia se enfocan no sólo a mejorar los logros de los pacientes, sino también a reforzar las habilidades de afrontamiento de los familiares.

En un estudio de seguimiento de familias, 8 años después del primer brote de esquizofrenia en un familiar, Virtanen y Keinänen(19) informaron que todos los miembros de las familias entrevistadas estuvieron de acuerdo en que la psicosis de uno de sus miembros, 8 años atrás, causó una crisis en todos ellos y fue necesario redefinir todas las relaciones familiares.

Aparentemente, poco tiempo después del brote inicial; se establecen nuevos roles y patrones de relación. No es posible precisar el momento en que se efectúan estos cambios, sin embargo, la opinión de los autores es que la redefinición de las relaciones familiares tiene lugar durante el primer año después del surgimiento de la enfermedad. La familia siente necesidad de un cambio al principio de la crisis, sin que necesariamente tenga idea acerca del contenido, contexto o dirección deseados para efectuar el cambio. Posteriormente, las circunstancias y las relaciones en la familia, parecen permanecer inmutables por varios años. Esta situación fue observada tanto en las familias satisfechas con su situación de vida como en aquellas que no lo estaban.

Se puede presumir, entonces, que el primer contacto psicoterapéutico presenta una oportunidad única de ayudar a las familias a encontrar la mejor solución posible a la crisis.

A pesar de las conclusiones de Hirsch y Leff, señaladas anteriormente, Liem(14) hizo una revisión de los esfuerzos recientes de algunos investigadores para evaluar los factores familiares que intervienen en el desarrollo de la esquizofrenia, concluyendo que alteraciones en los procesos de comunicación entre los miembros de la familia han podido ser convenientemente identificadas como un aspecto especialmente significativo de la interacción familiar que diferencia a las familias con o sin un paciente esquizofrénico.

Esta autora concluye señalando que debe continuarse poniendo atención en los estilos y trastornos de la comunicación por ser variables predictivas. Señala que los hallazgos actuales confirman las primeras conclusiones, particularmente aquéllas de Wynne y Singer respecto a que déficits en los procesos de comunicación en la familia están especialmente correlacionados con la esquizofrenia y son de alto riesgo para el desarrollo de esta enfermedad; estos hallazgos serían particularmente valederos para los hijos varones.

En esta línea teórica es interesante mencionar las conclusiones referidas por Doane y cols.(5) en un intento experimental por evaluar el papel que desempeñan los factores familiares en el desarrollo de los trastornos esquizofrénicos.

Este autor afirma que la combinación de comunicación parental desviada y un particular estilo afectivo resultan estadísticamente predictivos de *status* psiquiátrico. Así, los adolescentes cuyos padres tenían un estilo afectivo patológico de comunicación y altos niveles de comunicación desviada desarrollaron esquizofrenia en el periodo de adultos jóvenes. El no haber un estilo afectivo patológico y de comunicación desviada se asoció con un desarrollo benigno y ninguna de estas variables parentales por sí solas tuvo valor predictivo.

La comunicación desviada se conceptualizó en términos de falta de compromiso con las ideas expresadas, comunicación confusa de ideas o preceptos, anormalidades del lenguaje, discurso disruptivo, y problemas de cierre.

El estilo afectivo patológico se definió en términos de críticas negativas, falta de apoyo, inducción de culpa e intrusión crítica.

Sin embargo, el autor señala que las conclusiones de este estudio deben ser tomadas con precaución ya que es posible que los padres desarrollen estilos patológicos de interacción como resultado de vivir con un hijo perturbado. Es posible que en respuesta a ello los padres desarrollen ciertas formas de interactuar con él, que a su vez sirvan para exacerbar la patología familiar. En el modelo propuesto por el autor, los patrones parentales negativos de riesgo, como comunicación desviada y estilo emocional patológico, podrían interactuar con las características de vulnerabilidad inicial del niño en un ciclo mutuamente disruptivo, de modo que se produce la desintegración del sistema, y el miembro más vulnerable de éste tiene un quiebre. Este modelo podría ser congruente con las observaciones de Vaughn y Leff respecto a que el estilo afectivo negativo (altos niveles de emociones expresadas) puede ser conceptualizado como

un potenciador no específico donde quiera que otros determinantes pongan en movimiento los procesos psicopatológicos.

Conclusiones

Para concluir, podemos citar a Waring y cols.(20), quienes afirman que ninguna variable singular del medio familiar ha sido hasta ahora identificada como un factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia, y que no existe evidencia de que la terapia familiar por sí sola sea un tratamiento efectivo para ésta.

Por otra parte, se ha establecido una fuerte asociación entre varias variables descriptivas de características familiares y un brote de esquizofrenia en un miembro de la familia.

Los terapeutas familiares deben aceptar que "doble vínculo", "madres esquizofrenizantes", y "pseudomutualidad" no causan esquizofrenia. Deben desarrollarse modelos complejos que integren aspectos de estructura y funcionamiento familiar con aspectos de

vulnerabilidad a causa de déficits biológicos y/o psicológicos; así mismo, deben incluirse las variables psicosociales que integren tanto acontecimientos vitales conflictivos como factores de apoyo social.

Los estudios que actualmente se han llevado a cabo proporcionan credibilidad a las continuas observaciones clínicas respecto a la conexión entre dinámica familiar y esquizofrenia; sin embargo, posiblemente la principal razón para hacer estos estudios sea estimular la reevaluación de las actitudes de los terapeutas familiares hacia la familia de los esquizofrénicos. Se ha llegado a una aproximación más humana que visualiza a la familia sufriendo a consecuencia del desarrollo de la enfermedad de uno de sus miembros.

Una nueva dirección a desarrollar es la posibilidad de que la familia desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y/o un papel positivo en su rehabilitación.

La educación del paciente y de su familia, así como grupos de apoyo para ésta se describen ahora como componentes esenciales de los programas para el tratamiento integral del paciente.

REFERENCIAS

1. BATESON G, JACKSON DD, WEAKLAND JH: Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Sluzki (Ed). *Interacción Familiar*. Editorial Tiempo Contemporáneo, págs. 19-56, Argentina, 1971.
2. BELLACK AS, MUESER KT: Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schiz Bull*, 19(2):317-336, 1993.
3. BROWN GH, BIRLEY JHT, WING JK: Influence of family life on the course of schizophrenics disorders: a replication. *Br J Psychiatry*, 121:241-258, 1972.
4. COOPER D: *La Muerte de la Familia*. Editorial Ariel, España, 1981.
5. DOANE JA, WEST KL, GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, JONES JE: Parental communication deviance and affective style. *Arch Gen Psychiatry*, 36:679-685, 1981.
6. FROMM-REICHMANN F: Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 38:679-685, 1981.
7. HAHLWEG K, FEINSTEIN E, MÜLER U, DOSE M: Family management programmes for schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 155(Suppl 15):112-116, 1989.
8. HISCH SR, LEFF JP: Parental abnormalities of verbal communication in the transmission of schizophrenia. *Psychol Med*, 1:118-127, 1975.
9. KUIPERS L, BEBBINGTON P: Expressed emotion research in schizophrenia; theoretical and clinical implications. *Psychol Medicine*, 18:893-909, 1988.
10. LAM DH: Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Medicine*, 21:423-441, 1991.
11. LAING R: *Cordura, Locura y Familia: Familias de Esquizofrénicos*. Fondo de Cultura Económica, México, 1967.
12. LEFF JP: Family factors in schizophrenia. *Psychiatr Annals*, 19:542-547, 1989.
13. LEFF JP, VAUGHN CE: The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two year follow up. *Br J Psychiatry*, 139:102-104, 1981.
14. LIDZ T, CORNELISON A, CARLSON D, FLECK S: El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la trans-
- misión de la irracionalidad. En: Sluzki CE (Ed). *Interacción Familiar*. Editorial Tiempo Contemporáneo. Argentina, 81-110, 1971.
15. LIEM JH: Family studies of schizophrenia: an update and commentary. *Schiz Bull*, 6(3):429-455, 1980.
16. MINTZ LI, NUECHTERLEIN KH, GOLDSTEIN MJ, MINTZ J, SNYDER K: The initial onset of schizophrenia and family expressed emotion. *Br J Psychiatry*, 154:212-217, 1989.
17. STRACHAN AM: Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia; toward protection and coping. *Schiz Bull*, 12(4):678-698, 1986.
18. STURGEON D, TURPIN G, KNIPIERS L: Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives: a follow up study. *Br J Psychiatry*, 145:62-69, 1984.
19. VAUGHN CE, LEFF JP: The influence of family and social factors, on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenics and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry*, 129:125-137, 1976.
20. VIRTANEN H, KEINANEN M: Observations about family interaction and the effect of therapy: interviews with families eight years after the onset of schizophrenia. *Fam Proc*, 28:273-385, 1989.
21. WARING E, CARVER C, MORAN P, LEFCOE D H: Family therapy and schizophrenia: recent developments. *Can J Psychiatry*, 31:154-160, 1986.
22. WERTHEIM E: Family unit therapy and the science and typology of family systems. *Fam Proc*, 12:361-376, 1973.
23. WYNNE LC, RYCKOFF IM, DAY J, HIRSCH SI: Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos. En: Sluzki C E (Ed). *Interacción Familiar*. Editorial Tiempo Contemporáneo. págs. 11-153, Argentina, 1971.
24. WYNNE LC, SINGER MT: Thought disorders and family relations of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*, 9:33-40, 1963.