



Universidad de la República

Facultad de psicología

**Trabajo Final de Grado**

Monografía

# **Estrés psicosocial: incidencia en el inicio y curso de la esquizofrenia**

**Autor:** Patricia Boussard

**C.I.:** 5.115.715-3

**Docente Tutor:** Asist. Mag. Laura de los Santos

**Docente Revisor:**

Montevideo, Uruguay

Febrero 2020

## Resumen

El objetivo de este trabajo es abordar el estrés psicosocial en relación con el inicio y curso de la esquizofrenia, tomando como punto de partida los planteos del modelo de vulnerabilidad-estrés. Este modelo plantea que la esquizofrenia es un trastorno que se origina por la interacción entre las variables vulnerabilidad -estrés, dándose la conjunción de ambas para que se desarrolle. Cada uno de nosotros tiene un grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que, en circunstancias adecuadas, se expresará en un episodio esquizofrénico, siendo permanente la vulnerabilidad del individuo y no el trastorno en sí.

Diversos estudios indican que existen factores estresantes que inciden en el inicio y desarrollo del trastorno, por ejemplo, ciertos acontecimientos vitales estresantes que interfieren con la adaptación del individuo o determinados ambientes familiares que presenten alto nivel de tensión familiar que se cronifica. Ambos pueden ser precipitantes del trastorno o provocar el mantenimiento sintomático, que causará recaídas en estos enfermos e interfiriendo con su rehabilitación. Comprender el funcionamiento de estos elementos es importante de cara a la prevención e intervención psicosocial que tenga en cuenta el contexto del paciente, para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** estrés psicosocial; esquizofrenia; vulnerabilidad; estresores.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>II. Desarrollo</b>	<b>5</b>
1. Esquizofrenia	5
1.1 Epistemología e historia del término.....	5
1.2 Definición.....	6
1.3 Epidemiología. Sexo y edad .....	6
1.4 Etiología y Predisposición .....	7
1.5 Cuadro clínico y evolución .....	7
1.6 Criterios diagnósticos.....	10
1.7 Subtipos.....	10
1.8 Tratamiento .....	11
2. Estrés	12
2.1 Concepto e historia del término estrés .....	12
2.2 El estrés y su relación sobre la psicopatología .....	16
3. Estrés psicosocial y su relación con la esquizofrenia	18
3.1 Modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring .....	19
3.2 Factores protectores y de riesgo en la aparición de esquizofrenia .....	23
3.3 Acontecimientos Vitales Estresantes (AVEs).....	27
3.4 La Emoción Expresada Familiar .....	29
3.5 Aspectos cognitivos de la evaluación del estrés .....	32
<b>III. Reflexiones Finales</b>	<b>33</b>
<b>IV. Referencias Bibliográficas</b>	<b>36</b>

## I. Introducción

El presente Trabajo Final de Grado monográfico tiene como objetivo abordar el componente psicosocial del estrés en relación con el inicio y desarrollo de la esquizofrenia. Se entiende que ciertos acontecimientos o situaciones vitales así como el entorno familiar y social del individuo pueden ser precipitantes del inicio de la enfermedad así como también estar asociados al mantenimiento sintomático en su curso, lo que provocará episodios de descompensación y recaídas.

Estudios indican que determinados ambientes familiares con alto nivel de tensión familiar tienen marcada relación con las tasas de recaídas en estos enfermos, al igual que los acontecimientos vitales estresantes, que ocurren en la vida de todas las personas, aumentando la carga de estrés. Estos son factores de riesgo para personas vulnerables a presentar el trastorno, dado que son más sensibles a verse afectadas por estos eventos estresógenos.

El interés de este trabajo viene dado por la importancia de comprender el funcionamiento y el grado en que inciden los mismos en la adaptación del paciente y en su rehabilitación, ya que al tratarse de factores de riesgo facilitarían la prevención e intervención psicosocial. En este sentido, actualmente una de las principales líneas de investigación en el ámbito de la esquizofrenia es el estudio de la prevención, detección e intervención precoz en personas con vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicóticos.

Dado que la esquizofrenia es una enfermedad mental con alta prevalencia que afecta al casi 1% de la población y es una de las más graves e incapacitantes, siendo su tratamiento un alto costo para los servicios de salud (OMS), resulta relevante un abordaje psicosocial del trastorno que tenga en cuenta la interacción de los factores ambientales como el entorno social y familiar del enfermo en el desarrollo del trastorno.

De esta manera, el estudio de estos factores es importante de cara a la prevención y posterior intervención, con el objetivo de obtener un mayor conocimiento acerca de la esquizofrenia y los mecanismos etiológicos, o factores predisponentes de la misma, que contribuyan a disminuir la incidencia y mejora de la calidad de vida de los afectados. Este enfoque permitiría desarrollar más y mejores estrategias de intervención psicosociales que tengan en cuenta el contexto del paciente.

El trabajo está organizado en tres apartados principales. Primeramente se dará una visión general del trastorno, tomando como referencia autores clásicos y contemporáneos (Ey, Gabbard, Kaplan), además del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). La esquizofrenia es un trastorno mental, que afecta profundamente la personalidad de quien la padece, implicando diferentes discapacidades en la vida diaria (laboral, social, etc.) y que tiende a evolucionar hacia la cronicidad,

En el segundo lugar, se desarrollará el concepto de estrés, fenómeno que inicialmente tuvo un enfoque biológico-médico a partir de los trabajos de Hans Selye, para luego adquirir un enfoque psicosocial. Se entenderá desde la perspectiva centrada en el proceso de interacción entre el sujeto y el medio planteada por Lazarus, teniendo en cuenta las características del sujeto, por un lado, y la naturaleza del medio por otro. De esta forma se asume que hay una interacción entre ambos elementos, lo que explicaría por qué algunas personas se ven afectadas por algunos eventos y otras no desarrollarían ningún trastorno. La evaluación cognitiva que realiza el individuo así como los recursos personales que posea para hacer frente a determinada situación se convierten en elementos determinantes que influirán en si se origina o no un trastorno.

Por último, se describirá la relación existente entre estrés psicosocial y esquizofrenia y la interacción entre estas variables, planteándose el modelo de vulnerabilidad estrés (Zubin y Spring, 1977). Desde este modelo se plantea que cada uno de nosotros tiene un grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que, en circunstancias adecuadas, se expresará en un episodio esquizofrénico. Lo que este modelo propone es que lo que es permanente es la vulnerabilidad del individuo y no el trastorno en sí, por lo tanto se hace un cuestionamiento al potencial evolutivo de la esquizofrenia, ya que la mayoría de los autores hacen hincapié en su cronicidad.

Finalmente, se presentarán algunas conclusiones en lo referente a la temática abordada en el trabajo, uniendo a esto las reflexiones personales de la autora.

## II. Desarrollo

### 1. Esquizofrenia

#### 1.1 Epistemología e historia del término

El término “esquizofrenia” tiene origen griego: σχίζειν: “hendir, escindir” y φρήν: “espíritu” (Laplanche y Pontalis, 1996). La esquizofrenia como enfermedad, no fue estudiada hasta el siglo XIX, si bien sus síntomas variados fueron descritos desde la antigüedad (Kaplan et al., 2015).

En cuanto a la historia del término, la primera aproximación al concepto actual fue el término *démence précoce*, usado por el psiquiatra francés Benedict Morel para describir a los pacientes que presentan deterioro cognitivo cuyo comienzo fue durante la adolescencia. Emil Kraepelin tradujo el término como *demencia precoz*, con el que designó al grupo de pacientes que presentan una evolución de deterioro a largo plazo con síntomas de alucinaciones y delirios (Kaplan et al., 2015).

Fue Eugene Bleuler quien en 1911 propuso el término *esquizofrenia* para designar al grupo de dementes precoces, aunque la noción de *demencia precoz* queda implicada en el concepto propuesto por él, a diferencia de Kraepelin, entendió que la esquizofrenia no tiene por qué presentar una evolución de deterioro. Entre los síntomas principales que identificó Bleuler se encontraban trastornos asociativos del pensamiento, trastornos afectivos, autismo y ambivalencia, identificando como síntomas secundarios las alucinaciones y delirios (Kaplan et al., 2015). La etimología del término pone de manifiesto lo que para Bleuler constituye el síntoma central: la *Spaltung* o disociación (Laplanche y Pontalis, 1996).

Así se impuso la síntesis de Bleuler, pero debido a la vaguedad de su definición se dio una extensión casi ilimitada del grupo, llegándose a hablar, poco a poco, no ya de enfermedad ni de síndrome sino de reacción del tipo esquizofrénico (Ey, 1978).

Actualmente en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-T.R. (2002) el trastorno se halla comprendido dentro del grupo de las psicosis.

## **1.2 Definición**

Henri Ey (1978) define la esquizofrenia como:

(...) psicosis crónica que altera profundamente la personalidad, caracterizada por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (p.473).

Dicho proceso es más o menos lento, progresivo y profundo: se caracteriza por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante (Ey, 1978).

## **1.3 Epidemiología. Sexo y edad**

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas, siendo el grado de morbilidad entre la población general, para la mayoría de los autores, un poco inferior al 1%, similar entre diferentes países y culturas (Palomo et al., 2009). El desarrollo del trastorno es asociado al medio urbano, siendo más habitual en áreas urbanas que rurales.

Tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, hay algunas diferencias en cuanto al inicio y la evolución de la enfermedad. La aparición se da antes en los hombres que en las mujeres. apreciándose diferencias en el curso de la enfermedad, mientras que los hombres tienen más probabilidades de sufrir alteraciones como consecuencia de los síntomas negativos que las mujeres, estas presentan más posibilidades de tener un mejor comportamiento social que los hombres antes del inicio de la enfermedad, aunque presentan más síntomas afectivos (Kaplan et al., 2015; Palomo et al., 2009).

Es una enfermedad asociada a la adolescencia y a los primeros años de la adultez, la morbilidad más elevada es entre los 15 y 35 años. Es poco frecuente que se presente el trastorno antes de los 15 y después de los 40-45 años (Ey, 1978), siendo las mujeres más propensas a un inicio tardío. En el caso de que se presente en la infancia, las ideas delirantes y las alucinaciones son menos elaboradas que las observadas en los adultos (DSM-IV-T.R., 2002).

#### **1.4 Etiología y Predisposición**

Todos los autores parecen estar de acuerdo en que la etiología de la esquizofrenia es de carácter multifactorial. Los factores genéticos están indiscutiblemente presentes en el desarrollo de la enfermedad, habiendo una heterogeneidad genética, es decir más de un defecto genético comprometido. Los estudios sugieren que la heredabilidad de la esquizofrenia es alta (80%), habiendo mayor tasa de riesgo para los familiares directos, llegándose a una concordancia en gemelos monocigóticos del 40 al 50% (Gabbard, 2006). Más que la esquizofrenia, lo que se hereda es una mayor tendencia al trastorno mental (Palomo et al., 2009).

Además de la carga genética, debe haber también una compleja interacción con los factores ambientales para que se desarrolle la enfermedad (Ey, 1978). Sin embargo, a pesar de tener en cuenta estos factores, la esquizofrenia es un trastorno que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único (Ey, 1978; Gabbard, 2006).

#### **1.5 Cuadro clínico y evolución**

No existe ningún síntoma o signo que sea específico de este trastorno, ya que todo síntoma o signo observado en esta enfermedad se presenta también en otros trastornos, incluso los síntomas del paciente suelen variar con el tiempo (Kaplan et al., 2015).

Para el mejor estudio de la sintomatología, se ha dividido los síntomas en positivos y negativos. Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales (DSM-IV-T.R., 2002).

Siguiendo con Henri Ey (1978), la esquizofrenia es un trastorno que se presenta de diversas formas y grados, evolucionando, por lo general, durante años. La serie de rasgos negativos, de desestructuración de la consciencia y de la persona es llamado *síndrome de disociación*. Por otra parte, se da una producción delirante positiva: el delirio autístico o *autismo*. “estos dos polos de la descripción son estrictamente complementarios y están unidos por caracteres comunes: la ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad, el desapego” (Ey, 1978, p.507), estos caracteres se ven a lo largo de toda la enfermedad y es un fondo característico de la enfermedad:



- La ambivalencia es la experiencia de un antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, expresiones o actos contradictorios: los dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente en una especie de yuxtaposición.
- La extravagancia surge como consecuencia de la distorsión de la vida psíquica, cuya pérdida de unidad conducen a actitudes extrañas.
- La impenetrabilidad, la incoherencia del mundo de relaciones del esquizofrénico se manifiesta a través del hermetismo en sus conductas, proyectos o intenciones.
- El desapego caracteriza el retraimiento hacia sí mismo, la invasión de lo subjetivo y la ensoñación interior.

La presentación general de un esquizofrénico varia, puede ser una persona desaliñada u obsesivamente arreglada, estar agitada o permanecer inmóvil y silenciosa. En la actualidad, dado el avance de los tratamientos modernos, se ha reducido la presencia de catatonía (la pérdida de la iniciativa motriz, tensión muscular o de catalepsia), si bien se presentan casos, no es la sintomatología más frecuente. En la fase activa suelen presentar una conducta agitada y un escaso control de los impulsos, como conductas suicidas o homicidio, que pueden ser respuesta a las alucinaciones o al consumo de sustancias o depresión. Los suicidios son la principal causa de muerte prematura entre estos enfermos, siendo entre un 5% y un 6% de las muertes de estos pacientes (Kaplan et al., 2015).

En cuanto a la afectividad, podemos decir que uno de los síntomas más habituales es la pérdida del interés por todas las actividades que antes fueron placenteras (anhedonia); o puede darse la presencia de emociones inadecuadas al contexto, como la ira y la ansiedad extremas. El aplanamiento afectivo puede ser síntoma de la propia enfermedad o también como efecto de los fármacos o de la depresión (Kaplan et al., 2015).

La percepción también suele hallarse afectada, pudiendo darse experiencias alucinatorias en cualquiera de los cinco sentidos, no obstante, las más características y frecuentes en la esquizofrenia son las alucinaciones auditivas: el enfermo oye voces que suelen ser amenazadoras, acusatorias o insultantes. También puede experimentar que dos o más voces conversan entre ellas o comentan la vida del paciente. Las

alucinaciones cenestésicas son sensaciones de alteraciones en los órganos corporales, o puede presentarse distorsión de la imagen corporal (Kaplan et al., 2015).

El pensamiento se halla alterado en cuanto a contenido, forma y proceso. El contenido del pensamiento puede verse afectado a causa de los delirios, que pueden ser muy diversos (persecutorio, de grandeza, religiosos o somáticos). Las alteraciones en cuanto a la forma, pueden observarse en el lenguaje oral y escrito, el cual se halla desorganizado, dándose asociaciones laxas de ideas, incoherencia, creación de neologismos, ecolalia, mutismo, paralogismos, etc. En cuanto al proceso, puede darse el bloqueo del pensamiento o el control del pensamiento que es frecuente: fuerzas ajenas controlan lo que el paciente piensa o siente, o la difusión del pensamiento: otras personas pueden leer sus mentes o pensamientos (Kaplan et al., 2015).

El Manual DSM-IV-T.R. (2002) destaca una importante característica del cuadro: la disfunción social o laboral de la persona. Una de las características de estos pacientes es que tienen una escasa conciencia de la gravedad de su enfermedad

Gabbard (2006), además de los síntomas positivos y negativos agrega otra categoría: los desórdenes en las relaciones personales, que se manifiestan a través del retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas.

La evolución del trastorno por lo general sigue un curso de exacerbaciones y remisiones, luego de un episodio psicótico, el enfermo se recupera gradualmente, no obstante, cada recaída provoca un deterioro posterior. Los síntomas positivos tienden a disminuir en gravedad con el tiempo, pero los síntomas negativos pueden exacerbarse (Kaplan et al., 2015).

Algunas características determinan un buen pronóstico, estas son: inicio tardío, la presencia de factores desencadenantes, inicio agudo, buenos antecedentes premórbidos sociales, laborales, sistemas de apoyo de calidad, síntomas positivos. Por el contrario, otras determinan un mal pronóstico: inicio temprano, ausencia de factores desencadenantes, inicio gradual, antecedentes premórbidos negativos, antecedentes familiares de esquizofrenia, sistemas de apoyo de mala calidad, síntomas negativos (Kaplan et al., 2015).

## **1.6 Criterios diagnósticos**

Para el diagnóstico de la esquizofrenia no es necesaria la presencia de alucinaciones o delirios. En el Manual DSM-5 (2014) se diagnostica el trastorno cuando se presenta la persistencia durante por lo menos seis meses de dos o más de los siguientes síntomas especificados en el criterio A: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, síntomas negativos (abulia), los cuales deben estar presentes significativamente en el período de un mes. El criterio B requiere que durante la fase activa de la enfermedad esté presente una alteración de la actividad en general, aunque no un deterioro.

## **1.7 Subtipos**

Como se mencionó anteriormente, este trastorno se presenta con sintomatología variada y los diferentes subtipos se han descrito sobre la base de su presentación clínica. El DSM-IV-T.R. (2002) distingue cuatro subtipos, pudiendo incluir en cada uno síntomas característicos de más de un subtipo. El DSM-5 (2014) ya no utiliza estos subtipos.

- Tipo paranoide. Es el más frecuente y el de menor gravedad, y se asigna siempre y cuando predominen una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas, con una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Estos pacientes suelen ser más de mayor edad que los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada.
- Tipo desorganizado cuando las características predominantes son el comportamiento y lenguaje desorganizados y la afectividad aplanada, es de mayor gravedad. Tiene un inicio temprano
- Tipo catatónico se asigna cuando hay síntomas catatónicos graves (estupor, negativismo, rigidez, excitación o catalepsia), independientemente de la presencia de otros síntomas.
- Tipo indiferenciado es utilizado cuando pacientes que son claramente esquizofrénicos no encajan en ninguna de las anteriores categorías, donde en el cuadro predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tres tipos antes descritos.

- El residual debe utilizarse cuando en el cuadro actual no existen síntomas psicóticos positivos y la presencia de síntomas negativos.

### **1.8 Tratamiento**

El tratamiento para la esquizofrenia no es único ni igual para todos los pacientes, si bien se requiere tratamiento farmacológico combinado con tratamiento psicosocial. Las intervenciones terapéuticas deben diseñarse en función de las necesidades de cada paciente para que sean efectivas.

La medicación antipsicótica es eficaz para manejar los síntomas positivos, y esto además facilita que otros tratamientos puedan llevarse a cabo. Los síntomas negativos y las relaciones interpersonales son menos afectados por la medicación y requieren abordajes psicosociales (Gabbard, 2006). Por otra parte, las intervenciones psicosociales han confirmado la mejoría clínica de estos pacientes. Estos se enfocan en aumentar las habilidades sociales, la autosuficiencia, así como la comunicación interpersonal (Kaplan et al., 2015).

## 2. Estrés

En el último siglo el fenómeno estrés ha adquirido relevancia, si bien no es un concepto actual. Se han realizado muchas investigaciones sobre este fenómeno, las primeras de estas apuntando a describir las consecuencias fisiológicas que puede traer para la salud. En los últimos años comenzó a darse importancia a los efectos que puede traer para la salud psicológica de los individuos, asociándose a enfermedades mentales.

### 2.1 Concepto e historia del término estrés

El término estrés fue tomado inicialmente del latín (*stringere*: tensar o estirar) y posteriormente es utilizado por el idioma inglés (*strain*: tensión) para describir la opresión, la adversidad y la dificultad. En el campo de la fisiología, Walter Cannon en 1927 lo conceptualizó como un síndrome de lucha-huida, definiendo la homeostasis como la tendencia que poseen los seres vivos para mantener un equilibrio fisiológico (Molina-Jiménez et al., 2008).

El concepto de estrés surge en el ámbito de la medicina, a partir de los trabajos pioneros del endocrinólogo Hans Selye, que utiliza los aportes de Walter Cannon para en 1936, emplear por primera vez el término. Selye (1973) lo definió como una la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga, entendiéndose como estresor a cualquier factor que produce estrés. A esta reacción adaptativa, no específica, lo llamó Síndrome de Adaptación General, conformado por tres fases consecutivas:

*Reacción de alarma*, es la primera respuesta, donde frente a un estresor, el organismo hace una valoración de sus propios recursos y de la situación estresante, preparándose para la acción. Tras la exposición continua, se produce una etapa de *adaptación o resistencia* al estrés, esto se produce debido a que ningún organismo es capaz de mantenerse continuamente en estado de alarma. Si aun así la exposición persiste, entra en la etapa de *agotamiento*, que sigue mientras el estresor es severo en el tiempo, es decir, bajo un estrés constante se generan trastornos de origen fisiológico o psicológico (Selye, 1973).

Selye entiende que no puede ni debe evitarse el estrés, ya que siempre surge la demanda de energía necesaria para vivir, siendo necesario en ciertos niveles para la

adaptación diaria que el organismo necesita para sobrevivir. De forma que, distingue entre el estrés positivo y el negativo, “eustrés” se refiere al estrés positivo, que ayuda al individuo a adaptarse y sobrevivir, mientras que “distrés” es una respuesta desadaptativa, que provoca desgaste en la salud del individuo.

Tal como lo entendemos en la actualidad, estrés consiste en “una amenaza ante la cual el organismo requiere de ajustes adaptativos que le permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en el que se encuentre el organismo” (Molina-Jiménez et al., 2008, p.354). El estrés agudo es un proceso que lleva a interpretar y evaluar la amenaza, el daño o la demanda; si la exposición al agente es prolongada en el tiempo, hablamos de estrés crónico, donde los mecanismos adaptativos transforman un mecanismo protector y de ajuste transitorio en otro con alto poder patogénico (Molina-Jiménez et al., 2008).

Existe una discusión en cuanto al término estrés, siendo entendido unas veces como estímulo y otras como respuesta. Las definiciones que lo consideran como un estímulo se centran en los acontecimientos del entorno, aceptando que ciertas funciones son estresantes, pero no tiene en cuenta las diferencias individuales en la evaluación de tales situaciones. Por otra parte, las definiciones que lo consideran como una respuesta, hacen referencia al estado del estrés: se habla del individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés. Ambas definiciones son limitadas, dado que la respuesta no puede juzgarse como reacción al estrés sin hacer referencia al estímulo que la ha originado, de forma que un estímulo se considera estresante sólo en términos de la respuesta ante el estrés que genere (Lazarus y Folkman, 1984).

Siguiendo con lo anterior, el término estrés psicológico, emocional o psicosocial se usan indistintamente para referirse a una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Justamente, el Modelo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman se centra en el proceso de interacción entre el sujeto y el medio, teniendo en cuenta las características del sujeto, por un lado, y la naturaleza del medio por otro (Lazarus y Folkman, 1984), y será esta noción la que se utilizará en este trabajo.

Desde esta perspectiva, que considera la importancia del entorno del sujeto, podemos pensar que diversas condiciones sociales pueden actuar como agentes estresantes y modificar la salud de los individuos. Los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que se

encuentran presentes en la vida de todos. Muchos de estos estresores crónicos se generan cuando ocurren sucesos relacionados con los principales roles sociales, y que consisten en dificultades interpersonales, como laborales, familiares, sociales, etc. (Sandín, 2003, p.147).

Sin embargo, no todos los estresores crónicos se encuentran asociados a los roles, hay también factores estructurales que representan estresores de importancia para los individuos. Las instituciones de la sociedad tales como la familia o la escuela influyen en la capacidad que puede tener una persona para hacer frente a los estresores, por lo tanto, también se debe entender al estrés desde un nivel colectivo (Sandín, 2003).

Según varios autores, se puede afirmar que las variables socioambientales guardan estrecha relación con la aparición de trastornos mentales. Estos factores socioambientales, al estar presentes, constituyen variables de riesgo, aumentando la probabilidad de impacto de los estresores ambientales sobre el individuo vulnerable, coadyuvando a posibilitar la aparición de la enfermedad o la recidiva. Las experiencias estresantes están relacionadas con la estructura social, ya que esto da lugar a las condiciones vitales estresantes, influyendo incluso en las posibilidades de rehabilitación psicosocial y la evolución hacia la cronicidad de ciertos trastornos (Fernández Blanco y Sánchez Vicente, 2003).

Como afirman Barrón López de Roda y Sánchez Moreno (2001):

(...) las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad. Estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y por ello un bajo estatus en cualquiera de ellos puede ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes (p.18).

Es evidente que los estresores sociales no afectan por igual a todas las personas ni a todos los grupos, generando perturbaciones de la salud en unas personas pero no en otras. Los efectos del estrés dependen de algunos factores como la percepción del estresor, la capacidad del individuo para controlar la situación, la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas y de la influencia de los patrones

de conducta aprobados por la sociedad. “Las personas no sólo pueden percibir de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también emplean diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales (familia, amigos, etc.), para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes” (Sandín, 2003,p.152).

Sandín (2003) afirma que:

En realidad, el hecho de que existan notables diferencias individuales en la adaptación al estrés sugiere que éste se produce principalmente por una interacción entre el individuo y la sociedad, y no únicamente por las características naturales de los estresores. El significado de una crisis no reside en la situación sino en la interacción entre la situación y la capacidad de la persona para superarla. Las personas tienen diferentes habilidades y capacidades en las situaciones sociales a la hora de afrontar los problemas. No todas las personas tienen la misma capacidad para controlar sus respuestas emocionales, ni la misma motivación y compromiso personal ante una determinada situación (p. 147).

Para explicar las diferencias individuales a la hora de responder ante el estrés, la terapia cognitiva considera que la forma en que el individuo interpreta sus experiencias es importante. Estas diferencias se explican por dos procesos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: la *evaluación cognitiva* y el *afrontamiento*. Mediante el proceso de *evaluación cognitiva* se determinan las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, es un factor importante en la aparición de estrés ya que determina por qué y hasta qué punto una relación o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno es estresante. El *afrontamiento* es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes, siendo un mediador de los efectos del estrés sobre la respuesta. Las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, tienen que ver con su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, sus interpretaciones y reacción ante los mismos (Lazarus y Folkman, 1984).



## **2.2 El estrés y su relación sobre la psicopatología**

El estrés es reconocido por varios modelos como un contribuyente significativo al desarrollo y curso de psicopatologías, lo cual sugiere que ciertos eventos, suficientemente graves, podrían precipitar trastornos psicológicos. Por ejemplo, se ha podido establecer una relación entre el entorno social adverso y el inicio de la depresión (Ingram y Luxton, 2005).

Si bien la presencia del estrés se puede relacionar con la aparición de psicopatologías y teniendo en cuenta que son muchos los elementos que pueden provocar estrés, no todos pueden considerarse como generadores, productores o potenciadores de psicopatologías. Al parecer, solo algunos de ellos guardan una relación explícita con la aparición y/o mantenimiento de psicopatología. En algunos casos, como causas directamente relacionadas; en otros como elementos favorecedores o potenciadores de una psicopatología previa; y en otros casos, como coadyuvantes de una mayor gravedad o incluso una mayor persistencia de diversas psicopatologías, es decir, como elementos que intervienen directamente en la cronicidad de una alteración (Buendía Vidal, 1993).

Spring y Coons (como se cita en Buendía Vidal, 1982) agrupan estos elementos en:

- eventos vitales estresantes recientes, que abarcan situaciones que van desde las más normales o esperables hasta las más impredecible pero que son recientes en el tiempo o de comienzo agudo;
- las disposiciones personales estables, que incluye los rasgos de personalidad, el temperamento, la vulnerabilidad genética, etc. que implican estabilidad emocional;
- por último las situaciones sociales crónicas, estables o permanentes que se caracterizan por la estabilidad e incluso irreversibilidad de la situación.

Dohrenwend y Dohrenwend (como se cita en Buendía Vidal, 1974) han planteado cinco posibles modelos que explican las diferentes posibilidades de combinación de estos tres grupos de elementos y su interacción.

- El modelo de victimización: propone que la acumulación de eventos vitales estresantes durante un tiempo breve es causa directa de aparición de

psicopatologías, otorgándole muy poca importancia a las disposiciones personales y a las situaciones sociales estables.

- El modelo de vulnerabilidad: plantea que tanto las disposiciones personales previas como las condiciones sociales modulan las relaciones causales entre eventos estresantes y psicopatología.
- El modelo aditivo: sugiere que tanto las disposiciones personales como las condiciones sociales realizan contribuciones causales “independientes” a la posible aparición de una psicopatología, o sea que cada uno por separado tiene su propio peso.
- El modelo de cronicidad: minimiza cualquier posible papel etiológico de los eventos vitales estresantes recientes y acentúa el papel de las situaciones sociales y de las disposiciones personales, cada uno de ellos, por separado, puede causar directamente una psicopatología.
- El modelo de la propensión se centra en la cuestión de la dirección que toman o pueden tomar las relaciones causales entre eventos vitales y psicopatología, afirma que la presencia de una psicopatología produce eventos estresantes los cuales exacerban o incrementan la gravedad de la alteración.

Una evidente limitación de estos enfoques se halla en el hecho de que los datos muestran que en algunos casos, incluso el estrés extremo no está relacionado con la psicopatología. En efecto, parece que si bien el estrés juega un papel, no todas las personas que experimentan estrés desarrollan un trastorno. Esto sugiere que otro componente es necesario para explicar el proceso, y es el concepto de vulnerabilidad en su interacción con el de estrés, ya que por separado es limitado el alcance de ambos constructos para describir aspectos claves (Ingram y Luxton, 2005).

El modelo de vulnerabilidad es el más aceptado por ser el más adecuado para dar cuenta de la interacción entre ambos factores, por esto ha sido utilizado más frecuentemente para explicar las relaciones entre esquizofrenia y estrés, haciendo posible la intervención en este trastorno a través del control del estrés. Será en este modelo en el que se centrará el trabajo.

### 3. Estrés psicosocial y su relación con la esquizofrenia

Como se explicó anteriormente, los modelos de vulnerabilidad-estrés son los modelos más aceptados por cómo dan cuenta de la compleja interacción que ocurre entre los factores genéticos y ambientales, al considerar que para que un individuo desarrolle un trastorno psicótico se deben dar la conjunción de estrés y vulnerabilidad o diátesis (términos usados indistintamente).

Hasta la primera mitad del siglo XIX la esquizofrenia ha sido vista, desde los diferentes modelos teóricos, bajo un enfoque exclusivamente biológico, explicando su etiología por los factores endógenos. A partir de la segunda mitad de dicho siglo se plantea que los shocks emocionales pueden tener relación con el inicio de la esquizofrenia y que los sucesos estresantes pueden actuar como precipitantes. En esta línea se elabora el modelo de vulnerabilidad-estrés o diátesis-estrés. Este modelo heurístico permite elaborar estrategias claras de intervención, permitiendo un cambio de paradigma a partir del cual se han generado diversos desarrollos teóricos, centrados en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia (Perona et al., 2004).

Vulnerabilidad se conceptualiza como un rasgo, que es estable pero que puede cambiar en el tiempo, es endógena y generalmente es latente. Los modelos de estrés y vulnerabilidad comienzan con las ideas de Meehl, quien describió la diátesis como un esquizogen, que produce una patología cerebral llamada esquizotaxia, todo en esto deriva en una personalidad esquizotípica. Sin embargo, solo algunas personas desarrollarán esquizofrenia ya que es necesario un estresante ambiental para producir el trastorno, en tanto que si el esquizogen está ausente, ninguna cantidad de estrés producirá esquizofrenia. En suma, Meehl sugirió la conjunción de factores biológicos y psicológicos para explicar el inicio del trastorno (Ingram y Luxton, 2005),

Hoy en día, siguen describiéndose modelos en esta línea, que complementan el modelo de vulnerabilidad-estrés, tales como el modelo de diátesis-estrés neuronal<sup>1</sup>, donde se da una interacción entre factores de vulnerabilidad, estrés y procesos neurobiológicos (Vila Badia, 2018).

---

<sup>1</sup>Pruessner, M., Cullen, A., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and biobehavioral review*

### **3.1 Modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring**

Zubin y Spring (1977) proponen un modelo de comprensión de la esquizofrenia a la luz de factores de predisposición y factores psicosociales. El mismo surge a partir de la revisión, por parte de estos autores, de los seis modelos científicos clásicos de etiología de dicha enfermedad. Al comprobar que la ausencia de interacción entre estos enfoques proporciona solo una respuesta parcial, extraen los elementos comunes compartidos por ellos y hallan un factor común que los conecta entre sí al que llamaron “modelo de vulnerabilidad de la esquizofrenia”.

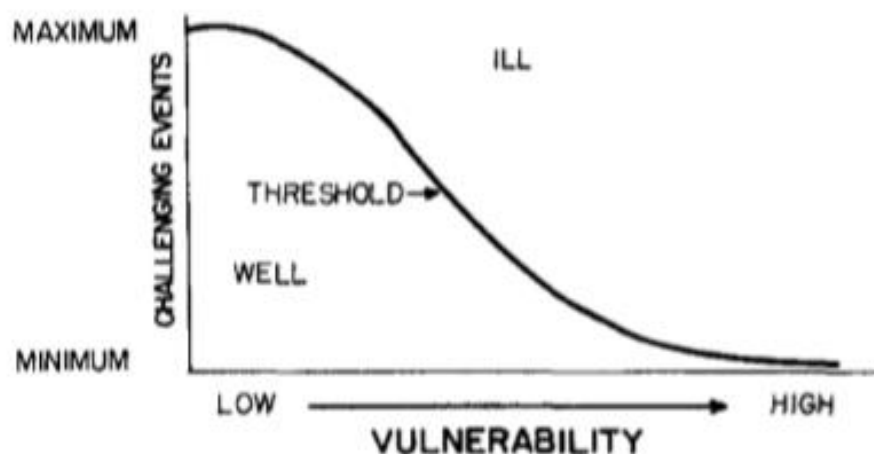
La esquizofrenia tradicionalmente se ha visto como un trastorno en el que los síntomas tienden hacia la evolución crónica, con un mal pronóstico. No obstante, el modelo de vulnerabilidad postula que cada uno de nosotros tiene un grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que, en circunstancias adecuadas, se expresará en un episodio esquizofrénico. Mientras el estrés que se mantenga por debajo del umbral de vulnerabilidad, el individuo responde de manera homeostática y se mantiene dentro de los límites de la normalidad, cuando el estrés supera el umbral, es probable que la persona desarrolle un episodio, el cual es limitado en el tiempo. El episodio finaliza cuando el estrés disminuye, regresando el paciente a su nivel de adaptación previo (Zubin y Spring, 1977). Desde este modelo, la esquizofrenia no implicaría un trastorno crónico sino la vulnerabilidad permanente a desarrollar el trastorno, por lo que se hablaría de una enfermedad de naturaleza episódica, en lugar de los episodios de psicosis o la presencia constante del trastorno (Zubin, Magaziner y Stzinbauer, 1983).

Existen dos componentes principales de vulnerabilidad, lo innato y lo adquirido. La vulnerabilidad innata hace referencia a factores genéticos, reflejándose en el entorno interno y la neurofisiología del organismo. El componente adquirido se debe a la influencia de traumas, complicaciones perinatales, experiencias familiares y eventos de la vida que mejoran o inhiben el desarrollo de trastornos posteriores. Estos desafiantes que interrumpen la adaptación y son capaces de provocar una crisis pueden ser de origen endógeno o exógeno; los endógenos, pueden ser bioquímicos o neurofisiológicos, los exógenos son situaciones ambientales que suponen una amenaza para el individuo (Zubin y Spring, 1977).

Según indican Zubin, Magaziner y Stzinbauer (1983), sólo un 26% de todas las personas que portan el genotipo para la esquizofrenia se convierten en fenotipo, de

modo que sólo una pequeña parte de las personas “vulnerables” desarrollarán un trastorno psicótico en el transcurso de su vida. Esto se debe a las variables moduladoras del impacto del estrés sobre el individuo vulnerable que actúan como factores de protección (tanto personales como ambientales) que atenúan el riesgo de psicosis en personas constitucionalmente predispuestas. También hay factores de riesgo tales como el estatus social, la red social de apoyo, el tipo de vivienda, el hacinamiento, el ruido y la contaminación, la migración, el aislamiento, el origen étnico no privilegiado y la marginación social. Estos se constituyen, con elevada probabilidad, en estresores que generan tensión crónica.

Como vemos, este enfoque está centrado en aspectos del individuo y de su entorno, así como contingencias que inician y sostienen el trastorno. La persistencia de los síntomas psicóticos podría explicarse por el debilitamiento de las capacidades defensivas del paciente hacia el estrés y por la carencia de habilidades de afrontamiento en su personalidad premórbida. Vemos que hay una interacción dinámica de estresores, vulnerabilidad, estrategias de afrontamiento, donde la vulnerabilidad es un rasgo duradero y relativamente permanente y los estados episódicos están en estado creciente y decreciente (Zubin y Spring, 1977).



*Figure 2.* Relation between vulnerability and challenging events.

Nuechterlein y Dawson (1984) coinciden en que hay una influencia directa de los factores ambientales en el desarrollo de episodios esquizofrénicos. Antes del desarrollo de síntomas psicóticos se generan estados intermedios de sobrecarga, producto de las características preexistentes y duraderas de vulnerabilidades del individuo en interacción con estímulos ambientales externos estresantes.

Estos estados intermedios de sobrecarga tienden a aumentar el nivel y la frecuencia de los factores estresantes ambientales al causar interrupciones en el entorno social y familiar del individuo mediante un circuito de retroalimentación: un individuo en el estado intermedio, que muestre desorganización cognitiva e irritabilidad, es probable que obtenga más críticas de los miembros de la familia y más rechazo por parte de los miembros de la red social (Nuechterlein y Dawson, 1984).

A medida que este círculo vicioso continúa en espiral, el individuo puede intentar hacer frente a este estado de cosas retirándose física o psicológicamente de todos los estímulos ambientales. Esto exige una evaluación precisa de la cambiante situación del estímulo y el procesamiento activo y flexible de las alternativas cognitivas y de afrontamiento conductual. Si fallan los intentos del individuo para hacer frente a esta condición interna y externa cada vez más agravada, el procesamiento inadecuado de los estímulos externos y la desorganización cognitiva interna continúan aumentando hasta que el pensamiento se fragmenta, las características individuales de las percepciones comienzan a integrarse de manera incompleta o inadecuada en todos los aspectos, y el sentido del yo-otro límite se debilita. Los síntomas psicóticos esquizofrénicos en forma de alucinaciones, delirios y/o trastornos del pensamiento formal florido comienzan a aparecer cuando el procesamiento cognitivo alcanza estos niveles distorsionadores de la realidad (Nuechterlein y Dawson, 1984).

En suma, “el mantenimiento de un saludable equilibrio psicológico requiere el mantenimiento de una homeostasis dinámica entre un gran número de factores de stress internos y externos permanentemente activo” (Lemos Giráldez, 1986, p.42). Para lograr mantener el equilibrio, el individuo tiene que poner en marcha el mecanismo de adaptación. La adaptación se da cuando un organismo responde adecuadamente a las exigencias de la vida acomodándose para adaptarse a las demandas ambientales. Aquí es importante la competencia del individuo, entendida como el repertorio de habilidades y capacidades disponibles para formular estrategias de afrontamiento eficaces, las cuales también se modifican en el tiempo (Lemos Giráldez, 1986, p.42).

Cuando el individuo no puede adaptarse y el equilibrio resulta destruido hasta el punto de que no es posible mantener un esfuerzo por recuperar la homeostasis, tiene lugar un episodio psicótico, donde el grado de vulnerabilidad determinará la severidad y longevidad de las consecuencias, de modo que lo que comienza como un episodio puede convertirse en un trastorno mucho más grave y duradero para la persona. “La descompensación aguda del sujeto vulnerable es entendida como un desequilibrio o quiebra de la homeostasis existente como consecuencia de estresores internos o externos y cuando su conducta habitual de enfrentamiento resulta ineficaz” (Lemos Giráldez, 1986, p.42).

Además, pueden distinguirse dos tipos de efectos de los estresores psicosociales en la aparición de la esquizofrenia. Los efectos causales o formativos tienen lugar cuando los factores estresantes contribuyen a la formación de la vulnerabilidad, partiendo del supuesto de que tales factores pueden llegar a determinar desviaciones estables hasta el punto de conferir a una persona un rasgo de vulnerabilidad o riesgo de enfermedad. Dicho suceso adelanta sustancialmente en el tiempo el comienzo o lo produce por sí mismo, cambiando la vulnerabilidad y modifica la respuesta a futuros eventos estresantes, son irreversibles al bajar el umbral de susceptibilidad. El segundo efecto es el precipitante o desencadenante, en el que se puede precipitar un episodio agudo o recaída en presencia de una vulnerabilidad preexistente (de base), de forma que el suceso anticipa el comienzo de la enfermedad o lo puede hacer más repentino. Este suceso precipitante no incrementa la vulnerabilidad que permanece latente, sino que la pone de manifiesto, se entienden como reversibles porque no alteran el umbral. Los efectos precipitante y formativo son los extremos opuestos de un continuo (Lemos Giráldez, 1986).

### **3.2 Factores protectores y de riesgo en la aparición de esquizofrenia**

Cuando se evalúa el estrés como factor de riesgo potencial de psicosis, es importante considerar los posibles factores protectores frente al mismo. Estos factores podrían tener incidencia en el desarrollo o amortiguación de los síntomas, o modificar la valoración de las situaciones estresantes.

Existen factores protectores que atenúan el efecto de los estresores, ayudando al individuo a la prevención, superación y gestión del estrés. Entre estos factores que cumplen una función protectora se pueden mencionar los componentes personales que pueda tener el individuo, tales como las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, la resiliencia y los factores externos como el apoyo familiar o el apoyo social o comunitario. Por último, la medicación también cumple función protectora frente al riesgo de recaídas (Vila Badia, 2018).

Contar con estrategias de afrontamiento es importantes al momento de responder ante el estrés. Estas varían en función de la situación estresante y del momento vital en que se encuentra el sujeto, modificándose la evaluación de los acontecimientos y el significado que se les atribuye. Las estrategias de afrontamiento se definen como:

Un conjunto de esquemas mentales que utiliza el individuo para manejar diferentes demandas, ya sean internas y/o externas, y que el individuo considera que exceden a sus propios recursos. Unas EA adaptativas a las situaciones ayudarán a gestionar las emociones y a reducir el estrés del individuo generándole beneficios físicos y psicológicos (Vila Badia, 2018, p.19).

De acuerdo a los estudios realizados, los pacientes con trastornos psicóticos muestran estrategias de afrontamiento desadaptativas y principalmente evitativas (Vila Badia, 2018).

La autoestima también es considerada como un importante recurso para los procesos de afrontamiento -como mencionamos anteriormente-, siendo importantes contribuidores en la percepción de estrés. Por ejemplo, se ha asociado una baja autoestima a una mayor vulnerabilidad a los trastornos psicóticos, una mayor persistencia de síntomas psicóticos, riesgo suicida, mala calidad subjetiva de vida y un sufrimiento asociado al inicio de una enfermedad psicótica (Pruessner et al., 2012).



Por otra parte, la resiliencia con la que cuenta un sujeto puede ser un factor protector ante el riesgo de desarrollar un trastorno. La resiliencia es entendida como: la capacidad del individuo para afrontar con éxito una situación desfavorable o de riesgo, y para recuperarse, adaptarse y desarrollarse positivamente ante las circunstancias adversas. Se trata de un estilo apropiado y flexible de afrontar las diferentes situaciones estresantes en las que uno se encuentra (Vila Badia, 2018, p.18).

Las características del medio social del sujeto tienen una importante influencia ya que el impacto de un factor de estrés puede ser amortiguada por la presencia de un sistema de apoyo social o agravada por su ausencia. Una red social que no brinda apoyo, donde hay una carencia de soporte por parte de la familia, amigos o compañeros de trabajo, impactará negativamente en un paciente. Además, en las psicosis un mayor apoyo social se relaciona con una mayor calidad de vida y estado funcional, una mejora del funcionamiento profesional y social, niveles más bajos de síntomas positivos y un menor número de ingresos hospitalarios (Pruessner et al., 2012).

El apoyo social es definido como:

(...) el sentimiento subjetivo de ser respetado, valorado y querido por las demás personas y sentir que formas parte de una red social. El Apoyo Social tiene influencia sobre el bienestar psicológico, y por tanto, también se ha relacionado con aspectos de la salud y la enfermedad. (Vila Badia, 2018, p.20).

Se puede distinguir dos hipótesis sobre los efectos del apoyo social: la el efecto de amortiguación establece que el apoyo social es un moderador de otros factores, como los acontecimientos vitales estresantes, la hipótesis del efecto directo defiende que tiene un efecto sobre la salud y el bienestar independientemente del estrés. Los estudios han obtenido resultados a favor de ambas hipótesis, por lo que el apoyo social parece ser beneficioso: “De esta forma, parece que las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico, lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental” (Barrón López de Roda y Sánchez Moreno, p.21).

Los hallazgos indican un mayor nivel de estrés psicosocial y deficiencias de los factores de protección en individuos que presentan alto riesgo de psicosis, y la asociación observada entre el estrés y los síntomas positivos, sugeriría que el estrés está implicado en la aparición de psicosis (Pruessner et al., 2012).

Según resultados de estudio, los controles mostraron mayores factores protectores, entre ellos mayor apoyo social percibido y resiliencia, concluyendo que los factores de estrés psicosocial y los factores protectores tienen un papel en la aparición de psicosis:

Los factores de estrés psicosocial podrían estar influyendo en la aparición de psicosis, mostrando los pacientes más experiencias traumáticas, más estrés percibido y más acontecimientos vitales estresantes que los controles. Los pacientes con mayor estrés psicosocial muestran más sintomatología clínica y peor funcionamiento social y los pacientes con peores factores protectores, sobre todo con peores estrategias de afrontamiento, presentan más sintomatología clínica y peor funcionamiento social (Vila Badia, 2018, p.48).

Los factores de riesgo son elementos que provocan una importante carga de estrés para el individuo, entre ellos están los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) y la Emoción Expresada Familiar (EE), que serán desarrollados a continuación. Las personas que padecen esquizofrenia a menudo tienen estilos de vida propensos al estrés que generan eventos que les resultan altamente estresante como resultado de factores tales como redes de apoyo social limitadas, escasas habilidades de afrontamiento, factores socioeconómicos y la propia estigmatización que puede causar su enfermedad (Zubin y Spring, 1977). El ambiente emocional de la familia ha sido asociado a un aumento en la tasa de recaída por el nivel de estrés continuo, donde se da excesiva crítica u hostilidad de los más allegados, que por otra parte explica la conducta de aislamiento o de evitación a la interacción del paciente como un mecanismo protector ante la tensión ambiental.

Algunos autores proponen que las experiencias traumáticas pueden estar implicadas en la emergencia de sintomatología psicótica. Las experiencias traumáticas, son experiencias que ocurren en la infancia y la adolescencia y están fuera del control del individuo, pudiendo causar estrés y sufrimiento, y el individuo las experimenta como

peligroso para su integridad física o psicológica. Según estudios, diferentes experiencias como el abuso sexual, psicológico y emocional, el bullying, la negligencia y la muerte de los padres antes de los 18 años, se encontró una correlación entre padecer una de estas experiencias y la aparición de psicosis (Vila Badia, 2018).

De acuerdo a resultados de un estudio, las experiencias traumáticas son uno de los factores predisponentes y/o precipitantes en el desarrollo de un episodio psicótico en personas con vulnerabilidad previa, encontrándose que existe una relación entre las experiencias traumáticas y la psicosis, ya que el 75% de los pacientes de la muestra refirieron historia previa de trauma, encontrándose además que la presencia o no de dichos traumas hace que la sintomatología sea diferente, encontrándose mayor presencia de síntomas positivos (alucinaciones y delirios) en aquellos pacientes con previas experiencias traumáticas. Entre estas experiencias destacan con mayor frecuencia el maltrato psicológico, la negligencia o el abandono y los abusos físicos. Estos resultados coinciden con otros que indican la importancia de las experiencias traumáticas tempranas en el desarrollo de trastornos psicóticos (Ordóñez-Cambor et al., 2014). Por otra parte, los traumas en la infancia parecen mostrar niveles significativamente mayores de disociación en los pacientes (Castro-Fernández et al., 2015).

Por otra parte, los pacientes esquizofrénicos al parecer tienen carencia de habilidades para enfrentar los eventos estresantes de la vida, no contando a menudo con las habilidades sociales necesarias, con redes sociales pequeñas y a menudo con proporción más alta de lo normal de familiares en oposición a amigos.

Otro factor de vulnerabilidad a considerar es en minorías étnicas o grupos de inmigrantes, ya que se ha constatado una alta incidencia de esquizofrenia en estos grupos (Butjosa, et al., 2014).

También resulta que las personas adultas que padecen esquizofrenia son más propensas a sufrir situaciones de maltrato de otros, mostrando sensibilidad ante esto y al estigma social, encontrándose en un estado de vulnerabilidad social luego de padecer el trastorno por años (Castro-Fernández et al., 2015).

### **3.3 Acontecimientos Vitales Estresantes (AVEs)**

Uno de los principales estresores son los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVEs). Estos son situaciones o acontecimientos que directa o indirectamente y subjetivamente y/u objetivamente provocan un cambio significativo en el medio personal del individuo, afectando el curso de su vida y que trae como consecuencia un reajuste o reorganización de la vida de una persona, no teniendo que ser de gran magnitud para que generen angustia. En general se los clasifica entre positivos y negativos. Los positivos podrían ser promoción, matrimonio, nacimiento de un hijo, etc., y los negativos divorcio, duelo, etc. A menudo se asocia las situaciones estresantes con eventos negativos, pero los eventos y experiencias positivas también pueden ser estresantes, pudiendo causar enfermedad si la respuesta del individuo al cambio vital no es adaptativa (Vila Badia, 2018).

Si bien hay una serie de acontecimientos que se hallan fuera del control del individuo -como los desastres naturales o las guerras-, la elección del estilo de vida de una persona contribuye a la probabilidad de encontrar eventos estresantes. Dado que el estrés está relacionado con aspectos subjetivos, la ocurrencia de los acontecimientos vitales no es independiente de la influencia de la conducta del individuo ya que la percepción y valoración de nuestros propios recursos, el estilo de afrontamiento y la resiliencia nos hacen reaccionar de manera singular ante los acontecimientos que nos rodean (Butjosa, et al., 2014).

Por lo tanto, la susceptibilidad al estrés dependerá de la interpretación que hace cada individuo de estos eventos, que pueden ser un peligro real o aparente. Influirá, además, sus propios recursos personales, si el acontecimiento es valorado positivamente o negativamente, la predictibilidad o el grado de control que tiene el individuo sobre el acontecimiento, de forma que se incrementará el estrés si experimentan estos eventos como menos controlables y que exceden sus recursos.

(...) su percepción depende de la interrelación de los factores personales (edad, sexo, temperamento, etc.) y ambientales (familia, escuela, apoyo social, etc.). Los estudios muestran que los AVE son uno de los factores de riesgo ambientales más robustos para el desarrollo de la psicosis (Vila Badia, 2018, p.13)

Si bien estos eventos estresantes por sí mismos no son suficientes para desarrollar un episodio agudo, hay variada evidencia de que los acontecimientos vitales tienen incidencia en la esquizofrenia tanto en la aparición como empeoramiento de los síntomas. Según estudio “los pacientes con Esquizofrenia en comparación con los controles sanos, presentaban más AVEs. También que experimentaban más eventos negativos, moderados y graves que los controles sanos” (Vila Badia, 2018, p.13).

Por otra parte, también se encontró que hay un mayor número de Acontecimientos Vitales Estresantes en esquizofrénicos que han sufrido recaídas que en los que no las han tenido (Lemos Giráldez 1986), y también un número considerable de eventos presentes semanas antes del inicio de un episodio. Al parecer estos pacientes tienen menos recursos personales y sociales, siendo menos flexibles que la mayoría de las personas para enfrentar eventos estresantes o tensiones familiares cuando estos surgen (Nuechterlein y Dawson, 1984).

### **3.4 La Emoción Expresada Familiar**

Previamente se mencionó que existen dos tipos de estrés: el crónico y el agudo; los Acontecimientos Vitales Estresantes pueden ser vistos como generadores de estrés agudo, mientras que dentro del estrés crónico se incluye la Emoción Expresada familiar (EE), constituyendo un estresor de gran magnitud y estabilidad.

El inicio del concepto se da con el trabajo de Brown, Birley y Wing (1972), tras observar que luego del alta el índice de recaídas de jóvenes esquizofrénicos era mayor en aquellos que volvían al hogar paterno que entre los que vivían solos o con hermanos, concluyen que el contacto “cara a cara” con sus padres parecía ser el causante de la recaída. En esos años predominaba una visión culpabilizadora de las familias como causantes de enfermedad (teoría de la “madre esquizofrenógena” o del “doble vínculo”), por lo que se da un cuestionamiento de que estas relaciones puedan ser la causa de la enfermedad, pudiendo ser su consecuencia (Muela y Godoy, 2001).

La EE se caracteriza por un estilo comunicativo familiar con el paciente esquizofrénico que provocan la recaída en el esquizofrénico; dicho de otra forma, las relaciones familiares parecen influir sobre el curso de la enfermedad. La EE no es consecuencia de la esquizofrenia ya que puede existir en las familias antes de la aparición de la enfermedad y, por otra parte, no todas las familias de esquizofrénicos tienen anomalías en sus estructuras o en su comunicación, pudiendo hallarse estas anomalías en familias normales (Vizcarro y Arévalo, 1986). Según estudios, es el mejor predictor conocido de recaída en la esquizofrenia, de modo que este concepto podría considerarse como una revolución en el tratamiento de esta enfermedad tras el surgimiento de los neurolépticos, permitiendo una intervención directa en la familia del esquizofrénico (Muela y Godoy, 2001).

La medida operativa escogida para medir este constructo de las relaciones emocionales de los familiares de esquizofrénicos es a través de una entrevista semiestructurada al familiar del esquizofrénico, evaluándose los componentes que constituyen la EE: Criticismo (disgusto, resentimiento, disgusto o desaprobación hacia el paciente o su comportamiento); Hostilidad (más extremo que el anterior, implica rechazo manifiesto de la persona, descalificaciones); Implicación emocional excesiva (respuesta emocional exagerada y desproporcionada ante el trastorno del paciente y una conducta sobreprotectora hacia el paciente) (Vizcarro y Arévalo, 1986).

Se realizaron varios estudios empíricos sobre EE, en su mayoría de origen anglosajón, intentado validar este constructo. De acuerdo a los mismos se ha podido comprobar que la EE es independiente de otros factores con la que se ha relacionado, tales como la duración de la enfermedad o sintomatología, incluso se ha investigado en otras patologías, llegándose a resultados similares y no dejando lugar a dudas sobre el valor pronóstico de estas variables:

(...) altos niveles de EE familiar se han encontrado repetidamente como predictores de tasas de recaídas en pacientes esquizofrénicos de 9 a 12 meses tras el alta hospitalaria. Un ambiente familiar estresante constituye un estresor ambiental por lo que el riesgo de recaída aumenta cuatro veces aproximadamente en los pacientes que vuelven a un ambiente familiar con altos niveles de EE. (Muela y Godoy, 2001, s/n).

Las familias con alta EE poseen menos capacidad de afrontamiento de crisis, mostrándose más preocupadas y angustiadas, culpabilizando al enfermo de su comportamiento, no considerando que es consecuencia de su enfermedad. Hay hallazgos que indican que el deterioro de los pacientes es mayor entre aquellos que sus familiares tiene alta implicación emocional que en aquellos cuyos familiares puntúan bajo en esta variable (Muela y Godoy, 2001). Por otra parte, este concepto no sólo rescata el efecto perjudicial de los familiares de esquizofrénicos, por el contrario, aquellos que son considerados de baja EE tienen un efecto tranquilizante sobre sus familiares enfermos, lo que repercute positivamente sobre el paciente y su tratamiento (Vizcarro y Arévalo, 1986).

Del mismo modo, pertenecer a una familia de alta EE no garantiza una recaída segura, poco menos de la mitad de esquizofrénicos con una familia de alta EE no recaerá durante el período de seguimiento. Si una alta EE provoca recaídas, disminuir el nivel de EE conllevará una reducción en la tasa de recaídas, por ello esta hipótesis es usada en los actuales programas de intervención familiar en esquizofrenia: se ha comprobado que reduciendo el nivel de EE se consigue una mejoría del enfermo (menos recaídas), a la vez que se consigue un mejor clima emocional familiar disminuyendo las críticas, hostilidad y la sobreimplicación emocional (Muela y Godoy, 2001). Por esto, es de suma importancia identificar a estos pacientes de alto riesgo para posteriormente crear estrategias terapéuticas que permitan la reducción del riesgo, "la posibilidad de

delimitar un grupo de alto riesgo constituido por los pacientes esquizofrénicos que conviven con familiares de alta EE ha permitido diseñar estrategias terapéuticas que traten de prevenir la aparición de nuevas recaídas” (Vizcarro y Arévalo, 1986, p. 100). De hecho, mediante la utilización de terapias psicosociales es posible disminuir las tasas de recaídas, las intervenciones con familiares están enfocadas en incrementar el conocimiento y a comprensión de la esquizofrenia, a la vez que al desarrollo de actitudes más optimistas respecto al paciente, de modo que se lo perciba como una persona y no como alguien que padece un trastorno. Por otra parte, desde la terapia familiar conductual se considera a la familia como unidad básica de salud y determinante crucial de la recuperación del paciente, no como originario de la patología.

La ingesta regular de psicofármacos tiene un efecto protector contra la alta EE de la familia del enfermo, aunque cuando se unen a la EE otras variantes, los fármacos se muestran incapaces de evitar las recaídas; por esto, la combinación de terapia psicosocial y farmacología es lo más indicado. Otro factor que puede ser de protección contra el efecto negativo de la alta EE es el contacto social de forma reducida, ya que es más recomendado esto que el absoluto aislamiento social, dado que mayor contacto social no significaría necesariamente mayor apoyo social, pudiendo ser ese contacto social fuente de estrés. Esta disparidad podría ser explicada teniendo en cuenta que lo contrario de aislamiento no es un contacto social elevado sino un apoyo social elevado, los familiares más aislados socialmente muestran menor tolerancia a los síntomas del enfermo (Muela y Godoy, 2001).

Por otra parte, el nivel de afectación que tendrá el paciente perteneciente a una familia con alta EE podrá variar al estar implicados otros factores como la red social que tenga y la vulnerabilidad hacia ciertas contingencias ambientales:

Un alto nivel de EE puede ser una fuente de estrés mucho más importante si la vulnerabilidad del paciente es mayor, si su red social es más estrecha y menos cohesionada (ejerciendo, por lo tanto, en menor medida su efecto protector), o, finalmente, si el paciente dispone de estrategias cognitivas que le permiten minimizar el efecto desfavorable de estas manifestaciones negativas de emoción (Vizcarro y Arévalo, 1986, p. 94-95).



### **3.5 Aspectos cognitivos de la evaluación del estrés**

Un factor mediador entre la recaída y las influencias psicosociales como los AVEs o la EE es lo que se refiere a la activación psicofisiológica de los esquizofrénicos, estos pacientes tienen un nivel de activación autónomo más alto que los controles, aproximadamente el 50% de ellos reacciona de forma intensa ante un estímulo (Muela, y Godoy, 2001). Esta asociación encontrada entre vulnerabilidad con aumento de reactividad ante el estrés diario existe debido a que el déficit cognitivo disminuye la capacidad para adaptarse exitosamente ante el estrés diario, lo que conlleva a un incremento del riesgo de desarrollar un trastorno.

Algunos de estos déficits cognitivos son los relativos al lenguaje y pensamiento abstracto, la atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, función ejecutiva, entre otros. La función ejecutiva contribuye a la autorregulación y control ante el estrés, y dado a estos déficits, se ha hipotetizado que el deterioro cognitivo se relaciona con respuestas de afrontamiento mal adaptativas, por lo tanto, a mayor déficit cognitivo, mayor respuesta al estrés (Bedoya et al., 2017, p. 8).

Al parecer las personas con esquizofrenia son más propensas a reaccionar de manera negativa a los estresores, “respondiendo a los mismos con un hiper activación psico-somato-sensorial que genera errores atribucionales, hipervigilancia (paranoia) y alucinaciones o delirios, resultantes de una dificultad para integrar las percepciones con representaciones afectivas y cognitivas” (Bedoya Cardona et al., 2017).

Esta hipersensibilidad que presentan estos pacientes los vuelve más vulnerables a un entorno social con un intenso nivel de estrés: “(...) el resultado sería un nivel de activación extremadamente elevado y muy prolongado en el tiempo, lo que daría lugar, ya sea aisladamente o en conjunto con la ocurrencia de otros factores estresantes, a una reactivación de la sintomatología” (Vizcarro y Arévalo, 1986, p. 95).

### III. Reflexiones Finales

La finalidad de este trabajo ha sido la de profundizar en lo referente a al fenómeno del estrés (desde su enfoque psicosocial) y su relación con el inicio y curso de la esquizofrenia. A partir de la información presentada en este trabajo, parece que hay evidencia que demuestra que ante una vulnerabilidad dada, el estrés psicosocial puede producir efectos negativos en el paciente esquizofrénico. El estrés psicosocial puede manifestarse en ciertas condiciones vitales que -pese a que no tienen que ser negativas- se vuelven adversas para el individuo. También las características del núcleo familiar del individuo o factores macrosociales son generadores de estrés.

La contribución de Richard Lazarus (1984), al estudio del estrés resulta fundamental para comprender la relación particular entre el individuo y su entorno, teniendo en cuenta las características del sujeto, por un lado, y la naturaleza del medio por otro. Justamente la evaluación cognitiva que éste realiza de la amenaza y de sus propios recursos para afrontarla será lo que determinará las consecuencias sobre su salud. Además, hay que tener en cuenta que el estrés es un fenómeno que no se puede evitar, tal como señaló Selye (1973), siendo necesario para la supervivencia del individuo y positivo en ciertos niveles.

Los aportes realizados por Zubin y Spring (1977) al Modelo de Vulnerabilidad-estrés fueron importantes para comprender la interacción entre la esquizofrenia y el estrés, entendiendo que el estrés brinda una oportunidad para que la vulnerabilidad cause el trastorno. Estos aportes abrieron la puerta para que se dé una ampliación en este campo, aportando además una visión bastante diferente sobre la enfermedad, para quienes su naturaleza es episódica. En los últimos años las investigaciones dieron grandes avances a en esta área – describiéndose procesos neurobiológicos-, que lograron una mejor comprensión de esta compleja interacción entre estrés y enfermedad mental. A pesar de esto, aún falta para comprender cómo se da esta interacción, es decir en función de qué se desarrollan patologías producto de eventos adversos en algunas personas y no en otras.

En este sentido, resulta importante poder contribuir científicamente, desde la psicología, para el diseño de investigaciones que tengan el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad. Los posibles indicadores de vulnerabilidad serían aquellas características persistentes que pueden identificarse

antes del comienzo de la enfermedad y que ayudarían a predecir los síntomas futuros. Igualmente, sería muy útil que se profundice en los elementos que actúan como estresores y la forma en cómo actúan, para poder predecir futuras descompensaciones o recaídas.

De acuerdo a lo anterior, la intervención podría darse a través de la implementación de programas y políticas sociales, para la identificación precoz de las personas que están en riesgo de en el futuro presentar el trastorno. La intervención temprana mejoraría el pronóstico del paciente, resultando menos costoso su tratamiento, disminuyendo las tasas de re-hospitalizaciones y recaídas.

Asimismo, se espera promover una reflexión acerca de lo fundamental que es un abordaje clínico que apunte a comprender al paciente esquizofrénico en forma integral, inmerso en una realidad particular que es atravesada por el momento histórico y las condiciones sociales. De modo que, pensar los efectos de los factores psicosociales, supone tener en cuenta los aspectos macrosociales en conjunción con los individuales. Por otra parte, una mayor toma consciencia acerca de esto por parte de los profesionales que trabajan con esta población lograría mejorar la práctica clínica, considerando las posibles problemáticas asociadas a la enfermedad que a diario deben enfrentar los pacientes, muchos de los cuales se encuentran en desventaja social y/o económica, con baja accesibilidad a la educación y al empleo, resultando mucho más dificultoso el tratamiento.

Si bien muchas de estas condiciones de los pacientes no se pueden mejorar clínicamente, sí se pueden desarrollar más y mejores estrategias de intervención psicosociales que tengan en cuenta el contexto del paciente, con el objetivo de minimizar la vulnerabilidad del paciente ante el estrés mediante una mejor comprensión de este fenómeno. Este enfoque apunta a identificar las reacciones propias que cada sujeto frente al estrés y capacitándolo sobre el manejo del mismo. Por ejemplo, aportando herramientas que aumenten sus recursos para hacer frente a los conflictos y tensiones interpersonales, o que adquieran habilidades sociales que facilite su adaptación. En este sentido, esto beneficiará a los pacientes es en sus vidas diarias, en la medida en que sean capaces de reducir los niveles de estrés, minimizando los efectos negativos del mismo y teniendo un mejor bienestar psicológico, facilitando la recuperación o evitando recaídas y en el mejor de los casos, reduciendo las probabilidades de sufrir enfermedades mentales

Concluyendo, la gran mayoría de los estudios realizados hasta el momento que han aportado información respecto a la relación entre estrés y esquizofrenia, coinciden en que ciertos estresores o condiciones desfavorables que presenta el individuo o su entorno, inciden en el desarrollo de la esquizofrenia. Si además estos se prolongan en el tiempo, en el largo plazo provocarían algunas consecuencias en el individuo, ya sea potenciando y perpetuando los efectos nocivos del trastorno, actuando como precipitantes o coadyuvantes de recaídas, interfiriendo con su rehabilitación o provocando un deterioro del enfermo. En suma, incidiendo negativamente en la vida de la persona.

#### IV. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA), (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV-TR.)* (4ª ed. de. T.R.). Masson S.A.
- American Psychiatric Association (APA), (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. (5ª ed.). Panamericana.
- Barrón López de Roda, A., Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, n. 1, pp. 17-23.  
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=408>
- Bedoya Cardona, E. Y., Ardila Rodríguez, W. A., Cañas Betancur, D. C., y Vásquez Caballero, D. A. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, n. 2, pp. 8-13.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179354005003>
- Buendía Vidal, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Pirámide.
- Butjosa, A., Gómez-Benito J., Ochoa, S. (2014). Acontecimientos vitales estresantes y primer episodio psicótico. *Psiquiatría Biológica*, n. 2, pp. 43-58.  
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.001>
- Castro-Fernández, M., Perona-Garcelán, S., Senín-Calderón, C. y Rodríguez-Testal, J. F. (2015). Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos. *Acción Psicológica*, n. 2, pp. 95-108.  
<https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15824>
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. (8ª ed.). Masson S.A.
- Fernández Blanco, J., Sánchez Vicente, M. (2003). La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. *Psychosocial Intervention*, n. 1, pp. 7-18.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818041007>
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3ª ed.). Panamericana.

- Ingram, R. E., y Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. En B. L. Hankin y J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32–46). Sage Publications, Inc.  
<http://dx.doi.org/10.4135/9781452231655.n2>
- Kaplan, H. I., Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría*. (11ª ed.). Panamericana.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lemos-Giráldez, S. (1986) Esquizofrenia: ¿Enfermedad crónica? I. Consideraciones teóricas. *Estudios de Psicología*, n. 25, pp. 37-53.  
<https://doi.org/10.1080/02109395.1986.10821446>
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A. G., Hernández-Domínguez, L., y Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, n. 2, pp. 353-360.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589019>
- Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, n. 7.  
<http://reme.uji.es/articulos/amuely9391302101/texto.html>
- Nuechterlein, K. H., y Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin*, n. 2, pp. 300-312.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- Ordóñez-Cambor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L. y Pizarro, J.. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología*, n. 3, pp. 283-294.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97036176001>
- Palomo, T., Jiménez-Arriero, M. Á., Fernández Liria, A., Gómez Beneyto, M., Vallejo Ruiloba, J. (2009). *Manual de Psiquiatría*. ENE Publicidad.
- Perona, S., Gallach, E., Vallina, O., y Santolaya, F. (2004). *Tratamientos Psicológicos y Recursos utilizados en la Esquizofrenia. Guía Breve para Profesionales y*

*Familiares. Tomo I.* COPCV - Colegi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valencian.

Pruessner, M., Iyer, S. N., Faridi, K., Joobor R. y Malla A. K. (2012). Estrés y factores protectores en individuos en riesgo ultra-alto de psicosis, pacientes con un primer episodio de psicosis e individuos de control sanos. *Psiquiatría Biológica*, n. 1, pp. 6-14.

<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2012.09.006>

Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, n. 1, pp. 141-157.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>

Selye, H. (1973). The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*, n. 6, pp. 692-699. [www.jstor.org/stable/27844072](http://www.jstor.org/stable/27844072)

Vila Badia, R. (2018). *Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos* [Tesis de Maestría, Universidad Internacional de La Rioja].

<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/6469/VILA%20BADIA%2c%20REGINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1986). Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, n. 27-28, pp. 87-109.

<https://doi.org/10.1080/02109395.1986.10821469>

Zubin, J., Magaziner, J. y Stzinbauer, S. R. (1983). The Metamorphosis of Schizophrenia: From Chronicity to Vulnerability. *Psychological Medicine*, n. 3, pp. 551-557.

<https://doi.org/10.1017/S003329170004798X>

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, n. 2, pp. 103-26.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>