

**LA EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR
EN UNA MUESTRA COSTARRICENSE
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS**

Sylvia Sánchez Oller

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona 2001

Introducción

La familia representa, en el ámbito mundial, el ente social donde conviven las personas la mayor parte del tiempo y también lo es para la mayoría de los individuos que padecen algún trastorno mental, al menos en el momento de la primera crisis. Se reconoce universalmente que la familia muchas veces provee un ambiente de apoyo, pero también que otras veces se convierte en una fuente potente de tensiones psicológicas. La interacción entre vulnerabilidad biológica e influencias psicológicas, psicosociales y culturales parece cada vez más clara; el papel que juegan las presiones de los miembros familiares en la etiología de algunas condiciones psiquiátricas se ha convertido en una interesante área de investigación.

La esquizofrenia, una de las más enigmáticas enfermedades mentales, no se escapa del anterior supuesto. Un problema importante a la hora de estudiar las influencias familiares sobre el origen de la esquizofrenia, - y desde luego de otras psicopatologías -, es que no hay una manera de identificar con certeza a aquellos individuos que son susceptibles a la enfermedad con anterioridad al desarrollo de los síntomas.

Los trabajos de R. W Lidz y Lidz (1949); Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) y Singer y Wynne (1963) atribuyeron el origen de la enfermedad a los padres de los pacientes. Estas teorías, que se introdujeron en los decenios de 1950 y 1960, influenciaron toda una generación de investigadores clínicos y condujeron al desarrollo de métodos terapéuticos que excluían a los familiares del seguimiento, aspecto que resultaba culpabilizante para la familia. La antisiquiatría incurrió en forma diferente en diversas culturas, de manera que en unas fue un aspecto teórico sin mayor trascendencia, mientras que en otras convulsionó en el manejo psiquiátrico. Lo importante de este movimiento fue que logró incorporar una mayor conciencia social sobre las enfermedades mentales, el aspecto social de las mismas y el cuestionamiento de las recaídas.

Los hospitales mentales de América del Norte y Europa valoraron un cambio radical en las actitudes de los profesionales hacia los cuidados de pacientes psiquiátricos. Aunque había quienes dudaban de la desinstitucionalización y estaban en contra de ésta, las realidades de los

cuidados comunitarios pronto comenzaron a tomar fuerza y los pacientes dados de alta empezaron a integrarse en la comunidad. Los pacientes que no lograban integrarse y a quienes se les consideraba un fracaso de la nueva política de salud mental, llegaron a ser el foco de atención de los profesionales.

Este interés se fomentó en el Consejo Médico de Investigación (Medical Research Council, MRC) del Instituto de Psiquiatría Social en Londres y condujo a una serie de estudios de seguimiento de los pacientes esquizofrénicos que eran dados de alta de las instituciones psiquiátricas. En las readmisiones de los pacientes se tuvo en cuenta el grupo de convivencia del que provenían. En general, los pacientes que dejaban el hospital para irse a vivir con sus padres o su cónyuge tuvieron un peor resultado que aquellos que iban a vivir por sí solos. Estos resultados estuvieron sujetos a más de una interpretación, como por ejemplo, que los familiares que viven con los pacientes son más intolerantes al comportamiento perturbado que los vecinos o amigos de los pacientes solitarios y por tanto es más probable que faciliten la readmisión. Estos inicios de investigación pudieron ser el comienzo de varios estudios que combinaron el enfoque epidemiológico del estudio inicial con un examen minucioso del comportamiento de pacientes y sus relaciones con sus familiares.

El interés de las influencias familiares sobre los pacientes esquizofrénicos creció después de los estudios de seguimiento mencionados anteriormente. El punto de partida de estos estudios se interesaba en conocer qué factores hacían que la esquizofrenia empeorara o mejorara. Esta pregunta pudo ser contestada en un período relativamente corto de tiempo, usando técnicas estándares de investigación. Surge un concepto desarrollado por George Brown (1961): el constructo de emoción expresada (EE). Operacionalmente, la EE es un conjunto de variables en el cual el familiar de un paciente psiquiátrico habla sobre éste de una forma hostil o emocionalmente sobreimplicada durante una entrevista clínica semiestructurada: La Entrevista Familiar Camberwell (Family Interview Camberwell, CFI)

La EE ha sido utilizada entre los investigadores como un índice indirecto de las interacciones entre los pacientes y los miembros familiares en estudios pronósticos de recaída psiquiátrica. Numerosas investigaciones han demostrado que los pacientes psiquiátricos que regresan al hogar después de una hospitalización y viven junto a familiares que son valorados

con una Alta EE sufren recaídas más frecuentemente que aquellos pacientes que viven con miembros familiares menos críticos.

Además, se ha demostrado que las intervenciones destinadas a disminuir los niveles de la EE en los miembros familiares han reducido la probabilidad de recaída psiquiátrica temprana en pacientes que han dejado el hospital.

La literatura sobre el concepto de la emoción expresada (EE) - y en particular la supuesta influencia de las relaciones familiares sobre el curso de enfermedad psiquiátrica -, ha ido creciendo paulatinamente y ha provocado tanto interés como controversias. Frecuentemente, los lectores que ahondan en la literatura por primera vez se sorprenden al descubrir una trayectoria de más de 30 años de duración y que comenzó con una pregunta: "*¿Por qué algunos pacientes esquizofrénicos recaen repetidamente después de salir del hospital y otros no?*" (Vaughn, 1989). El desarrollo de las técnicas de investigación apropiadas fue seguido por una serie de estudios que llevaron a la implementación y planificación subsiguiente de programas de tratamiento para familias. Mientras los primeros estudios se enfocaron en la recaída en pacientes adultos que sufrían esquizofrenia, los actuales esfuerzos de investigación exploran la influencia posible de la EE sobre diferentes tipos de condiciones psiquiátricas y físicas que afectan a personas de todas las edades.

En medio de estas investigaciones, parece oportuno revisar lo que se conoce y no se conoce acerca del constructo EE. La presente Tesis Doctoral tiene dos partes:

La primera: una revisión bibliográfica que resumirá algunas de las investigaciones recientes en la literatura de la EE. Se comenzará por describir el surgimiento del concepto ya mencionado, el cálculo de las escalas de la EE y el contexto en el cual los altos niveles de la EE han sido encontrados. Luego, se examinará la relación entre altos niveles de la EE y el incremento del riesgo de recaída psiquiátrica. Y finalmente, se considerarán los diferentes modelos de terapia familiar en la esquizofrenia, evaluando la eficiencia de estos modelos.

La segunda: los resultados de un estudio exploratorio llevado a cabo con población costarricense de pacientes esquizofrénicos, en el cual fue valorada la Emoción Expresada familiar durante 9 meses de seguimiento.

CAPÍTULO 1: Emoción Expresada

1.1. ¿Cómo nace el constructo Emoción Expresada?

En el decenio de 1950, George Brown y sus colegas del MRC del Instituto de Psiquiatría Social en Londres (Institute of Social Psychiatry: Medical Research Council) iniciaron una serie de investigaciones epidemiológicas las cuales abarcaron 12 años e involucraron tres proyectos separados. El amplio propósito de este trabajo era comprender qué sucedía a los pacientes esquizofrénicos dados de alta: específicamente, buscar algunas explicaciones *ambientales* de recaída en la esquizofrenia y que coincidía además, con la nueva política hospitalaria de altas masivas puesta en marcha con la reforma psiquiátrica.

Esta nueva política de desinstitucionalización provocó una mayor movilidad de los pacientes, con un incremento del 50% en el número de admisiones hospitalarias, de las cuales tan solo el 10% eran pacientes de nuevo ingreso (Brown, 1961). Tal situación suscitó el interés de un grupo de investigadores del Instituto de Psiquiatría Social, que encabezados por G. Brown iniciaron una serie de investigaciones con el objetivo inicial de hacer un seguimiento de la evolución de estos pacientes esquizofrénicos desinstitucionalizados tras un período variable de hospitalización, la calidad de ajuste en la comunidad y los factores que mediatizaban en el mismo.

Paulatinamente al avance de estos trabajos y como una consecuencia de los resultados emergentes, el objetivo de la investigación fue restringiéndose al análisis de las pautas de relación familiar que tienen una influencia directa en el curso del trastorno esquizofrénico.

Debido a la propia orientación profesional del primer investigador (Brown), cuya formación era fundamentalmente sociológica, se trata de estudios que carecen de una base teórica con relación al trastorno esquizofrénico. Tal como los propios autores analizan el proceso retrospectivamente (Brown, 1986), éste se basa más bien en la intuición de que la esquizofrenia está influida por la experiencia social.

La primera investigación comenzó en 1956 y era un estudio de 229 pacientes varones crónicos dados de alta que habían sido pacientes internos por dos años o más (Brown, Carstairs y Topping). El estudio condujo a dos resultados sorprendentes: primero, que había un nexo importante entre la recaída sintomática y el tipo de grupo de convivencia al que el paciente regresaba al salir del hospital. Los pacientes que volvían a vivir con sus padres o con su cónyuge tenían significativamente más probabilidad de recaer que aquellos pacientes que no lo hacían. Segundo, en aquellos pacientes que volvían a vivir con su madre, la recaída clínica fue significativa en términos de si la madre, el paciente o ambos, trabajaban fuera del hogar. Los autores encontraron que los lazos emocionales más fuertes correlacionaban con mayor número de ingresos hospitalarios, especialmente cuando el contacto personal del paciente con su familiar era durante un tiempo prolongado.

Estos resultados permitieron considerar si al reducir el efecto del contacto cara a cara permitiría combatir la atmósfera adversa que puede vivir el paciente en su propio hogar.

Tres fuentes de datos apoyaron lo anterior:

- 1.** Los pacientes que vivían solos o con algún hermano recaían con menos frecuencia (17%) que los que convivían con sus padres (36%) o con algún cónyuge (50%).
- 2.** Aquellos pacientes que cambiaron de grupo familiar tras el alta (debido normalmente a una estancia más prolongada en el hospital) recayeron en menor medida que los que volvían a su grupo familiar inicial (16% frente a 37%).
- 3.** Si la madre trabajaba, era índice de mejor pronóstico (16% de recaída frente al 55%).

Todo esto llevó a la conclusión de que existen ciertas características de las relaciones familiares y conyugales que no son deseables para el enfermo esquizofrénico. La hipótesis que emergió de tales resultados fue que el tipo de grupo familiar se relaciona con la recaída porque refleja el clima emocional dominante en el hogar.

En 1959, miembros del mismo equipo planificaron una segunda investigación de carácter retrospectivo, dirigida a probar las hipótesis derivadas del trabajo anterior (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962); decidieron desarrollar más medidas directas de las relaciones familiares. Se hicieron juicios sobre la cantidad y el tipo de emoción expresada dada por 128

pacientes varones dados de alta (hospitalizados por un período mínimo de un mes y cualquier tiempo de estancia) y familiares claves femeninos visitadas en el hogar que se evaluaron en el momento del alta y un año después de ésta, tanto al paciente como a los familiares. Definieron previamente los distintos modos susceptibles de emoción expresada que se encontraron en estas familias y crearon las siguientes escalas de evaluación:

1. Cantidad de emoción mostrada por el familiar hacia el paciente.
2. Hostilidad mostrada por el familiar hacia el paciente.
3. Grado de dominancia ejercido por el familiar.
4. Cantidad de emoción mostrada por el paciente hacia el familiar.
5. Hostilidad mostrada por el paciente hacia el familiar.

En el año después del alta, 56% de los pacientes que volvieron a hogares de "alta involucración emocional" recayeron con síntomas floridos, frente al 25% de los pacientes que volvían a hogares de "baja implicación emocional". La relación entre la "involucración" del familiar y el subsiguiente deterioro del paciente no podría ser explicada simplemente por diferencias de las condiciones clínicas en el momento del alta, y se preguntaban si tenía que ver que el paciente volviera con sus padres, con su cónyuge u otro familiar. Los pacientes que mostraban mucha menos "involucración" con sus familiares, y cuyas clasificaciones eran menos altas se asociaron con recaídas más tardías.

Estos resultados prometedores y a la vez cuestionables llevaron a preguntarse y aún preguntan: ¿Es la variable EE independiente del deterioro esquizofrénico o es por el contrario una reacción al trastorno?. Había interrogantes acerca de la influencia de otros factores sobre el curso de la enfermedad: el papel de medicación prescrita, la cantidad de contacto cara a cara entre pacientes y familiares, la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes. De manera que se realizaron nuevas investigaciones destinadas a encontrar los componentes de tal "implicación emocional", y se diseñó un estudio adicional en los que se prestó atención particular a los instrumentos de medida.

El estudio final, comenzó en 1967, con Jim Birley, John Wing, Judy Clarke, Rita Lang, Margaret Rayfield y Susan Reid, después de 2 años de trabajo en el desarrollo de nuevas medidas de la vida familiar. El resultado de este equipo fue la Entrevista Familiar Camberwell

(CFI), un instrumento de investigación destinado a registrar la gama de sentimientos y emociones que se pueden encontrar en las familias. Todos los juicios de "emoción expresada" (EE) están basados en ésta. Su forma abreviada (Vaughn y Leff, 1976a) toma entre 60 y 90 minutos para administrarse; la versión original tomaba cerca de 5-6 horas. Los familiares claves en el hogar del paciente (hombre y mujer) se entrevistan en sesiones separadas en el momento de una crisis, inmediatamente después del ingreso hospitalario del paciente. Todas las entrevistas son grabadas en cintas para luego analizarlas.

La Entrevista Familiar Camberwell fue utilizada en el tercer estudio (Brown, Birley y Wing, 1972) para identificar los aspectos de la vida familiar que se asociaron con una recaída después del alta en 101 pacientes hombres y mujeres. De los centenares de escalas que se emplearon originalmente, únicamente tres mostraron relaciones independientes con el curso de esquizofrenia: los comentarios críticos del familiar, la hostilidad y la sobreimplicación emocional. Estas tres escalas (la primera como medida de frecuencia, la segunda y tercera como medidas globales) se combinaron en un índice de emoción expresada (EE).

Un pequeño esquema de la trayectoria que llevó al equipo de Brown hasta la elaboración de la Camberwell se muestra a continuación:

CUADRO 1. Los estudios pioneros de la Emoción Expresada		
Brown, Carstairs y Topping	1956 32% reingresos pacientes solos " padres " cónyuge " cambio hogar " = grupo fam. madre trabaja fuera de casa madre trabaja en casa	229 pacientes (1 año) 17% recaían 36% " 50% " 16% " 37% " 16% " 55% "
Brown, Monck, Carstairs y Wing	1962 hogares de "alta involucración emocional" hogares de "baja involucración emocional"	128 pacientes 56% recaían 25% recaían
Brown, Birley y Wing	1972 nace la Entrevista Familiar Camberwell	101 pacientes

Los resultados principales del estudio de Brown *et al.*, (1972) fueron replicados sucesivamente en estudios de seguimiento retrospectivo llevados a cabo en Londres (Vaughn y Leff, 1976b) y en Los Angeles (Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon, 1984). (Para entonces, Brown seguía estudios de depresión.) El índice de recaída en estos tres estudios fue muy similar. En cada ejemplo, los pacientes que volvían a hogares de Alta EE después del alta del hospital tenían de tres a cuatro veces más de probabilidad en recaer durante un período de nueve meses de seguimiento que los pacientes que volvían a hogares de Baja EE, como se muestra en la siguiente tabla:

CUADRO 2. Actitudes emocionales de familiares y recaída de esquizofrenia en los tres estudios británicos pioneros.		
Estudio	Recaída (%)	
	Alta involucración o EE*	Baja involucración o EE*
Brown, Monck, Carstairs y Wing (1962)	76	28
Brown, Birley y Wing (1972)	58	16
Vaughn y Leff (1976a)	50	12
* "Involucración" para Brown <i>et al.</i> , (1962); "EE" para los otros estudios.		

Esta asociación importante también se mantuvo en seguimiento de dos años del alta en un estudio adicional (Leff y Vaughn, 1981) de pacientes del estudio de Vaughn y Leff (1976b). En cada uno de los estudios, la EE de los familiares en el momento del ingreso resultó ser el mejor predictor de recaída sintomática, más poderoso aún que cualquier aspecto clínico de la enfermedad del paciente. Otros dos factores, la medicación regular (fenotiazina) y reducir el contacto con familiares, ejercieron una influencia protectora sobre aquellos pacientes que volvían a hogares de Alta EE.

Como se puede apreciar el término "emoción expresada" apareció tarde en el transcurso de estas primeras investigaciones. En el primer estudio, concluyeron que no siempre era beneficioso el que un paciente esquizofrénico regresara con sus familiares más cercanos (como padres o cónyuge) después del alta. En el segundo estudio, usaron el término "alta involucración emocional"; y el término más neutral "la emoción expresada" se formuló en la tercera investigación.

1.2. Emoción Expresada como una Medida del Ambiente Familiar

El constructo Emoción Expresada (EE), refleja la cantidad-calidad de las actitudes hacia el paciente que se expresan en el contexto de una entrevista mantenida individualmente con cada uno de los familiares más significativos del mismo.

El índice de la EE se valora en función del contenido y tono afectivo de los comentarios hechos por un familiar sobre un miembro familiar específico durante el transcurso de la entrevista semi-estructurada **Camberwell Family Interview** (CFI), de 1 a 1_ hora de duración. La CFI se usa para preguntar a los miembros familiares de pacientes psiquiátricos sobre acontecimientos que llevaron a la hospitalización actual del paciente. Sin la estructuración de la entrevista, los familiares dejan de hablar del paciente y sus síntomas. La entrevista es grabada para valorarla después.

Las valoraciones se hacen sobre 5 escalas principales: *criticismo, hostilidad, sobre-implicación emocional, calidez y comentarios positivos.*

El **criticismo** se mide por el número total de comentarios críticos que el familiar hace sobre el paciente durante el curso de la entrevista. Un comentario crítico es cuidadosamente definido en un manual usado en conjunto con la CFI. Los comentarios críticos son "frases que por la manera en que están expresadas constituyen un comentario desfavorable sobre el comportamiento o la personalidad de la persona que se refiere" (Vaughn y Leff, 1976). El criticismo se hace evidente en el contenido o en aspectos vocales del discurso. De acuerdo a la experiencia, los familiares de pacientes esquizofrénicos son valorados con Alta EE si ellos hacen 6 ó más comentarios críticos durante el curso de la CFI.

La **hostilidad** es definida como

- crítica generalizada
- rechazo del paciente como persona
- o una combinación de crítica generalizada y rechazo.

Esta escala se mide con base a una escala global que va de 0 a 3. Un familiar muy crítico no necesariamente es hostil, incluso un gran número de comentarios críticos no implican aversión o rechazo de la persona necesariamente. Se considera que existe hostilidad cuando se ataca a la persona por lo que es más que por lo que hace. El sentimiento negativo se generaliza de tal forma que se expresa contra la persona en sí misma, más que contra conductas o atributos particulares.

La **sobre-implicación emocional** puede ser detectada y valorada como cualquier respuesta conductual durante la entrevista (como las otras escalas), o como una conducta manifiesta fuera de la entrevista. Ésta compromete algunos elementos diferentes, cualquiera de los cuales puede dar lugar a una valoración alta. Estos son:

- respuestas exageradas emocionales,
- auto-sacrificio inusual y dedicación,
- sobrepotección que sea considerada inadecuada para la edad del paciente, y
- una incapacidad para mantener un límite entre la existencia del sujeto y la del paciente.

La sobre-implicación es valorada en una escala global que va de 0 a 5.

La **calidez** se refiere no a una cualidad general en la respuesta de la personalidad, pero sí a una emoción expresada específicamente sobre el paciente. Esta también es valorada en una escala global de 0 a 5.

Un **comentario positivo** es una afirmación que expresa elogio, aprobación o apreciación de la conducta o personalidad del paciente. Como con el criticismo, el número de comentarios positivos que se hicieron a través de la entrevista es contado.

Sobre las cinco escalas, es necesario que los evaluadores pongan atención no solamente al contenido de los comentarios de los familiares sino también a los aspectos vocales de sus discursos, incluyendo tipo, volumen y tono.

1.2.1. Implicaciones de Alta EE

El valor de esta evaluación ha sido establecido en una serie de estudios, revisados por Kuipers (1979). Los familiares son caracterizados como de Alta Emoción Expresada si puntúan sobre ciertos niveles para criticismo o sobre-implicación, o si expresaron alguna hostilidad hacia el paciente. Se encontró que los pacientes esquizofrénicos cuya enfermedad remitió y que habían regresado a vivir con familiares de Alta EE tuvieron más probabilidad de recaer durante un seguimiento de 9 meses que aquellos que regresaron con familiares de Baja EE (Brown *et al*, 1972; Vaughn *et al*, 1984); y el mantenimiento de la asociación causal entre Alta EE y recaída esquizofrénica ha sugerido la necesidad de procesos controlados de intervención en familias de Alta EE (Leff *et al*, 1982). En uno de los primeros estudios se encontró que el grado de criticismo expresado por familiares predecía la recaída en depresión neurótica (Vaughn y Leff, 1976a) y además el umbral para alto y bajo criticismo fue mucho más bajo que para el de esquizofrenia. Los resultados han sido replicados por Hooley *et al*, (1986).

Así, los familiares de Baja EE tienen más probabilidad de creer que el paciente sufre de una auténtica enfermedad, más probabilidad de combinar una empatía objetiva con una mayor tolerancia al comportamiento perturbado y más probabilidad de usar un lenguaje neutral para describir tal comportamiento. Los informes de Baja EE de su propio comportamiento hacia el

familiar enfermo sugieren que ellos son más flexibles y adaptables que aquellos que tienen una Alta EE, mostrando más habilidades para resolver problemas. Estos están más calmados ante una crisis y generalmente se comportan de manera menos intrusiva.

Afirman Wuerker y sus colaboradores, (1999) que varios investigadores han encontrado que los familiares con una Alta EE tienen la tendencia a considerar los síntomas de la esquizofrenia, especialmente los síntomas negativos, como si fuesen controlados por el paciente, mientras que los familiares de Baja EE lo consideran parte de la enfermedad. Además, entre las familias de Alta EE tienden a usar frases críticas en respuesta a las frases críticas de los miembros familiares, por lo que se aprecia un interactuar de comentarios críticos entre ambos.

Estas impresiones durante la entrevista, basadas en cientos de informes de personalidad a través de varias culturas, han sido confirmadas por investigaciones independientes sobre interacciones directas entre el paciente y el familiar en estudios de esquizofrenia (Kuipers, Sturgeon, Berkowitz y Leff, 1983; Valone, Norton, Goldstein y Doane, 1983; Miklowitz, Goldstein, Falloon y Doane, 1984; MacCarthy, Hemsley, Schrank-Fernandez, Kuipers y Katz, 1986; Strachan, Leff, Goldstein, Doane y Burt, 1986), depresión (Hooley, 1986; Hooley y Hahlweg, 1986) y anorexia nerviosa (Szmukler, Berkowitz, Eisler, Leff y Dare, 1987).

Leff y Vaughn (1976) desarrollaron un CFI Abreviado en sus investigaciones y de igual forma que Brown y sus colaboradores, llegaron a la hipótesis de que un alto nivel de EE es un índice de las características de los familiares del paciente con probabilidad de causar una recaída sintomática.

El índice EE representa una heterogeneidad combinada de criticismo (CC), hostilidad (H) y sobreimplicación (SIE). Las primeras investigaciones de EE demostraron que las tres variables predecían las recaídas de los pacientes (ej., Brown y otros, 1972). La variable más evidente en diferentes investigaciones ha sido CC y autores como Hooley *et al*, (1995) consideran que el constructo de Emoción Expresada debería simplificarse y renombrarlo simplemente con el criticismo.

Sin embargo, en la demostración en Chandigarh, India, (1987) la variable hostilidad más que criticismo fue el componente de EE que era más significativamente predictivo de la recaída del paciente. Los autores han señalado que la presencia de hostilidad significó entre un 38-36% de recaída ante la relación de ausencia de hostilidad-recaída de 10-15%. Por estas razones es por lo que más adelante se cuestiona también el aspecto cultural en las evaluaciones familiares.

Vale la pena anotar que la mayoría de los estudios que han examinado la relación entre la EE y el paciente con recaída, no observan interacciones negativas entre los miembros familiares y los pacientes en sus ejemplos. En la CFI, la emoción que se "expresa" es manifestada a un investigador, no a un paciente directamente. La suposición de estos estudios es que las críticas y afectos expresados negativamente por los miembros familiares acerca de los pacientes durante la CFI son también reflejados en sus diarias interacciones. Como se indicó con anterioridad, numerosos estudios han dado apoyo empírico para este supuesto.

Un análisis de datos agregados de 1346 pacientes de 25 estudios mostró que el promedio de recaída después de 9 meses del alta en familias de Alta EE era un 50% comparada con 21% en familias de Baja EE (Bebbington y Kuipers, 1994). Además los efectos protectores del tratamiento con antipsicóticos y de la reducción del contacto social con familiares de Alta EE, descubiertos en estudios anteriores, fueron confirmados también por este análisis agregado. Los pacientes en familias de Alta EE que estaban en contacto alto con sus familiares tuvieron un valor de recaída a los nueve meses de un 57% comparado con el 45% para aquellos en que el contacto era bajo.

Se ha considerado si la Emoción Expresada es una característica de respuesta del familiar (rasgo) o una respuesta familiar a circunstancias específicas o las personas (estado) (Schreiber J.L.; Breier A. y Pickar D., 1995), y para ello se llevó a cabo este estudio exploratorio con diecisiete familiares que participaron en dos entrevistas grabadas, usando las versiones modificadas de la Entrevista Familiar Camberwell. Una de las entrevistas se refirió al hijo con esquizofrenia crónica y la otra a un hermano sano. Las clasificaciones subsiguientes de las escalas de EE: comentarios críticos (CC), sobreimplicación emocional (SIE) y la calidez se completaron y compararon, dando como resultados que los modelos de respuesta de EE dirigidos hacia pacientes, frente a los de los hermanos, eran significativamente diferentes sobre

dos variables: SIE ($p = 0.01$) y calidez ($p = 0.02$). Los familiares mostraron significativamente más sobreimplicación emocional hacia el hijo con esquizofrenia y significativamente más calidez hacia el hijo sano. De manera que estos datos sugieren que las variables de EE de SIE y la calidez son relativas al estado de hijo, y la carencia de una importante diferencia en CC sugiere que esta es una característica familiar.

La importancia de la EE de los familiares en los trastornos psiquiátricos es actualmente, fuera de toda duda, un aspecto de considerable interés tanto en culturas de habla inglesa como en otras, a ambos lados del Atlántico. Una destacada tendencia a realizar estudios en diferentes culturas ha ido en aumento, e investigadores de la República Federal Alemana, Holanda, Austria, España, Italia, Bélgica, Yugoslavia, Malasia, Japón, Egipto e India (por mencionar algunos) han sido entrenados en esta técnica durante más de 100 horas, bajo la dirección de la Dra. Christine Vaughn, en el Medical Research Council de Londres. Además, como se puede constatar, la CFI ha tenido modificaciones importantes y versiones culturales: alemana, danesa, japonesa, hindi, italiana, española. (Vaughn y Leff, 1976; Mino, Y., Tanaka, S., Tsuda, T., Babazono, A., Inoue, S. y Aoyama, H. 1995)

1.3. El alcance de la Alta EE en otros trastornos

El constructo de EE fue estudiado hace más de 30 años en el Instituto de Psiquiatría Social (MRC) porque algunos pacientes esquizofrénicos recaían repetidamente después de haber sido dados de alta del hospital mientras que otros no. Investigaciones más recientes, han señalado que los altos niveles de EE no solamente están presentes en familias con un miembro diagnosticado de esquizofrenia. Los altos niveles de la EE han sido demostrados también en familiares de pacientes que sufren numerosos problemas médicos y psiquiátricos, incluyendo depresión, asma, manía, anorexia, agorafobia, alcoholismo, toxicomanía, demencia, enfermedad de Alzheimer, obesidad y diabetes. Los altos niveles de EE también han sido encontrados en madres de niños sanos de 3 años y en una plantilla de miembros trabajadores con pacientes psiquiátricos crónicos. (Ver Mueser K.T. *et al*, 1993; Taylor M.A. *et al*, 1993; Clerici M. *et al*, 1993; Miklowitz D.J. *et al*, 1995; García E. *et al*, 1996; Bussing R. *et al*, 1996; Fichter MM. *et al*, 1997).

En Italia, Clerici y demás compañeros (1993) estudiaron el papel de los factores emocionales en el retraso mental y el ambiente familiar. Sus datos condujeron un estudio experimental sobre 20 pacientes adultos mentalmente incapacitados institucionalizados. Las variables correspondientes a las familias fueron investigadas a través de las Escalas de Emoción Expresada (EE), y se compararon con variables similares obtenidas en una muestra de 20 pacientes esquizofrénicos y sus familias. Los resultados mostraron, en familiares de pacientes con retraso mental, un valor más alto de calidez que en familiares de esquizofrénicos ($p = 0.009$), mientras las otras escalas de la EE mostraron valores similares en ambos grupos. Dentro del grupo de las familias con miembros mentalmente incapacitados, se refleja un valor más alto de Sobreinvolucración Emocional ($p = 0.046$) en los familiares de aquellos pacientes tratados con neurolépticos. La presencia de alta Calidez y Sobreinvolucración Emocional, junto con bajo Criticismo y Hostilidad, puede interpretarse como adaptación por las familias a una enfermedad orgánica que tiene una temprana iniciación, con menos estigmatización social que la esquizofrenia.

En un reciente estudio publicado en 1999 por Burney *et al*, se compararon los estilos de interacción familiar en una muestra compuesta por 59 sujetos entre 7 y 14 años con desórdenes depresivos, desórdenes del espectro esquizofrénico y controles, y sus padres. (Instituto Neuropsiquiátrico UCLA, Los Ángeles). Los resultados de este estudio sugieren que el estado diagnóstico del hijo se relaciona con la interacción conductual entre el hijo y el padre. Entre los resultados señalan que la inducción al miedo del hijo y el duro criticismo del padre son dos componentes poderosos que caracterizan la relación disfuncional en esta etapa del desarrollo. El uso de la inducción al miedo en las interacciones familiares podría ser una característica que distingue la depresión en la niñez. Los padres de hijos con desórdenes del espectro esquizofrénico mostraron más tendencia a hacer duros comentarios críticos que los padres de los sujetos controles normales. Estos resultados son consistentes con la posición que los niños y adolescentes con problemas psiquiátricos están generalmente asociados con elementos estresantes y fricción con sus familiares. Más aún, hay estudios que confirman que las madres de hijos con trastornos del espectro esquizofrénico también muestran pensamiento desorganizado y dificultades en la comunicación clara con los familiares, que las madres de sujetos controles normales.

¿Entonces qué es EE? Goldstein y otros (1992) han sugerido que el criticismo y negatividad en parte de los familiares podrían reflejar una manifestación subclínica del genotipo esquizofrénico en el miembro de la familia. Vistos de esta manera, los altos niveles de la EE de la familia, meramente sirven para identificar pacientes con más riesgo de recaída por su alta vulnerabilidad genética. Comúnmente se presume que las personas predispuestas a episodios esquizofrénicos tienen una subyacente vulnerabilidad psicobiológica que hace difícil para ellos procesar estímulos complejos y tratos en las relaciones sociales (p. ej. Nuechterlein y Dawson 1984; Liberman, 1986). Si se aplica tal modelo de estrés/vulnerabilidad, entonces el nexo entre una respuesta de Alta EE y la recaída del paciente llega a ser más comprensible. Los familiares con Alta EE están más implicados emocionalmente con el paciente, mientras los familiares de Baja EE tienden a tener un efecto calmante y los hallazgos psicofisiológicos apoyan tal interpretación.

Cada día la experiencia nos habla que el criticismo (empíricamente, el elemento más importante del constructo EE) existe en diferente grado en todas las interacciones humanas.

Más aún, los altos niveles de la EE no son restringidos a los familiares biológicos de pacientes esquizofrénicos.

Olin SC y Mednick SA (1996) en su artículo titulado: "Factores de riesgo en la psicosis: identificación de población vulnerable premórbidamente" revisaron los indicadores de psicosis premórbida que pueden ser pertinentes a la intervención primaria. De acuerdo a su publicación, estos marcadores de riesgo se dividen en dos categorías:

(1) precursores relativos a factores tempranos etiológicos (la historia psiquiátrica de familia, complicaciones perinatales y obstétricas, déficits neuroconductuales, separación precoz parental, institucionalización y pobre función familiar) y

(2) precursores que señalizan enfermedad mental latente (las medidas de personalidad que indican propensión a la psicosis, y clasificaciones que muestran labilidad emocional, inquietud social, alejamiento social, pasividad, relaciones pobres de compañerismo, y el comportamiento disociador y agresivo).

La experiencia sugiere una interacción entre los pacientes y familiares en muchos ejemplos (Leff y Vaughn, 1985). Sus autores aseguran que las evaluaciones de la EE no necesariamente se mantienen estáticas a través del tiempo. Brown *et al*, (1972) encontraron que en aproximadamente una tercera parte de los casos, el nivel de criticismo de los familiares bajó apreciablemente tras una mejora marcada en el paciente después del alta. En estas familias, la respuesta emocional del familiar parecía ser una reacción directa al comportamiento del paciente cuando está mal. En los casos restantes, los niveles de la EE (particularmente la sobreinvolucración) tuvieron menos probabilidad de cambio al cabo de nueve meses de seguimiento. De manera que existe evidencia para mantener ambos: como "estado" y "rasgo" (Schreiber J.L.; Breier A. y Pickar D., 1995).

Para Vaughn, (1989) el índice de la EE se puede considerar como un indicador de la "temperatura emocional" en el hogar, un marcador fluctuante de la intensidad de una respuesta emocional del familiar en un punto determinado en el tiempo.

1.4. Resumen

Desde 1958 la literatura científica se ha interesado sobre la teoría y la aplicación del concepto de Emoción Expresada (EE). Los primeros estudios encabezados por el sociólogo George Brown permitieron evaluar las actitudes y los comportamientos de los pacientes y sus familiares a través de entrevistas y solamente aquellas escalas que fueron realmente significativas, conformaron el constructo de la Emoción Expresada, valorado a través de la Entrevista Camberwell.

Los estudios han utilizado un punto de corte en cada una de las escalas para considerar si la familia corresponde a una Alta o Baja Emoción Expresada y han establecido una relación entre este nivel de EE y la recaída de pacientes esquizofrénicos. Lo más frecuente ha sido que los comentarios críticos han estado asociados con altos porcentajes de recaída. Además, se han realizado estudios con otros tipos de enfermedades, con el afán de comparar los resultados y considerar la Emoción Expresada Familiar como un factor de riesgo en recaídas psiquiátricas y médicas.

La Emoción Expresada Familiar está diseñada bajo la medida de cinco escalas: criticismo, hostilidad, sobreimplicación emocional, calidez y comentarios positivos.

Las familias de Alta EE parecen comportarse de manera mucho más crítica, hostil y sobreimplicada con el paciente que las familias de Baja EE, no sólo con pacientes esquizofrénicos, sino también con depresivos, anoréxicas y otros.

CAPÍTULO 2: Emoción Expresada como factor de riesgo

La Alta EE es un factor de riesgo para la recaída en pacientes con esquizofrenia. Numerosos estudios lo han testificado en varios y diversos países. Usando datos agregados de 12 estudios publicados desde 1988, Parker y Hadzi-Pavlovic (1990) hallaron una recaída de 54% para pacientes que viven en hogares de Alta EE. Esto es más del doble de lo encontrado (24%) en pacientes que viven en hogares de Baja EE.

Además, se ha demostrado que altos niveles de EE pueden predecir también la recaída en pacientes deprimidos. Tanto Vaughn y Leff (1976) como Hooley y otros (1986) han comprobado que pacientes unipolares que regresan al hogar después de la hospitalización a vivir con miembros familiares de altos niveles de EE tiene un riesgo significativo de recaer frente a aquellos que regresan a hogares con un bajo nivel de EE. En ambos estudios, la combinación de recaída asociada con altos niveles de EE fue de un 65%; la recaída asociada con bajos niveles de EE fue de un 12%. Extendiendo la investigación de EE a pacientes maníacos, Miklowitz, Goldstein y Nuechterlein y otros (1986) mostraron una recaída de 90% en pacientes que regresan a vivir con miembros de alto nivel de EE después de la hospitalización, comparada con una recaída de 54% en el grupo de bajo nivel de EE. Los primeros datos de un segundo ejemplo de pacientes bipolares (Miklowitz, 1992) parece demostrar estos resultados. Aún más, los resultados del estudio egipcio (Okaska y otros, 1994), con más dificultad de interpretación, indican que la asociación entre el criticismo familiar y la recaída depresiva podría reproducir resultados en el ámbito cultural. Conjuntamente, estos estudios demuestran que el constructo EE tiene una validez predictiva tanto para trastornos afectivos como para pacientes esquizofrénicos. Así, un máximo de 6 comentarios críticos está asociado con recaídas en pacientes bipolares (Miklowitz y otros, 1988); mientras que en pacientes unipolares depresivos, un máximo de 2-3 comentarios críticos, es suficiente para que los resultados sean predictivos (Hooley *et al*, 1986; Vaughn y Leff, 1976).

Heckelman y Hooley (1993), por ejemplo, han relacionado altos niveles de criticismo maternal en madres normales con altos niveles de apego en sus hijos de 3 años. Koenigsberg y colegas (1993), trabajando en un área enteramente diferente, han encontrado que altos niveles de criticismo familiar predicen un más pobre control glicémico en 35 pacientes diabéticos. Por lo tanto, estos resultados sugieren que la EE no es específica de pacientes psiquiátricos.

Taylor y sus colaboradores (1993) estudiaron si existe una posible relación entre la esquizofrenia y el trastorno afectivo en estudios de familias. Identificaron 1895 familiares de primer grado de 166 pacientes diagnosticados de esquizofrenia a través del DSM - III, 71 pacientes con trastorno afectivo, y 85 con trastornos médicos; 949 de los familiares se evaluaron ciegamente. Los resultados encontrados indican que el riesgo para esquizofrenia y trastorno afectivo unipolar y trastorno bipolar es significativamente más alto en los familiares de esquizofrénicos. Esta investigación llegó a la deducción de que a pesar de las limitaciones, estos análisis preliminares, conforme con otros estudios, sugieren alguna relación familiar entre esquizofrenia y las formas severas de trastornos afectivos.

Otro estudio evalúa las interacciones verbales en las familias de pacientes esquizofrénicos y de pacientes con trastornos afectivos bipolares. Este estudio comparó el estilo afectivo o comportamiento emocional - verbal de los familiares (comúnmente padres) de esquizofrénicos (n = 42) y pacientes bipolares (n = 22) hacia los pacientes e inversa. Los familiares de pacientes esquizofrénicos tenían un estilo afectivo más negativo (particularmente intrusivo) hacia lo que hablaban los pacientes, que aquellos familiares de pacientes bipolares. Los pacientes esquizofrénicos hicieron menos comentarios favorables y más declaraciones que menospreciaban la personalidad de los familiares, que los pacientes bipolares. (Miklowitz D.J.; Goldstein M.J. y Nuechterlein K.H., 1995).

2.1. Emoción Expresada y Recaída en Esquizofrenia

En 1990, Parker y Hadzi-Pavlovic resumieron los resultados de todos los estudios publicados sobre EE- recaída esquizofrénica después de 1988. Compararon a través de 12 estudios y llegaron a la conclusión de que el riesgo de recaída con Alta EE era de 3.7 veces el riesgo de recaída asociada con Baja EE. Desde el informe de Parker y Hadzi-Pavlovic, varios estudios prospectivos adicionales han aparecido en la literatura. Nuechterlein y sus colegas tienen también actualizado su informe previo (1986) y agregaron más sujetos a sus análisis de resultados. Estos suplementos han sugerido actualizar los análisis previos de Parker y Hadzi-Pavlovic.

Aunque el número de estudios incluidos casi se ha duplicado, los resultados han cambiado muy poco. A través de los 12 estudios, la recaída a los 9-12 meses asociada con Alta EE es de 54% (344/637 pacientes). La recaída asociada con la Baja EE es de 23% (133/568 pacientes). Siguiendo a Parker y Hadzi-Pavlovic (1990), los datos del análisis revelan una posibilidad de proporción para Alta EE de 3.8.

La importancia de los resultados ha llevado a concluir que la EE es altamente predictiva (en el lapso de tiempo de entre 9 y 12 meses) de la recaída de pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivos.

El estudio de Bertrando y sus colegas italianos, realizado en 1992 en Milán, afirma que la cultura italiana tolera y encubre la expresión de emociones, de ahí que se interesaran en valorar si un nivel clínicamente significativo de calidez podría proteger al paciente de la recaída. Cuarenta y dos pacientes esquizofrénicos y sus familiares cercanos tomaron parte en este estudio. Los pacientes se seleccionaron de la sala psiquiátrica de un hospital general en Milán y se siguieron durante nueve meses. Los familiares fueron asignados al grupo de Alta EE si puntuaban 6 o más comentarios críticos, 4 ó 5 sobre la escala de sobreimplicación emocional (SIE), o mostraban hostilidad. Sobre esta base, 24 familias (57%) fueron clasificadas como de Alta EE y 18 (43%) familias se clasificaron como Baja EE. En contraste a los puntos de corte, al asignar los valores tradicionales (CC = 6; SIE = 3; H presente), los resultados fueron significativamente diferentes: 32 familias (76%) clasificadas como de Alta EE y 10 (24%) como de Baja EE.

Especificaron los valores de corte de la escala de calidez entre familias que mostraban "Alta EE" y "Baja EE". Para ello, por lo menos un miembro familiar debería de puntuar 4 ó 5 en dicha escala para definir a la familia como alta en calidez. Probablemente, dentro de los resultados más interesantes de esta investigación se halla que durante el seguimiento, la cantidad de readmisiones para el período de 9 meses fue significativamente superior para el grupo de Alta EE ($p < 0.05$). Además, menos pacientes se readmitieron de aquellas familias que mostraron calidez alta ($p < 0.05$). La presencia de calidez alta apareció estar asociada con una readmisión más baja, aún en familias de Alta EE.

Holley y colaboradores (Miller, 1995) tratan de explicar la relación existente entre la EE-recaída y para ello retoman muchas de las investigaciones que se han hecho (las cuales ya se han ido mencionando a lo largo de esta investigación) concluyendo lo siguiente:

- El vínculo EE-recaída se ha considerado como una relación causal, no obstante los altos niveles de EE han sido también considerados como reflejo de la respuesta de los familiares a los aspectos clínicos de los pacientes. El hecho de que los niveles de EE no sean estables en el tiempo es consistente con la idea, de que altos niveles de EE en los familiares es una reacción al estado clínico del paciente; como ya anteriormente se mencionó la evidencia sugiere que los altos niveles de EE bajan cuando el enfermo muestra un mejoramiento clínico.

Sin embargo, la interacción puede ser más compleja, dado que también los niveles de EE cambian según el contexto cultural en el cual se encuentre inmersa la familia. Esta diferencia sugiere definitivamente una variación cultural.

Ejemplo de ello es la investigación que mide el rechazo al paciente en una muestra israelí y las correlaciones con la recaída y la evaluación médica, (Heresco - Levy U; Brom D. y Greenberg D, 1992) en la que desarrollaron la *PRS: Patient Rejection Scale*, la escala que evalúa los sentimientos de rechazo que los familiares experimentan hacia pacientes mentales, y que se administró a una muestra de 50 miembros de familia que viven con pacientes

esquizofrénicos de consulta externa en Jerusalén, Israel. La distribución de respuestas de la PRS fue parecida a la obtenida en una prueba en la ciudad de Nueva York.

La distribución de la EE familiar y sus diferentes componentes ocuparon el estudio de la Dra. Isabel Montero y cols. (1990) en una muestra de españoles de la ciudad de Valencia y resultó tener una posición intermedia entre el informe de los países anglosajones y la distribución encontrada en la India o Galicia (Gutiérrez *et al*, 1988). El estudio valenciano puso énfasis en los hallazgos de la alta incidencia de sobreimplicación emocional registrada, la cual es solamente comparable a los datos publicados en la muestra de Madrid (Arévalo y Vizcarro, 1989) y, menos comparable, con los datos atribuidos por Vaughn y Leff en Londres (1976) (ver siguiente tabla):

TABLA 1. Distribución del Porcentaje de EE Familiar entre Pacientes Esquizofrénicos en diferentes estudios.								
	Londres 1976	Los Ángeles 1984	Aarhus 1987	Chandigarh 1987	Galicia 1988	Madrid 1989	Valencia 1990	Italia 1992
Estado EE								
Bajo	42	34	46	77	66	42	52	24
Alto	54	66	54	23	34	58	48	76
Componentes EE								
CC [•]	44	53	---	12	16	34	25	36
media	7.5	6.8	4.5	1.8	3.2	5.1	3.1	---
H	18	28	21	16	6	15	22	3
SIE [•]	21	15	---	4	16	25	30	41
[•] CC(6) [•] SIE(3)								

La observación más relevante de este estudio es el alto porcentaje de hostilidad registrada, lo cual distingue la muestra valenciana de otros estudios españoles, particularmente del informe de Galicia. En conjunto, la muestra no es muy homogénea, los familiares estudiados estaban emocionalmente sobreimplicados y exhibieron valores relativamente altos en hostilidad, junto con apenas criticismo, más actitudes tolerantes.

Estas diferencias son probablemente causadas por variables culturales. Además, la población del estudio de Galicia perteneció a un desarrollo rural/costeño; la muestra de Madrid era urbana, y los pacientes de Valencia fueron ambos: rural y urbana. Ya es bien conocido que en ambientes menos desarrollados la actitud hacia la conducta alterada tiende a ser más tolerante, con menos expectativas en términos de función social.

Otsuka T; Nakane Y. y Ohta Y. (1994) han encontrado en su estudio la más alta sobreimplicación emocional (SIE) como valor más común en el Japón que en otros países.

Oshima y sus colaboradores japoneses (1994) hicieron un análisis sobre los métodos de escalas de Emoción Expresada, para averiguar la forma conceptual unitaria en la familia. La investigación se llevó a cabo en 3 hospitales psiquiátricos en Chiba. 93 casos se siguieron después de 9 meses. Para mejorar la previsibilidad de recaída con las sub-escalas de EE se llegaron a las siguientes conclusiones:

- 1) La EE debería evaluarse en el ámbito familiar,
- 2) Las variables de Hostilidad y Sobreimplicación Emocional deberían ser usadas como dicotómicas (alto o bajo),
- 3) La Calidez y los Comentarios Positivos hacen una contribución importante, y

Asimismo, en Yugoslavia, Ivanovic y sus colegas (1994) realizaron un estudio sobre la Emoción Expresada en las familias de pacientes con esquizofrenia y su influencia sobre el curso de la enfermedad, que llevaron a cabo en una población urbana en Belgrado, tomando como condición familias donde, por lo menos, uno de los padres del paciente era un miembro del hogar. El valor total de Alta EE estuvo por debajo del 50%, en medio de la variedad de valores que se encontraron en estudios efectuados en otras partes. La recaída resultó ser 10 veces más frecuente en pacientes cuyas familias se clasificaron como de Alta EE. La muestra estaba compuesta por 30 pacientes con esquizofrenia hebefrénica y 30 con esquizofrenia paranoide. Los resultados sugirieron que estos subtipos pueden asociarse con diferentes atributos de EE. El criticismo fue más frecuente en familias de pacientes con esquizofrenia paranoide, mientras la sobreimplicación emocional lo fue en familias que tienen un descendiente hebefrénico. Los componentes diferentes de EE, convenientemente combinados, pueden diferenciar entre los dos subtipos de esquizofrenia desde el punto de vista de la clasificación de la recaída. Las

probabilidades de recaída relativas para el criticismo alto eran similares para ambos subtipos, pero para la sobreimplicación emocional (SIE) las probabilidades eran 10.5 para los hebefrénicos contra 2.3 para la esquizofrenia paranoide. Así, SIE era más común en las familias de pacientes hebefrénicos, que también condujo con más frecuencia a la recaída. Había también una relación inversa entre el valor de recaída y calidez, paternal o maternal. Esto fue importante en ambos subtipos, e indica que el umbral para el efecto positivo de calidez era más alto para padres que para madres. El conflicto conyugal tenía importancia relativa sobre la recaída, principalmente porque se asoció con Alta EE.

El uso del constructo de la Emoción Expresada como un predictor de recaída en primera admisión de los pacientes esquizofrénicos en una área de Suiza de habla francesa fue estudiada por Huguelet y otros en 1995. Un estudio prospectivo de 5 años de 44 pacientes esquizofrénicos de primer ingreso se llevó a cabo en Ginebra, a fin de evaluar el valor pronóstico de Emoción Expresada (EE). El poder predictivo del índice de la EE fue valorado en función de 3 variables: total de recaídas, adaptación social y estancias en el hospital. El índice de EE y las variables tendieron a estar asociadas. Después del tercer año, los pacientes que vivían con familiares de Alta EE eran significativamente más desajustados y recaían más que aquellos que vivían con familiares de Baja EE. De hecho, los pacientes que presentan más aspectos premórbidos vivieron en hogares con Alta EE. Sus resultados mostraron que la medida inicial de la EE en un primer episodio es predictiva de recaída sobre un período de 5 años.

En un estudio realizado por Weisman y López en 1996, sobre los valores de la familia, religiosidad, y reacciones emocionales a la esquizofrenia en las culturas Mexicana y Anglo-estadounidense, se intentó averiguar si dos variables socioculturales, cohesión de familia y religiosidad, eran relativas a las reacciones afectivas en la esquizofrenia. Se supuso que un familiar que tuviese inclinaciones religiosas se asociaría con expresiones más favorables y emociones menos desfavorables hacia aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos. Ochenta y ocho estudiantes universitarios angloamericanos de Los Angeles y 88 estudiantes universitarios mexicanos de Guadalajara leyeron unas viñetas en las que un miembro hipotético de la familia se describía como si reuniera los criterios del DSM - IV para esquizofrenia. Los resultados de este estudio sugieren que la percepción de la unidad familiar puede ser un importante factor emocional subyacente hacia las reacciones a la esquizofrenia.

Un reciente artículo de Wuerker *et al* (1999) examinó las diferencias de género y raciales en el nivel de la EE familiar entre padres y pacientes con esquizofrenia. Uno de los objetivos de dicho estudio radicó en conocer si los problemas en una determinada familia dependen en si el paciente enfermo es hijo o hija. Las diferencias de género eran tal cual se esperaban: confirma que las hijas son menos competitivas y más respetuosas que los hijos en su relación con sus padres. Aunque el número total de padres con Alta EE con hijas era más pequeño, los patrones de comunicación mostraron en estas familias que los padres respondían de manera más sumisa en comparación con aquellas familias que tenían hijos varones, que mostraron mayor simetría competitiva. También, sus resultados mostraron que los hijos y las hijas son más respetuosos con sus padres que con sus madres. Y por último, en cuanto a diferencias culturales, se mostró que la relación entre el control interpersonal y la EE era más fuerte en las familias afro-americanas que en las familias caucáseas.

Pero continuando con los aspectos de género valorados en este estudio, y comparando resultados con otros por el estilo, cabe mencionar a Davis y su grupo de colegas (1996) quienes en su muestra de 110 pacientes con esquizofrenia, llegaron a la conclusión de que en los varones existía mayor frecuencia de recibir duras críticas en comparación con las mujeres, y que en general, los hijos varones recibían más comentarios críticos que las hijas mujeres.

La investigación de la EE ha mostrado una serie de estudios que se han realizado en países desarrollados. Las pocas excepciones han sido las diferencias encontradas en el estudio con mexicanos residentes en Estados Unidos (Karno, Jenkins, de la Selva *et al*, 1987) y el de la India (Leff *et al*, 1987) y que han presentado los más bajos niveles de EE. De esta manera, Karno y Jenkins (1993) argumentan que las diferencias culturales son aspectos que definen el tipo de conducta relacionado con el criticismo y que los estudios culturales de EE podrían proveer algunos de los conocimientos teóricos que la investigación en EE necesita.

2.2. Investigaciones que no demuestran el vínculo Emoción Expresada-recaída

Algunos de los estudios de la EE no encuentran ninguna diferencia estadísticamente importante en la recaída relacionada con la EE familiar; para dar datos, han aparecido once estudios de no-demostración en la literatura de EE. Específicamente el primero de estos es el estudio de Hamburgo por Köettgen, Sönnichsen, Mollenhauer y Jurth, en 1984, ver también Dulz y Hand, en 1986, el estudio de Londres de MacMillan *et al*, que ha sido muy discutido (1986), el estudio Nithsdale (McCreadie y Phillips, 1988) en Escocia, el estudio australiano por Parker *et al* (1988), el estudio de Los Angeles conducido por Mintz y sus colaboradores (1989) que valora en primer término lo que ellos denominaron "la enfermedad no tratada" como riesgo de recaída más que el índice de EE, la investigación de Arévalo y colaboradores (Madrid, 1989), además, el estudio de investigación en Ginebra por Barrelet y Ferrero (1990), datos recientes de Taiwan (Kleinman, 1992) y de China (Phillips, 1993) y por último y más reciente aún, la investigación en Kelantan, Malasia (Azhar y Varma, 1996) todos ellos han producido resultados discutibles.

El estudio de Köettgen, conducido en Hamburgo, Alemania, reveló unos resultados de una alta asociación de recaída (57% vs. 41%) para pacientes de Baja EE como opuesto a familias de Alta EE. Cuando los sujetos que recibieron intervención fueron excluidos, los índices de recaída fueron ajustados al 50% en el grupo control de Alta EE y 55% en el grupo control de Baja EE (ver tabla 7 en Köettgen *et al*, 1984) hecho que demuestra la no evidencia para el vínculo de EE-recaída.

Los problemas metodológicos asociados con el estudio de Hamburgo, han limitado la credibilidad dadas las respuestas de Köettgen y sus colaboradores. Vaughn (1986) se dio cuenta de que este estudio es diferente a otros estudios de la EE en aspectos importantes. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes utilizados por Köettgen y otros, no vivieron después con sus familias (en el período posterior al estudio). Esto limita claramente el impacto potencial que los familiares y los pacientes hayan podido dar el uno con el otro. El grupo Hamburgo también permitía clasificar a una familia de Baja EE aún si tenían a otro miembro familiar considerado hostil o emocionalmente sobreimplicado. Convencionalmente, cuando se investiga con EE, la

regla fundamental es la aplicación de la valoración de la familia, más que la valoración de un único familiar como unidad de análisis. Ante la presencia de un familiar con una Alta EE en los resultados del sostén familiar, la familia es clasificada como Alta EE, aún si otros familiares son considerados de Baja EE. Por lo tanto, se considera que el estudio de Hamburgo no clasificaba bien sus familias y esto prueba unos resultados contradictorios.

En contraste al estudio de Köetggen y otros (1984), MacMillan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone (1986), han argumentado que el tratamiento con neurolépticos y la longitud de la enfermedad no tratada, son predictores de recaída más precisos que las puntuaciones de la EE, por lo menos en pacientes de primer ingreso. Sin embargo Mintz *et al* (1986) han discutido estas conclusiones después de volver a analizar los datos de MacMillan. Los resultados negativos de la investigación de Northwick Park formularon grandes inquietudes. MacMillan y sus colegas decían que existía una correlación muy fuerte entre altos niveles de EE y recaída en un grupo de esquizofrénicos que experimentaban los primeros episodios de la enfermedad. MacMillan *et al* (1986) enfatizaron que los pacientes de familias de Alta EE no habían sido tratados por un período más largo que los casos de pacientes de familias de Baja EE. Sin embargo, cuando la enfermedad era controlada antes del tratamiento, la Alta EE no contribuía a la recaída. Además, se notó que de 60 pacientes que vivían en un hogar con los dos padres, ambos padres fueron entrevistados sólo en 6 casos. Así que también este estudio tiene problemas de clasificación errónea de Alta EE y Baja EE en las familias.

Críticas a MacMillan:

1. Ignora el hecho de que en un modelo multivariado que incluye tratamiento y duración de la enfermedad, el nivel de significación para EE ($p = 0.07$) era cercano a niveles significativos convencionalmente aceptados.

2. Simplemente asumieron que altos niveles de EE eran causados por los efectos de enfermedad no tratada.

3. El informe original tenía varios errores que luego fueron corregidos por los mismos autores.

El estudio Northwick Park fue el primero en relacionar los altos niveles de EE a largas duraciones de enfermedad no tratada y el primero en cuestionar seriamente la causa natural del

vínculo EE-recaída. L.I. Mintz, Nuechterlein, Goldstein, Mintz y Snyder (1989) han publicado datos sugiriendo que la estimación de la duración de la enfermedad que hacen los padres está confundida con los niveles de EE. Comparados con familiares de Alta EE, estos autores encontraron que miembros familiares de Baja EE tenían más tendencia a subestimar la duración de la enfermedad del familiar esquizofrénico a una "mejor estimación" de la duración de la enfermedad basada en la historia clínica hospitalaria y los informes del paciente y de los familiares. Por el contrario, los familiares con Alta EE dieron una estimación de la duración de la enfermedad que no difería significativamente de la "mejor estimación".

El estudio australiano de Parker, Johnson y Hayward (1988) es considerado generalmente como un caso claro de corte de fallo. Usando una muestra de 57 pacientes esquizofrénicos de Sydney, Parker y sus compañeros dieron el informe de un índice de recaída a los 9 meses del 48% para pacientes que viven con miembros familiares de Alta EE, comparado con un índice de recaída de 60% para pacientes que viven con familiares de Baja EE. Parker y otros también diseñaron análisis de sus datos en un esfuerzo para valorar los factores asociados con sus inusuales resultados.

El estudio australiano es generalmente recordado por ser menos vulnerable a la metodología o a criterios estadísticos que los estudios sin demostración que le precedieron. Aún más, esto es un asunto metodológico que no ha sido bien anotado en la literatura. Parker y sus colegas valoraron la recaída basándose en el *Present State Examination* (PSE; Wing, Cooper y Sartorius, 1974) 1 mes después que los pacientes habían sido dados de alta y luego al cabo de 9 meses. La determinación de la recaída estuvo basada en cualquier cambio del PSE desde el "no-caso" al mes a "caso" a los 9 meses, o al aumentar la severidad del caso entre dos valoraciones reflejadas en el puntaje del Índice de Definición (que fue dos o más niveles más alto en la valoración de los 9 meses que en la valoración del mes).

Arévalo y sus colaboradores (Madrid, 1989), cuestionan la capacidad predictiva de la EE, al no encontrar una relación estadísticamente significativa entre el nivel de EE y la recaída el final del período de seguimiento (38% de los pacientes de Baja EE recayeron frente al 44.5% de los de Alta EE).

Ana M^a Azpiri (Bilbao, 1990) consideró que la variable EE no está relacionada con la recaída hospitalaria. Más bien, la rehospitalización depende del nivel de Criticismo y Hostilidad que los familiares expresan hacia el paciente pero no de si éstos muestran actitudes de Sobreimplicación. De manera que el Criticismo y la Hostilidad pueden considerarse buenos predictores del número de rehospitalizaciones ocurridas, pero no únicos, según ella.

Datos recientes de Taiwan (Kleinman, 1992) y de China (Phillips, 1993) sugieren que EE no es predictivo de recaída en ejemplos de asiáticos.

El inconveniente es que esto podría ser visto como un problema mayor, dependiendo sobre la única conceptualización de qué es la EE. Si la EE es redefinida y vista como un significado de un constructo de sobreimplicación bien entendido, los estudios que fallan en encontrar un significado en la asociación EE-recaída usando un máximo puntaje, claramente están con problemas. Pero EE no significa sin errores, y es de hecho un constructo no bien comprendido. Además, la variabilidad del puntaje máximo de EE óptimo para predecir la recaída en diferentes poblaciones es más bien sorpresiva y no problemática. En vista de la poca fiabilidad notoria de la mayoría de los resultados en las ciencias sociales, para Meehl, (1978), el fuerte vínculo entre altos niveles de EE y recaída en esquizofrenia es poco remarcable.

La relación de emoción expresada con la recaída de pacientes esquizofrénicos se ha investigado también en Kelantan, Malasia (Azhar y Varma, 1996). Las familias de 83 pacientes esquizofrénicos se estudiaron para averiguar el nivel de la emoción expresada en la conducción a la recaída de estos pacientes que tenían más de dos episodios de esquizofrenia (DSM-III-R). El hallazgo más sobresaliente era la ausencia de nivel alto de la emoción expresada como la causa de recaída. Se encontró que la mayoría de las familias (72.3%) tenía emoción expresada baja mientras únicamente el 25.3% mostraba emoción expresada alta. Este hallazgo está en contraste con otros diversos resultados en la misma área. La explicación más probable para este desacuerdo quizá sea el hecho de que existan diferencias culturales entre los pacientes de Malasia y los pacientes occidentales.

Aunque la siguiente crítica no tiene que ver con la recaída, la fiabilidad de las variables de la Emoción Expresada sí ha sido cuestionada recientemente por el equipo de la Universidad de Oslo (Noruega) de Bentsen y sus colaboradores (1996) al suponer que la variación en el poder predictivo es considerable, y ello podría deberse parcialmente a la baja confiabilidad entre sus variables. Para esta crítica entrevistaron con la Camberwell a sesenta y seis familiares de 41 pacientes esquizofrénicos agudos noruegos admitidos y estas grabaciones fueron evaluadas. Los análisis de regresión mostraron que existía una SIE significativamente más alta, sobre el familiar, siendo la madre, solamente, quien pasaba más tiempo con el paciente; sin embargo, esta escala no se relacionaba con recaídas. Estos hallazgos sugieren que la escala de calidez y las versiones dicotomizadas del SIE de la escala deberían ser usadas con precaución. La influencia de calidez sobre el resultado en esquizofrenia podría haber sido subestimada a causa de una fiabilidad baja.

Otro estudio que examinó la percepción de emoción por parte de pacientes esquizofrénicos ha producido resultados conflictivos, resultados que pueden, en parte, ser debidos a dificultades en presentar una representación realista de emoción. Este estudio expuso a 32 pacientes esquizofrénicos en remisión y diez controles a cinco cintas de vídeo con escenas de situaciones emocionales elaboradas por actores. Los pacientes esquizofrénicos fueron divididos en tres grupos: aquellos que conviven con familiares de Alta EE, aquellos que conviven con familiares depresivos y aquellos que viven solos, a fin de poner a prueba la hipótesis que pacientes con un ambiente de Alta EE son menos capaces de identificar situaciones emocionalmente percibidas. Las exploraciones de actividad electrodermal y de personalidad se registraron concomitantemente. Los pacientes esquizofrénicos en todos los grupos fueron tan expertos en identificar emociones como lo fueron los controles. No había diferencia entre los grupos en cuanto a la actividad electrodermal y a la tensión subjetiva en ninguna de las escenas de vídeo. (Ver Joseph PL; Sturgeon DA. y Leff J., 1992)

2.3. Algunas Consideraciones Metodológicas

Las diferencias en la metodología y en la interpretación claramente juegan un papel importante. Por ejemplo, el método de la evaluación del inicio de la enfermedad produce una diferencia crucial, según datos obtenidos por Mintz, Nuechterlein, Goldstein, Mintz y Snyder (1989). Las relaciones entre la duración de la esquizofrenia antes del primer ingreso hospitalario, la emoción expresada en familiares claves, y el curso de enfermedad han desembocado en informes conflictivos. El estudio de Lois Imber Mintz y de sus colegas examinó el tema desde una perspectiva metodológica en una muestra de 33 pacientes esquizofrénicos de primer ingreso y sus familias a través de un estudio longitudinal (Nuechterlein *et al*, 1986a, b). Los pacientes se reclutaron en la región metropolitana de Los Ángeles.

Una "mejor estimación" del comienzo de la enfermedad, con base a una recopilación de todas las fuentes se comparó con una estimación basada en el informe familiar. Las estimaciones familiares sugirieron que los hijos de padres de Alta EE habían estado significativamente enfermos por más tiempo, pero esa diferencia no estaba confirmada por la mejor estimación. En la mayoría de los casos, los hijos enfermos de padres de Alta EE vivían en el hogar antes del ingreso en el hospital y las estimaciones de sus padres con respecto a la duración fueron bastante precisas. En los pocos casos en que el hijo vivía lejos del hogar, los padres de Alta EE sobrestimaron impresionantemente la duración. Los hijos de familias de Baja EE eran más probables que vivieran lejos del hogar y esto pudo haber influenciado en que los familiares no tuvieran la oportunidad de observar los cambios conductuales asociados con el desarrollo de la enfermedad.

La siguiente tabla destaca esa diferencia. En 95% de los pacientes de familias de Alta EE, transcurrieron más de tres meses entre la primera percepción de los síntomas por parte de los padres y el ingreso al hospital, frente a solamente 29% de familias de Baja EE. Estos resultados replican los de MacMillan *et al* (1986) y Parker y Johnson (1987) de informes parentales de la duración de la enfermedad, pero no para la mejor evaluación con base en todas las fuentes.

**TABLA 2. El Tiempo entre el Primer Síntoma Percibido por Familiares
y el Ingreso Hospitalario
en Familias de Alta y Baja Emoción Expresada (EE)**

Tiempo	Número de Familias	
	Alta EE	Baja EE
<3 meses	1	10
>3 meses	18	4

.....

$\chi^2 = 15.880$; d.f. = 1; $p < 0.0001$.

Nuechterlein *et al* (1986) usaron una "mejor estimación" de iniciación de enfermedad, mientras MacMillan *et al* (1986) y Parker y Johnson (1987) confiaron en los informes familiares.

Los resultados confirmados del informe de MacMillan *et al* (1986) muestran que los padres de Alta EE perciben a su hijo esquizofrénico como enfermo un período de tiempo significativamente anterior al ingreso hospitalario que los padres de Baja EE. Sin embargo, no observaron ninguna diferencia en la mejor estimación de la duración de la enfermedad con base en todas las fuentes de información. La estimación de duración hecha por los padres de Baja EE fue la que divergió severamente de la "mejor estimación", mientras que aquella hecha por padres de Alta EE pareció sobre el promedio, ser bastante precisa. De este modo, el control estadístico de una medida de la duración de la enfermedad con base en los informes familiares, (como fue hecho por MacMillan *et al* (1986) en un intento de aclarar los nexos entre la EE y el resultado), aparecería bastante impropio (ver también Mintz *et al*, 1987).

Al existir discrepancias entre la "mejor estimación" de la duración de la enfermedad y el informe familiar, se consideró que la opción más válida era tener en cuenta todas las fuentes de información. En todo caso, los resultados enfatizaron que la manera en que la duración se evalúa implica una diferencia crítica. La duración de enfermedad antes del ingreso hospitalario para la esquizofrenia puede parecer ser un variable mucho más objetiva que la EE de los familiares. Este estudio aclara que una estimación de duración con base en el informe familiar no es necesariamente objetiva y sus resultados sugieren que los investigadores deben evaluar cuidadosamente la manera en que tales datos se comprueban.

Mientras la duración *per se* no fue correlacionada con la condición de la EE de los familiares, sí lo fue el compromiso en alguna manera con el tratamiento externo mantenido antes del ingreso hospitalario. Mientras este hallazgo es semejante al del informe de MacMillan *et al* (1986) de que la Alta EE está asociada con una duración más larga de la enfermedad no tratada, las relaciones que pueden existir entre tratamiento temprano, la EE y el curso clínico son bastante complejas. El hecho de que el fracaso para buscar o comprometerse con el tratamiento puede reflejar la personalidad del paciente, la enfermedad en sí misma, el ambiente familiar, las interacciones o alternativas de tratamiento entre estos factores, fue una de las más importantes conclusiones a la que llevó esta investigación de Los Angeles.

El estudio italiano dirigido por Bertrando y cols. (1992) sugirió que el lapso entre el inicio del primer síntoma y la primera estancia en el hospital es más largo en pacientes que pertenecen a familias de Alta EE, tal y como lo habían anunciado MacMillan *et al* (1986) y Parker y Johnston (1987). Esto implica que puede haber una diferencia en la duración de la enfermedad no tratada entre los dos grupos, aunque esta posibilidad no fue específicamente probada en este estudio. Debe subrayarse que la edad de primer inicio fue un elemento evaluado solamente sobre la base de la percepción subjetiva de la familia y que no fue confirmado por otras fuentes.

Las diferentes hipótesis pueden explicar estos resultados. Primero: los familiares de Alta EE pueden estar más alerta y ser menos tolerantes ante el comportamiento anormal, y por lo tanto percibir el problema antes de que el paciente llegue a ser públicamente sintomático. Una suposición igualmente válida es la de que los pacientes con familias de Alta EE muestran síntomas esquizofrénicos con anterioridad. No obstante, Bertrando y sus compañeros confesaron que el diseño de su estudio no resolvía este punto. Sin embargo, Mintz *et al* (1989) mostraron que familiares de Alta EE tienden a sobrestimar la duración de la enfermedad en comparación con una 'mejor estimación' obtenida de fuentes diferentes (pacientes, familiares, personal psiquiátrico). De manera que el estudio italiano, como el de MacMillan *et al* (1986) y Parker y Johnston (1987), confiaron principalmente en informes de los familiares, y la condición de la observación es también incierta.

Moline, Singh, Morris y Meltzer (1986) encontraron una relación positiva entre EE del familiar y la recaída solamente cuando el usual umbral de la EE para el criticismo fue aumentado

de seis a nueve comentarios críticos. Esta ha sido una de las varias investigaciones que dentro de sus resultados ha variado los puntos de corte para que los resultados sean realmente significativos.

Probablemente, el hallazgo más interesante del estudio realizado por Bertrando *et al* (1992) concierne al papel jugado por SIE en determinar el clima emocional en los hogares de pacientes esquizofrénicos italianos. De hecho, teniendo en cuenta el punto de corte de SIE que es generalmente aceptado, la EE no cumplió la predicción de recaída. Desde un punto de vista cultural, los investigadores italianos consideraron justificada la variación del valor de punto de corte a causa del estilo emocional predominante de la población italiana. Indicaron que el alto valor de SIE detectado en su muestra de familias es notablemente más alto que aquellos que se observaron en los estudios británicos (Vaughn y Leff, 1976b; Vaughn *et al*, 1984; Moline *et al*, 1985). Además, las variaciones en los valores de punto de corte ya habían sido propuestas para un mejor pronóstico en las investigaciones originales de la EE (Brown *et al*, 1972), dependiendo del marco sociocultural (Moline *et al*, 1985; Barrelet y Ferrero, 1990), o de las patologías diferentes de la esquizofrenia, tal como depresión (Vaughn y Leff, 1976a; Hooley *et al*, 1986), o anorexia nerviosa (Szmuckler *et al*, 1985). Habiendo aplicado la variación de los valores de punto de corte de SIE, sus hallazgos aparecen concordar con los resultados de la mayoría de los estudios de emoción expresada (Vaughn y Leff, 1975a; Vaughn *et al*, 1984; Wig *et al*, 1987): la Alta EE en el índice de la readmisión es asociada de manera positiva con el valor de recaída más alta entre los pacientes.

Y por último, otro tema metodológico interesante que considerar es la estabilidad de la Emoción Expresada, que en realidad no ha sido estudiado con detenimiento. Entonces, ¿la Emoción Expresada refleja un patrón estable y fijo de actitudes de los familiares, o es un estado temporal que aparece asociado al estado mental del paciente?

Brown *et al* (1972), en un estudio de la EE en el momento de la dada de alta y a los 9 meses de seguimiento, encontraron que el Criticismo era inestable, mientras que la Sobreimplicación Emocional permaneció estable. Esta observación subraya la dificultad de estudiar el índice de estabilidad de la Emoción Expresada, porque las actitudes de las sub-escalas (Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional) tienden a variar con el tiempo.

Por otro lado, esto indica que el asunto de la estabilidad de la EE se hace más evidente cuando la EE es evaluada en momentos de crisis que cuando los pacientes se encuentran asintomáticos. (Dulz y Hand, 1986; Leff *et al*, 1990; Leff *et al*, 1982) observó que dos de cada ocho familiares cambiaron espontáneamente de Alta a Baja EE en un periodo de 9 meses. Dulz y Hand (1986) encontraron que solamente uno de cada seis parientes que al inicio del estudio puntuaron como Baja EE, cambió a Alta EE al término de 12 meses. Por su parte, Hogarty *et al* (1986) observaron que once de cada 44 familias de Alta EE cambiaron a Baja EE al cabo de 12 meses. Tarrier *et al* (1988) encontraron que siete de 16 familias variaron de alta a Baja EE en nueve meses. Leff *et al* (1990) observaron que el 79% de los familiares cambiaron de Alta a Baja EE en un término de un año.

Estos resultados permiten confirmar la idea de Kuipers y Bebbington (1988), que los familiares podrían ser clasificados en tres categorías:

1. Aquellos que son evaluados como de Baja EE y que afrontan la enfermedad adecuadamente.
1. Aquellos que son evaluados de Baja EE y que puntúan Alta EE en momentos de crisis, y
1. Aquellos que son evaluados de Alta EE de una manera estable.

En 1993, McCreadie sugirió 3 categorías: Alta EE, Baja EE y EE fluctuante. En un estudio de 5 años, estos autores concluyeron que el 63% de los familiares estudiados permanecieron estables en su EE.

Las fluctuaciones en el índice de la Emoción Expresada Familiar tienen importantes implicaciones teóricas. Si la EE es evidente únicamente en los períodos de crisis, podría no tener influencia en el curso del trastorno mental. En otras palabras, si el instrumento empleado, es decir, la Entrevista Camberwell, no es lo suficientemente sensible para detectar la Emoción Expresada cuando el paciente no está en crisis, o, podría especularse que la calidad de las interacciones es diferente.

Durante los años 1997 y 1998 se llevó a cabo un estudio en Osakidetza (país Vasco, España) en el que participaron 32 pacientes esquizofrénicos y sus familiares (Espina *et al*, 2000). El índice de Emoción Expresada fue evaluado dos veces: al inicio y a los 9 meses del

seguimiento. El objetivo era evaluar la estabilidad de la EE a través del tiempo. La siguiente tabla muestra los resultados:

TABLA 3. Tabla de contingencia entre ambas evaluaciones (Inicial y 9 meses de seguimiento)			
2ª Evaluación →	ALTA EE FAMILIAR	BAJA EE FAMILIAR	% ESTABILIDAD
Evaluación inicial			
ALTA EE FAMILIAR	18 (15.6)	7 (9.4)	72%
BAJA EE FAMILIAR	2 (4.4)	5 (2.6)	71%
<i>Nota:</i> Los números entre paréntesis representan las frecuencias esperadas. _ = 4.40, p = 0.03			

Como puede apreciarse, los individuos que tuvieron Alta EE al inicio de la evaluación se mantuvieron al final del seguimiento. Lo mismo sucedió con los de Baja EE. 18 familias (56.3%) mantuvieron su estado de Alta EE a lo largo del seguimiento y 7 familias (21.9%) que al inicio calificaron de Alta EE cambiaron a Baja EE. De las siete familias (21.9%) inicialmente de Baja EE. Cinco (15.6%) se mantuvieron bajas, y dos (6.3%) cambiaron a Alta EE. El porcentaje de estabilidad de la EE familiar fue de 71.9% que es, 71.9% de las familias que no variaron su estado de EE en las dos valoraciones.

La relación entre el índice de EE de los padres (n = 28) al inicio del estudio y a los 9 meses fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 3.87$, p = .04. Los resultados mostraron que la EE de los padres permaneció alta en 9 de los casos (31.2%), y varió de alta a baja en 6 casos (21.4%) Diez padres permanecieron con una Baja EE (35.7%) y tres cambiaron a Alta EE (10.7%).

En cuanto a las madres, (n = 31), observaron que 13 de 24 madres puntuaron una Alta EE al inicio (77.4%) mantuvieron este estado (54.2%), y 11 cambió a una Baja EE (45.8%). Cuatro de siete madres que mostraron al inicio una Baja EE mantuvieron su estado (57.1%) y tres cambiaron a Alta EE (42.9%).

Como conclusión, en el total de la muestra, la EE familiar y la EE de los padres permanecieron más estables, estadísticamente hablando, a lo largo de los nueve meses, la mayoría debido a la estabilidad de la Baja EE en los padres. La media de estabilidad de los

padres fue el 74%, mientras que en las madres fue el 54%, revelando que las madres pueden ser más inestables, especialmente aquellas de Alta EE. Con respecto a las sub-escalas de los padres, aquellos con una alta Sobreimplicación Emocional fue la más inestable y los de baja Sobreimplicación Emocional los más estables. Mientras que, con respecto a las madres, la sub-escala más inestable fue la de Hostilidad.

El mencionado estudio no encontró estabilidad estadísticamente significativa en las madres de Alta EE cuando compararon las dos valoraciones, pues las madres habían cambiado sus actitudes hacia el hijo enfermo. En el grupo de los pacientes evaluado en crisis, encontraron 13 madres de Alta EE y después de los 9 meses de seguimiento, solamente cinco continuaron puntuando alto. Esto podría ser debido al hecho de que, en momentos de altos niveles de estrés, tales como la crisis del paciente, las madres responden mostrando altos niveles de EE como una manera de controlar la conducta de su hijo, o de reducir su tensión. De cualquier manera, al evaluar a las madres en momentos que no son críticos, su actitud hacia el hijo enfermo es más estable: ocho de once madres con Alta EE mantuvieron su estado de EE a los 9 meses de seguimiento.

Por otra parte, entre los padres, parece que la actitud hacia los pacientes es más constante. De hecho, se encontró que la EE se mantuvo estable durante el período entre el inicio y la finalización del seguimiento: el 60% de los padres mantuvo su Alta EE en los 9 meses. Estos resultados sugieren que la Alta EE en las madres es, en muchos casos, una reacción al estrés provocada por la crisis, mientras que en los padres parece ser un rasgo que permanece igual a lo largo del tiempo.

La estabilidad de la EE cuando es medida fuera de crisis indica la manera cotidiana de relacionarse padres e hijos. En los momentos de crisis, aunque la EE es un predictor de recaída, no es lo suficientemente estable para ser considerado un estresor crónico; de manera que, puede ser un estresor agudo en momentos que otras variables, tales como el cumplimiento de la medicación, o los acontecimientos vitales convergen.

El hecho de que todas las madres que habían sido hostiles en el momento de la crisis cesaron en el seguimiento, apoya la idea de Espina y cols. que dicha actitud está relacionada con el estrés que ellas sufren durante la crisis.

Brown *et al* (1972) y Leff *et al* (1982) reportaron que el criticismo cambió a lo largo del tiempo, mientras que la Sobreimplicación Emocional se mantenía estable. Sin embargo, el estudio del País Vasco (2000) no está de acuerdo con estos resultados, dado que éste encontró que la Sobreimplicación Emocional cambia. Sus resultados son similares a los de Leff *et al*, (1990), en el que informan que los familiares cambiaron de alta a Baja EE en un 79% a lo largo de un año.

McCreadie *et al* (1993) encontraron un 63% de estabilidad a lo largo de cinco años, pero ellos también observaron que la Entrevista Camberwell podría tener limitaciones para medir la Emoción Expresada fuera de crisis, o, si la EE se hace solo evidente en momentos críticos, ya que la Entrevista no es usada para su influencia en el curso de la enfermedad. Además, opinan McCreadie y sus colaboradores que, la calidad de las interacciones podría ser diferente en momentos de crisis y fuera de crisis.

De manera que, para concluir, se puede afirmar que las conductas de Alta EE son un estresor crónico para personas vulnerables tales como los esquizofrénicos. El hecho de que los padres con Alta EE sean más estables sugiere que la actitud de los padres es un estresor crónico para un paciente. En la mayoría de las madres, no obstante, esta es una actitud que solo aparece en momentos de un fuerte estrés, tal como una crisis del paciente. Por esta razón, ellos consideraron que en las madres, las intervenciones para bajar la Alta EE podría enfocarse sobre cómo ellas enfrentan las crisis y, en los padres, en la vida cotidiana. También, han tomado en cuenta que las madres son quienes con frecuencia asisten a los grupos de apoyo familiar, más que los padres. Debido a que la Alta EE en los padres es más estable, es importante diseñar intervenciones para invitar a los padres a que ellos también deberían de asistir a estos grupos de apoyo.

2.3.1. Aspectos en torno al contexto cultural.

Como ya se conoce, la esquizofrenia es una enfermedad relativamente común y devastadora. Hoy en día, se tiende a concensuar que el riesgo para la población general es del 0.86%. Esta cifra significa que de cada 100,000 personas, 86 llegarán a ser esquizofrénicos. Retomando las diferencias de prevalencia que se dan en los datos citados por Obiols, J. y Obiols, J. (1989) destacan:

TABLA 4. Prevalencia de Esquizofrenia en varias culturas*		
<u>PAÍS</u>	<u>CIUDAD</u>	<u>#/100,000</u>
ESTADOS UNIDOS	AMISH (Comunidad ultraconservadora)	0,03
	Diversas	0,11-0,47
SUECIA	(Poblac.aislada)	0,17
AMÉRICA DEL SUR	Escasos estudios	cifras muy bajas
EUROPA	Países nórdicos	0,95
	Países del sur	0,2
IRLANDA		0,71
CROACIA	Istria	0,74
JAPÓN		0,21-0,23
CHINA	Formosa (Población aborígen)	0,09
ÁFRICA	Escasez de estudios	impresión baja

* Gonzalo Adis Castro (1992) estimó el índice de prevalencia de esquizofrenia en Costa Rica a través de una muestra nacional de 750 personas en los años 1966 y 1967 como del **0.4%**.

De manera que, ante la diversidad de prevalencia anotada anteriormente, se encuentra ante una situación que permite cuestionar la influencia ambiental sobre la enfermedad.

La esquizofrenia comúnmente comienza en la adolescencia tardía o en la vida adulta temprana, ejerciendo su influencia a la vez en un momento de importante transición social y emocional. La ocurrencia de la enfermedad podría demorar o impedir por completo el establecimiento de la independencia de la familia de origen, el desarrollo de las relaciones sexuales, y la transición de la educación al empleo. Cada una de estas interrupciones en el proceso normal de desarrollo evolutivo de la persona puede poner una carga de cuidado en la familia del paciente. Aunque la esquizofrenia suele tener un profundo efecto sobre la historia personal, no lo hace tan invariablemente. Una proporción de enfermos se recupera completamente a partir de la primera crisis y permanece sin síntomas ni incapacidad alguna por muchos años. Por el contrario, algunos individuos nunca se recuperan de la primera crisis y permanecen severamente incapacitados por el resto de sus vidas. La proporción de afectados con peor pronóstico es similar en todo el mundo, sobre 15 - 20%. La proporción con mejores pronósticos varía dramáticamente desde el 4% al 54%, como lo muestra la Tabla 5.

TABLA 5. Determinantes de los Resultados de Trastornos Mentales Severos (Adaptada de Jablensky <i>et al</i> , 1992)			
2 AÑOS DE SEGUIMIENTO			
		% MEJORES RESULTADOS	% PEORES RESULTADOS
AARHUS.....	12.5	15.5	17.4
DUBLÍN.....	14.0		
HONOLULÚ.....	3.5		
MOSCÚ.....	7.9		
NAGASAKI.....	5.7		
NOTTINGHAM.....	29.1		
PRAGA.....	32.2		
ROCHESTER.....	19.4		
AGRA.....	54.4	37.0	14.5
CALI.....	24.3		
CHANDIGARH URBANA.....	27.3		
CHANDIGARH RURAL.....	42.0		
IDABAN.....	51.0		

La proporción promedio con un pronóstico bueno durante dos años de seguimiento es significativamente más alta en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados (Jablensky *et al*, 1982). Para Leff, (Cambridge, 1996) ello no se puede atribuir a la suficiencia de los servicios psiquiátricos, porque suele darse carencia de personal entrenado en estos países en vías de desarrollo, lo que significa que el cuidado que se da después del alta hospitalaria es comúnmente deficiente o no existe. De manera que se debe buscar otra explicación y ésta podría ser el aporte de los cuidados que brinda la familia.

El mapamundi que a continuación se presenta, señala algunos de los lugares donde se ha realizado investigación sobre la Emoción Expresada.

A través de las diferentes investigaciones en diversas culturas, con idiomas diferentes, la proporción de hogares de Alta EE se puede apreciar en la Tabla 6, donde la prevalencia oscila desde 76% en Milán a 8% en Chandigarh rural. Es notable que más del 50% de todos los estudios son en poblaciones de ciudades occidentales. Solamente se han encontrado valores por debajo del 50% de Alta EE en el estudio japonés, en familias mexico-americanas en Los Angeles que mantenían en su mayor parte una estructura tradicional de familia, en el estudio del área rural de España, el de la ciudad de Chandigarh en la India norte y el área rural de circunvalación, (Chandigarh tiene un interés particular ya que fue uno de los centros participantes en el estudio de la OMS del resultado de trastornos mentales severos (Jablensky *et al*, 1992) y fue el sitio de un sub-estudio sobre EE realizado por Wig *et al* en 1987 y los datos de la investigación de Malasia.

La ciudad de Chandigarh se construyó bajo el diseño de un arquitecto suizo Le Corbusier como la nueva capital conjunto del Punjab y el estado adyacente de Haryana. Como nueva ciudad con instituciones prestigiosas, tales como el Instituto de Educación Médica para Postgrado, atrajo profesionales de otras regiones de la India. En contraste, el área de circunvalación se caracteriza por aldeas tradicionales en las que el estilo de vida ha cambiado poco a través de los siglos. Como un indicio de la diferencia de población en la ciudad y las aldeas, el 70% de los habitantes de la ciudad son alfabetizados comparados con el 30% de los aldeanos. Además, la casa estándar en la ciudad fue diseñada para un tipo de familia nuclear occidental, y no hay habitaciones para acomodar la tradicional familia extensa que es característica de la vida de aldea. Leff asegura que este contraste en los estilos de vida se refleja en la prevalencia de los componentes de la EE.

TABLA 6. Proporción de Familiares de Alta EE entre Culturas			
PAÍS	CIUDAD	GRUPO	%
ITALIA	MILÁN	ITALIANO	76
REINO UNIDO	SALFORD	BRITÁNICO	69
POLONIA	CRACOW	POLACO	69
ESTADOS UNIDOS	LOS ÁNGELES	ANGLO-AMERICANO	67
ESPAÑA	MADRID	ESPAÑOL	58
DINAMARCA	AARHUS	DANÉS	54
AUSTRALIA	SYDNEY	ANGLÓFONO	54
REINO UNIDO	LONDRES	BRITÁNICO	52
JAPÓN	OKAYAMA	JAPONÉS	46
ESTADOS UNIDOS	LOS ÁNGELES	MEXICANO	41
ESPAÑA	GALICIA	ESPAÑOL (rural)	34
INDIA	CHANDIGARH	HINDÚ (urbano)	30
MALASIA	KELANTAN		25
INDIA	CHANDIGARH	HINDÚ (rural)	8

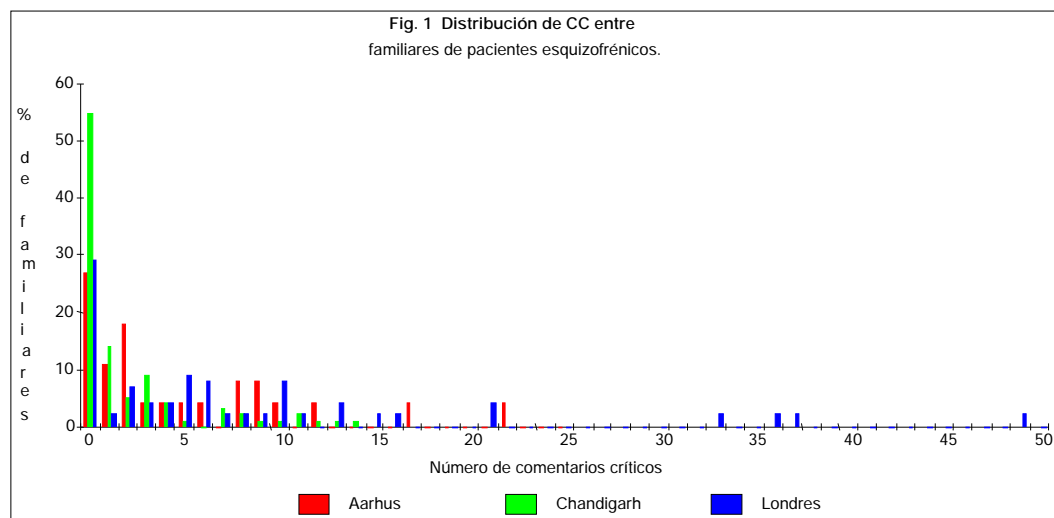
De manera que el primer paso en estudiar la EE en familiares de habla hindi fue determinar si las técnicas para obtener la EE y clasificar la EE podrían traducirse del inglés al hindi. Se demostró que el criticismo, la hostilidad y la calidez podrían evaluarse con confianza en hindi pero hubo algunos problemas para valorar la sobreimplicación (Wig *et al*, 1987a). Consiguientemente los resultados para sobreimplicación deben ser analizados con precaución.

Una comparación entre las clasificaciones para los habitantes de la ciudad y los aldeanos se muestra en la Tabla 7:

TABLA 7. Una comparación de EE a través de las Culturas			
	LONDRES	CHANDIGARH	
	VAUGHN y LEFF (1976b)	URBANO	RURAL
		(1987)	
MEDIA CC	7.49	2.42	0.58
HOSTILIDAD	18%	24%	3%
SIE EN PADRES	36%	2%	7%
MEDIA CALIDEZ	2.32	2.34	1.23
MEDIA COMENTARIOS+	2.55	0.96	0.39

Sobre los comentarios críticos, los familiares de la ciudad puntuaron mucho más bajo que los familiares británicos pero significativamente más alto que aquellos de las aldeas, que casi no hicieron comentarios críticos. La hostilidad era tan común entre los familiares urbanos como los británicos, pero fue poco expresada por los aldeanos. Muy pocos familiares de Chandigarh fueron clasificados como de alta sobreimplicación, comparados con una tercera parte de los padres británicos. Los familiares de Chandigarh urbanos puntuaron tan altos en calidez como los británicos, a pesar de los bajos niveles de calidez que caracterizaron a los aldeanos (Wig *et al*, 1987b). En resumen, los aldeanos se contuvieron en su expresión de emociones positivas y negativas comparada con sus compatriotas de la ciudad, que a la vez fueron generalmente menos negativos que los familiares británicos.

Una comparación entre las clasificaciones de comentarios críticos entre los familiares de Aarhus, Chandigarh y Londres se muestra en la siguiente gráfica:



El 56% de los familiares de Chandigarh no hicieron comentarios críticos en absoluto; mientras que sí lo hicieron el 29% de familiares de los pacientes de Aarhus y 28% de los familiares de los pacientes británicos.

El total de la muestra de Chandigarh llegó a puntuar hasta 14 comentarios críticos; mientras que el total de la muestra de familiares de Aarhus llegó a puntuar hasta 22 comentarios críticos y un 16 % de la muestra británica se extendió desde 15 hasta 49 comentarios críticos.

Como se puede observar, la muestra hindú se comportó de manera muy diferente en cuanto a la expresión de sentimientos comparándola con los daneses y los británicos.

De igual manera, la media de comentarios críticos hechos por los familiares urbanos y rurales de la misma ciudad de Chandigarh es bastante diferente:

Lugar	Chandigarh rural	Chandigarh urbana	Aarhus	Londres
media de CC	0.58	2.42	4.5	8.4

	Nº de pacientes	Nº de familiares
Chandigarh	78	104
Aarhus	28	28
Chandigarh	37	46

Estos hallazgos muestran un abanico de niveles de la EE a través de varias culturas mostrado en la Tabla 6. Parece que cuanto más occidentalizada, urbanizada e industrializada sea la cultura, la tolerancia para el paciente con esquizofrenia es menor. Las clasificaciones para los familiares urbanos y rurales de Chandigarh también indican que la gama entera de emoción expresada está por debajo en las aldeas, comparándola con los habitantes más educados y occidentalizados de la ciudad. Las razones para estas importantes diferencias son hasta ahora desconocidas, pero se han formulado varias hipótesis que podrían dar explicación de ello.

Julian Leff aporta un listado de seis posibles determinantes de actitudes de Baja EE (1996):

1. El control del conflicto. Las familias tradicionales tienden a estar organizadas alrededor de una estructura jerárquica fuerte, en la que los límites intergeneracionales están bien definidos y los papeles de hombres y mujeres claramente demarcados. La comunicación en tales familias está regulada por un conjunto de sanciones no explícitas dadas por conceptos de género y generación. Estos generalmente controlan la manifestación de la expresión de enfado. De manera que evitan discusiones y enfrentamientos. Desde una perspectiva occidental la represión del enfado tiene connotaciones negativas, pero la investigación de la EE indica que los pacientes con esquizofrenia se muestran desestabilizados por la expresión manifiesta del enfado más que por su existencia en forma oculta. Los niveles bajos de criticismo, hostilidad y calidez en familiares de Chandigarh rural pueden atribuirse parcialmente a la regulación de la expresión de emoción en familias tradicionales.

2. Responsabilidad compartida. En culturas no occidentales, las familias extensas son todavía la norma. Ellas no pueden compartir el mismo hogar, pero están juntas en el mismo lugar por obligaciones de parentesco. La familia tradicional mantiene un fuerte sentimiento de responsabilidad hacia el miembro enfermo, lo cual es compartido por todos los miembros de la red familiar. El apoyo puede ser tanto de naturaleza práctica, financiera como emocional. De manera que la carga para cuidar a una persona con esquizofrenia generalmente se comparte entre bastantes personas. Esto contrasta con la situación de las ciudades occidentales, donde frecuentemente es la madre del paciente, quien asume todas las responsabilidades de cuidado. Compartir la carga deber reducir el estrés y por lo tanto la probabilidad de desarrollar actitudes de Baja EE (Scazufca y Kuipers, 1996).

3. 'Dispersión' de la Alta EE. Otra ventaja que existe en una red de parentela grande es que el paciente tiene una amplia posibilidad de familiares con quienes pasar el tiempo. Se ha comprobado que disminuyendo el contacto con familiares de Alta EE proporciona sensaciones de protección en el paciente. En una familia nuclear el paciente tiene pocas oportunidades para escoger entre familiares que puedan serle más o menos amenazantes. Del mismo modo, en tales familias, el paciente regula este contacto amenazador mediante el alejamiento social, que también tiene sus propios peligros. En una familia extensa el paciente puede evitar los familiares de Alta EE y apoyarse sobre aquellos que ofrecen una relación más cómoda.

4. La carencia de competitividad en la sociedad. Las sociedades occidentales capitalistas ponen énfasis considerable en la productividad individual. Es importante llegar a tiempo al lugar de trabajo, para asegurar un determinada nivel de productividad durante el día, y perder poco tiempo ante cualquier enfermedad. Estas demandas son experimentadas como muy estresantes por la mayoría de pacientes esquizofrénicos, pocos de los cuales son capaces de mantener un trabajo en estos tiempos de alto desempleo. En una cultura no occidental la puntualidad y la productividad tienen mucha menos importancia, particularmente en economías de subsistencia de tipo agrario. Los pacientes que están incapacitados para realizar un trabajo de jornada completa todavía se toleran en el ambiente laboral de un país en vías de desarrollo.

5. La disponibilidad de tareas no especializadas. Otro aspecto beneficioso en las sociedades agrarias es la disponibilidad de tareas relativamente no especializadas, que pueden

ser desempeñadas por pacientes afectados de esquizofrenia. Aún aquellos pacientes que tienen delirios activos y alucinaciones pueden llevar a cabo trabajos de peones, con animales (ganado), o de cosecha. Estos trabajos han desaparecido en las sociedades occidentales, donde la agricultura se ha mecanizado y los campesinos realizan otras maniobras más tecnificadas, tal como el ordeño a máquina o conducir un tractor. Mientras que en los países en vías de desarrollo, la capacidad de los pacientes de contribuir en la economía familiar hace que aumente su autoestima, y a la vez fomenta la tolerancia de los miembros familiares ante cualquier actitud o comportamiento anormal.

Estas sugerencias deberían ser examinadas en estudios de campo, pero por el momento está claro que la experiencia de los familiares de Chandigarh es muy diferente a los resultados encontrados en la mayoría de muestras de familiares occidentales. Un total del 23% de hogares de Chandigarh fueron clasificados como de Alta EE en comparación con 47% de los hogares de pacientes de primer contacto de los dos estudios en Londres (Brown *et al*, 1972; Vaughn y Leff, 1976b) ($\chi^2=9.16$, $df=1$, $p < 0.005$). Las proporciones de recaída de las muestras en Chandigarh y Londres eran 14% y 29% respectivamente ($\chi^2=4.39$, $df=1$, $p < 0.05$).

De hecho, la varianza de la recaída para estos pacientes de primer contacto con la esquizofrenia se explica por la diferencia en la prevalencia de hogares de Alta EE. Estos hallazgos enfatizan la importancia que tiene la respuesta familiar al primer episodio de la esquizofrenia para influir en el curso de la enfermedad.

6. Creencias sobre el factor causalidad. Con la intención de comprender qué provocó las actitudes críticas en los familiares, Leff y Vaughn (1985) analizaron el contenido de cientos de comentarios críticos. Únicamente el 30% de los comentarios se dirigieron a los síntomas floridos de la esquizofrenia, tales como que hablaban con 'voces' o expresaban los delirios. La mayoría de criticismos, un 70%, se referían al comportamiento que los especialistas identifican como síntomas negativos. Estos son caracterizados por la ausencia de comportamiento normal e incluye permanecer en la cama hasta tarde, negatividad para lavarse o bañarse, inactividad, y carencia de respuestas emocionales. Los familiares no consideraban estos comportamientos como producto de la enfermedad, y por el contrario creían que el paciente podía controlarlos y que lo estaba haciendo intencionadamente. De esta manera, se sentían enojados y expresaban

sus críticas hacia el comportamiento del paciente. El concepto de responsabilidad individual de la enfermedad y perturbación del comportamiento distingue la cultura occidental de la no occidental. En el último, la concepción laica de la causa de la enfermedad, incorpora la noción de control por el ambiente externo. Así la enfermedad se ha visto como surgida del karma o del destino, de las intenciones perversas de otros, como la práctica de brujería, o de espíritus indignados (Leff, 1988). Se trata de algo que está fuera de control del paciente, de manera que los familiares muestran menos enojo hacia el paciente por su comportamiento perturbado.

Judith Bayley (1997) afirma que en las familias donde hay un miembro con enfermedad mental, la creencia de que la causa de la enfermedad son las mismas personas (ya sea la persona mentalmente enferma, otro familiar o alguien fuera de la familia) puede resultar perjudicial para el funcionamiento familiar.

Elizabeth Robinson (1996), profesora asistente de la Escuela Mandel de Ciencias Sociales Aplicadas, asegura como resultado de sus estudios:

"Aquellas familias donde se suele culpar a personas por la enfermedad, los miembros parecen ser menos cuidadosos, cohesivos, o capaces para resolver problemas o comunicarse".

La investigación de la Prof. Robinson comenzó con un estudio de 39 enfermos mentales y sus familias, la mayoría blancos, quienes estuvieron participando en un largo programa de educación, apoyo y administración de medicamento. Más tarde, ella diseñó una investigación similar con 38 miembros familiares que eran el primer apoyo de un familiar con enfermedad mental severa. Solo 30 habían participado en un programa de educación.

Bajo la dirección de la Dra. Robinson, estudiantes de Trabajo Social entrevistaron a los participantes quienes exponían sus propias explicaciones de la causa de la enfermedad mental y estimaron el grado de cuál de las siguientes causas era la responsable de la enfermedad: ellos mismos, el familiar enfermo, otros miembros familiares, personas fuera de la familia, a nivel biológico, a nivel hereditario, Dios y la suerte.

Robinson valoró el funcionamiento familiar con una encuesta en la que midió el grado de cohesividad, comunicación, expresividad, conflicto, organización y habilidad para resolver problemas.

Los resultados obtenidos indicaron que culpar a las personas, ya sea a uno mismo, al paciente, u a otros dentro o fuera de la familia, fue significativamente asociado con percepciones de pobre funcionamiento familiar entre madres, padres, hermanos y la familia como un todo. Es interesante observar que entre el funcionamiento familiar y el grupo biología/herencia o Dios/suerte no se encontraron relaciones significativas. La Prof. Robinson sugirió, de acuerdo a sus resultados, que la creencia de culpar a las personas por la enfermedad mental hace que les lleve a sentirse enojados, a tener resentimiento, culpabilidad, o sentimientos de amargura que inducen a debilitar las relaciones y la cohesión familiar.

Esta investigación es útil para profesionales de la salud mental porque la atribución causal es una importante estrategia cognitiva para quienes trabajan con la enfermedad mental, como lo afirma también Leff en su trabajo de sesiones psicoterapéuticas para disminuir la EE.

2.4. Resumen

Las últimas investigaciones han demostrado un particular interés en la relación entre el ambiente familiar y el curso de la esquizofrenia. De acuerdo con ello, el contexto familiar, especialmente la Emoción Expresada desempeña un papel decisivo, en el sentido de si los pacientes esquizofrénicos sufren o no una recaída dentro de los nueve meses después del alta hospitalaria y del internamiento en el hospital psiquiátrico. Ejemplo de ello son los trabajos de los grupos de investigación llevados a cabo en Europa principalmente, Asia y América del Norte.

No obstante, aparecen en la literatura científica determinados estudios que no demuestran relación alguna entre la Emoción Expresada y la Recaída, varios de los cuales han sido cuestionados por aspectos metodológicos llevados a cabo. Otros, no cumplen las expectativas de puntos de corte en las escalas de la Emoción Expresada y han sido variadas para que los resultados sean significativos.

Todo esto ha llevado a cuestionar la variante cultural que puede estar mediatizando entre los resultados de una y otra región, poniendo de manifiesto que en los países occidentalizados la tolerancia hacia los pacientes esquizofrénicos es menor con relación a los países no occidentalizados.

CAPÍTULO 3: Algunos programas de intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia

La terapia familiar estableció su campo de acción aplicado a la clínica de la mano de las teorías que en las décadas de los 50 y los 60 asociaban la aparición de la esquizofrenia con la presencia de pautas anómalas de relación en las familias de los pacientes esquizofrénicos.

La esquizofrenia es conceptualizada como una manifestación resultante de la homeostasis familiar. Para Mara Selvini (1988), la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo mediante ensayos y errores, de manera que los terapeutas familiares consideraron necesario abandonar la visión mecanicista-causal de los fenómenos que ha dominado la ciencia, para adquirir así una visión sistémica. Consideraron que los miembros de la familia son elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto, es decir que cada miembro del grupo familiar actúa sobre el sistema, pero a su vez es influido por las comunicaciones que provienen de él. Mas tarde, Selvini y su grupo de Milán (1995) lleva a cabo un cambio del método terapéutico que va de la paradoja hacia la prescripción invariable, siempre buscando una etiología relacional de la llamada enfermedad mental. No obstante, esta serie de posturas etiológicas, imposibilitaron a los profesionales a mejorar el trabajo con las familias, pues éstas se han sentido culpabilizadas y por lo tanto manifestaban resistencia.

Así, diversas revisiones con otros tipos de patologías, - depresión por ejemplo -, han señalado la presencia de pautas anómalas a nivel de comunicación, no exclusivamente en esquizofrenia y que tales pautas no se observan en todas las familias en las que uno de sus miembros presenta el trastorno. Además, la dificultad que representan los estudios transversales no logra esclarecer si ese estilo constituye una causa o una reacción de adaptación.

Frente a esta posición defendida por los enfoques familiares tradicionales surge una posición más prudente, manteniendo que la presencia de determinadas actitudes en el ambiente familiar que recibe el paciente que es dado de alta del hospital puede influir

únicamente sobre el curso del trastorno subsiguiente. Los familiares de Alta EE, constituyen un elemento de riesgo de recaída para pacientes afectados de esquizofrenia; mientras que, por otro lado, los familiares de Baja EE (caracterizados por su tolerancia ante la conducta problemática del paciente, al que perciben como una persona que está sufriendo una enfermedad, que es, en gran medida, responsable de sus dificultades), crean un ambiente familiar benigno que favorece el curso de la enfermedad.

Los datos más consistentes de un papel causal para la EE son aportados por estudios de terapia familiar. La investigación de la EE ha estimulado el tratamiento psicoeducacional para ayudar a familias con enfermos mentales, así como también programas de intervención familiar intenso para el manejo de la esquizofrenia, que ha logrado un éxito considerable en sus metas (Goldstein, Rodnick, Evans, Phillip y Steinberg, 1978; Falloon, Boyd, McGill, Razanni, Moss y Gilderman, 1982; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Fries y Sturgeon, 1982; Falloon, Boyd, McGill, Williarnson, Razani, Moss, Gildernan y Sirnpson, 1985; Leff, Kuipers, Berkowitz y Sturgeon, 1985; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Javna y Madonia, 1986; Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts y Freeman, 1988; Guarch, Cirici, Bel y Obiols, 1991). Los elementos del tratamiento social en estos ensayos controlados han incluido la educación familiar sobre la enfermedad, mejorar la comunicación dentro de la familia, la enseñanza de habilidades para resolver problemas, la ayuda a los familiares y paciente para expresar los sentimientos negativos que sienten de maneras más constructivas y el desarrollo de expectativas más realistas para el desempeño y el funcionamiento social. Los beneficios derivados de reducir el contacto cara a cara y la toma de medicación regular de los pacientes son ya conocidos como protectores de recaídas. Por ejemplo, los programas de educación intentan expandir las redes sociales y para conocer las diferentes respuestas que pueden resultar tras el programa, se trabaja con un seguimiento de dos grupos de pacientes (experimental y control) manteniéndoseles a ambos la medicación prescrita. Sin excepción, estos programas de tratamiento familiar resultan reducen la tasa de recaída comparada con las condiciones del grupo control. En dichos estudios se encontró que en las familias de Alta EE que fueron tratadas el nivel de recaída de los pacientes fue inferior, asociado con niveles inferiores de la EE en los familiares (Leff *et al*, 1982; Hogarty *et al*, 1986; Tarrier *et al*, 1988). Aún más, en el programa conducido por Hogarty *et al* (1986), nadie había recaído tras el año de seguimiento después de que los pacientes que vivían con familiares de Alta EE se cambiaron

a vivir con familiares de Baja EE, sin tomar en cuenta la condición del tratamiento (la terapia familiar versus el entrenamiento en habilidades sociales en el paciente en forma individual).

3.1. Modelos de Terapia Familiar en la Esquizofrenia

Jorge Arévalo, describe en la Revista Estudios de Psicología (1990) diferentes modelos que proponen abordajes específicos de la esquizofrenia en la consecución de beneficios para el paciente y su familia y que a continuación se revisan:

3.1.1. Terapia Familiar orientada a la crisis

Goldstein y sus colaboradores han desarrollado un programa de intervención familiar que se ha puesto en marcha en combinación con el empleo de neurolépticos (1983). El programa está orientado a esquizofrénicos agudos en su primera o segunda hospitalización, y se lleva a cabo durante las seis semanas siguientes al alta hospitalaria. Este período fue elegido por haber sido identificado en un estudio anterior como el de mayor incidencia de recaídas (Evans *et al*, 1993). Se daban unas charlas sobre la esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés al paciente, para prevenirlos.

Este modelo de terapia familiar tiene una duración breve, emplea procedimientos concretos y centrados en los problemas y se basa en la teoría de la intervención en crisis. Su meta principal es la de ayudar al paciente y a los otros familiares significativos a utilizar los acontecimientos que han rodeado el fenómeno psicótico, para afrontar futuros sucesos estresantes y resolver la crisis actual. Se persiguen cuatro objetivos básicos, que se suceden secuencialmente durante las sesiones familiares:

1. Llegar a un acuerdo en la identificación de factores estresantes que pueden haber rodeado la aparición de la crisis.
2. Desarrollar estrategias de evitación y de afrontamiento del estrés.
3. Poner en marcha las estrategias desarrolladas en la solución de problemas concretos.
4. Anticipar y planificar futuros sucesos estresantes.

Entre los temas que se abordan durante el tratamiento destacan por su frecuencia de aparición: la posible reaparición de síntomas, las expectativas de recuperación y las discusiones sobre decisiones relacionadas con el estilo de vida (amistades, trabajo, vivienda, etc.)

Para comprobar la eficacia de la terapia familiar y de distintas dosis de fenotiazina, en una muestra de 104 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se observó en el seguimiento a los 6 meses:

TABLA 8. Tasas de Recaída a los 6 meses con Terapia Familiar y sin Terapia Familiar (Goldstein <i>et al</i>, 1978)		
	Con medicamento (Fenotiazina)	
	Dosis	
	Moderada (1ml/d)	Baja (0.25 ml/d)
Terapia familiar sí	Ninguna recaída	21 %
Terapia familiar no	18 %	48 %

Los autores concluyeron que la combinación de la terapia familiar de crisis y un nivel adecuado de medicación permite conseguir el objetivo de ayudar a los pacientes a lograr estabilidad y permanecer en la comunidad en el período estresante del retorno posthospitalario. Sin embargo, un seguimiento más prolongado de la muestra con los pacientes que permanecieron accesibles de 3 a 6 años después, puso de relieve la desaparición de los efectos de estos factores en relación con los acontecimientos posteriores. Parece, por tanto, que la eficacia de este abordaje centrado en la crisis se limita al difícil período que sigue a la salida del hospital.

3.1.2. Intervención Familiar para disminuir la Emoción Expresada; Error! Marcador no definido.

Leff (1996) afirma que para ayudar a la familia a hacer frente a la esquizofrenia, se intenta conservar la familia extendida y sus valores tradicionales, que permita a la persona con esquizofrenia permanecer integrado en su ambiente social y ocupacional. Sin embargo las fuerzas de industrialización y urbanización en este momento de la historia parecen ser inflexibles. En el trabajo con familias que el grupo de Leff ha realizado, han encontrado frecuentemente un solo familiar anciano, comúnmente la madre, cuidando a su hijo de edad media con esquizofrenia. Además, la mitad de los pacientes en los países occidentales viven solos, comparados con menos del 10% en las sociedades tradicionales. Un enfoque prometedor a este dilema ha sido idear intervenciones que permitan a los profesionales ayudar a las familias para hacer frente a la enfermedad. El fin no es dejar que la familia cargue con la responsabilidad del cuidado del paciente y entonces abandonarlos, sino trabajar con ellos constructivamente facilitando su carga y, en el caso de padres, para facilitar una separación armoniosa.

Ya Leff y Vaughn, desde 1971 han señalado que estos pacientes de alto riesgo pueden verse protegidos de las recaídas por dos factores mediadores, la terapia de mantenimiento con neurolépticos y un bajo nivel de contacto interpersonal cara a cara (por debajo de las 35 horas a la semana), con sus familiares de Alta EE. La intervención surgió directamente de la investigación con la EE, y tiene ambos fines: reducir el contacto entre paciente y familiares de Alta EE y bajar la EE. El enfoque es ecléctico e incluye elementos educativos, conductuales, estructurales y sistémicos.

Dentro de las intervenciones sociales para los familiares de los pacientes esquizofrénicos han desarrollado:

1. Sesiones psicoterapéuticas
2. Grupo de familiares
3. Sesiones de terapia familiar individualizadas.

Las **sesiones psicoterapéuticas** consistían en cuatro lecturas sobre las causas de la esquizofrenia, los síntomas, el curso de la enfermedad y el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia, que eran leídas por los familiares, que se reunían con un psicólogo durante dos sesiones para su debate y aclaración. Se sigue enseñando luego a la familia un enfoque de resolución de problemas. Los otros componentes incluyen mejorar la comunicación, cambiar las actitudes críticas y sobreinvolucradoras, reducir el contacto, expandir las redes sociales, y bajar las expectativas (Kuipers, Leff y Lam, 1992).

El impacto de las sesiones se evaluó a través de una entrevista (*Knowledge Interview*) que se administró a los sujetos experimentales de Alta EE y a familiares de Baja EE, antes del inicio del tratamiento, a las 6 semanas después de su conclusión, y a los 9 meses de seguimiento. En estos dos últimos momentos, también fue administrada a los sujetos del grupo control. Al principio, se apreciaron diferencias entre los familiares de Alta EE y los de Baja EE: los primeros tendían a responsabilizar al paciente de sus conductas, mientras que los segundos eran más tendientes a pensar que la causa de su comportamiento residía en la enfermedad.

En cuanto al **grupo de familiares**, que estaba compuesto tanto por Alta EE como por Baja, se creó con la idea de que los familiares de Baja EE podrían servir de modelo para enseñar habilidades de afrontamiento adecuado a los de Alta EE. Por un periodo de 9 meses, se reunían uno o dos profesionales durante hora y media, cada 15 días, con un máximo de 8 familiares. La asistencia era flexible y su foco central era la discusión de los problemas actuales o potenciales para generar estrategias alternativas que evitaran las críticas o la sobreprotección del paciente. Además, el grupo proporcionaba apoyo emocional a sus miembros, ofrecer la oportunidad de expresar sentimientos perturbadores en un clima seguro, tranquilizar a los familiares, animarles a escuchar y eludir el sentimiento de estigma y aislamiento.

Durante las sesiones hay una serie de temas frecuentes, entre los que destacan la información (etiología, experiencia del paciente, posibilidad de recaída, tratamiento, violencia), el manejo de problemas usuales (síntomas positivos y negativos, influencia del ambiente en el comportamiento del paciente, cómo tratarle, etc.) y los propios sentimientos de los familiares. El coordinador comienza preguntando por las dificultades surgidas, se facilita la expresión de las

reacciones de cada uno ante las distintas situaciones y después se discuten formas de afrontarlas.

Los pacientes son excluidos del grupo por dos razones:

- dar la oportunidad a los familiares de expresar sentimientos reprimidos respecto al paciente sin que éste se vea negativamente afectado, y
- el momento en que se inicia el grupo, que coincide con la fase aguda del episodio psicótico, lo que probablemente impide su participación de un modo óptimo.

En cuanto a las **sesiones de terapia familiar individual** se incluyeron para atender aquellos problemas cuyo abordaje no parecía adecuado dentro del grupo. Se realizaban en la casa del paciente con la familia completa y eran guiadas por un psiquiatra o psicólogo, con una duración de una hora. Su número osciló entre un mínimo de una sesión y un máximo de 25 sesiones. Además de las visitas a casa, los familiares eran animados a contactar telefónicamente con el equipo de tratamiento siempre que lo consideraran necesario. El enfoque teórico adoptado era ecléctico y pragmático; para conseguir reducir la EE o el nivel de contacto interpersonal se utilizaron técnicas diversas que iban desde intervenciones dinámicas a intervenciones conductuales.

Al considerar los resultados obtenidos, la eficacia del paquete fue evaluada en términos de recaídas aparecidas en ambos grupos y en el nivel de logro alcanzado respecto a los objetivos de disminuir la EE y el contacto interpersonal (Leff *et al*, 1982; 1985; 1989; 1990). En un primer seguimiento a los 9 meses, se observó que sólo recayó uno de los 12 pacientes del grupo experimental (8%) en comparación con 6 de los 12 (50%) en el grupo control. (Leff *et al*, 1982). A los 2 años, la tasa de recaídas del grupo experimental (excluyendo los sujetos que abandonaron los medicamentos) seguía siendo significativamente menor (20%) que la del grupo control (78%) (Leff *et al*, 1985).

Respecto a la disminución de la EE y del nivel de contacto, se observó que el 75% de las familias del grupo experimental alcanzó uno o ambos objetivos. Seis de las 12 familias pasaron de Alta a la Baja EE y 5 redujeron su nivel de contacto. Por otro lado, ninguno de los 9 pacientes en los que se consiguió alguno de los objetivos, recayó a los 9 meses. La media de

Comentarios Críticos disminuyó significativamente (de 15.8 a 6.5), mientras que la Sobreimplicación Emocional aunque descendió, no registró diferencias significativas.

Estos resultados llevaron a Leff y sus colaboradores a concluir afirmativamente acerca de la efectividad demostrada de la intervención aplicada y del papel causal de la EE en la recaída. A la vez, señalan que su éxito ha sido mayor en la disminución de las actitudes críticas que en la reducción de la Sobreimplicación Emocional y del elevado contacto interpersonal, ya que lo explican como si fuesen características presentes desde hacía largo tiempo y por lo tanto, de más difícil modificabilidad.

En los últimos 15 años han aparecido dentro de las publicaciones cerca de ocho estudios que muestran el trabajo que han realizado con las familias y la mejoría que resulta en estos pacientes. (Leff, 1996). La mayoría de los estudios han sido llevados a cabo en Estados Unidos y el Reino Unido, pero dos estudios se efectuaron en la China, sugiriendo que este enfoque puede ser efectivo también en culturas más tradicionales. Los resultados de estos trabajos señalan que las crisis que se dan en los pacientes pueden ser evitados si la familia es reconocida como un recurso valioso y competente tan pronto como sea posible. No hay otra manera de poder reemplazar la tradicional familia extensa con su red amplia de recursos humanos, ni mucho menos sustituyéndola con una "familia profesional" que gire alrededor del paciente. Finalmente, asegura Leff (1996):

"Necesitamos recordarnos a nosotros mismos que ningún profesional puede equiparar la profundidad de relación emocional que las familias desarrollan con sus miembros enfermos."

3.1.3. Terapia Familiar conductual en Esquizofrenia

Falloon y sus colaboradores de la Universidad del Sur de California han desarrollado un modelo de intervención familiar de clara orientación conductual (Falloon, 1988).

Los autores señalan el distanciamiento del modelo hacia los enfoques tradicionales familiares, al considerar a la familia como la unidad básica de promoción de un funcionamiento sano de todos sus miembros y como el determinante crucial de la recuperación y de la rehabilitación de los que padecen algún tipo de trastorno; por ello, se fijan desde un inicio en los elementos sanos de la comunicación familiar en la solución de problemas cotidianos, se pone un énfasis en la capacidad de resolución de problemas de la familia, entendida como unidad. El objetivo va más allá de la reducción de recaídas: se persigue aumentar al máximo posible el funcionamiento de cada miembro de la unidad familiar.

El análisis funcional de la unidad familiar, que constituye la piedra angular del programa de tratamiento al posibilitar el ajustar las intervenciones a cada paso particular, comprende diferentes fases:

- Evaluación individual de cada miembro de la familia para establecer los recursos, déficits, metas, expectativas, actitudes, sentimientos e intercambios con el resto de la familia.
- Evaluación de las interrelaciones entre las diferentes metas y problemas de los distintos miembros.
- Evaluación de la capacidad de resolución de problemas de la familia, utilizando dos fuentes de información: los informes verbales de cada uno de los miembros y la observación directa de los intentos familiares por resolver un problema, bien en el marco natural o bien a través de situaciones estandarizadas.
- Formulación, por parte del terapeuta, de un plan de tratamiento para subsanar los principales déficits en la resolución de problemas.

Con esta fase de evaluación continúa a lo largo del tratamiento mediante las tareas para casa, el registro de comportamiento de los familiares y la realización de nuevas evaluaciones periódicas, el terapeuta tiene una retroalimentación de los progresos que se van realizando.

Tras esta evaluación inicial, la intervención se da en tres módulos y sus respectivos objetivos, que son:

1. Aumentar los conocimientos sobre la esquizofrenia
2. Mejorar la comunicación familiar y
3. Desarrollar estrategias eficaces en la resolución de problemas.

El primer módulo: Educación sobre la esquizofrenia, se ofrece en las dos primeras sesiones (que pueden ser más), muy didáctico, con lenguaje claro y comprensible de lo que se sabe acerca de la esquizofrenia. Tras dar la oportunidad a los familiares y al paciente para que expresen sus experiencias personales, se les ofrecen explicaciones sobre el origen, los síntomas, el curso y el tratamiento de la esquizofrenia, proporcionándoles folletos educativos. La segunda sesión se centra en el tema de la medicación, exponiendo las razones de su utilidad, los tipos de fármacos y sus efectos, la incidencia perjudicial del consumo de drogas, la importancia de la detección temprana de síntomas prodrómicos para evitar recaídas, los efectos secundarios y los modos de combatirlos y el valor de la dosis óptima. Para evaluar la cantidad de información recibida se administra un cuestionario antes y después de estas sesiones.

El entrenamiento en comunicaciones es el segundo módulo. Con éste se pretende que a la familia le sea más fácil la solución de los problemas que se plantean. Las técnicas empleadas incluyen:

1. Ofrecer razones acerca de la habilidad que se va a aprender y explicar los pasos de que se compone.
2. Ensayo de conducta.
3. Feedback constructivo.
4. Práctica reiterada y feedback.
5. Tareas para casa para ensayar lo aprendido y generalizarlo.
6. Modelado. Con este procedimiento se entrena a la familia en cuatro tipos de habilidades:

1. Expresión de sentimientos positivos

2. Hacer peticiones de modo positivo
3. Expresión de sentimiento negativos
4. Escucha activa

Se empieza por los aspectos más positivos, tratando de crear un clima de reforzamiento y de reconocimiento mutuo entre los miembros de la familia. Una vez que este clima se ha conseguido, se aborda el tema más delicado de la expresión de sentimientos desagradables, para conseguir que se haga de una forma constructiva que no genere resentimiento y hostilidad que dificulten el alcance de los objetivos planteados. Por último, se trabaja la escucha activa, habilidad compleja pero de importancia crucial en el diálogo y la discusión, y por tanto, en los procesos de solución de problemas, de los que se ocupa el siguiente módulo.

El entrenamiento en resolución de problemas compone el tercer módulo en que se enseña a las familias un método estructurado que se asienta sobre las habilidades de comunicación previamente aprendidas y dominadas por los familiares y está compuesto por los siguientes seis pasos:

1. Identificación del problema.
2. Enumerar y apuntar todas las soluciones posibles.
3. Discutir las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones.
4. Elegir la(s) mejor(es) solución(es).
5. Planificar cómo llevar a cabo la solución elegida.
6. Revisar el proceso y reforzar todos los esfuerzos realizados.

Las familias son animadas a utilizar esta estructura en la solución de problemas anteriormente detectados en la evaluación o surgidos recientemente. Para ello, se les sugiere la realización de una reunión semanal de media hora de duración, fuera de la sesión de terapia, en la que pongan en marcha las habilidades aprendidas.

Las sesiones finales se destinan a la revisión de los avances y los logros conseguidos, a la planificación de la solución de los problemas pendientes o previsibles, determinando la

frecuencia de encuentros posteriores, así como la utilización de recursos sociocomunitarios (grupos de autoayuda, programas de rehabilitación, etc.).

Con el logro de los objetivos, se consigue disminuir la tensión familiar y cambiar actitudes perjudiciales, como son el exceso de críticas y una implicación emocional excesiva.

El esquema utilizado supone una sesión semanal de alrededor de una hora y media durante los tres primeros meses, y mensual hasta el período de un año. Durante el año siguiente se lleva a cabo un seguimiento, en el que la familia será vista en evaluaciones periódicas o en caso de que lo necesite.

Las sesiones utilizan siempre una estructura común, como se determina en el siguiente cuadro:

CUADRO 1. Estructura de cada sesión en el modelo de terapia familiar conductual (Adaptado de Falloon <i>et al</i>, 1988)
<p>1. REVISIÓN DEL PROGRESO HACIA LAS METAS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasos dados- Problemas encontrados- Esfuerzos realizados para la solución del problema/meta <p>2. REVISIÓN DE LA REUNIÓN FAMILIAR:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estructura de la discusión- Esfuerzos realizados para la solución del problema/meta <p>3. REVISIÓN DE LAS TAREAS PARA CASA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Autoregistros de las habilidades utilizadas- Ensayo de conducta de la habilidad empleada <p>4. REVISIÓN DE LOS DÉFICIT QUE PERSISTEN:</p> <ul style="list-style-type: none">- Educación (incluyendo señales de aviso de recaída y estado mental actual)- Habilidades de comunicación- Habilidades de resolución de problemas- Estrategias conductuales específicas- Manejo de crisis: empleo del método de solución de problemas <p>5. TRABAJO SOBRE LOS MÓDULOS DE ENTRENAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Razones- Revisión de los niveles actuales de las habilidades- Definición de los componentes de la habilidad- Demostración del uso de la habilidad- Entrenamiento de la habilidad hasta conseguir la competencia <p>6. ASIGNACIÓN DE TAREAS PARA CASA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Razones- Explicación de los folletos- Utilización de hojas recordatorio- Reunión familiar <p>7. REGISTRO (5-10 MINUTOS DESPUÉS DE LA SESIÓN):</p> <ul style="list-style-type: none">- Logro de metas- Problemas aparecidos- Habilidades de resolución de problemas informadas y observadas- Signos de aviso de recaída y estado mental- Escaladas de tensión y esfuerzos de manejo de crisis.

En 1982, Falloon y sus colaboradores, probaron la eficacia de su modelo con un grupo de 36 pacientes esquizofrénicos clínicamente estabilizados y sus familiares, que fueron aleatoriamente asignados a dos condiciones distintas (ambas con medicamento); los resultados se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 9. Una comparación con seguimiento de Terapia Conductual Familiar y Terapia Individual.			
	Exacerbaciones psicopatológicas		Duración de las hospitalizaciones
	(9 meses)	(2 años)	
Terapia Conductual Familiar		6 %	17 %
Terapia individual		44 %	83 %

3.1.4. Psicoeducación Familiar

La terapia psicopedagógica se basa en la teoría de la vulnerabilidad al estrés e incide en los estresores agudos (acontecimientos vitales), y sobre todo, en los crónicos (EE de los familiares). Se parte de la idea de que sea cual sea la causa de la esquizofrenia, los pacientes que la padecen tienen un "déficit psicológico nuclear" que parece incrementar su vulnerabilidad a los estímulos externos e internos. La interacción de dicha vulnerabilidad con las dificultades familiares puestas en evidencia en los estudios de *Comunicación desviada* y de *Emoción Expresada*, probablemente genera un proceso en espiral. Así, la vulnerabilidad a los estímulos da lugar a la aparición de síntomas que disparan la reacción de los familiares, que a su vez incide en el paciente y así sucesivamente.

Partiendo de este marco de referencia la intervención familiar propuesta persigue dos objetivos principales:

1. Disminuir la vulnerabilidad biológica del paciente mediante un programa de medicación de mantenimiento.
2. Reducir los efectos negativos del clima familiar proporcionando apoyo, información, estructura y mecanismos específicos de afrontamiento para tratar con el familiar psicótico.

En 1978, Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg desarrollaron un programa de terapia familiar breve, en el que, a lo largo de seis semanas, se daban unas charlas de esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés en el paciente, para prevenirlos con base a la elaboración de estrategias de resolución de conflictos.

En 1986, Anderson, Reiss y Hogarty, desarrollaron una terapia psicopedagógica a partir de la experiencia de Goldstein y sus colaboradores. Este taller comienza con un "Taller de Supervivencia", en el que, en una reunión de 7 horas, se informa a un grupo de familiares sobre la esquizofrenia, su tratamiento y cómo influye en la familia. El objetivo de este taller es que los familiares abandonen las respuestas que incrementan el estrés y refuercen conductas inapropiadas (involucración interpersonal, ambientes tolerantes no estructurados) y lograr una reestructuración cognitiva, con relación a la esquizofrenia, que tenga en cuenta la conducta del paciente, la de los familiares y la de los profesionales.

Con la información se espera que los familiares:

- a) Comprendan cuándo pueden esperar y exigir más al paciente.
- b) Se forjen expectativas y planes realistas para el futuro.
- c) Comprendan y acepten las limitaciones impuestas por la enfermedad.
- d) Establezcan metas apropiadas y asequibles a corto y largo plazo.
- e) Disminuyan las presiones al paciente después de los ingresos.

Después del taller se pasa a una terapia unifamiliar con la que se intenta establecer un ambiente hogareño, laboral y social sosegado, que sustente la permanencia del paciente dentro de la sociedad y su integración gradual en papeles familiares, sociales y profesionales.

El programa atraviesa cuatro fases que se describen secuencialmente, pero que de hecho se solapan.

Fase I: *Conectando con la familia*

Esta fase empieza lo más pronto posible, mientras el paciente permanece hospitalizado. Se trata de establecer desde el comienzo una alianza terapéutica con la familia, para lo que se crea un clima que favorezca su receptividad al tratamiento. Se reúne a la familia para conocer su reacción ante el trastorno del paciente, cómo ha sido su forma de afrontarlo en el pasado y en la actualidad, y conocer cuáles son sus necesidades y problemas actuales. Una vez que la familia ha empezado a formar una relación con el terapeuta, éste se convierte en el "defensor" de la familia frente al sistema hospitalario. Su papel es mantener a la familia informada sobre el tratamiento y a la vez asegurar que sus preocupaciones y necesidades son incorporadas a la planificación. A la vez, se encarga de ofrecer estructuración y ayuda concreta para hacer frente al trastorno y al ingreso en el hospital. Al final de la hospitalización, familia, paciente y terapeuta establecen un contrato de tratamiento en el que se especifican las metas, el contenido, la duración, las reglas y los métodos del programa familiar post-hospitalario que continuará durante el período de uno a dos años.

Fase II: *"Taller" de habilidades de supervivencia*

Esta segunda fase es propiamente la fase psicoeducativa, ya que en ella se ofrece a la familia información sobre la naturaleza de la esquizofrenia. Con ello se pretende disminuir su ansiedad y mejorar así el clima familiar. El formato adoptado en este caso, consiste en un encuentro de cuatro a cinco familias a lo largo de un día, sin los pacientes. De este modo, se pretende disminuir el aislamiento y desensibilizarles ante el tema de la enfermedad mental. Un aspecto básico es la creación de un clima informal que permita a los familiares hacer todas las preguntas que deseen e interactuar más fluidamente unos con otros. En lenguaje comprensible, se les ofrece información sobre las principales cuestiones acerca de la esquizofrenia: fenomenología, aparición, tratamiento, curso, pronóstico y etiología. Se pone especial hincapié

en la importancia de la medicación antipsicótica y en el papel de los familiares en apoyarla y seguir sus efectos. Otro importante tema que se aborda es el cómo tratar con las personas que sufren esquizofrenia. A este respecto se les proporcionan estrategias que pueden ser útiles para facilitar el progreso del paciente, ayudarle a evitar descompensaciones y disminuir sus propias tendencias a reaccionar emocionalmente ante sus cambios de conducta. Se les transmite el mensaje de que no existe evidencia de que las familias causen las esquizofrenias, mientras que sí tienen capacidad de influir en su curso. Se les informa de la vulnerabilidad del paciente ante las tensiones interpersonales, destacando que la comunicación conflictiva, vaga o excesivamente compleja y la ausencia de límites intergeneracionales e interpersonales constituyen realidades difíciles de manejar para la persona con esquizofrenia.

Para evitar los efectos negativos de este tipo de comunicación se les sugiere que sus respuestas al paciente se guíen por las siguientes directrices:

1. Crear barreras a la estimulación excesiva, estableciendo límites razonables y permitiendo distancias interpersonales sin rechazo;
2. Adecuar sus expectativas respecto al paciente y su conducta, y
3. Utilizar una comunicación clara y sencilla.

Finalmente, se pone énfasis en que la familia recupere las rutinas habituales, en la medida de lo posible, y aprenda a vivir con el trastorno, sin que éste gobierne sus vidas. Así, se les anima a recuperar sus actividades sociales, a que sigan prestando atención a las necesidades de todos los miembros de la familia y a que compartan sus dificultades con otras personas, para evitar sentirse exhaustos en sus esfuerzos.

Fase III: *La reincorporación a la comunidad y la aplicación de los temas del "taller"*

Tiene lugar a la salida del paciente del hospital, tan pronto como la fase aguda ha remitido. El contacto con la familia y el paciente incluye sesiones regulares cada dos o tres semanas, sesiones de crisis y consultas telefónicas. En las sesiones, el objetivo central consiste en aplicar los temas que anteriormente habían sido tratados en el "taller" psicoeducativo, poniendo un énfasis especial en el reforzamiento de los límites familiares tanto interpersonales

como intergeneracionales y en el que el paciente vaya asumiendo gradualmente responsabilidades. En esta tarea son de gran importancia los pequeños éxitos y su refuerzo, la disminución de las expectativas respecto al nivel de ejecución del paciente y el planteamiento de pequeñas metas a conseguir de una en una. El principal problema que se puede plantear en este período es la falta persistente de motivación y energía en el paciente. Para contrarrestarlo, se ofrece a la familia un fuerte apoyo y se intenta que sus expectativas sean ajustadas a las capacidades reales del paciente en ese momento. La duración de esta tercera fase puede ser de unos pocos meses a bastante más tiempo, en función del nivel de funcionamiento premórbido del paciente y de la familia misma.

Fase IV: Continuación del tratamiento o "desenganche"

Una vez que el paciente ha conseguido el objetivo básico de la intervención, el de permanecer estabilizado en su nivel óptimo de funcionamiento, se llega a este punto en el que se ofrece a la familia dos opciones:

- 1) participar en terapia familiar intensiva para afrontar conflictos familiares o asuntos pendientes sin resolver;
- 2) sesiones de apoyo de mantenimiento que gradualmente se irán haciendo menos frecuentes.

La primera de las opciones se dirige a la solución de conflictos familiares persistentes, entre los que se pueden incluir problemas de emancipación, desavenencias conyugales, problemas escolares, etc.

La segunda de las opciones sirve para reforzar los temas e intervenciones abordados durante todo el proceso, tratando de evitar incrementos repentinos de tensión producidos por cambios inesperados que lleven a un nuevo episodio.

En cualquier caso, se recomienda que la terminación sea gradual y se deja la puerta abierta a futuros contactos de apoyo.

La eficacia de este modelo fue probada mediante un estudio controlado realizado con 103 pacientes esquizofrénicos (Hogarty y otros, 1986), aleatoriamente asignados a 4 condiciones y cuyos resultados fueron:

TABLA 10. Índices de Recaída para Hogares con Alta EE, según el Estudio de Pittsburgh (Hogarty et al, 1986)		
	ÍNDICES DE RECAÍDA	
	9-12 meses	24 meses
1) Tratamiento familiar y medicación	19%	32%
2) Habilidades sociales y medicación	20%	42%
3) Combinación de las dos anteriores	0%	25%
4) Medicación	41%	66%

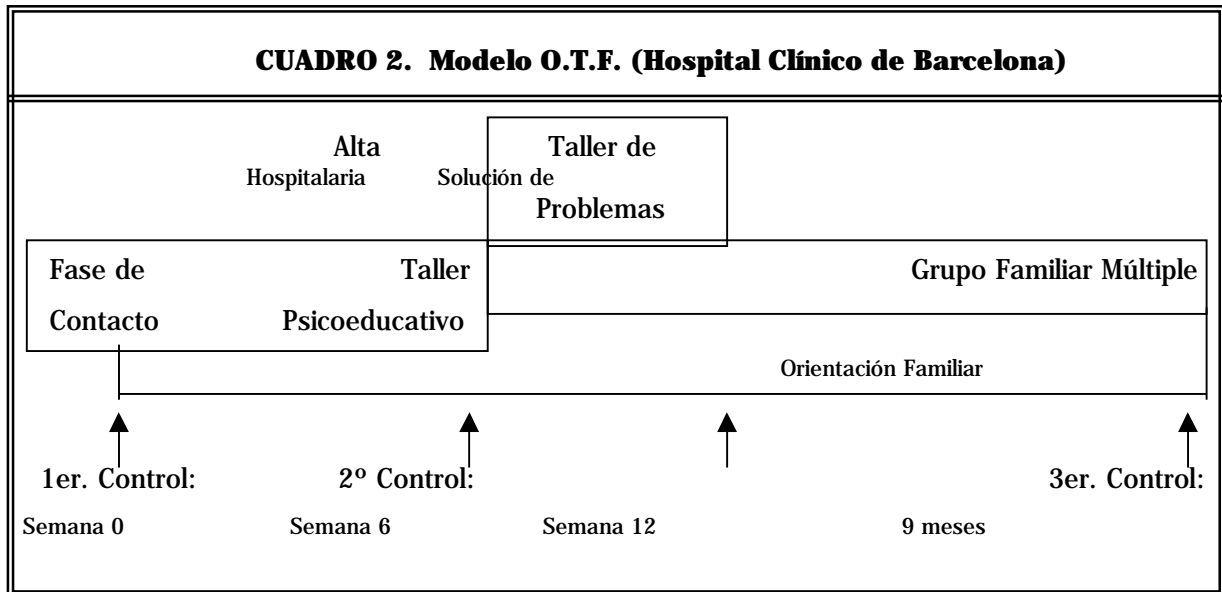
Los grupos de tratamiento 1 y 3 vivían con familiares de Alta EE.

En Barcelona, la Unidad de Terapia y Orientación Familiar y de Parejas, un grupo de clínicos en los que cabe mencionar a L.J. Cabrero, J.M. Llovet, C. Ballús, B. Amor y J. Obiols (1988) han trabajado arduamente en la validación de predictores como la P.B.I (Parental Bonding Instrument, presentada en el II Congreso Mundial de Rehabilitación en Barcelona, 1989), y programas de atención en la esquizofrenia. Trabajaron dos grupos: uno control, que seguía la atención clínica-farmacológica habitual y otro, que además del patrón farmacológico, recibía la atención psicoeducativa familiar. Tras el trabajo citado, los autores de este proyecto lograron protocolizar un programa de dos años de duración, que abarca los cuatro puntos siguientes:

- I. Atención clínico-farmacológica individual del paciente.
- II. Psicoterapia de grupo para pacientes.
- III. Psicoeducación de las familias.
- IV. Habilidades sociales y trabajo social.

Esta intervención psicosocial fue aplicada como tema de Tesis Doctoral por el citado Dr. Ballús (1996) siguiendo una línea del modelo psicoeducativo. La publicación que junto a sus compañeros (1991) titulan: *La orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia: un modelo psicoeducativo sistémico*, es un claro ejemplo del desarrollo de su trabajo.

El modelo que pusieron en práctica consta de entrevistas de Orientación Familiar, Taller Psicoeducativo sobre Esquizofrenia, Grupo Familiar Múltiple y Taller de Solución de Problemas:



1) *Orientación Familiar*: Es la continuación a la Fase de contacto, y sirve de hilo conductor al Programa; incluye las estrategias de convivencia, cumplimiento de la medicación, responsabilización del paciente en algunas tareas, restablecimiento de fronteras generacionales, afrontamiento de conductas perturbadoras, etc.

Cada familia dispone de un terapeuta de referencia que se hace cargo de su seguimiento hasta que finalizan el Programa.

2) *Taller sobre Esquizofrenia:* consta de 6 sesiones que tratan los siguientes temas:

1. ¿Qué es la esquizofrenia?
2. Lo que la medicina puede hacer.
3. La experiencia de la esquizofrenia en el paciente y la familia.
4. Lo que la familia puede hacer.
5. Mejora de la comunicación familiar.
6. Lo que la sociedad puede hacer.

Estas sesiones están impartidas por dos profesionales que se ayudan de diapositivas, lectura y resúmenes de cada sesión. Tienen aproximadamente una hora y media de duración y el taller se prolonga durante seis semanas.

En la 5ª sesión se destacan temas como: la mejora de la comunicación, la fijación de límites, la disminución de expectativas y el método de solución de problemas.

3) *Grupo familiar múltiple:* se trata de reuniones quincenales de los familiares, que con la ayuda de dos terapeutas van tratando temas que pueden ser de interés en el trato con el paciente. Los objetivos son: ofrecer un espacio de comunicación y de intercambio de ideas y de experiencias propias; neutralizar la ansiedad que origina el considerar algunos comportamientos presentados por el paciente como no adecuados; ayudar a disminuir el aislamiento de la familia; facilitar que nuevas familias se incorporen y generar una dinámica de ayuda mutua como punto de partida hacia un movimiento asociativo.

4) *Taller de resolución de problemas:* consta de 7 encuentros con los familiares de periodicidad semanal de noventa minutos de duración.

El objetivo es ofrecer a los familiares unas estrategias concretas para abordar las posibles dificultades existentes en la relación con su familiar esquizofrénico. Dichas pautas nacen tanto de las orientaciones de los terapeutas como del grupo de los propios familiares. Se utilizan sólo técnicas conductuales de solución de problemas.

Una de las técnicas terapéuticas utilizadas para que la familia pudiera solucionar los conflictos y consecuentemente disminuir el estrés familiar era la técnica de resolución de problemas, que forma parte del grupo de las llamadas terapias cognitivas. Según éstas, es necesario modificar los procesos mediadores (emociones, cogniciones) paralelamente a la modificación conductual. Ante una situación conflictiva que se dé habitualmente en la relación familiar probablemente se producen respuestas emocionales negativas (ansiedad, agresividad, impotencia) por ambas partes. El objetivo es enseñar unos procesos de pensamiento o unas estrategias generales para afrontar situaciones conflictivas o problemas de interacción entre la familia y el enfermo.

Rangil y colaboradores (1996) exponen claramente el diseño del taller de resolución de problemas con un esquema básico para todas las sesiones, en el que el terapeuta explicaba los conceptos principales sobre las interacciones de conducta entre los componentes del grupo familiar, facilitando el aporte que los participantes en el taller podían brindar, sobre todo aquellos que presentaban una Baja EE y que podían actuar como modelos de los familiares de Alta EE.

Además de esta orientación terapéutica familiar, se trabajó otro protocolo de intervención en atención a los pacientes, con diferentes módulos:

1. Grupo de Comunicación → Programa de tratamiento semi-estructurado, que ofrece un espacio de comunicación entre enfermos esquizofrénicos. Se ofrece información sobre la enfermedad, el tratamiento y los problemas derivados de la evolución crónica.

2. Grupo de entrenamiento en Habilidades Sociales → Programa que se aplicó a partir de 1988 y hasta 1999 en la Subdivisión de Psiquiatría y Psicobiología Clínica del Hospital Clínico Provincial de Barcelona. (Guarch *et al*, 1991). Los esfuerzos de este trabajo se basaban en sesiones exclusivamente dedicadas al desarrollo y uso correcto de conductas tanto verbales como no-verbales, en contenidos comunicacionales. Para el año 1991, se habían realizado 6 grupos terapéuticos, con grupos de 8 pacientes y bajo técnicas conductuales, con el fin de entrenarlos en mejorar su capacidad de comunicación. Se emplearon Tareas para Casa como una estrategia para amplificar las habilidades aprendidas. Los mismos autores aseguran que este procedimiento es más un proceso de enseñanza que una terapia tradicional y que lo importante de toda esta intervención es el objetivo de "resocialización" de los pacientes. Los

objetivos del programa de intervención en Habilidades Sociales son a largo plazo y plantean una mejor calidad de vida, un aumento en la competencia social durante las fases intercríticas de la enfermedad y una disminución en la frecuencia de las recaídas. (Saltó *et al*, 1990).

3. Grupo de Musicoterapia → Programa semi-estructurado de abordaje cognitivo-conductual que se propone utilizar la música como herramienta de expresión emocional y como recurso de estimulación cognitiva. (Cirici *et al*, 1996)

Algo que este grupo catalán ha estudiado también, son las discrepancias que se dan entre los sexos, y han encontrado en su estudio que la conducta asertiva de los hombres esquizofrénicos es escasa y se acompaña de un elevado grado de malestar, mientras que las mujeres esquizofrénicas se sitúan próximas al promedio de normalidad en el grado de habilidad social, por lo que concluyen que probablemente estas características diferenciales hacen que sean derivados con mayor frecuencia los hombres más que las mujeres a los programas de tratamiento que se basan en intervención psicosocial, como es el de entrenamiento en Habilidades Sociales. (Cirici *et al*, 1993)

El resultado de otro programa de tratamiento psicoeducacional para esquizofrenia de inicio precoz en la adolescencia fue comparado con un tratamiento estándar de referencia. La muestra del estudio consistió en 12 pacientes en cada grupo. El resultado clínico fue evaluado por las recaídas durante los 2 años siguientes y por el funcionamiento psicosocial medido a través de la Escala Global de Evaluación durante el período de tratamiento. Se efectuó un análisis del coste/eficacia del tratamiento. Los resultados indicaron que el programa más efectivo (medido por el índice de recaída) fue también el más barato: el programa psicoeducacional. Se llegó a la conclusión que la efectividad del programa depende de la cooperación de los padres de los pacientes y de su capacidad para cambiar sus actitudes emocionales hacia el paciente. (Rund BR; Moe L; Sollien T; Fjell A; Borchgrevink T; Hallert M. y Naess P.O., 1994)

Como se ha podido apreciar, son varios los autores y las prácticas hospitalarias que combinan el uso de medicaciones antipsicóticas con tratamiento psicoeducacional, psicoterapia (individual y familiar) y rehabilitación psicosocial. (Ver McClellan J. y Werry J., 1994 y Browne S.; Roe M.; Lane A.; Gervin M.; Morris M.; Kinsella A.; Larkin C. y O'Callaghan E., 1997).

En un pequeño estudio de la Universidad de Adelaida, Australia, se llevaron a cabo varios grupos de discusión para la gente que cuida a familiares que sufren de esquizofrenia crónica y considerar los efectos de la carga que les representa. (Winefield HR. y Harvey E.J., 1995) Los grupos señalaron proveer información de ambos expertos y la persona cuidadora sobre la enfermedad y sobre técnicas de arreglo, y al apoyo emocional adoptivo dentro del grupo. Debido al pequeño número de sujetos, el poder estadístico es insuficiente para probar los efectos cuantitativamente; sin embargo, las respuestas de los cuidadores familiares al seguimiento de las preguntas estructuradas indicaron muchas ganancias para el grupo de asistencia. El índice de participación y asistencia fueron altos una vez los temas se llevaron a cabo; los resultados positivos fueron informados por el cuidador quien manifestaba de sus descontentos con la atención en la salud mental.

El departamento de Psiquiatría, de la Universidad de Melbourne, St. Vincent's Hospital, Fitzroy, Victoria, Australia, trabajó como parte de un estudio control que media la eficacia de un programa de aconsejar para los cuidadores familiares de los pacientes con esquizofrenia. Los temas principales se centraron sobre temas de interés que se manifestaron durante las jornadas. El hallazgo más llamativo fue la diversa gama de los temas, el personal de cuidados, mejoras, familia, y aspectos sociales de las experiencias del cuidador. Esto requirió un conjunto amplio de intervenciones. Las implicaciones son claras: la educación como la dimensión tradicional o intentos de reducir las expresiones emocionales negativas permite la oportunidad de compartir con otros los propios intereses. (Bloch S; Szmukler G.I.; Herrman H; Benson A. y Colussa S., 1995)

Dentro de este grupo de estudios, uno de los más recientes es el que ha correlacionado psicofisiológica y psicológicamente el clima emocional de familias con pacientes esquizofrénicos. (Kraemer S; Hartl L; Bohmer M. y Moller H.J., 1996)

Como ya se ha indicado, la estructura del modelo de la vulnerabilidad - tensión de esquizofrenia, presume que hay una relación específica entre los factores "emoción expresada" en la familia de los pacientes y "la activación psicofisiológica" de los pacientes. La emoción expresada alta estará acompañada de una alta activación psicofisiológica. Con el fin de comprobar si existe una correlación psicofisiológica y psicológica del ambiente familiar

emocional con miembros esquizofrénicos, Kraemer y sus colegas (Alemania, 1996) siguieron los casos de 2 pacientes esquizofrénicos en remisión y sus familiares (padres) que se examinaron psicofisiológicamente durante una sola condición básica, interacción no - verbal y una discusión de áreas pertinentes de conflicto. Entre otras cosas, se registraron tres parámetros electrodermales como las medidas autónomas de activación. La Entrevista Familiar Camberwell se usó para evaluar el constructo EE. Además, los síntomas psicopatológicos, y la evaluación de comportamiento en diversas áreas de vida fueron evaluadas con la Escala de Evaluación de Personalidad que se registraron tanto para los pacientes como para los familiares. A pesar de la eficacia de las condiciones experimentales, las categorías de la EE no fueron reflejadas en ninguna de las medidas registradas sobre el nivel psicofisiológico.

Tal y como lo afirman Birchwood M. y Tarrier N. (1995) y a partir de los resultados de los diferentes estudios de intervención familiar publicados es posible deducir una serie de pautas útiles para la intervención eficaz encaminada a la reducción de las recaídas:

1) La intervención debe abarcar tanto a los pacientes como a las demás personas que componen la unidad familiar, aunque la intervención individual con el paciente también resulta beneficiosa.

2) La educación sola es insuficiente, pero puede resultar útil como parte de un programa de asistencia más extenso.

3) Las intervenciones deben mantenerse durante un período prolongado de tiempo.

4) Las intervenciones deben realizarse en conexión con otros aspectos del tratamiento del paciente y, preferiblemente, deben estar integradas en los servicios de salud mental establecidos.

5) La intervención debe intentar también que el enfermo cumpla el régimen farmacológico.

El hecho de que existan aspectos de la relación entre recaída esquizofrénica y comportamiento de los familiares que se entienden poco ha permitido darle un lugar importante al concepto de EE. Los familiares con Alta EE constituyen un grupo heterogéneo y representan un abanico de problemas, estilos de afrontamiento y modelos de interacción, así como fuerzas y recursos únicos. De manera que no hay "recetas" de respuestas en cuanto a los objetivos más

importantes para el cambio de comportamiento de los familiares, y los paquetes de técnicas resultan prematuros e inapropiados. Además, un modelo causa-efecto de la EE y la recaída esquizofrénica se convierte en simplista en exceso, y sería un error que los terapeutas adoptaran dicho punto de vista. Los factores de la enfermedad (cronicidad y gravedad de los síntomas, por ejemplo) pueden contribuir al planteamiento de los problemas en las familias y a dificultades en el control del comportamiento. Asimismo, es erróneo conceptualizar a todos los familiares con Baja EE como tranquilos y con gran capacidad de afrontamiento, que facilitan la rehabilitación y reducen el riesgo de recaídas. De la misma manera que, se ha sugerido que los familiares con Baja EE pueden desarrollar "comportamiento de Alta EE" si el paciente se deteriora.

Estas consideraciones permiten señalar cierta comprensión de la medida de la EE que resulta útil para proporcionar un sistema de evaluación de las estrategias de afrontamiento e indicar las áreas de posibles necesidades.

3.2. Resumen

De la misma manera que la literatura científica se ha interesado por la Emoción Expresada Familiar, han surgido programas de investigación diseñados para ayudar a las familias a afrontar una situación de esquizofrenia en uno de sus miembros y algunos de estos estudios de intervención han proporcionado pautas prácticas para quienes deseen utilizarlas.

En los últimos años, el fundamento de los estudios de intervención centran su foco de interés en el papel que desempeñan los ambientes familiares en la precipitación de las recaídas en pacientes esquizofrénicos y en teoría esos factores familiares podrían modificarse, evitando así la recidiva.

En general, los programas combinan la terapia individual, la terapia familiar y la medicación. Además, las intervenciones suelen abarcar un proceso educativo sobre la enfermedad, estrategias de afrontamiento con control del estrés y objetivos para el cambio del comportamiento del paciente y las relaciones interpersonales.

CAPÍTULO 4: Investigación Empírica: Seguimiento durante 9 meses de una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos

La relación que existe entre el curso de la esquizofrenia y los estresores crónicos externos, como es el caso de la Emoción Expresada, está ampliamente documentada en la literatura científica, como se ha podido constatar a lo largo de la revisión teórica.

No obstante, casi todos los trabajos sobre la Emoción Expresada se han realizado en países anglosajones y europeos y aquellas contadas investigaciones que se han dado en culturas hispanohablantes se reducen a poblaciones de latinos residentes en los Estados Unidos y a las hechas en España.

Este hecho puntual da peso en la motivación que significa trabajar con un nuevo enfoque en poblaciones de Latinoamérica, con la finalidad de proporcionar una herramienta novedosa para una cultura que no presenta estudios en dicho campo, - al menos en las revisiones que se han dado a lo largo de esta investigación -.

4.1. Planteamiento del problema y de las hipótesis

El objetivo fundamental de esta parte del estudio es replicar la investigación de la Emoción Expresada de las familias en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos que permitan precisar algunas características asociadas a la recaída durante 9 meses de seguimiento.

Se consideran las siguientes hipótesis:

1. -Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada, tienen un mayor número de recaídas con rehospitalización que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Baja Emoción Expresada.

2. - Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada y que no cumplen con la toma regular de la medicación, tienen un mayor número de recaídas con rehospitalización que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Baja Emoción Expresada y no cumplen con la toma regular de la medicación.

3. -Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada y que puntúen alto en Calidez, presentan menos recaída que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada y puntúen bajo en Calidez.

4. -Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que tienen un tiempo de Contacto Cara a Cara más prolongado con sus familiares claves, presentan un mayor número de recaídas con rehospitalización que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que tienen un mínimo Contacto Cara a Cara con sus familiares clave.

4.2. Método

La investigación tuvo un diseño de estudio exploratorio, ya que es la primera experiencia de investigación de Emoción Expresada en el ámbito latinoamericano y por lo tanto no ha sido abordado antes. Las familias fueron seguidas durante 9 meses después de haber dejado el hospital el/la paciente.

El trabajo de investigación que se presenta, sigue la metodología recomendada por la Dra. Christine Vaughn para la valoración de la Emoción Expresada por los familiares.

4.2.1. Muestra

Los sujetos (n = 27) fueron seleccionados como los familiares claves de pacientes con esquizofrenia que fueron admitidos en el Hospital Nacional Psiquiátrico, de San José, Costa Rica, durante los meses de julio y agosto de 1998. Los criterios de inclusión fueron:

- Ser costarricense de nacimiento¹.
- Residir en el Valle Central².
- Sujetos diagnosticados de esquizofrenia de acuerdo con el ICD-10.
- Sujetos dados de alta durante los meses de julio y agosto de 1998.
- El/la paciente regresó a sus familias después de egresar del hospital.

¹ Este criterio fue tomado en cuenta para asegurar una muestra uniforme, dado que la emigración nicaragüense es bastante frecuente en Costa Rica por los conflictos sociales y políticos que en ese país vecino les afectan actualmente; se considera que actualmente viven alrededor de 450000 refugiados. Tanto es así que, en el momento del trabajo de campo durante los meses de entrevistas, fue frecuente encontrarse con varios sujetos que podrían cumplir criterios de inclusión; no obstante, no fueron agregados en la muestra.

² Costa Rica es un país de 59000 km₂ que presenta dos zonas geográficas bien determinadas: las costas y el Valle Central. Para facilidad de la recolección de datos y el seguimiento de los pacientes se determinó trabajar solamente con la zona más accesible, o sea, el Valle Central.

La muestra se conformó de 27 familias de pacientes esquizofrénicos quienes estuvieron hospitalizados durante los meses de julio y agosto de 1998 en los Pabellones de Corta Estancia. El número de admisiones de pacientes esquizofrénicos que fueron asistidos en este período en el Hospital y que no formaron parte de la muestra, - bien por no reunir los criterios, por no haber podido contactar con los familiares o por no querer participar en el estudio -, fue de 42 en el mes de julio y de 33 en el mes de agosto.

El período de seguimiento fue de 9 meses desde su alta hospitalaria, que estuvo a cargo del Jefe de la Sección de Psicología Clínica del mencionado Hospital: Dr. Roberto López Core, quien valoró la recaída psiquiátrica de los pacientes a los 6 y 9 meses.

Las características de la muestra son:

- 27 pacientes que oscilaron entre 19 y 74 años de edad, siendo la media 43 años; la mayoría varones (55,6%); el estado civil que predominó en los pacientes es la soltería (55,6%); en su mayoría (22%) habían cursado una Educación Primaria Completa y (22%) Educación Secundaria Incompleta; la mayoría de los pacientes era desocupado (37%) y la ocupación que mayor porcentaje reflejó fue la de ama de casa (29,6%); y la mayoría (59,3%) de los pacientes procedían de la ciudad de San José.

- 43 familiares que oscilaron entre 18 y 85 años de edad, siendo la media 52 años; la mayoría mujeres (60,5%); la mayoría de los familiares entrevistados son las madres (27,9%) y le siguen los padres (16,3%); el estado civil que predominó en los familiares es el de casado (58,1%); el 79,1% de los familiares entrevistados tienen una Educación Secundaria Completa. De estos 43 familiares, fueron seleccionados 1 por familia (27 en total), bajo los criterios recomendados por Leff y Vaughn de escoger aquel familiar que puntúe más alto en las escalas; de manera que la muestra con la que se trabaja es un familiar clave por familia.

4.2.2. Variables e instrumentos de medida

Las variables que están presentes en este estudio se agrupan en los siguientes apartados:

1. - Datos sociodemográficos: La información precisa de los datos sociodemográficos se retomó del familiar clave del paciente, a través de la entrevista Hollingshead y fueron recogidos durante la entrevista con el familiar:

- Edad
- Sexo
- Parentesco con el paciente
- Estado civil
- Estructura familiar
- Nivel educativo
- Situación laboral de los padres y
- Situación económica.

2. - Nivel de Emoción Expresada: Para evaluar el nivel de la Emoción Expresada de los familiares, fueron entrevistados miembros claves de las familias de los pacientes a través de la versión abreviada de la Camberwell (CFI: Vaughn y Leff, 1976a), ambos padre y madre en los hogares parentales, los esposos o esposas en los hogares maritales, u otros miembros dominantes de la familia, especialmente aquel que pase más tiempo con el paciente. Su tiempo de aplicación aproximado es de 1 hora.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, en cintas magnetofónicas y valorada por la autora de la investigación.

Los puntos de corte de la Emoción Expresada fueron los mismos utilizados en otras investigaciones y los recomendados por Vaughn y Leff (1976), a saber:

- 6 o más Comentarios Críticos
- Presencia de Hostilidad
- 3 o más en Sobreimplicación Emocional

Además, se valoró el nivel de Calidez al establecer un punto de corte para distinguir entre familias que presentan “Alta” y “Baja” Calidez: cuando al menos un miembro familiar entrevistado puntuó 4 o 5 en la escala de Calidez, la familia fue definida como de Alta Calidez.³ También, se obtuvo el número de Comentarios Positivos.

3. - Cumplimiento de la medicación, medido con base a las respuestas de los familiares.

4. - Contacto Cara a Cara: evaluado en horas, por contacto semanal mantenido con cada uno de los familiares entrevistados y siguiendo el punto de corte de 35 horas.

5. - La recaída, como variable dependiente, se consideró presente si se mostraba cualquiera de las dos siguientes condiciones o ambas:

- presencia de una o varias rehospitalizaciones. Se tomó en cuenta el número de reingresos durante los 9 meses de seguimiento.

- aumento de tres puntos o más en algún síntoma a partir de la primera puntuación que se otorgó al paciente en el inicio del seguimiento, a través de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica: BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale⁴), y que luego fue re-evaluado con una visita a los 6 y 9 meses del primer contacto con la familia. Este seguimiento fue realizado por el Dr. Roberto López Core, Jefe de la Sección de Psicología Clínica.

³ Se tomaron los puntos de corte para distinguir entre familias que muestran “Alta” y “Baja” Calidez tal y como lo definió el estudio de Milán (Bertrando *et al*, 1992).

⁴ La BRPS consiste de 18 ítems y fue diseñada para un estudio sobre la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos. Las definiciones están operacionalizadas para el contenido de cada ítem y el puntaje abarca una escala de 5 puntos: 0 = Normalidad; ausencia del síntoma

1 = Síntoma de presencia dudosa o leve

2 = Síntoma presente; intensidad moderada

3 = La alteración se manifiesta de forma intensa

4 = Manifestaciones muy intensas del síntoma.

4.2.3. Procedimiento

Todos los pacientes recibieron el tratamiento de rutina, incluyendo farmacoterapia, durante su estancia en el hospital administrado por sus propios psiquiatras, quienes no estuvieron implicados en la investigación.

La recaída fue comparada entre los grupos de Alta Emoción Expresada y Baja Emoción Expresada, cumplimiento de la medicación y el total de tiempo que pasó en el Contacto Cara a Cara.

4.2.4. Análisis Estadístico

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo con el programa estadístico SPSS.

El nivel de significación es valorado con la prueba del χ^2 . Donde no puede ser aplicado, la prueba exacta de Fischer es realizada, lo mismo con la prueba de Pearson. El coeficiente Phi es aplicado en las variables dicotómicas.

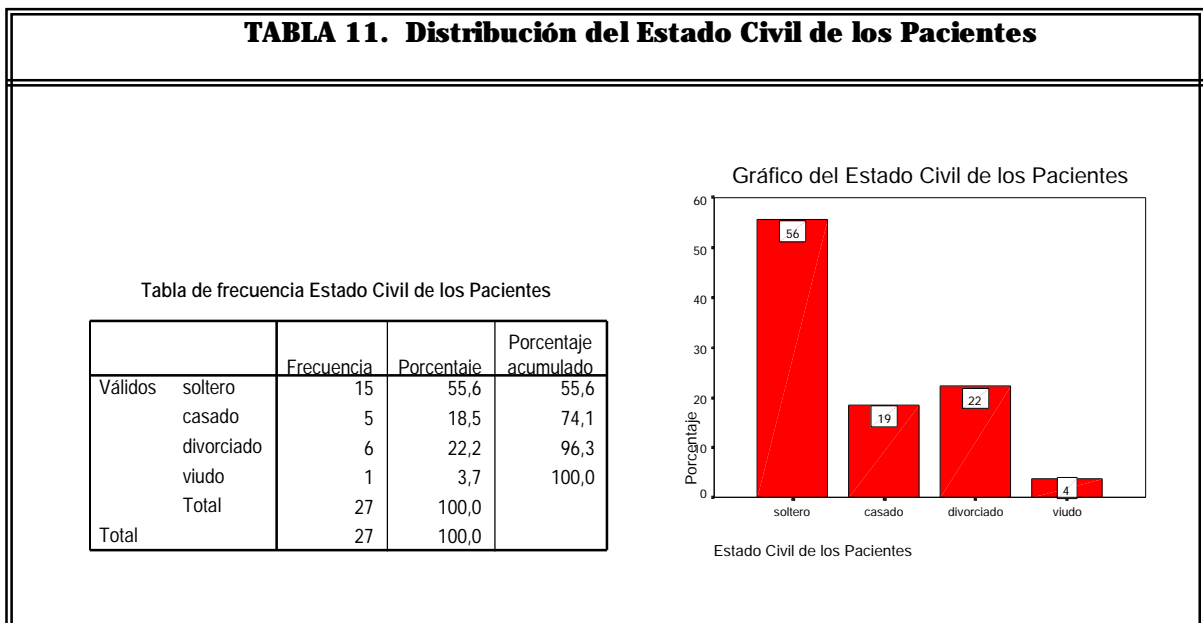
4.3. Resultados

4.3.1. Descripción de la Muestra

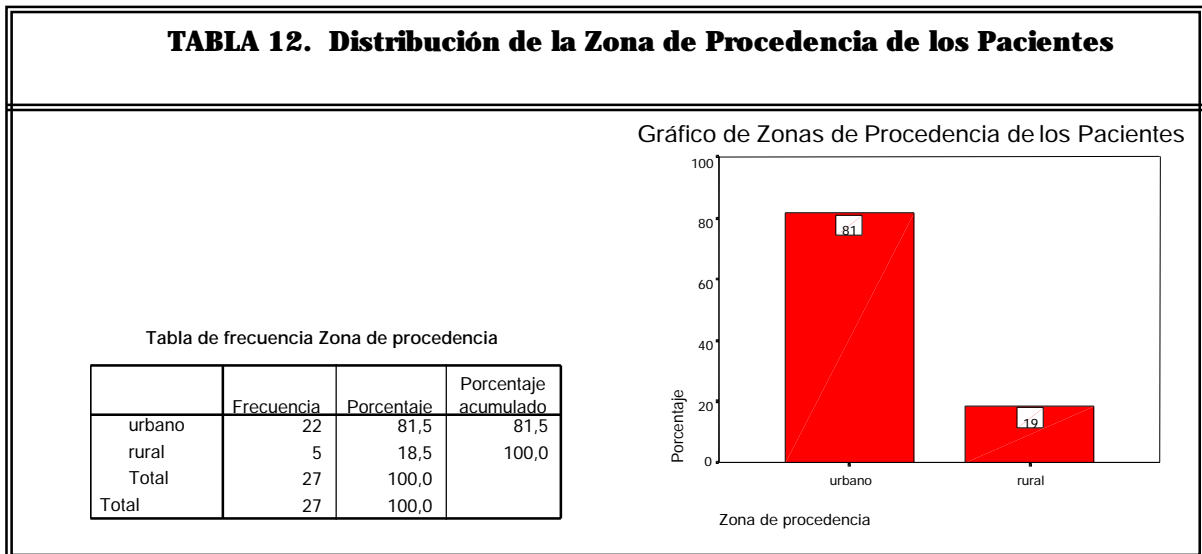
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra se compone de 27 pacientes. De ellos, 15 son solteros (55,6%), 5 son casados o conviven con un cónyuge (18,5%), 6 son divorciados (22,2%) y 1 es viudo (3,7%), tal como lo muestra la siguiente Tabla:

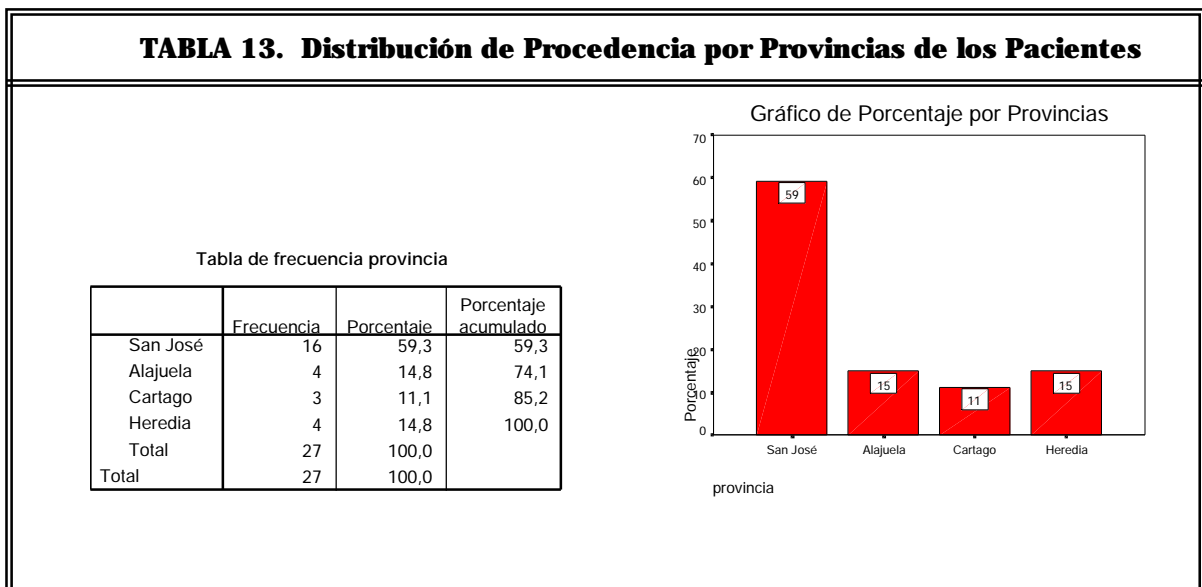
TABLA 11. Distribución del Estado Civil de los Pacientes



De las 27 familias, 22 residen en zona urbana (81%), mientras que sólo 5 lo hacen en la zona rural (19%), como se puede observar en la siguiente tabla:



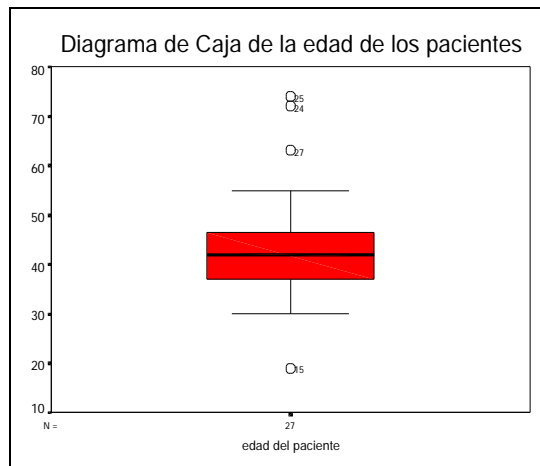
Respecto al lugar de procedencia, 16 son de la Provincia de San José (59,3%), 4 de la Provincia de Alajuela (14,8%), 4 de la Provincia de Heredia (14,8%) y 3 de la Provincia de Cartago (11,1%).



La edad de los pacientes esquizofrénicos oscila entre 19 y 74 años, con una media de 43,3 años.

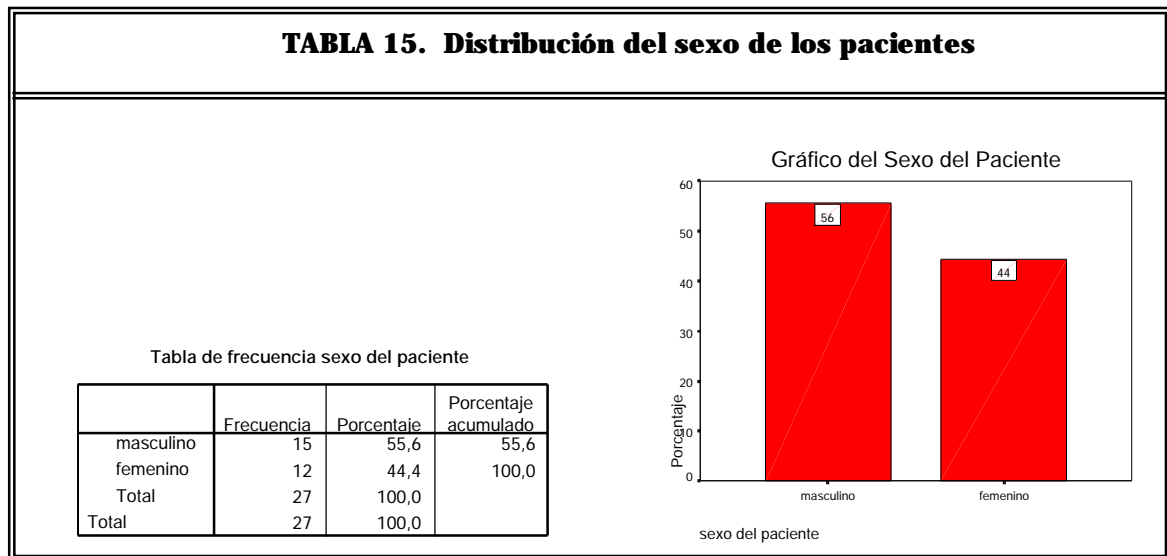
TABLA 14. Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes

Estadísticos											
	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles				
							5	25	50	75	90
edad del paciente	43,30	42,00	42	12,09	19	74	23,40	36,00	42,00	49,00	64,80

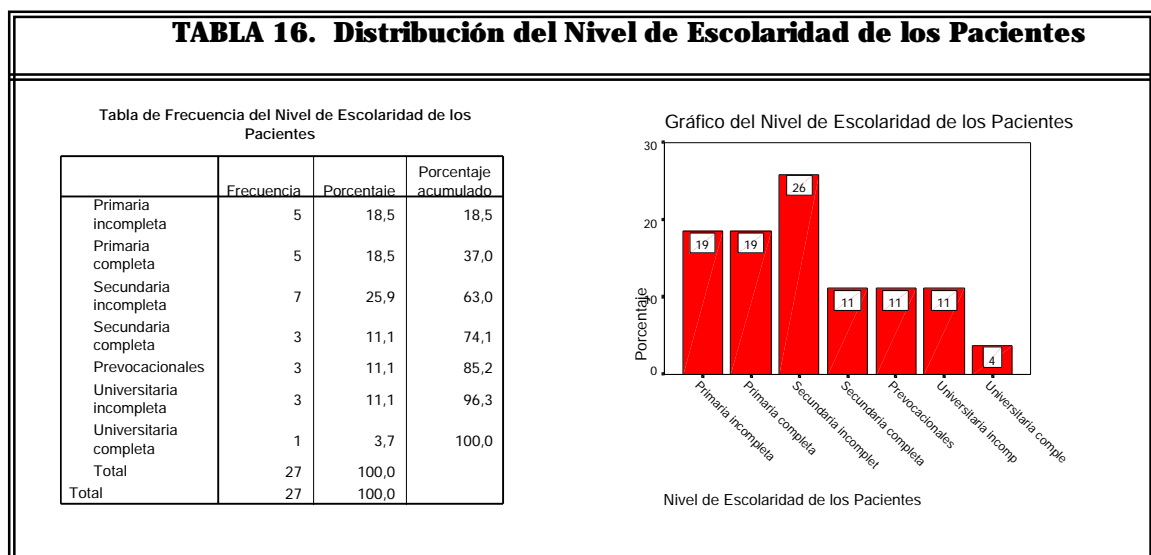


Tal y como se aprecia, la mediana de edad es de 42 años, lo que indica que el 50% de los pacientes tienen menos de 42 años y el restante 50% más de 42 años. La mediana coincide con la moda, es decir, es común encontrar pacientes con 42 años de edad. Los valores mínimo y máximo sin tener en cuenta los extremos son 30 y 55 años. Se muestran cuatro valores extremos, a saber: 19 años, 63 años, 72 años y 74 años.

Con relación a la distribución del sexo, 15 son varones (55,6%) y 12 son mujeres (44,4%).



En cuanto al nivel de escolaridad de los pacientes, sólo uno ha realizado estudios universitarios completos (1,3%), 3 tienen una educación universitaria incompleta (11,1%), mientras que 12 han iniciado algún estudio de educación prevocacional y secundaria (44,4 %), -ya sea concluida o sin concluir-, y los 11 restantes únicamente tienen educación primaria (40,7 %), -ya sea concluida o sin concluir-.

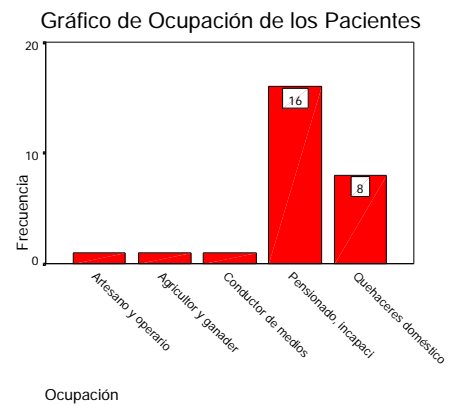


En términos de ocupación, 3 sujetos trabajan (11,1%), 16 (59,3%) están pensionados, incapacitados o no trabajan y los otros 8 se dedican a los quehaceres domésticos (29,6%).

TABLA 17. Distribución de la Ocupación de los Pacientes

Tabla de frecuencia Ocupación de los Pacientes

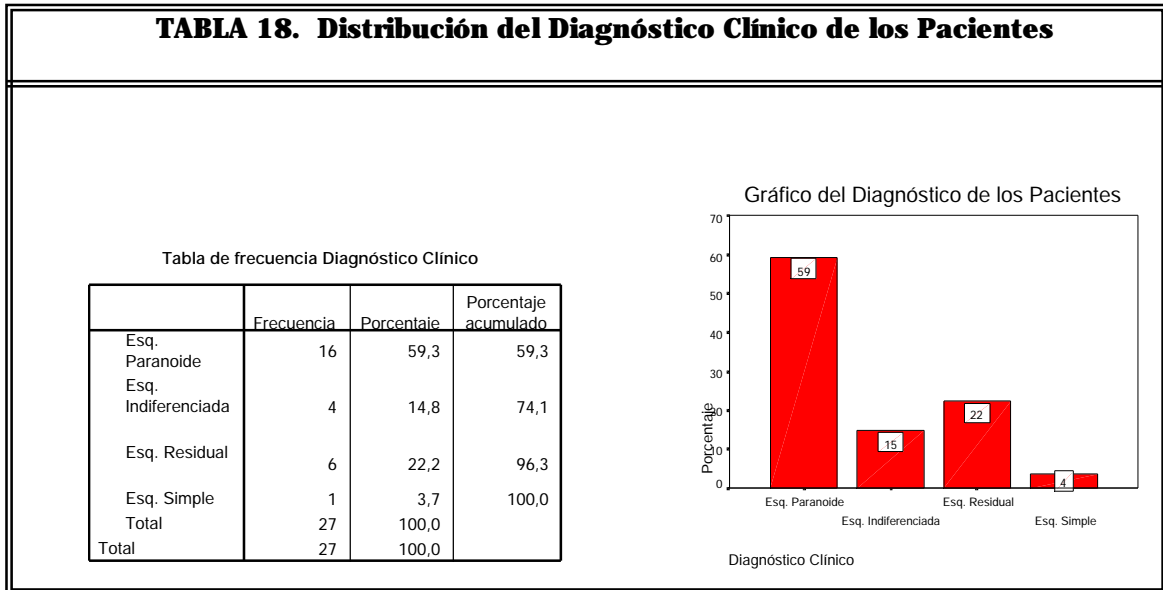
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Artesano y operario en general	1	3,7	3,7
Agricultor y ganadero	1	3,7	7,4
Conductor de medios de transporte	1	3,7	11,1
Pensionado, incapacitado o no trabaja	16	59,3	70,4
Quehaceres domésticos	8	29,6	100,0
Total	27	100,0	
Total	27	100,0	



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La esquizofrenia evaluada según criterios del CIE-10, es de tipo paranoide en 16 pacientes (59,3%), residual en 6 pacientes (22,2%), indiferenciada en 4 pacientes (14,8%) y simple en 1 solo paciente (3,7%).

TABLA 18. Distribución del Diagnóstico Clínico de los Pacientes

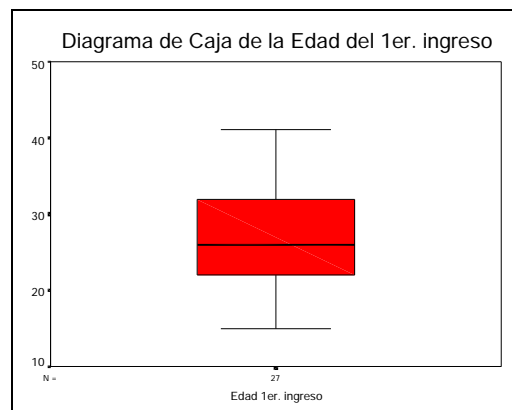


La media de la edad del primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico fue de 27 años (DT= 7,28), donde la edad mínima observada es de 15 años y la edad máxima de 41 años:

TABLA 19. Estadísticos descriptivos de la Edad del Primer ingreso de los Pacientes

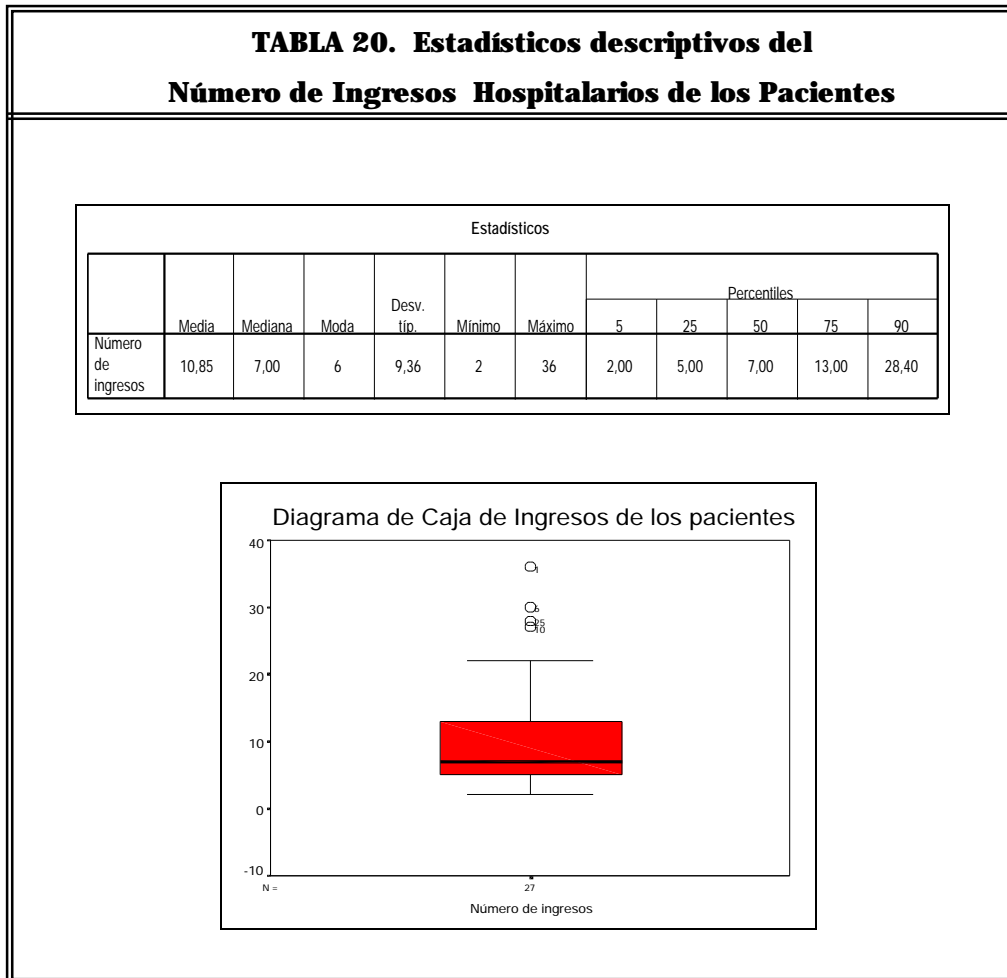
Estadísticos											
	Media	Mediana	Moda	Desv. tip.	Mínimo	Máximo	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Edad 1er. ingreso	26,81	26,00	23*	7,28	15	41	15,80	21,00	26,00	32,00	38,20

* Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.



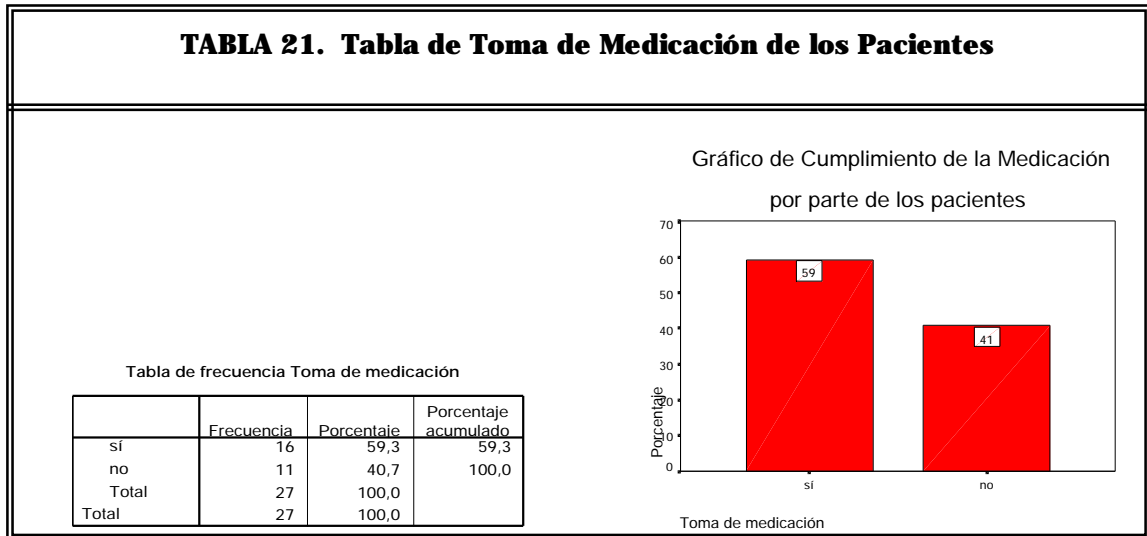
Tal y como se aprecia, el 50% central de los pacientes tuvieron su primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre los 21 y los 32 años, con una mediana de 26 años.

El promedio de ingresos hospitalarios en dicho centro fue de 11, con un rango comprendido entre 2 y 36 veces:

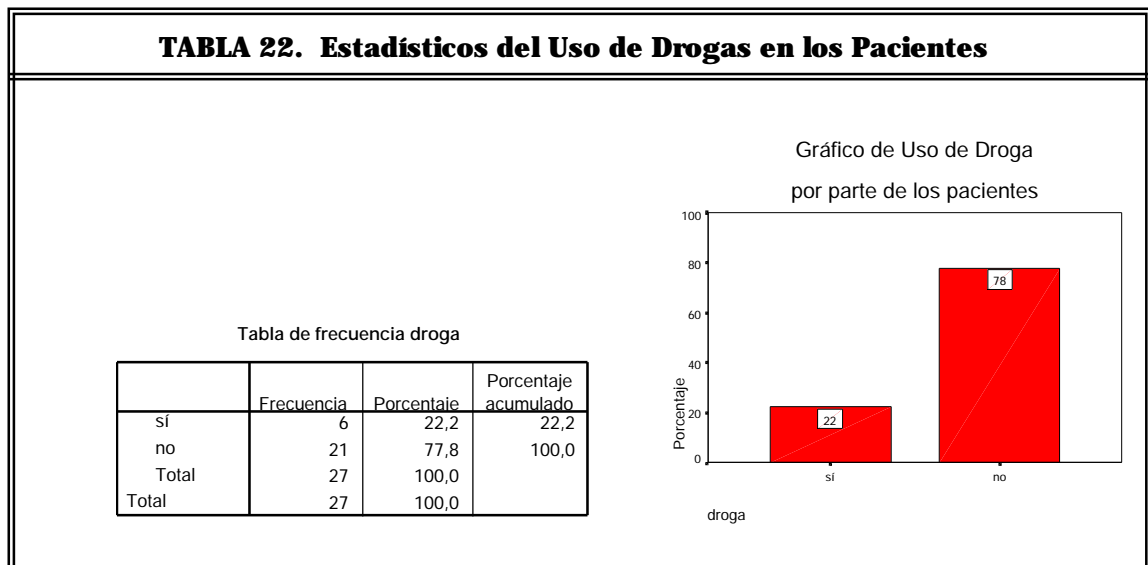


El anterior diagrama muestra que el 50% central de los pacientes han tenido entre 5 y 13 ingresos hospitalarios, con una mediana de 7 veces, lo que indica que el 50% de los pacientes han ingresado menos de 7 veces y el restante 50% más de 7 veces. Los valores mínimo y máximo sin tener en cuenta los valores extremos son 2 y 23 veces. Se aprecian cuatro valores extremos, a saber: 27 veces, 28 veces, 30 veces y 36 veces.

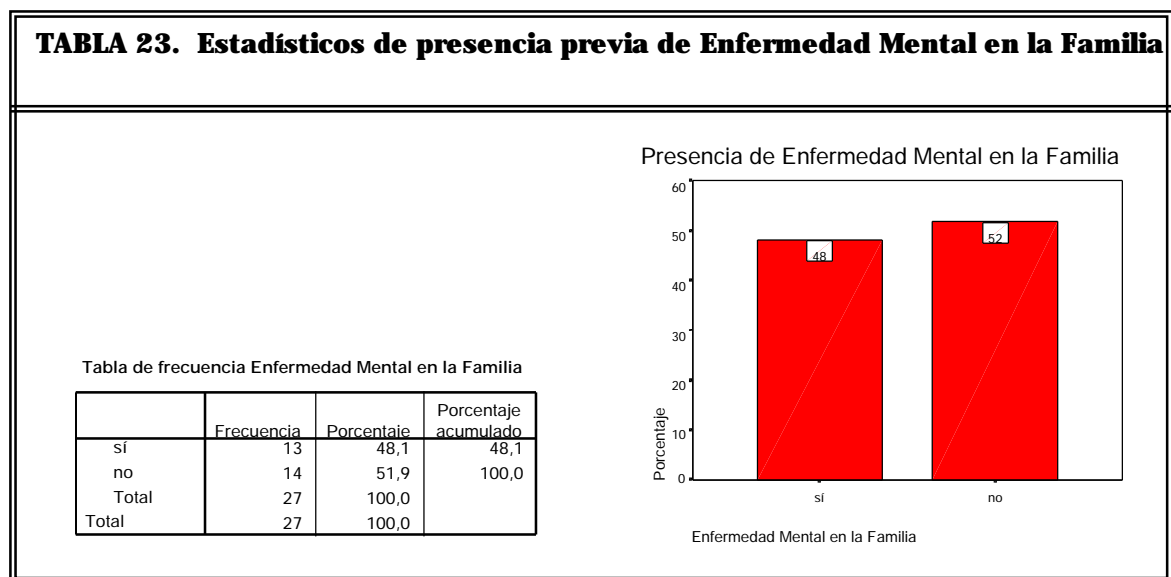
En cuanto a la toma de la medicación, hacen cumplimiento de la misma un 59,3% de los pacientes, mientras que un 40,7% no hacen cumplimiento de la medicación:



La información indica que un 22,2% de los pacientes hacen uso de diferentes drogas psicotrópicas (como cannabis, crack, cocaína y abuso de fármacos), mientras que un 77,8% no hacen uso.



En cuanto a la presencia de Enfermedad Mental en la familia antes de la aparición de la enfermedad en el paciente, se observa que en un 48% de las familias algún familiar presentó trastornos psicopatológicos, mientras que en un 52% de las familias se presentaba por vez primera:

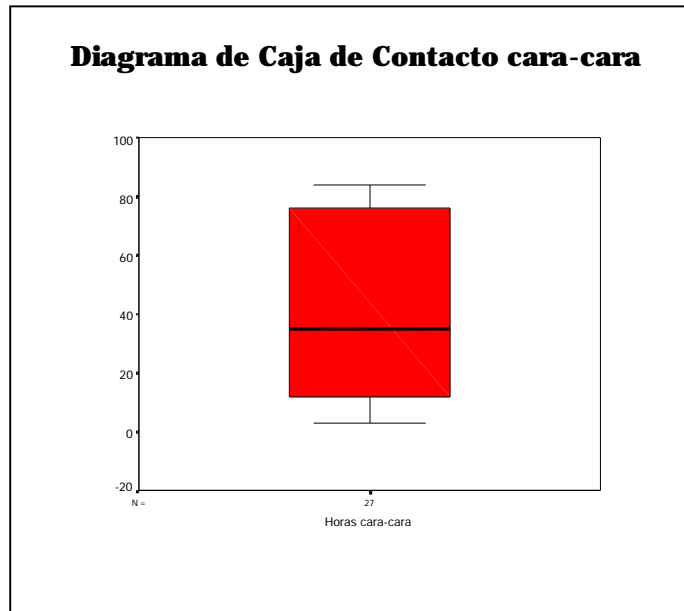


Respecto a las horas de Contacto Cara a Cara entre el paciente y los familiares, se encuentra que la media de horas de contacto es de 41 horas/semana.

TABLA 24. Estadísticos descriptivos de las horas de Contacto Cara a Cara de los familiares con los pacientes

Estadísticos											
	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Horas cara-cara	41,26	35,00	5 ¹	30,50	3	84	3,00	10,00	35,00	78,00	84,00

¹. Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.



Tal y como se aprecia, el 50% central de los familiares comparten con sus parientes enfermos entre 10 y 78 horas a la semana de Contacto Cara a Cara, con una mediana de 35 horas/semana. El rango oscila entre 3 y 84 horas/semana.

Con respecto a las horas compartidas con cada uno de los miembros familiares, se puede comprobar que con quienes más horas pasan es con las madres, con una media de 54 horas/semana (DT= 33,06), con un rango de 5 a 84 horas semanales. Luego le sigue las horas de Contacto Cara a Cara de los padres, cuya media es de 46 horas/semana (DT= 19,33) y con un rango que oscila entre 28 y 74 horas semanales.

TABLA 25. Horas de Contacto Cara a Cara según con cada familiar.

Contacto Cara a Cara	N	Media	Mediana	Moda	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Padre	5	46	35	35	19,33	28	74
Madre	10	54	71,50	80	33,06	5	84
Hijo/a	5	35	35	3*	32,90	3	84
Hermano/a	4	10,25	5	5	11,87	3	28
Cónyuge	3	42,67	40,00	10	34,08	10	78

* Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.

En cuanto a la puntuación media obtenida en la Escala de Evaluación Psiquiátrica al inicio de la investigación es de 15 puntos, con una desviación típica de 11,49 y un rango entre 4 y 55 puntos. Si clasificamos por presencia o no de trastorno se aprecia que en 9 casos (33.3%) el trastorno está "ausente", en 12 casos (44.5%) aparece "trastorno leve" y en los 6 casos restantes (22.2%) se presenta un "trastorno grave".

La puntuación media obtenida en la Escala de Evaluación Psiquiátrica a los 6 meses de seguimiento es de 13,64 puntos, con una desviación típica de 9,81 y un rango entre 1 y 37 puntos. Se perdieron 5 sujetos en este seguimiento. Si se clasifica por presencia o no de trastorno se aprecia que en 9 casos (40.9 %) el trastorno está "ausente", en 9 casos (40.9 %) aparece "trastorno leve" y en los 4 casos restantes (18.2 %) se presenta un "trastorno grave".

De acuerdo a estas puntuaciones, habían recaído 7 de los 22 pacientes entrevistados (31.81%).

A los 9 meses de seguimiento, la puntuación media obtenida en la Escala de Evaluación Psiquiátrica es de 14,39 puntos, con una desviación típica de 9,24 y un rango entre 5 y 37 puntos. Se perdieron 4 sujetos en este seguimiento. Si se clasifica por presencia o no de trastorno se aprecia que en 11 casos (47.8 %) el trastorno está "ausente", en 7 casos (30.5 %) aparece "trastorno leve" y en los restantes 5 casos (21.7 %) se presenta un "trastorno grave".

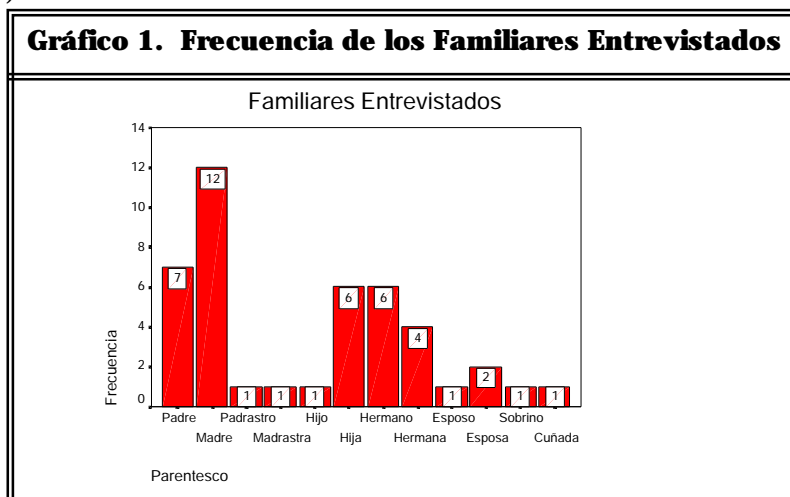
De acuerdo a estas puntuaciones, habían recaído 5 de los 23 pacientes entrevistados.

TABLA 26. Evolución de la BRPS a lo largo del estudio.

	BRPS inicial (n = 27)	BRPS 6 meses (n = 22)	BRPS inicial (n = 23)
Media	15	13,64	14,39
Desv. Típica	11,49	9,81	9,24
Rango	4-55	1-37	5-37
Ausencia Tno.	9 (33.3%)	9 (40.9%)	11 (47.8%)
Tno. Leve	12 (44.5%)	9 (40.9%)	7 (30.5%)
Tno. Grave	6 (22.2%)	4 (18.2%)	5 (21.7%)
		Recaída: 7 (25.9%)	Recaída: 5 (18.5%)
		Perdidos: 5 (18.5%)	Perdidos: 4 (14.8%)

CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES

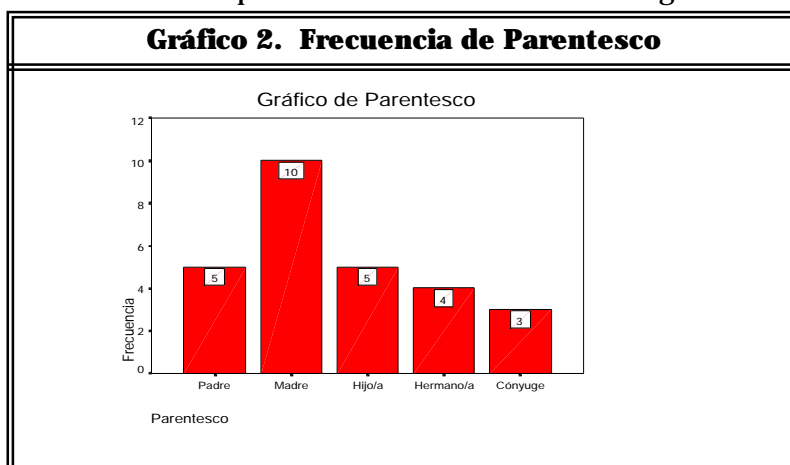
De los 43 familiares entrevistados, 7 eran padres biológicos (16,3%), 12 eran madres biológicas (27,9%), 3 eran cónyuges (7%), 10 eran hermanos/as (23,3%), 7 eran hijos/as (16,3%), 2 eran padrastro/madrastra (4,6%), y los dos restantes eran otros familiares cercanos (4,6 %).



La media de la edad de los 7 padres entrevistados es de 68,4 años (DT= 13,16), con un rango entre 42 y 85 años. De estos padres, solo 1 trabajaba fuera de casa.

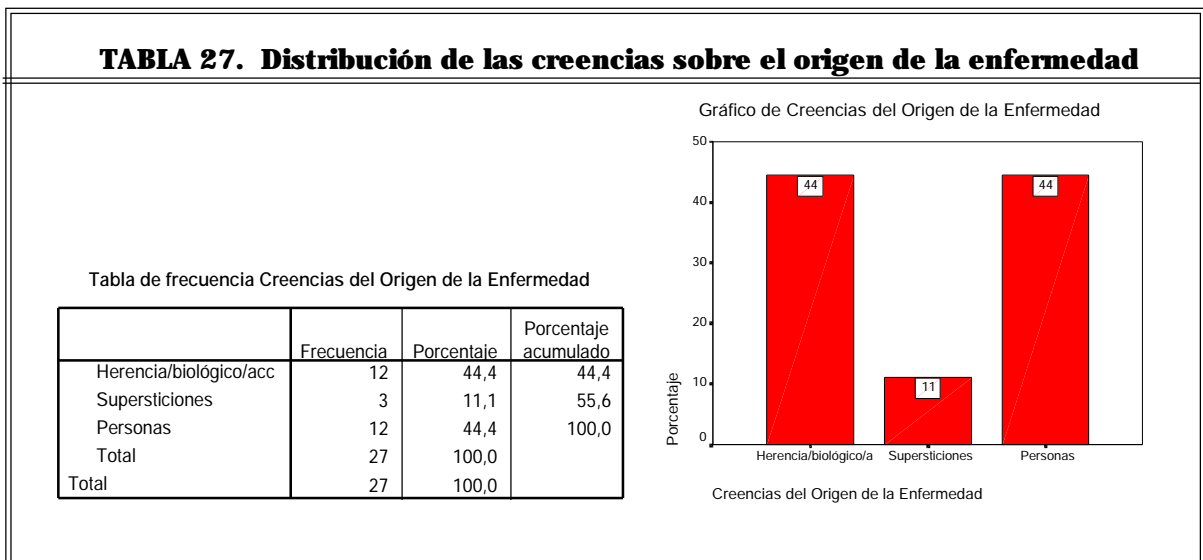
La media de la edad de las 12 madres entrevistadas es de 70,2 años (DT= 4,59), con un rango entre 63 y 77 años. De estas madres, ninguna trabajaba fuera de casa.

Para el análisis estadístico, la variable “parentesco” se redefinió de acuerdo al familiar clave que determinó la Emoción Expresada Familiar. Se obtuvo la siguiente distribución:



En lo que se refiere a las creencias sobre las posibles causas de la enfermedad, se puede considerar un abanico amplio de las mismas, a saber:

1. aspectos relacionados con herencia, biológicos y accidentales
2. aspectos relacionados con supersticiones: suerte, destino, brujería, espíritu, “mal-echado”, influencia malignas y
3. aspectos relacionados con personas: ya sean ellos mismos, otros familiares u otras personas



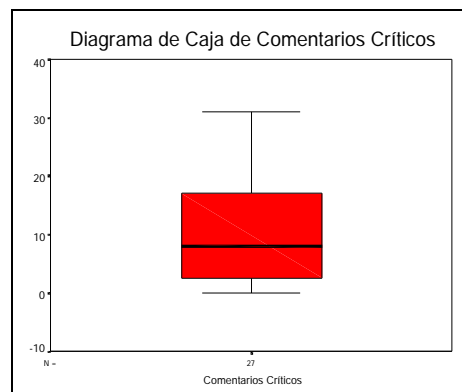
Los datos previos indican que la herencia y la influencia de personas son las creencias más frecuentes (88,8%), seguida de las supersticiones (11,1%).

4.3.2. Descripción de los patrones de Emoción Expresada

COMENTARIOS CRÍTICOS: Para apreciar mejor las diferencias entre la escala de Comentarios Críticos y los familiares, se exponen a continuación varias tablas y gráficos:

TABLA 28. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de Comentarios Críticos de los familiares.

	Media	Mediana	Moda	Desv. tip.	Mínimo	Máximo	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Comentarios Críticos	10,19	8,00	1	9,25	0	31	,40	2,00	8,00	17,00	26,80



Se puede apreciar que el 50% central de los familiares entrevistados hicieron entre 2 y 17 Comentarios Críticos, con una mediana de 8 Comentarios Críticos. Los valores mínimo y máximo son 0 y 31 Comentarios Críticos. Como se observa, la distribución presenta una asimetría positiva.

Comparando la distribución de Comentarios Críticos dentro de cada nivel de la variable parentesco, se observa:

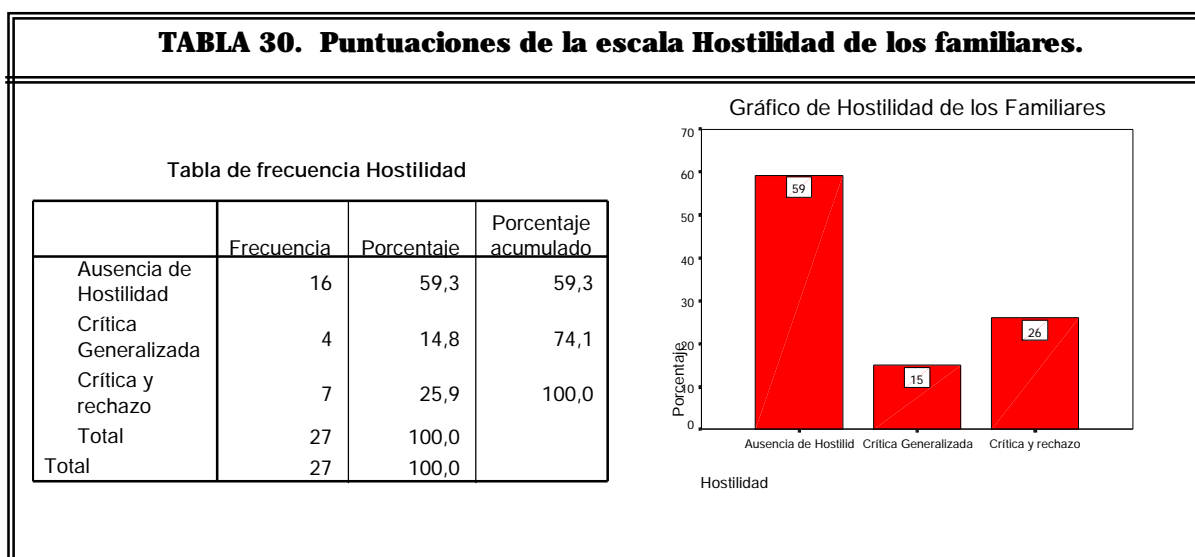
TABLA 29. Tabla de Comentarios Críticos según los familiares.

Comentarios Críticos		Media	Mediana	Moda	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Padre	5	11,60	8,00	1*	12,10	1	30
Madre	10	12,50	10,00	5	9,64	2	31
Hijo/a	5	7,80	1,00	1	10,98	1	26
Hermano/a	4	9,75	9,00	4	5,91	4	17
Cónyuge	3	4,67	5,00	0*	4,51	0	9

* Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.

Teniendo en cuenta que la media de comentarios críticos es menor en el grupo que corresponde a los cónyuges de los pacientes (Media= 4,67, DT= 4,51) que en cualquiera de los otros familiares, se puede afirmar que los cónyuges son menos críticos/as en general, mientras que las madres son las más críticas (Media= 12,50, DT=9,64).

HOSTILIDAD: Las siguientes tablas exponen las frecuencias de la escala Hostilidad:



De acuerdo a los datos, existe presencia de Hostilidad en un 40,7% de los familiares. Como se puede comprobar, casi el 60% de los familiares entrevistados no presentan Hostilidad hacia sus parientes enfermos.

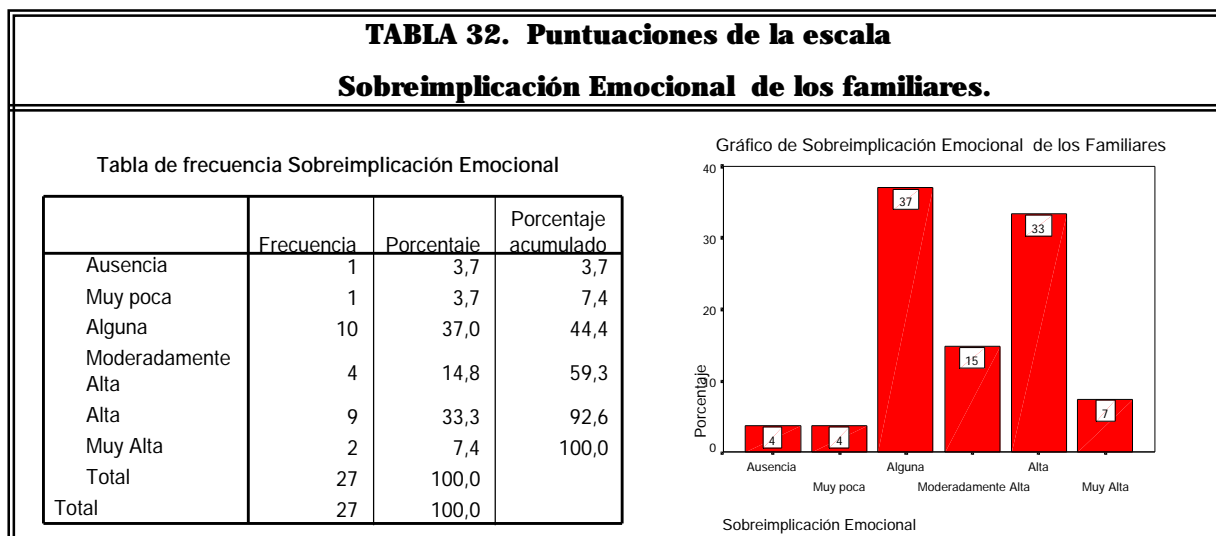
TABLA 31. Tabla de Hostilidad según los Familiares

Tabla de contingencia Hostilidad * Familiares

		Familiares					Total
		Fig. Paterna	Fig. Materna	Hijo/a	Hermano/a	Cónyuge	
Hostilidad	Ausencia de hostilidad	2 12,5%	5 31,3%	5 31,3%	1 6,3%	3 18,8%	16 100,0%
	Crítica generalizada	1 25,0%	2 50,0%		1 25,0%		4 100,0%
	Crítica y Rechazo	2 28,6%	3 42,9%		2 28,6%		7 100,0%
Total		5 18,5%	10 37,0%	5 18,5%	4 14,8%	3 11,1%	27 100,0%

Como se puede apreciar, las figuras maternas en los tres rubros presentaron los porcentajes más altos; mientras que los/las hijos/as y los/las cónyuges no mostraron ningún indicio de hostilidad.

SOBREIMPLICACIÓN EMOCIONAL: La siguiente tabla expone los porcentajes de la escala Sobreimplicación Emocional en los familiares de la muestra:



De acuerdo a los datos, existe Alguna, Muy Poca o Ausencia de Sobreimplicación Emocional en un 44% de los familiares. De manera que, el 56% de los familiares entrevistados muestran Moderadamente Alta, Alta y Muy Alta Sobreimplicación Emocional.

TABLA 33. Tabla de Sobreimplicación Emocional según los Familiares

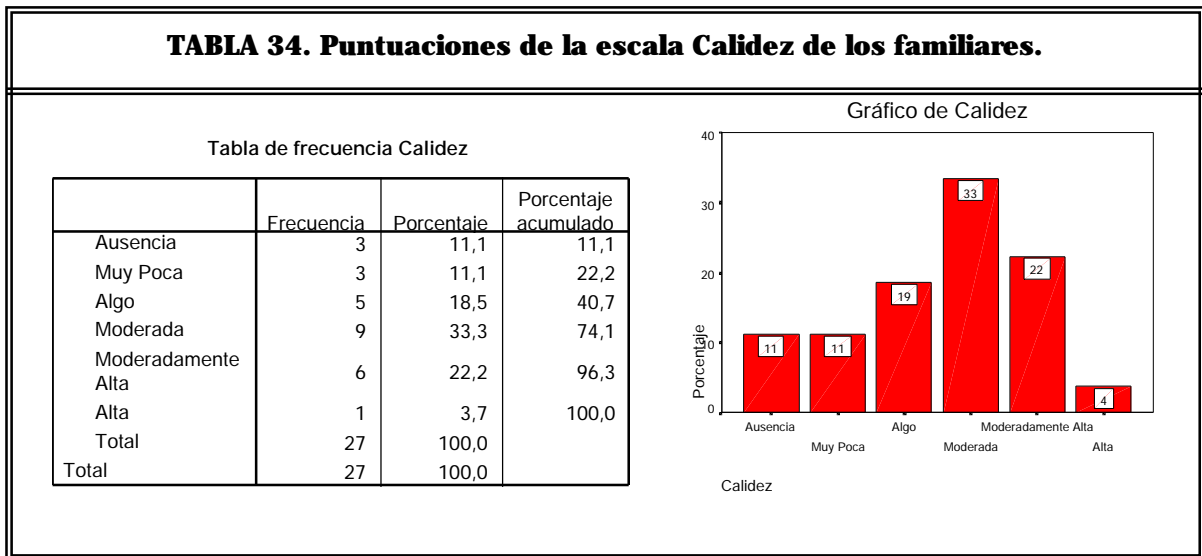
Tabla de contingencia Sobreimplicación Emocional * Familiares

		Familiares					Total
		Fig. Paterna	Fig. Materna	Hijo/a	Hermano/a	Cónyuge	
Sobreimplicación Emocional	Ausencia			1 100,0%			1 100,0%
	Muy poca					1 100,0%	1 100,0%
	Alguna	2 20,0%	2 20,0%	2 20,0%	2 20,0%	2 20,0%	10 100,0%
	Moderadamente Alta	1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%	1 25,0%		4 100,0%
	Alta	2 22,2%	5 55,6%	1 11,1%	1 11,1%		9 100,0%
	Muy Alta		2 100,0%				2 100,0%
Total		5 18,5%	10 37,0%	5 18,5%	4 14,8%	3 11,1%	27 100,0%

Como puede observarse, existe una "Muy Alta" Sobreimplicación Emocional solo en las figuras maternas; mientras que la "Ausencia" y "Muy Poca" Sobreimplicación Emocional solo se da en los/las hijos/as y los/las cónyuges respectivamente.

CALIDEZ: En cuanto a Calidez, existen 20 familiares con Baja Calidez (Moderada, Algo, Muy Poca y Ausencia de Calidez = 74,1%) y 7 familiares con Alta Calidez (Moderadamente Alta y Alta = 25,9 %). La siguiente tabla expone las frecuencias de la escala Calidez en los familiares de la muestra:

TABLA 34. Puntuaciones de la escala Calidez de los familiares.



Al observar los porcentajes que muestran los familiares con respecto a la Calidez, son las figuras maternas quienes presentan un porcentaje más alto en esta variable (50%), mientras que las figuras paternas muestran un porcentaje más alto en cuanto a “Muy Poca Calidez”.

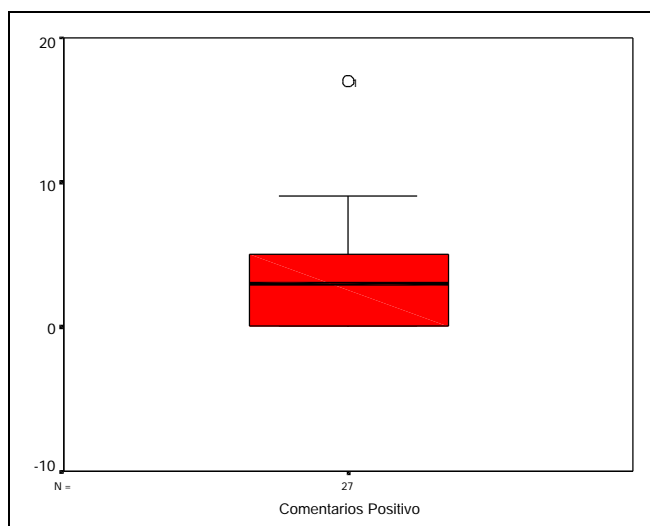
TABLA 35. Tabla de Calidez según los familiares

		Familiares					Total
		Fig. Paterna	Fig. Materna	Hijo/hija	Hermano/a	Cónyuge	
Calidez	Ausencia		2 66,7%		1 33,3%		3 100,0%
	Muy poca	2 66,7%	1 33,3%				3 100,0%
	Algo	1 20,0%		2 40,0%		2 40,0%	5 100,0%
	Moderada	1 11,1%	4 44,4%	2 22,2%	2 22,2%		9 100,0%
	Moderadamente alta	1 16,7%	3 50,0%		1 16,7%	1 16,7%	6 100,0%
	Alta			1 100,0%			1 100,0%
	Total	5 18,5%	10 37,0%	5 18,5%	4 14,8%	3 11,1%	27 100,0%

COMENTARIOS POSITIVOS: Por último, para apreciar mejor la escala de Comentarios Positivos realizados por los familiares, se exponen a continuación una serie de tablas y gráficos que muestran las puntuaciones.

TABLA 36. Distribución de las puntuaciones de Comentarios Positivos de los Familiares

Estadísticos											
	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles				
							5	25	50	75	90
Comentarios Positivos	3,52	3,00	0	3,86	0	17	,00	,00	3,00	5,00	9,00



Se puede afirmar que el 50% central de los familiares hicieron entre 0 y 5 Comentarios Positivos, siendo la mediana 3. El diagrama indica que existe un valor extremo con 17 Comentarios Positivos. La media de Comentarios Positivos ascendió a 3,52.

Al comparar la distribución de Comentarios Positivos dentro de cada nivel de la variable parentesco se observa:

TABLA 37. Tabla de Comentarios Positivos según los familiares.

Comentarios Positivos	n	Media	Mediana	Moda	Desv. típica	Mínimo	Máximo
Fig. Paterna	5	3,00	3,00	3	1,87	0	5
Fig. Materna	10	4,20	3,50	0*	3,49	0	9
Hijo/a	5	2,80	3,00	0	2,77	0	6
Hermano/a	4	4,75	1,00	0	8,22	0	17
Cónyuge	3	1,67	2,00	0*	1,53	0	3

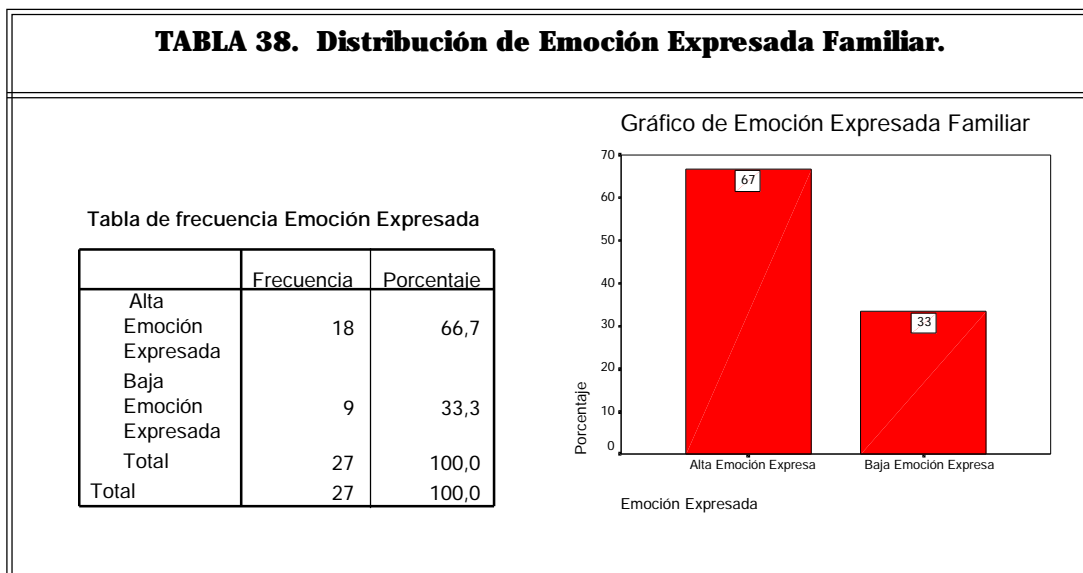
* Existen varias modas. Se muestra el menor de los valores.

Teniendo en cuenta que la media y la desviación típica de Comentarios Positivos es mayor en los/as hermanos/as (Media= 4,75, DT= 8,22) que en las figuras maternas (Media= 4,20, DT= 3,49) y que en las figuras paternas (Media= 3,00, DT= 1,87), se puede afirmar que los/as hermanos/as hacen más Comentarios Positivos en general que las figuras maternas y paternas, y que la variabilidad en cuanto al número de Comentarios Positivos también es mayor en los hermanos/as.

Comparando los 5 grupos de familiares, en cuanto a Comentarios Positivos se puede concluir que:

- Sí se aprecia que en todos los grupos de familiares, hubo quienes no emitieron ningún Comentario Positivo con respecto a su familiar enfermo.
- Se puede afirmar que los/as hermanos/as son quienes emiten más Comentarios Positivos.

EMOCIÓN EXPRESADA: En la siguiente tabla se pueden apreciar las frecuencias y porcentajes de la Alta Emoción Expresada y la Baja Emoción Expresada, a escala familiar y a escala individual. (Los puntos de corte que se han utilizado son los recomendados en investigaciones anteriores: $CC \geq 6$, presencia de H, $SIE \geq 3$) para más adelante analizarlos en función de la recaída.

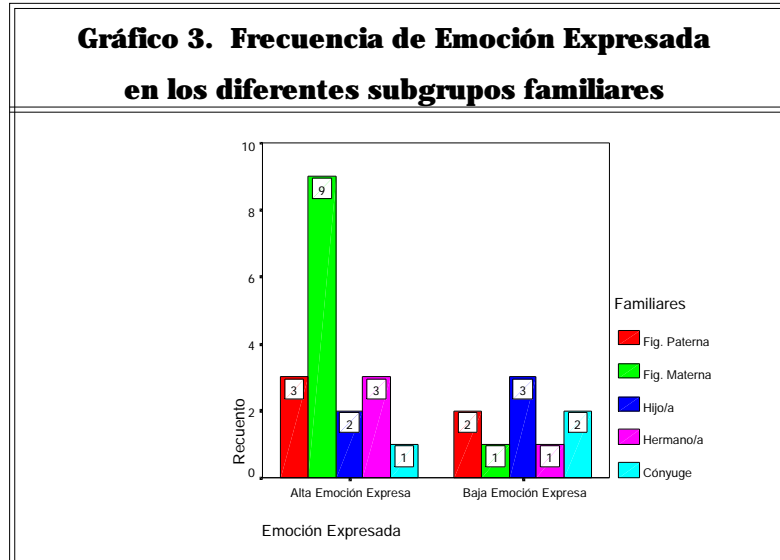


Puede observarse que de los 27 hogares, 18 presentan Alta Emoción Expresada (66,7%) y 9 Baja Emoción Expresada (33,3%), tal y como se muestra en la siguiente Tabla:

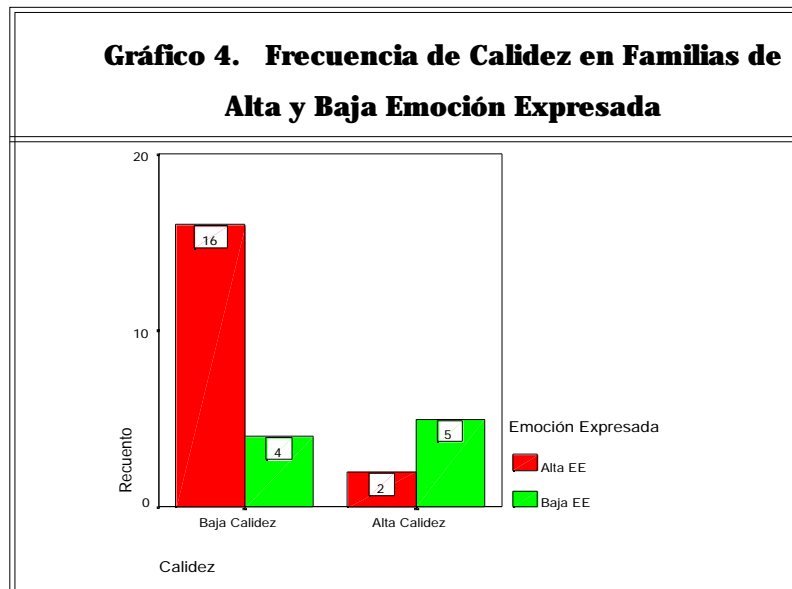
TABLA 39. Nivel de Emoción Expresada Familiar y en los sub-grupos de familiares.

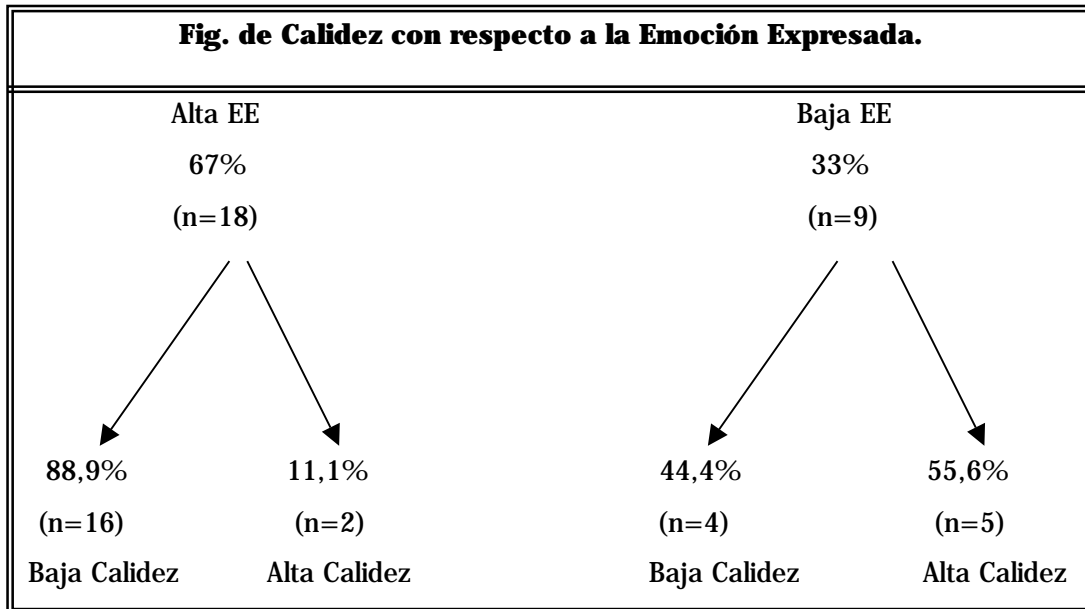
NIVEL DE Emoción Expresada	ALTA Emoción Expresada	BAJA Emoción Expresada
FAMILIAR	18 66,7%	9 33,3%
FIG. PATERNA	3 11,1%	2 7,4%
FIG. MATERNA	9 33,3%	1 3,7%
HIJO/A	2 7,4%	3 11,1%
HERMANO/A	3 11,1%	1 3,7%
CÓNYUGE	1 3,7%	2 7,4%

Respecto a los resultados descriptivos de los familiares, se puede encontrar que al comparar la Emoción Expresada, son las figuras maternas las que muestran un mayor porcentaje, 33,3% de Alta Emoción Expresada (n= 9). Mientras que los/las hijos/as son quienes tienen un mayor porcentaje, 11,1% de Baja Emoción Expresada (n= 3); esto parece señalar que los hijos/as tienen una actitud más positiva hacia el enfermo.



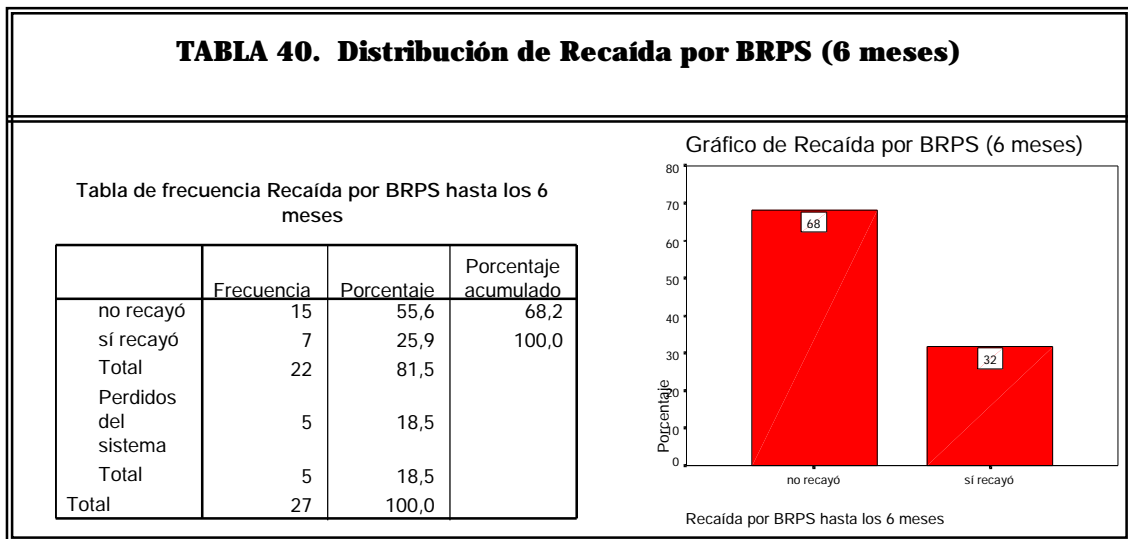
De los hogares de Alta Emoción Expresada, 16 (88,9 %) mostraron una Baja Calidez, mientras que 2 (11,1%) son de Alta Calidez. En cambio, de los hogares de Baja Emoción Expresada, 4 (44,4 %) mostraron una Baja Calidez, en tanto que 5 hogares (55,6 %) manifestaron una Alta Calidez.





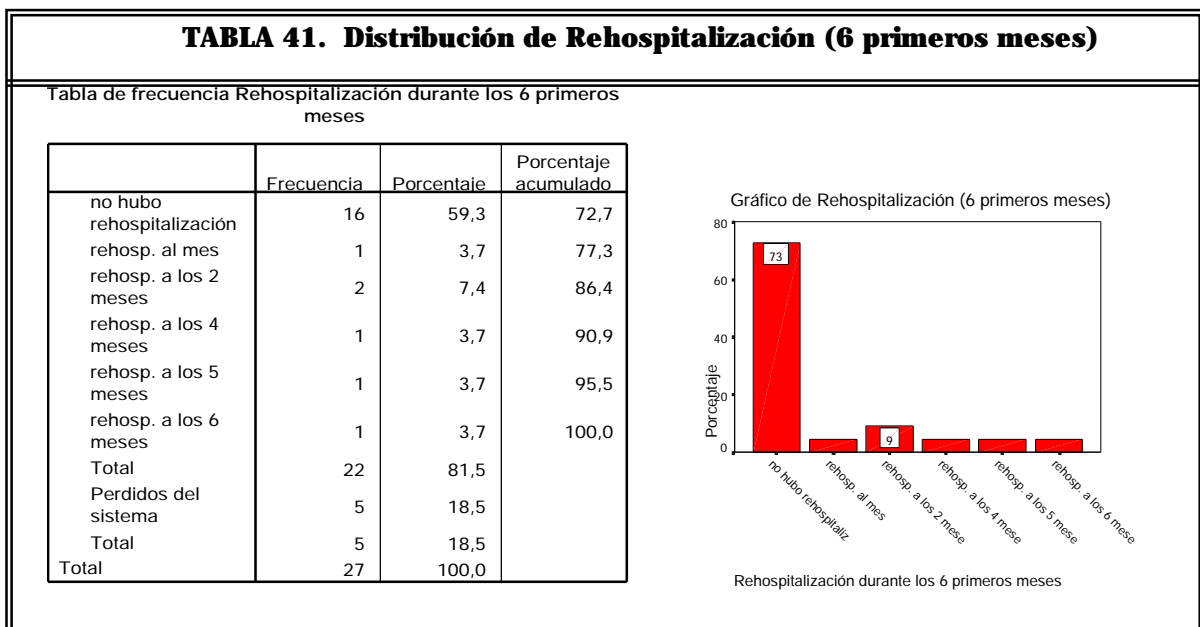
Como era de esperar, los hogares de Alta Emoción Expresada tienen un 88,9% de familias que manifiestan una Baja Calidez, en tanto que de los hogares de Baja Emoción Expresada tan solo el 44,4% de las familias muestran Baja Calidez.

4.3.3. Recaída



En 5 de los 27 pacientes de la muestra no se pudo obtener información para valorar la recaída de acuerdo al BRPS a los 6 meses de seguimiento, de manera que de 22 pacientes, la evaluación con la escala BRPS indicaba recaída en 7 (26 %) pacientes.

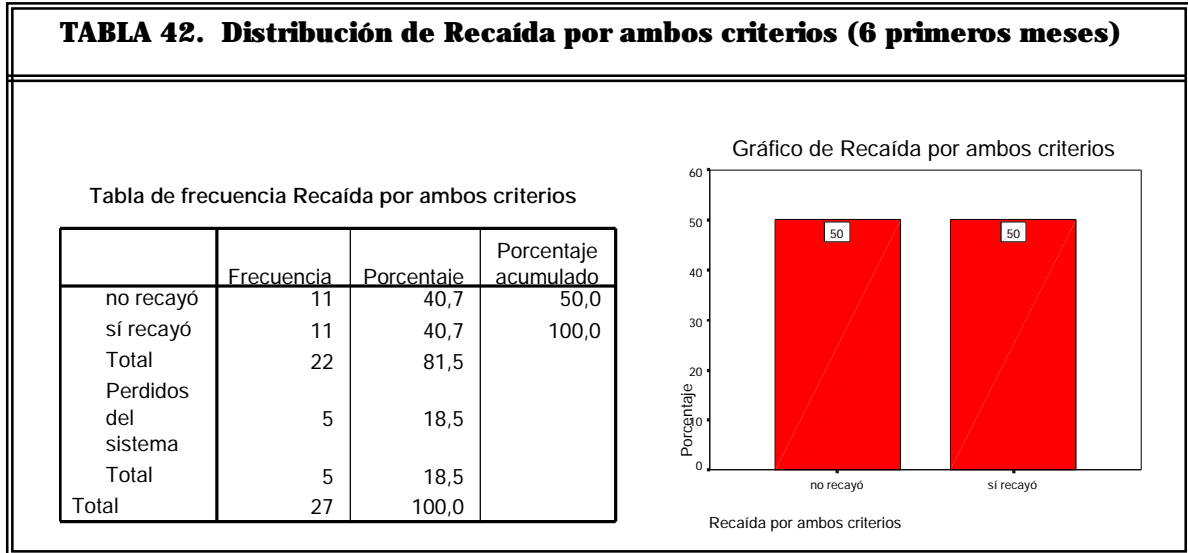
En cuanto a la valoración de la recaída por rehospitalización, 6 (27,3 %) de los 22 pacientes recayeron, tal y como se muestra a continuación:



En resumen, se puede afirmar que, recayeron hasta los 6 meses de seguimiento:

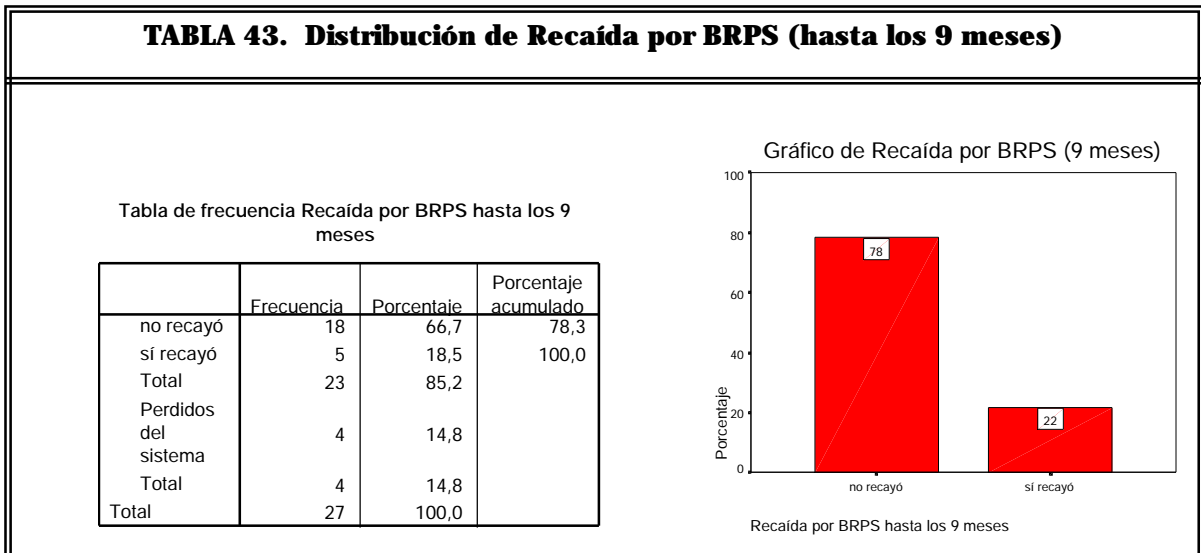
- Por variación en la escala BRPS 7 pacientes (26 %)
- Por rehospitalización 6 pacientes (22 %)
- Por ambos criterios 11 pacientes (41 %)

TABLA 42. Distribución de Recaída por ambos criterios (6 primeros meses)



En cuanto al los 9 meses, el seguimiento muestra los siguientes resultados:

TABLA 43. Distribución de Recaída por BRPS (hasta los 9 meses)



Hay dos pacientes que tanto en la BRPS como con la rehospitalización mostraron recaída.

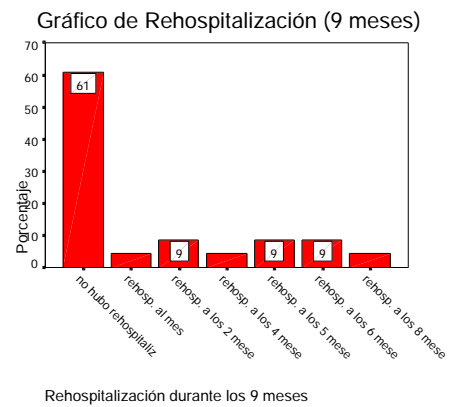
Como puede observarse, 4 de los 27 pacientes no se presentaron en este seguimiento, por lo que de 23 pacientes, habían recaído 5 (18,5 %) por variación en la BRPS.

En cuanto a la recaída en función de la rehospitalización, recayeron 9 pacientes (33,3 %) de la muestra inicial del estudio y 2 de estos pacientes mostraron 2 rehospitalizaciones cada uno en el transcurso de los 9 meses de seguimiento.

TABLA 44. Distribución de Rehospitalización (hasta los 9 meses)

Tabla de frecuencia Rehospitalización durante los 9 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
no hubo rehospitalización	14	51,9	60,9
rehosp. al mes	1	3,7	65,2
rehosp. a los 2 meses	2	7,4	73,9
rehosp. a los 4 meses	1	3,7	78,3
rehosp. a los 5 meses	2	7,4	87,0
rehosp. a los 6 meses	2	7,4	95,7
rehosp. a los 8 meses	1	3,7	100,0
Total	23	85,2	
Perdidos del sistema	4	14,8	
Total	4	14,8	
Total	27	100,0	



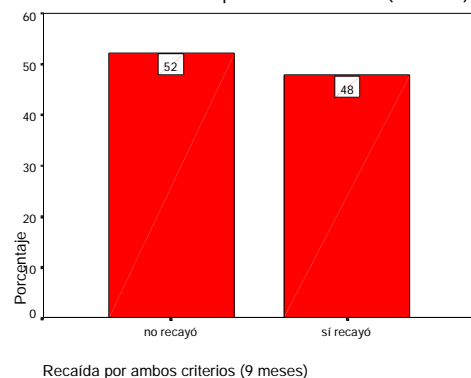
Como conclusión, se puede confirmar que, durante los 9 meses de estudio, recayeron:

- Por variación en la escala BRPS 5 pacientes (18,5 %)
- Por rehospitalización 9 pacientes (33,3 %)
- Por ambos criterios 11 pacientes (41 %)

TABLA 45. Distribución de Recaída por ambos criterios (hasta los 9 meses)

Tabla de frecuencia Recaída por ambos criterios (9 meses)			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
no recayó	12	44,4	52,2
sí recayó	11	40,7	100,0
Total	23	85,2	
Perdidos del sistema	4	14,8	
Total	4	14,8	
Total	27	100,0	

Gráfico de Recaída por ambos criterios (9 meses)



A los 9 meses de seguimiento, hubo 6 pacientes que estaban estables en ese momento, pero que habían tenido ingreso hospitalario anteriormente. De igual manera, hubo 3 pacientes que mostraron variación en la BRPS y rehospitalización en el seguimiento. Y por último, 2 pacientes, que no habían tenido rehospitalización, pero mostraban signos importantes del trastorno.

4.4. Comprobación de Hipótesis

Hipótesis 1: Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada, tienen un mayor número de recaídas con rehospitalización que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Baja Emoción Expresada.

Para comprobar esta hipótesis se consideraron los siguientes aspectos:

1. Estimación de las medidas de asociación entre Emoción Expresada y Recaída con Rehospitalización a los 9 meses.
2. Estimación del coeficiente Phi, considerando ambas variables en escala nominal.
3. Estimación del coeficiente Eta, considerando la variable Emoción Expresada como variable independiente y en escala nominal, y la variable Recaída con Rehospitalización como variable dependiente y en escala de intervalo.

Del análisis realizado, se desprende que:

- **Estimación coeficiente Phi**

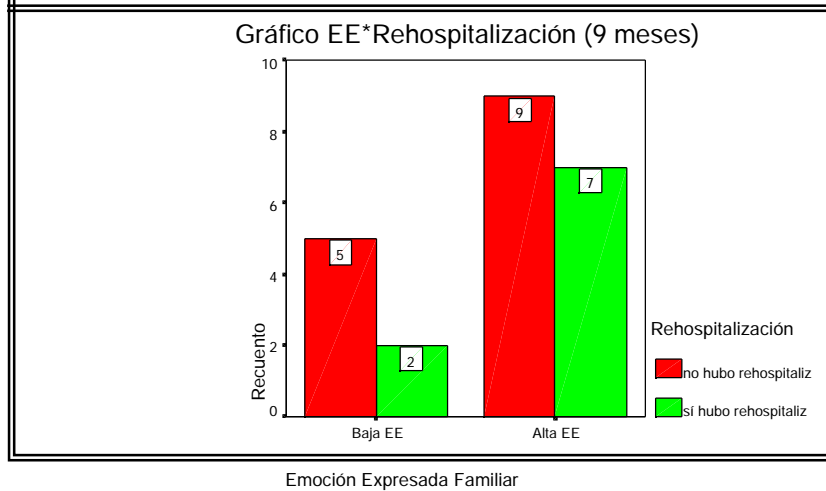
No se halla una relación estadísticamente significativa entre Emoción Expresada y Recaída con Rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento ($r=0.471$; $p=0.493$; coeficiente $\Phi=0.143$).

TABLA 46. Tabla de contingencia entre Emoción Expresada Familiar y Recaída con Rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento.

Emoción Expresada/ Rehospitalización	No rehospitalización	Sí rehospitalización	Total
Baja EE	5 (4,3)	2 (2,7)	7 (7)
Alta EE	9 (9,7)	7 (6,3)	16 (16)
<i>Total</i>	<i>14 (14)</i>	<i>9 (9)</i>	<i>23 (23)</i>

() Frecuencias esperadas, $r=0.471$; $p=0.493$; coeficiente $\Phi= 0.143$

Gráfico 5. Frecuencia de Emoción Expresada Familiar y Rehospitalización (hasta los 9 meses)



El gráfico anterior muestra un mayor número de rehospitalizaciones en el grupo de Alta EE, a los 9 meses de seguimiento; sin embargo, no permite mantener la hipótesis planteada, ya que la relación entre el índice global de Emoción Expresada y Recaída con Rehospitalización no es significativa ($\chi^2=0.471$, $p=0.493$; coeficiente Phi=0.143)

• **Estimación coeficiente Eta**

No se halla una relación estadísticamente significativa entre Emoción Expresada y Recaída con Rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento; es decir, la rehospitalización es independiente de la Emoción Expresada ($\chi^2=1.071$; $p=0.585$; Eta=0.196).

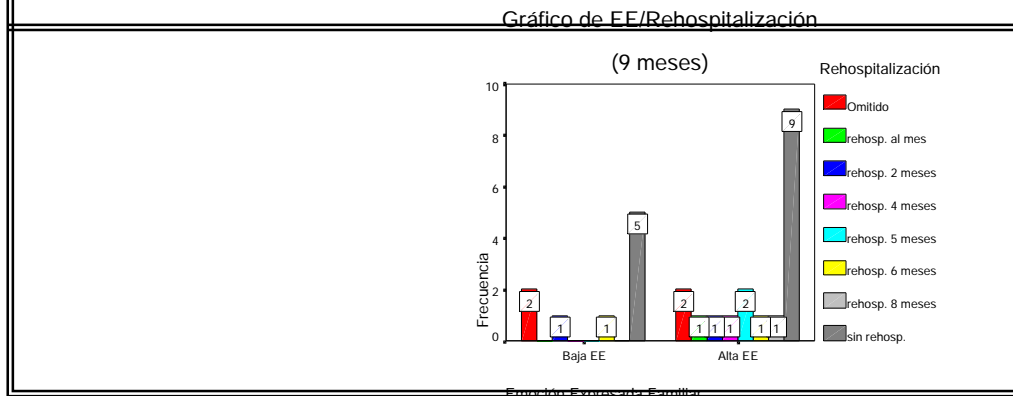
TABLA 47. Tabla de contingencia entre Emoción Expresada Familiar y Recaída con Rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento.

Emoción Expresada/ Rehospitalización	Ausencia de Rehospit.	1 rehospit.	2 rehospit.	TOTAL
Baja EE	5 (4,3)	2 (2,1)	0 (0,6)	7 (7)
Alta EE	9 (9,7)	5 (4,9)	2 (1,4)	16 (16)
Total	14 (14)	7 (7)	2 (2)	23 (23)

() Frecuencias esperadas, $\chi^2=1.071$; $p=0.585$; Eta=0.196

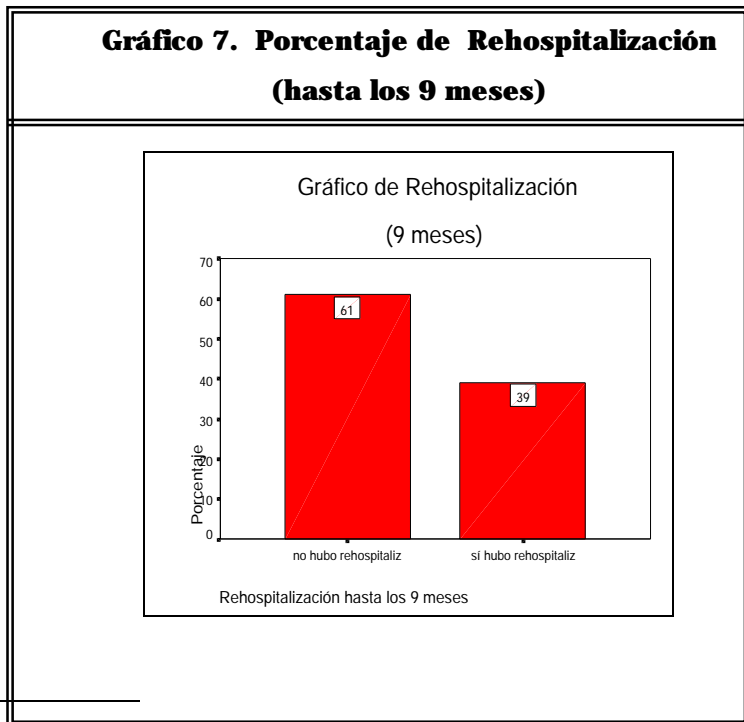
Gráfico 6. Frecuencia de Emoción Expresada Familiar

y Rehospitalización (hasta los 9 meses)



El anterior gráfico muestra que sí hubo mayor rehospitalización en pacientes de familias con Alta EE. Sin embargo, la asociación que presentan las variables es muy baja, lo que lleva a concluir que la hipótesis planteada no se está cumpliendo. ($\chi^2=1.071$; $p=0.585$; $Eta=0.196$).

La estimación total de rehospitalización después de los 9 meses fue del 39%* (9/23). No hubo una asociación significativa entre rehospitalización y la EE familiar global de acuerdo a los criterios clásicos del corte.



* El promedio de recaída durante un período de 9 meses/1 año que fue evaluado por Bebbington y Kuipers (1994) en su investigación de meta-análisis con 17 estudios, fue de 36,3%.

Hipótesis 2: Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada y no cumplen con la toma regular de la medicación, tienen un mayor número de Recaídas con Rehospitización que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Baja Emoción Expresada y no cumplen con la toma regular de la medicación.

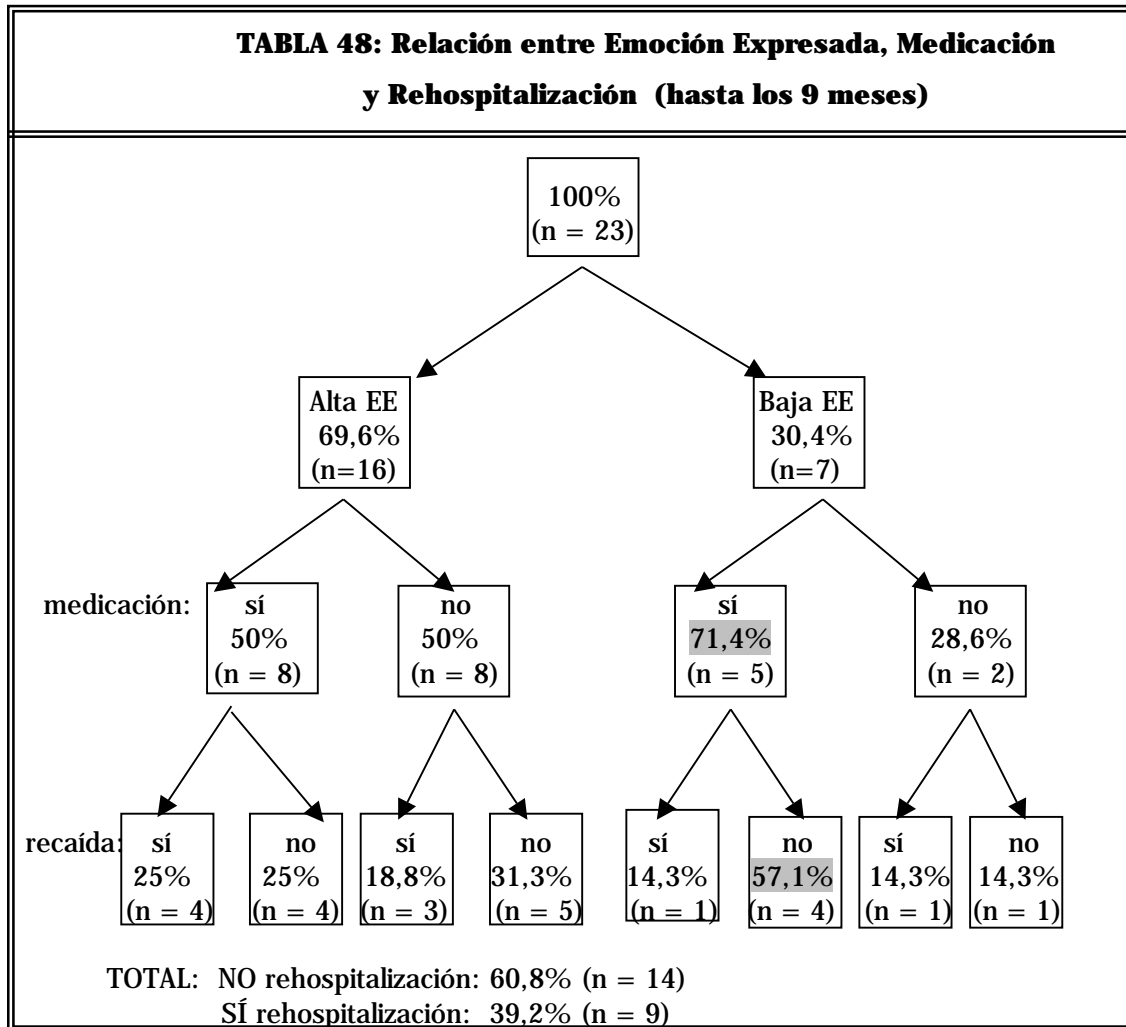
Con el fin de comprobar esta segunda hipótesis se llevaron cabo los siguientes procedimientos:

1. Estimación de las medidas de asociación entre Emoción Expresada, no cumplimiento de la toma regular de la medicación y Recaída con Rehospitización a los 9 meses.
2. Estimación del coeficiente Phi, considerando la variable Emoción Expresada solo con los pacientes costarricenses esquizofrénicos que no cumplían con la toma regular de la medicación y la variable Recaída con Rehospitización ambas como variables en escala nominal.
3. Estimación del coeficiente Eta, considerando la variable Emoción Expresada solo con los pacientes costarricenses esquizofrénicos que no cumplían con la toma regular de la medicación como variable independiente y en escala nominal, y la variable Recaída con Rehospitización como variable dependiente y en escala de intervalo.

Del análisis realizado, se desprende que:

1. Relación Emoción Expresada-Medicación-Rehospitalización

Al relacionar los pacientes entrevistados a los 9 meses de seguimiento con cumplimiento de la medicación y recaída con rehospitalización, se encuentra:



Como puede comprobarse, los pacientes costarricenses esquizofrénicos que provienen de familias de Baja Emoción Expresada, existe un mayor porcentaje que cumplen con la medicación. Los pacientes costarricenses esquizofrénicos de Alta Emoción Expresada Familiar que cumplen con la medicación recaen en igual porcentaje; mientras que los pacientes costarricenses esquizofrénicos de Baja Emoción Expresada Familiar que sí cumplen con la medicación no recaen en un 57%.

Al realizar el análisis estadístico, considerando solamente los pacientes que no cumplen con la medicación, valorando la Emoción Expresada Familiar y el número de recaídas a lo largo de los 9 meses de seguimiento, no se encuentra una asociación significativa entre dichas variables, por lo que la hipótesis planteada no se cumple y se concluye que, el número de Recaídas con Rehospitalizaciones no se ve afectado con el no cumplimiento de la toma regular de la medicación. ($r = 0.104$; $\Phi = -0.102$; $\eta = 0$)

Hipótesis 3: Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada y que puntúen más alto en Calidez, recaen menos que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que viven con familiares de Alta Emoción Expresada y puntúen más bajo en Calidez.

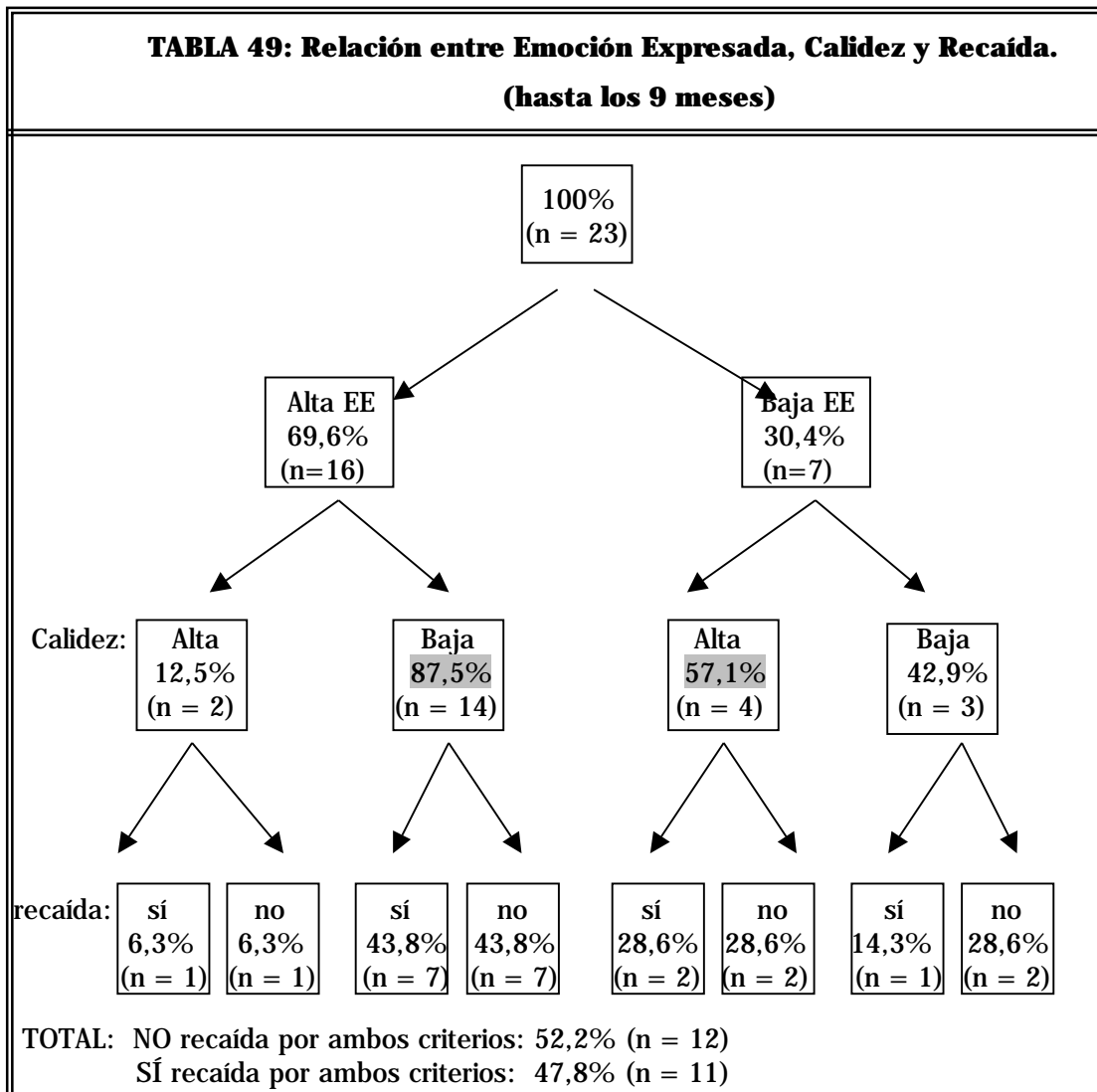
Para comprobar esta hipótesis se consideraron los siguientes procedimientos:

1. Estimación de las medidas de asociación entre Alta Emoción Expresada, Calidez y Recaída a los 9 meses.
2. Estimación del coeficiente Eta, considerando la variable Emoción Expresada como variable independiente y en escala nominal, y la variable Recaída como variable dependiente y en escala de intervalo.
3. Estimación del χ^2 , considerando Calidez como variable ordinal y Recaída como variable de intervalo.

1. Relación Emoción Expresada-Calidez-Recaída

De los 27 pacientes iniciales, 7 (25,9%) sí vivían con familias que pueden calificarse como de Alta Calidez (siguiendo el modelo de corte de puntuar 4 o 5 en dicha escala), mientras que 20 (74,1%) se califican como de Baja Calidez. De manera que, al combinar esta variable con la Emoción Expresada, se resume que de los 18 pacientes que conviven con familiares de Alta Emoción Expresada, solo 2 (11,1%) vivían con familias de Alta Calidez mientras que los restantes 16 vivían con familias de Baja Calidez (88,9%). De igual manera, de los 9 pacientes que conviven con familiares de Baja Emoción Expresada (33%), 5 vivían con familias de Alta Calidez (55,5%) mientras que 4 vivían con familia de Baja Calidez (44,4%).

Para el seguimiento de los 9 meses, se obtuvo los siguientes resultados al relacionar EE-Calidez y Recaída con los 23 pacientes.



Como puede comprobarse, los pacientes costarricenses esquizofrénicos que provienen de familias de Alta Emoción Expresada, existe un porcentaje bastante alto (87,5%) de mostrar Baja Calidez; mientras que los pacientes costarricenses esquizofrénicos que provienen de familias de Baja Emoción Expresada, mantienen un porcentaje más alto (57,1%) de Alta Calidez. Los resultados del análisis aplicado ($\chi^2 = .036$; $\Phi = .048$; $\eta^2 = 0$) no reportaron ningún tipo de asociación entre las variables Calidez y Recaída en pacientes que provienen de Alta Emoción Expresada Familiar.

Hipótesis 4: Los pacientes costarricenses esquizofrénicos que tienen un tiempo de Contacto Cara a Cara más prolongado con sus familiares claves, tienen un mayor número de recaídas con rehospitalización que aquellos pacientes costarricenses esquizofrénicos que tienen un mínimo Contacto Cara a Cara con sus familiares claves.

Para comprobar esta última hipótesis se analizaron los siguientes procedimientos:

1. Estimación de las medidas de asociación entre Contacto Cara a Cara y Recaída con Rehospitalización a los 9 meses.
2. Estimación del χ^2 , considerando la variable Contacto Cara a Cara en escala ordinal y Recaída con Rehospitalización en escala nominal. Valor de la t de Fischer.
3. Estimación de r de Pearson, considerando ambas variables en escala de intervalo.

La siguiente tabla muestra la rehospitalización dependiendo del número de horas de Contacto Cara a Cara si es mayor/igual a 35 horas por semana o menor a 35 horas por semana.

TABLA 50. Tabla de contingencia entre Contacto Cara a Cara y Recaída con Rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento.			
Contacto Cara a Cara/ Recaída con Rehospitalización	No rehospitalización	Sí rehospitalización	Total
35 horas/semana	7 (8,5)	7 (5,5)	14 (14)
< 35 horas/semana	7 (5,5)	2 (3,5)	9 (9)
<i>Total</i>	<i>14 (14)</i>	<i>9 (9)</i>	<i>23 (23)</i>

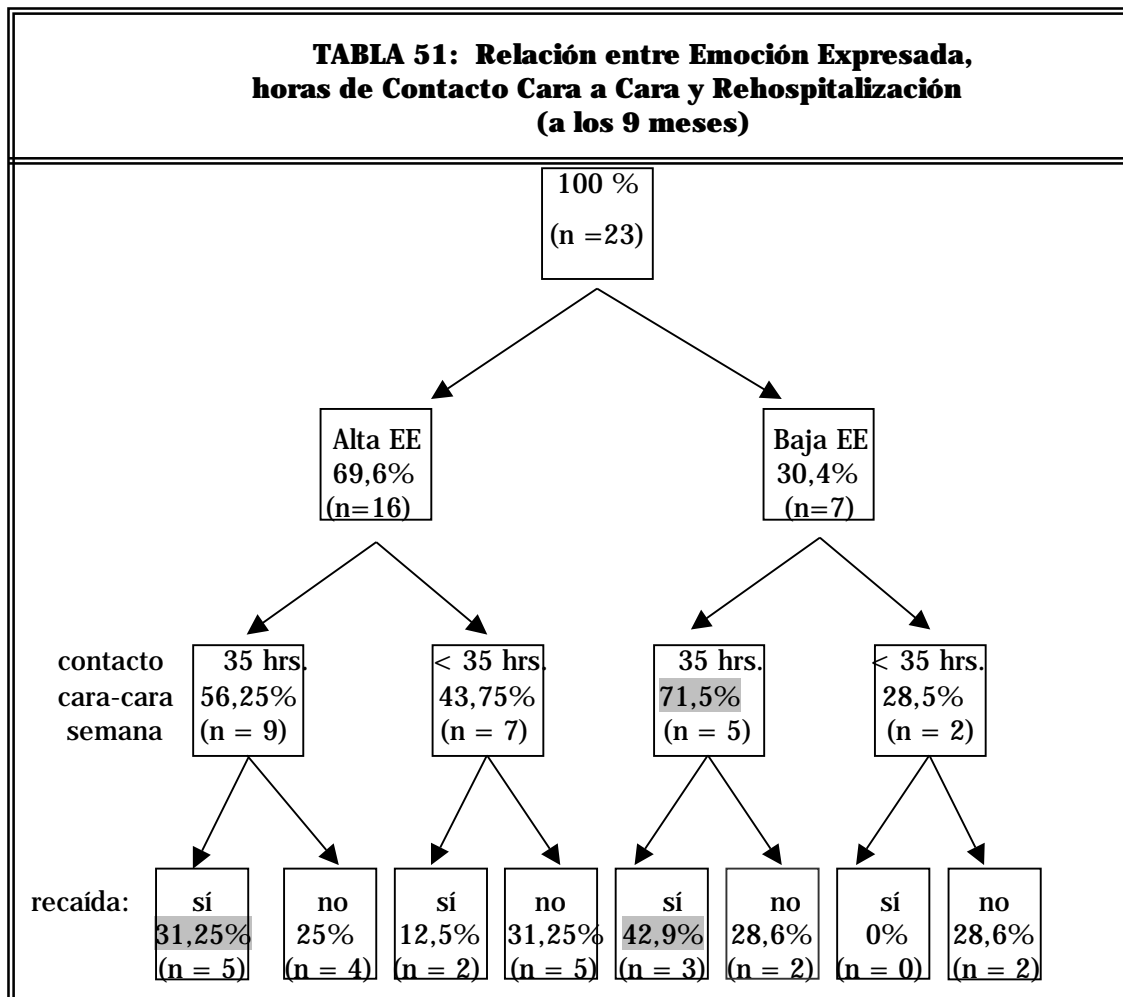
() Frecuencias esperadas, $n=9$; coeficiente Phi= 0.029; r de Pearson=0.004

La anterior tabla permite establecer una clara relación entre las horas de Contacto Cara a Cara inferior a 35 horas por semana y la Rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento ($p < 0.01$). Esto quiere decir que, si los pacientes pasan menos de 35 horas de contacto por semana con sus familiares claves, existe menor probabilidad de recaída con rehospitalización a lo largo de 9 meses de seguimiento, mientras que si pasan 35 horas o más de contacto por semana con sus familiares claves, existe igual probabilidad de recaída con rehospitalización a lo largo de 9 meses de seguimiento.

4.5. Otros Análisis

4.5.1. Asociación Emoción Expresada- Contacto Cara-Cara - Rehospitalización

Para tratar de valorar la recaída con las horas de Contacto Cara a Cara, se puede apreciar en la siguiente tabla que los pacientes que pasan más 35 horas/semana ó más con sus familiares claves, tienden a recaer más que aquellos que lo hacen menos de 35 horas/semana. Al combinar esta variable con la Emoción Expresada, se resume que de los 18 pacientes que conviven con familiares de Alta Emoción Expresada, pasan un promedio de 43 horas a la semana con algún familiar cercano. De igual manera, de los 9 pacientes que conviven con familiares de Baja Emoción Expresada, pasan un promedio de 37 horas a la semana con algún familiar cercano.



Los resultados obtenidos indican que no existe asociación significativa entre la Emoción Expresada familiar, las horas de Contacto cara a cara y la Rehospitización; sin embargo, los datos muestran que sí existe un mayor porcentaje de recaída a los 9 meses cuando el tiempo de contacto Cara-Cara es igual o superior a 35 horas por semana en los pacientes de familiares de Alta Emoción Expresada. Los pacientes de familiares de Baja Emoción Expresada, cuando el contacto Cara-Cara es igual o superior a 35 horas por semana, existe un mayor porcentaje de recaída.

4.5.2. Diagnóstico Clínico /Recaída

Al asociar el Diagnóstico Clínico con la Recaída, se obtiene un Phi de 0.611, lo que representa que existe una relación significativa entre ambas variables ($p = 0.036$). Los datos dependiendo del diagnóstico se presentan a continuación:

TABLA 52: Relación entre Diagnóstico Clínico y Recaída por ambos criterios (a los 9 meses)

			Recaída por ambos criterios (9 meses)		Total
			no recavó	sí recavó	
Diagnóstico Clínico	Esquizofrenia Paranoide	Recuento % del total	9 39,1%	6 26,1%	15 65,2%
	Esquizofrenia Indiferenciada	Recuento % del total	3 13,0%		3 13,0%
	Esquizofrenia Residual	Recuento % del total		4 17,4%	4 17,4%
	Esquizofrenia Simple	Recuento % del total		1 4,3%	1 4,3%
Total		Recuento % del total	12 52,2%	11 47,8%	23 100,0%

La Tabla indica que la mayoría de los pacientes diagnosticados como Paranoides no recaen a lo largo de nueve meses de seguimiento (39 %), mientras que si el diagnóstico es Residual o Simple, recaen en su totalidad (21,7%).

4.5.3. Asociación N° de ingresos y Rehospitización

Como el estudio costarricense se caracterizó por pacientes de múltiples reingresos, se asoció el número de ingresos con la rehospitización durante los 9 meses de seguimiento y efectivamente, es significativa dicha asociación (Eta = 0.816)

TABLA 53: Relación entre N° de ingresos y Rehospitización (a los 9 meses)

Tabla de contingencia Número de ingresos * Rehospitización hasta los 9 meses

Número de ingresos	Recuento	% del total	Rehospitización hasta los 9 meses		Total
			no hubo rehospitización	sí hubo rehospitización	
2	2	8,7%		2	2
3	2	8,7%	2		2
4	1	4,3%		1	1
5	2	8,7%	2	1	3
6	2	8,7%	2		2
7	3	13,0%	3		3
8	1	4,3%	1	1	2
10	1	4,3%		1	1
11	1	4,3%	1		1
13	2	8,7%	2	1	3
27	1	4,3%	1		1
30	1	4,3%		1	1
36	1	4,3%		1	1
Total	14	60,9%	14	9	23
			60,9%	39,1%	100,0%

Estos resultados apoyan la idea de que cuanto más ingresos hospitalarios tenga el paciente más posibilidad de volver a tener otros más.

Si se aplica el χ^2 , el nivel de significación es 0.044 ($p < 0.05$), considerando ambas variables de intervalo.

4.5.4. Asociación Comentarios Positivos y N° de ingresos hospitalarios

Dado que los resultados no fueron significativos al relacionar recaída con las diferentes escalas de la Emoción Expresada, se procedió a verificar por el número de ingresos hospitalarios que habían tenido los pacientes.

La constatación de que los Comentarios Positivos tengan relación con el número de ingresos hospitalarios en un nivel de significación estadística de $p < 0.01$, parece indicar que los pacientes que reciben Comentarios Positivos por parte de sus familiares claves tienen menos ingresos hospitalarios que aquellos que no los reciben (correlación de Pearson = 0.514)

4.5.5. Asociación Edad inicio de la enfermedad y N° de ingresos hospitalarios

De manera tal, la intuición de que la edad del inicio de la enfermedad, -valorada como un primer ingreso-, fue motivo de estudio para relacionar si el número de ingresos está relacionado con la edad de la primera hospitalización. Efectivamente, la Correlación de Pearson (0.588) muestra una $p < 0.01$, lo que representa que la edad del primer ingreso tiene una relación significativa con el número de ingresos hospitalarios.

4.5.6. Tipo de hogar / Emoción Expresada

Al asociar el tipo de hogar con la que convive el paciente y la Emoción Expresada Familiar se obtiene un $\chi^2 = 13.313$, lo que representa que existe una relación significativa entre ambas variables ($p = 0.038$). Los datos dependiendo del Tipo de Hogar se presentan a continuación:

TABLA 54: Relación entre Tipo de Hogar y Emoción Expresada Familiar

Tabla de contingencia Tipo de hogar * Emoción Expresada Familiar

Tipo de hogar		Recuento	Emoción Expresada Familiar		Total
			Baja EE	Alta EE	
Tipo de hogar	Conyugal	3	1	4	
		% del total	11,1%	3,7%	14,8%
	Parental (ambos padres)	1	7	8	
		% del total	3,7%	25,9%	29,6%
	Parental (mm solamente)		4	4	
		% del total		14,8%	14,8%
	Parental (pp solamente)	2		2	
		% del total	7,4%		7,4%
Hermano		1	3	4	
		% del total	3,7%	11,1%	14,8%
Hijo adulto		2	1	3	
		% del total	7,4%	3,7%	11,1%
Otro pariente			2	2	
		% del total		7,4%	7,4%
Total		9	18	27	
		% del total	33,3%	66,7%	100,0%

El porcentaje más revelador combina la Alta Emoción Expresada cuando ambos padres conviven en el hogar (25%). Esto podría indicar que las relaciones en el ámbito parental promueven a una Alta Emoción Expresada si ambos padres conviven juntos.

Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados precedentes, la influencia de la Emoción Expresada Familiar sobre la recaída en pacientes esquizofrénicos costarricenses no resulta clara. No se confirmaron las hipótesis planteadas en esta investigación en 9 meses de seguimiento.

1. Limitaciones en el trabajo de campo.

Los requerimientos para conformar la muestra fueron rigurosos: hubo cabida sólo para costarricenses y que mantuvieran el diagnóstico solamente de esquizofrenia; se obvió el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, presente en otras investigaciones (por ejemplo, Mintz *et al*, 1989; Bentsen *et al*, 1996; Scazufca y Kuipers, 1999). Un paciente ingresa a la muestra siempre y cuando el diagnóstico sea fiable; es decir, cuando los diagnósticos establecidos por distintos profesionales en distintas intervenciones a lo largo del tiempo, confirmaran siempre el de esquizofrenia.

El número pequeño de casos hizo difícil la conducción de los análisis estadísticos. No obstante, la falta de interés por parte de la entidad hospitalaria y sus profesionales en Medicina para llevar a cabo la investigación, aseveran que las investigaciones deben ser remuneradas para brindar apoyo; se demostró la falta de solidaridad e iniciativa por buscar nuevas herramientas terapéuticas. Las limitaciones e inestabilidad que el Coordinador de la Unidad de Investigación del Hospital Nacional Psiquiátrico manifestó para el inicio del trabajo de campo, obstaculizó la recolección de datos, planificado con 6 meses de antelación personalmente por la interesada y dicho profesional, quien aseguró una muestra de hasta 40 familias con un miembro esquizofrénico y el apoyo para realizar la investigación durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 1998. No obstante, el permiso se estancó por razones de una revisión continua en cuanto a la redacción del Consentimiento Informado. De manera que la autorización para iniciar las entrevistas se dio a partir del día 14 de agosto y hasta el 11 de septiembre, período en que se lograron aplicar 47 Entrevistas Camberwell.

Además, en enero de 1998 una psiquiatra se había comprometido a realizar el seguimiento; pero cuando se volvió por las entrevistas, ya la médica no laboraba en dicho recinto hospitalario, lo que también provocó una limitación, convencer al Coordinador de la Unidad de Investigación del mencionado Hospital que la Escala BRPS podía ser aplicada por un(a) psicólogo(a). La colaboración, el interés y el apoyo que se recibió por parte del Jefe de Psicología del Hospital fueron el punto clave para que esta investigación, finalmente, pudiera llevarse a cabo.

Dadas estas restricciones, la muestra obtenida no fue lo suficientemente grande como para permitir llegar a conclusiones más firmes. Una muestra más grande permitiría conocer la influencia de las variables empleadas en esta investigación, que quizá mostraría una significación estadística teniendo un mayor número de participantes. El trabajo con una muestra pequeña limita las posibilidades y dificulta realizar análisis estadísticos más confiables, como se podría hacer con una muestra más grande. El trabajo con una muestra pequeña ofrece una variabilidad menor de los datos y el azar podría estar determinando, en parte, los resultados.

Marc Edelman, antropólogo de la Universidad de Nueva York que escribió en el año 1998 un capítulo sobre sus experiencias personales y su relación con su trabajo académico en Costa Rica, con anécdotas e impresiones sobre el asunto del “carácter” costarricense, ha escrito:

“La cordialidad superficial tan amplia que los costarricenses le muestran a los estadounidenses afecta el proceso de investigación en forma que merece ser comentada, y que creo les debería preocupar a los costarricenses. En las oficinas gubernamentales, muchas veces tuve la sensación de que, como estadounidense, me estaban teniendo mayor consideración y me estaban permitiendo un mayor acceso a la información que si hubiera sido costarricense. Algunas veces discutí este fenómeno con investigadores costarricenses que habían trabajado en los archivos de las mismas instituciones gubernamentales, y por lo general compartían mi opinión”.

“Al igual que en otro tipo de interacciones con los burócratas del Estado costarricense, los contactos personales, la simpatía personal, la persistencia o simplemente la nacionalidad, parecían explicar más que cualquier derecho abstracto la cantidad y la calidad de la información o del servicio recibido. La implicación de esta arbitrariedad en cuanto a la prestación desigual de servicios a los miembros de los diferentes estratos sociales, así como para la seguridad personal y nacional de los costarricenses, es preocupante.” (págs. 28 y 29)

2. El constructo Emoción Expresada.

La Emoción Expresada en un medio concreto está determinada por factores socioculturales, que pueden ser valorados como protectores o responsables del curso de la esquizofrenia. El no encontrar en la literatura investigaciones en países latinoamericanos, en contraste con las numerosas investigaciones de países desarrollados, impidió llegar a conclusiones mucho más relevantes, que permitieran aseverar que las actitudes de los familiares costarricenses son tan similares como las de otros países del continente.

La esquizofrenia es una patología tradicionalmente poco abordada desde perspectivas psicosociales y como se ha podido comprobar, las investigaciones de este tipo recaen en países desarrollados, sobre todo europeos. Las contadas investigaciones de los países en vías de desarrollo o tercermundistas, se llevaron a cabo en culturas muy diferentes: India y mexicanos residentes en Estados Unidos.

Como se conoce, el estudio de la India señaló los más bajos índices de recaída, particularmente en las zonas rurales. Los buenos resultados que refleja esta cultura en cuanto a la esquizofrenia, podría deberse en parte a las estructuras familiares y sus tradiciones; por lo tanto, el bajo índice de recaída en la India podría deberse a una reacción a bajos niveles de Emoción Expresada.

Es interesante considerar la investigación de los mexicanos residentes en el Sur de California (Estados Unidos) porque, si bien los resultados son bastante similares en los porcentajes de Alta y Baja Emoción Expresada, se debe tomar en cuenta el concepto de "inmigración", que sería una población con un acontecimiento vital importante, personas que se encuentran sufriendo la adaptación en un país que no es el suyo y que además, no tienen a su alrededor los seres queridos que puedan facilitarle el apoyo necesario. Además, la muestra seleccionó un nivel socioeconómico bajo (Karno y Jenkins, 1993).

Otro asunto interesante que se debe rescatar de la población mexicana - y en general de los latinoamericanos - que las mismas conductas que en otros lugares pueden ser consideradas como Criticismo, entre los mexicanos esto no sucede así. Para los mexicanos, el Criticismo tiende a focalizarse sobre conductas irrespetuosas que afectan a la familia, pero no necesariamente conducen a un síntoma psicótico. Quizá, lo más importante es considerar que el

Criticismo es una manera de expresión en la cultura como tal, dentro de la atmósfera familiar. (Jenkins y Karno, 1992)

Con respecto ha escrito también Edelman (1998):

“Algo que complica aún más la comprensión por parte de los extranjeros es el uso irónico, principalmente entre varones muy amigos, de términos sobre todo burlones (“huevón”, “maje” y otros por el estilo) para expresar aprecio y afecto. Al igual que en el resto del mundo hispanohablante, el uso frecuente de verbos pasivos les permite a los hablantes evadir responsabilidad sobre sus actos (“se me rompió el chunche”, en vez de “rompí el chunche”). (pág. 26)

Estas consideraciones deben ser tomadas en cuenta en la intervención con pacientes esquizofrénicos y sus familias, puesto que las características culturales y el nivel específico de cronificación que los enfermos presenten, son aspectos que no pueden generalizarse en el tratamiento y la puesta en marcha de programas de rehabilitación.

En conclusión, la variable Emoción Expresada Familiar entendida globalmente, no está relacionada con la recaída con rehospitalización durante el período de seguimiento de 9 meses. Lo mismo que si se asocia a cada una de las variables que la componen con la recaída, no dan resultados significativos y por ende, ni el Criticismo, ni la Hostilidad, ni la Sobreimplicación Emocional pueden considerarse buenos predictores de recaída en pacientes costarricenses.

3. La calidez.

La Calidez no fue tampoco una variable protectora de la recaída. De las familias evaluadas, el 26% calificaron como de Alta Calidez. No obstante, los resultados no mostraron significación alguna con respecto de dicha variable.

En el ámbito descriptivo, es importante señalar que entre las familias de Alta Emoción Expresada, un 87,5% mostró Baja Calidez.

En general, se puede afirmar que este componente Emocional ha estado menos relacionado como variable significativa con los resultados de diversas investigaciones. En familias de Baja Emoción Expresada, se dan altos niveles de Calidez, que predicen un mejor resultado; no obstante, la importancia de la Calidez como predictor de recaída en la

esquizofrenia ha sido subestimado y el estudio de Costa Rica no difiere de lo encontrado anteriormente.

De la literatura revisada, solamente dos estudios mostraron datos significativos con los resultados de la Calidez: El estudio de Austria (Parker y Johnson, 1987) sí mostró datos significativos entre los padres de mujeres o de pacientes jóvenes, quienes manifestaron mayor Calidez con respecto de los padres de varones o pacientes más viejos. También, recuérdese que el estudio italiano realizado por Clerici y otros (1993) señaló diferencias significativas en la escala de Calidez al comparar familias de pacientes con retraso mental y familias con pacientes esquizofrénicos.

En el estudio de 1972 realizado por Brown *et al.* (Citado por Leff y Vaughn, 1985), la Calidez no fue considerada como predictora de recaída y, por ende, durante el entrenamiento no se hace énfasis en ésta. Sin embargo, la Calidez ha mostrado una considerable influencia en algunos resultados (Bertrando *et al.* 1992; Ivanovic *et al.* 1994), especialmente cuando aparece con un bajo Criticismo. Como lo sugieren Bebbington y Kuipers (1994) en su análisis de diferentes estudios, el efecto protector del alto contacto en familias de Baja Emoción Expresada, podría ser debido a la Calidez que muestran.

4. Los Comentarios Positivos.

La constatación de que los Comentarios Positivos tengan relación con el número de ingresos hospitalarios en un nivel de significación estadística de $p < 0.01$, parece indicar que los pacientes que reciben Comentarios Positivos por parte de sus familiares claves, tienen menos ingresos hospitalarios que aquellos que no los reciben y esto viene a reforzar, una vez más, que dicha subescala es la más significativa en lo que a Emoción Expresada Familiar se refiere sobre el proceso esquizofrénico en este estudio. Tal constatación positiva pareciera que es una actitud que se va perdiendo a lo largo del desarrollo de la enfermedad en estrecha relación con el deterioro del paciente.

5. La medicación.

El cumplimiento en la toma regular de la medicación no fue un elemento protector de la rehospitalización, ni en pacientes de Alta Emoción Expresada Familiar ni en pacientes de Baja Emoción Expresada Familiar.

En general en Costa Rica, a lo que al tratamiento se refiere, hay un buen acceso, pues se dispensa con facilidad y el medicamento se recibe adecuadamente. Costa Rica tiene un sistema de seguridad social que brinda facilidad para la accesibilidad de los medicamentos.

No obstante, los sujetos inmersos en familias de Baja Emoción Expresada, mostraron un mayor porcentaje (71,4%) en el cumplimiento de la medicación y la mayoría de éstos no recaen (57,1%). Esto quiere decir, que las familias de Baja Emoción Expresada mantienen el criterio de proteger al paciente a través de la medicación con mayor énfasis, que aquellas familias de Alta Emoción Expresada.

Podría señalarse lo que ya Leff *et al.* (1983) han escrito al respecto y retomando los acontecimientos vitales. Estos investigadores han concluido que en pacientes no protegidos con la medicación, la recaída podría deberse, ya sea por un acontecimiento vital o por estar conviviendo con un familiar de Alta Emoción Expresada; mientras que los pacientes que sí cumplen con la medicación, la recaída requiere de ambos criterios: Alta Emoción Expresada y un acontecimiento vital reciente.

Con respecto de lo anterior y rescatando de la muestra el estudio de un caso de una paciente con Baja Emoción Expresada Familiar y que cumple con el medicamento, parece interesante señalar que dicha paciente había presentado 2 ingresos hospitalarios durante 14 años de evolución de la enfermedad: el primero, en el año 1985 tras la muerte de su padre y el segundo, en el año 1998 tras la separación con su esposo. De manera, antes de cada internamiento se presentaron factores precipitantes que podrían explicar las recaídas. (Ver Anexo 1 de la Entrevista Camberwell).

6. Las horas de Contacto Cara a Cara.

Se puede afirmar que la variable horas de Contacto Cara a Cara es un predictor fiable ($p < 0.01$) de la rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento. Esto quiere decir, que si los pacientes pasan menos de 35 horas de contacto por semana con sus familiares claves, existe menor probabilidad de recaída con rehospitalización a lo largo de 9 meses de seguimiento.

Estos resultados son coherentes con lo que la teoría predice: que 35 horas o más de contacto cara a cara por semana con un familiar clave, es predictor de recaída. La muestra costarricense presenta una significación estadística en el sentido de que a partir de 35 horas o menos, el riesgo de recaída disminuye significativamente; de manera que una recomendación clínica al tratamiento de los enfermos, estaría en contemplar que los pacientes pasen menos de 35 horas por semana con sus familiares claves. Si los pacientes pasan 35 horas o más por semana de contacto con sus familiares claves, existe igual probabilidad de recaída con rehospitalización.

Al retomar las diferentes investigaciones que han valorado la relación entre el contacto cara a cara y la recaída en esquizofrenia, se encuentran tres estudios que no hallaron una relación significativa entre ambas variables: el estudio de Hogarty *et al.* (1986), el estudio de Dulz y Hand (1986) y el estudio de McCreddie y Phillips (1988).

7. El Diagnóstico Clínico.

Existe una relación significativa entre el Diagnóstico Clínico con la Recaída. Los datos permiten considerar entonces, que aquellos pacientes diagnosticados como paranoides tienen un porcentaje más alto de recaída a los nueve meses, que aquellos pacientes cuyo diagnóstico sea otro tipo que el paranoide ($p = 0.036$).

La investigación de Ivanovic *et al.* (1994) había mostrado que los Comentarios Críticos fueron más frecuentes en familias de pacientes con esquizofrenia paranoide, en tanto que la Sobreimplicación Emocional fue más frecuente en familias con pacientes hebefrénicos.

La muestra costarricense, por su limitado número de casos, no permitió comparar entre uno y otro tipo de esquizofrenia.

8. El número de ingresos hospitalarios.

Se valoró la asociación que existe entre el número de ingresos que ha tenido el paciente y la rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento y se encontró una significación estadística entre ambas variables ($\eta^2 = 0.816$). Lo anterior permite deducir, que a mayor número de ingresos, más posibilidad de un nuevo reingreso hospitalario. Pareciera que la muestra costarricense está formada por pacientes reincidentes, lo que señalaría una tendencia a las recaídas frecuentes en la enfermedad y a la presentación del deterioro neuropsicológico.

En su mayoría, los estudios toman pacientes de primer ingreso, (por ejemplo, el estudio de Northwick Park (MacMillan *et al.* 1986); el estudio de Aarhus en Dinamarca y Chandigarh en el Norte de la India (Wig *et al.* 1987) y el estudio de Suiza (Huguelet *et al.* 1995) o con pacientes de relativamente pocos ingresos (véase por ejemplo, el estudio de King y Dixon, 1996, con una muestra de 69 pacientes con 0 a 7 hospitalizaciones). La muestra costarricense abarcó pacientes con un rango de 2 hasta 36 hospitalizaciones.

El caso particular de la paciente costarricense que lleva 36 hospitalizaciones, a la edad de 34 años, parece reflejar esta situación, pues, tras ser compensada y remitida a su hogar, volvió en crisis tras 22 días del egreso (Ver Anexo 2).

Posiblemente, la Alta Emoción Expresada se manifiesta con mayor ímpetu durante las crisis de la enfermedad. Un diagnóstico psiquiátrico de “esquizofrenia” puede provocar reacciones trágicas, como si se tratara de una enfermedad incurable y fatal; tal parece que se da un proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido, que parecía prometer un futuro íntegro y que de repente cambia al mostrar un importante detrimento cognitivo y social.

La incertidumbre, la imprevisibilidad y la confusión que rodea una familia que intenta adaptarse y afrontar el que uno de sus miembros sea un enfermo mental, fácilmente depararán desesperanza, impotencia, frustración y tensión. Algunos familiares pueden mostrar signos de estrés, o incluso, pueden huir de la situación o rechazar totalmente al paciente enfermo.

Además, como otros estudios lo han cuestionado, puede ser que la Alta Emoción Expresada sea manifestada tras la recaída del paciente, momento en que el familiar se sienta mucho más comprometido en la relación con su ser querido, que en otro momento que no necesariamente estén acumulándose niveles de tensión y estrés en la relación. Con respecto de este punto, Birchwood y Tarrrier (1995) manifiestan:

"... se ha sugerido que los familiares con baja EE pueden desarrollar "comportamientos de elevada EE" si el paciente se deteriora". (Pág. 78).

Dulz y Hand (1986) aplicaron la Entrevista Camberwell entre los 6 y los 12 meses después de que el paciente fue dado de alta hospitalaria y el 50% o más de los familiares que inicialmente mostraron Alta Emoción Expresada, obtuvieron Baja Emoción Expresada y solamente uno de cada seis familiares con Baja Emoción Expresada varió a Alta Emoción Expresada.

Las fluctuaciones que puede presentar la Emoción Expresada tienen importantes implicaciones teóricas. Así, la aplicación de la Entrevista Camberwell cuando el paciente haya pasado un tiempo oportuno en forma compensada, permitiría precisar si la Alta Emoción Expresada es característica de las familias costarricenses y no interfiere significativamente en las recaídas de los pacientes costarricenses. Es decir, si se replicara la Entrevista Camberwell a esta misma muestra, en el momento en que los pacientes estuvieran compensados tras un claro periodo, y se mantuviera el mismo porcentaje de Alta y Baja Emoción Expresada, se estaría comprobando que en Costa Rica, la Alta Emoción Expresada, no es un factor determinante para la recaída sintomática en esquizofrénicos. Si por el contrario, variaran los porcentajes de la Alta y Baja Emoción Expresada, se estaría comprobando que la Emoción Expresada difiere, según el momento de la aplicación de la entrevista; por lo tanto, se podría indagar sobre la siguiente hipótesis:

- La Alta Emoción Expresada es manifestada por los familiares en momentos de la recaída esquizofrénica.

En otras palabras, la Alta Emoción Expresada se desarrolla, algunas veces, como respuesta de algunos familiares por la carga que implica convivir con alguien que padece

esquizofrenia. Este razonamiento lo utilizan Birchwood *et al.* (1995) al comprobar que la Alta Emoción Expresada es menos evidente en familiares de quienes experimentan el primer contacto que aquellos con más ingresos. Hay un valor inferior de recaída en pacientes de primer ingreso (33%) cuando se compara con pacientes de varios ingresos (69%) (Leff & Brown, 1977).

Resulta claro que en muchas familias queda instaurado un círculo vicioso en el cual los síntomas del trastorno mental y las relaciones familiares disfuncionales se influyen mutuamente de forma negativa.

McCreadie y Phillips (1988) observaron, tras su estudio en Escocia, que podrían existir factores más importantes que el índice de Alta Emoción Expresada para considerar la recaída en la esquizofrenia. Ellos argumentan en sus resultados que los pacientes que recayeron tenían más admisiones previas y que ello reflejaba la cronicidad de la enfermedad. También, estudiaron cómo los acontecimientos vitales intervinieron en la recaída, por la presión de los problemas, mencionando por ejemplo: enfermedades físicas, problemas de alcoholismo y problemas financieros. Los autores consideraron que estas situaciones podrían ser causas más importantes de estrés, que la presencia de un familiar crítico.

Dichos resultados sugieren importantes direcciones que podrían tomar futuras investigaciones: sería recomendable llevar a cabo otro estudio, en el cual se compare la Emoción Expresada Familiar entre pacientes de primer ingreso y pacientes crónicos.

9. Edad de inicio de la enfermedad.

Entre las variables del paciente, se ha encontrado que la edad del inicio de la enfermedad está relacionada significativamente con el número de ingresos al hospital que tiene el paciente. Esto parece lógico de explicar: a más temprana edad de deterioro, mayor número de ingresos hospitalarios tiene, ya que las formas clínicas de inicio precoz son más graves.

La muestra costarricense osciló entre pacientes que tenían entre 19 y 74 años, con una media de 43,3 años. Estos datos difieren notablemente con otros estudios, en los cuales las edades no tenían un rango tan amplio. (Por ejemplo, el estudio de Bentsen y sus colaboradores de la Universidad de Oslo, comprendió una muestra con pacientes entre 18 y 39 años de edad, con una media de 28,5 años; también el estudio de King y Dixon (1996) de la Universidad de Montreal retomó pacientes con un rango de edad de 19 a 36 años, siendo la media 28,7 años). De manera que la cronicidad de los enfermos jugaría un papel determinante para considerar que la Alta Emoción Expresada pueda deberse a este punto: pacientes jóvenes suponen menos recaídas, mientras que, pacientes de más edad, suponen una cronicidad de la enfermedad y más recaídas.

10. Tipo de hogar.

Al asociar el tipo de hogar con el que convive el paciente y la Emoción Expresada Familiar, se obtuvo una significación estadística de $p < 0.05$ en los datos más representativos de la convivencia con ambos padres y la Alta Emoción Expresada; no obstante, estos resultados se deben interpretar con moderación, porque la muestra no fue lo suficientemente amplia y los demás subgrupos de tipo de hogar, quedaron muy reducidos. De manera que son indicios más que conclusiones.

Recuérdese el estudio de McCreddie y Phillips realizado en Nithsdale, Escocia (1988), en el cual señalaron que los padres fueron más críticos y sobreinvolucrados que los cónyuges. Estos resultados ofrecen las mismas conclusiones, a las que se pudieron obtener con la muestra costarricense.

La posibilidad de que un individuo reingrese depende de muchas causas y una de éstas podría ser la incapacidad que tiene la familia de poder contener adecuadamente al paciente, sin riesgo para él o los suyos.

Ya Leff (1996) había mencionado el apoyo que brinda la familia tradicional hacia el paciente, donde la carga emocional que implica su cuidado es compartida por los miembros y de esta manera el mismo paciente es capaz de protegerse a sí mismo en cierta forma, tomando parte en relaciones que le ofrezcan menos estrés.

Los hallazgos realizados por Magliano y sus colaboradores de la ciudad de Nápoles en Italia (1999), aun cuando fueran preliminares, tuvieron una importante implicación para exitosas intervenciones en familias con esquizofrénicos. Primero que todo, ofrecieron intervenciones que incluyeron a tantos familiares como fueran posibles, de manera que los niveles de carga se redujeran en algunos miembros.

Quizá, la familia numerosa característica de Costa Rica, permite que el paciente oscile en las relaciones de familiares que muestren Alta Emoción Expresada a familiares con Baja Emoción Expresada, facilitándole una mejor convivencia y tolerancia en el medio, de manera que la intervención que impuso Magliano y su equipo, sea una forma cotidiana de funcionamiento familiar entre los costarricenses que facilita a sobrellevar la carga que implica convivir con un enfermo mental.

Si comparamos la familia costarricense con familias europeas, es notable la diferencia en cuanto a número de miembros con los cuales conviven las personas. Los costarricenses suelen compartir con varios familiares su diario vivir y la familia extensa suele estar alrededor.

11. Punto de corte de SIE de 4 ó 5.

Siguiendo los valores que dieron Bertrando *et al.* (1992) a su investigación, se llevó a cabo un análisis comparativo con los mismos criterios:

TABLA 55: Comparación entre Resultados de Italia y Costa Rica				
	Italia		Costa Rica	
Valores Tradicionales (CC 6; SIE 3; H = presente)	AEE ↓ 57%	BEE ↓ 42%	AEE ↓ 67%	BEE ↓ 33%
Valores nuevos (CC 6; SIE 4; H = presente)	AEE ↓ 76%	BEE ↓ 24%	AEE ↓ 56%	BEE ↓ 44%

Como puede observarse, los italianos afirman que su cultura tolera y encubre la expresión de emociones y los resultados que muestran al elevar el punto de corte en Sobreimplicación Emocional señalan, que aumentó también el porcentaje de familias con Alta Emoción Expresada. No obstante, en la muestra costarricense al aplicar los mismos criterios, los datos resultaron inversos; lo cual quiere decir, que las familias costarricenses no encubren los sentimientos hacia sus familiares identificados como pacientes.

12. Comparación con los datos de Valencia.

En la Tabla 56 se comparan los datos obtenidos del estudio de Montero *et al.* (1992) se compara con los datos de la muestra costarricense, a saber:

	Valencia	Costa Rica
Edad media pacientes	26.8	43.3
Pacientes solteros	78%	56%
Educación Primaria pacientes	77%	100%
Pacientes desempleados	53%	59%
Conviven en hogar paterno	88%	52%
Conviven con cónyuge	12%	15%
Pacientes de 1ª admisión	38%	0%
Alta EE	52%	67%
Media de CC	3.1	10
CC 6	25%	66%
0 CC	30%	4%
H	25%	41%
SIE 3	30%	56%
Media de SIE	2.3	2.93
Contacto Cara-cara < 35 horas	28%	41%

Lo que más llama la atención de estos resultados son los altos porcentajes de Comentarios Críticos, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, que muestra el estudio costarricense con respecto del valenciano. Tales parecen indicar, que los costarricenses se comportan de manera más hostil hacia los enfermos mentales. No obstante, si se compara la media de la edad de los pacientes, se puede corroborar que es mucho más alta la de los costarricenses, lo cual podría llevar a la hipótesis de que a mayor edad del paciente, más Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional de parte del familiar. Además, la muestra costarricense no tenía ni un solo paciente que fuera de primer ingreso, lo que posiblemente implica un mayor deterioro mental y relacional.

13. Comparación con otros estudios.

TABLA 57. Distribución del Porcentaje de EE Familiar entre Pacientes Esquizofrénicos en Diferentes Estudios									
	Londres 1976	Los Ángeles 1984	Aarhus 1987	Chandigarh 1987	Galicia 1988	Madrid 1989	Valencia 1990	Italia 1992	Costa Rica 1998
Estado EE									
Bajo	42	34	46	77	66	42	52	24	33
Alto	54	66	54	23	34	58	48	76	67
Componentes EE									
CC ^o	44	53	---	12	16	34	25	36	56
media	7.5	6.8	4.5	1.8	3.2	5.1	3.1	---	10.2
H	18	28	21	16	6	15	22	3	41
SIE ^o	21	15	---	4	16	25	30	41	56
^o CC(6) ^o SIE(3)									

La anterior tabla permite comparar los resultados de diferentes estudios. Cabe resaltar la similitud que tuvo la muestra de Los Ángeles con la muestra de Costa Rica, en cuanto a la globalidad de la Emoción Expresada.

Los resultados más sorprendentes son los altos porcentajes de los constructos de la Emoción Expresada que señala Costa Rica. Esto puede explicarse, porque la cultura costarricense suele caracterizarse por su temperamento pasivo, poco directo y que Escobar (1975) ha descrito como un individuo con un mundo cognoscitivo empírico y mágico, con una tendencia a explicar los fenómenos en términos de semejanza, proximidad o coexistencia. De este modo, ejemplifica el uso habitual de la bebida alcohólica del costarricense, por ejemplo, en términos de falta de vergüenza, falta de religión o la maldad moral del bebedor; también se explica como la consecuencia de enfermedades míticas como un maleficio, castigo divino, fracaso económico, herencia genética y “nervios”.

Kleinman (1991) ha insitado en el amplio rango de expresiones psicológicas culturales que utilizan en los diferentes idiomas y que metafóricamente comunican un significado cultural sobre la propia condición de las enfermedades, ejemplo de ello menciona:

- *Neurastenia*, en China

- *Fatigué*, en Francia
- *Quejas premenstruales*, en las mujeres de Estados Unidos
 - *Dolores de cabeza*, en los hombres de Estados Unidos y
 - “*Nervios*”, en los países latinoamericanos.

Costa Rica no se escapa de utilizar esta frase como una manera explicativa, ya sea de una situación de estrés o de una forma de enfermedad grave. Todas estas creencias estuvieron presentes en este estudio y ejemplo de ello vale retomar lo que manifiesta una madre de la muestra en estudio:

*“Mire, nosotros estábamos tan tan mal de los **nervios** que yo no podía ver hablando una persona por ahí... que le agarraba a uno y lo ponía como un cu... de chanco a grito pelao delante de toda la gente... ¡ay Dios mío!...”** (Madre de Oliver)

Por lo tanto, no se hace manifiesto hacia el paciente específicamente, sino que es la norma cultural. De manera que el Criticismo, la Hostilidad y la Sobreimplicación Emocional son una manifestación común en el medio social, independientemente que sea enfermo o no; es decir, la ausencia de una relación encontrada entre las subescalas Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, y la recaída, pone de manifiesto que el familiar que reacciona de esta manera ante su paciente esquizofrénico, no lo hace por su situación como enfermo mental, sino que lo hace indiferenciadamente ante cualquier otro individuo.

Para poder corroborar esta manifestación, sería recomendable realizar otro tipo de estudio, similar al llevado a cabo por Schreiber *et al* (1995) para comparar entre enfermos y sanos de una misma familia.

* Se transcribe tal cual lo ha expresado la señora.

Constantino Láscaris (1980) antiguo profesor de la Universidad de Costa Rica, escribe con respecto de la idiosincrasia del costarricense:

*"En las relaciones sociales,
no se aprecian problemas de racismos, ni de
segregación.*

*El costarricense vive día a día la convivencia.
Con seguridad, habrá casos individuales con
problemas*

*(el centro de la ciudad de Limón los muestra),
pero el conjunto de la población mantiene la
convivencia"*

Continúa Láscaris:

*"Resolver los problemas a "la tica" quiere decir
evitar que la sangre llegue al río. Y esto, en un
continente bañado en sangre, en el que la vida humana
concreta*

e individual no vale casi nada, es algo peculiar.

Por eso,

*Costa Rica no encaja en las coordenadas generales de
Latinoamérica".*

Otro investigador que llevó a cabo sus estudios en Costa Rica como politólogo, procedente de la Universidad de Indiana, fue el estadounidense Fabrice Lehoucq, quien hizo referencia al comportamiento de los costarricenses y los consideró amables, amistosos, tranquilos e introvertidos, en general. Comenta:

*"...También llegué a la dolorosa conclusión de que
cualquier grado de franqueza a menudo raya en grosería,
especialmente en Costa Rica". (pág.55)*

Continúa:

“Todavía no estoy muy seguro por qué los costarricenses son tan pacientes y se preocupan tanto por respetar las reglas de una sociedad cortés. Quizás la respuesta surja del hecho de que la gran mayoría de los costarricenses todavía se pasan la vida interactuando con las personas que conocieron durante los primeros diez años de su vida. Además, la mayoría de los costarricenses no sólo se ven obligados a tratar con el mismo grupo de costarricenses toda la vida, sino que rápidamente aprenden cuáles son los límites geográficos de un país que se puede cruzar en menos de un día manejando a velocidad normal. Parece ser por completo posible que el darle un gran valor a la cortesía y al decoro, a costa de la franqueza y la sinceridad, es algo que se da en sociedades relativamente pequeñas con una población sobre todo inmóvil.” (pág.56)

En el artículo publicado por Jenkins y Karno (1992) los autores sostuvieron la importancia de considerar los aspectos culturales, sobre todo en investigaciones que definen la psicopatología. Para ellos, la cultura puede definirse como un contexto generalizado y coherente de símbolos compartidos y significados que los individuos crean y recrean dinámicamente para sí mismos en el proceso de la interacción social. En la vida cotidiana, la cultura es algo que las personas otorgan a su manera de sentir, pensar y ser en el mundo; por lo tanto, representa una conciencia social de experiencias, interpretaciones y acciones. Por esta razón, consideran las desviaciones inapreciables a que pueden conducir los estudios comparativos en la psicopatología, y la Emoción Expresada no se escapa a esta crítica. Las actitudes específicas y los comportamientos en forma del Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, son las dimensiones culturales que la familia da como respuesta y lo que se interprete de qué es una enfermedad como la esquizofrenia. En otras palabras, definir qué representa Criticismo, Hostilidad, y Sobreimplicación Emocional, es materia de la definición cultural que se le otorgue.

La Antropología Psicológica ha enseñado que la emoción no puede ser considerada como meramente una situación privada, intrapsíquica, o un fenómeno psicobiológico. Más bien, las emociones - no menos que las actitudes, las creencias, o la conducta - son mediadas considerablemente por la cultura. Específicamente, la cultura provee a sus miembros de un repertorio disponible de respuestas afectivas y del comportamiento a la condición humana, incluyendo la enfermedad. Además, ofrece los modelos de cómo las personas deberían o podrían sentir y actuar con respecto de la enfermedad de un ser querido. Esto puede comprender ya sea enfado y hostilidad por una parte, o tristeza y lástima por otra.

Además, al revisar la naturaleza del costarricense, no se debe pasar por alto el componente religioso que le caracteriza y que se convierte en un sostén dogmático que le

ayuda a admitir que "Dios nos mandó esto" atribuyendo muchas veces que los percances que viven las personas son dados por la voluntad de Dios, lo que hace a la familia no sentirse culpable y más bien, le ayuda a aceptarlo.

Marc Edelman (1998) resalta en sus reflexiones sobre la idiosincrasia de los costarricenses, lo siguiente:

"... la tendencia conexas de atribuirle la responsabilidad de los eventos futuros no al hablante, sino a Dios ("si Dios quiere"), absolviendo así a los hablantes de toda obligación de aparecer a la hora acordada o de completar (o de hacer) las tareas prometidas". (Págs. 26 y 27)

De igual manera, el sociólogo costarricense Francisco Escobar (1977) ha interpretado la realidad costarricense y sus creencias en los siguientes términos:

"Las creencias locales en sus diversas formas de ideas, mitos, idealizaciones, supersticiones y leyendas, reflejan más las relaciones con la naturaleza en forma de magia o religión providencialista que en forma científica y tienden más a la glorificación del pasado y de la continuidad como ideales colectivos que al futuro y los procesos de cambio.

Como el resto del sector rural de la sociedad costarricense, las creencias mágicas y religiosas se organizan en sistemas de premios y castigos sobre determinadas formas de conducta que se transmiten en el proceso de socialización bajo la forma de códigos éticos y sistemas teológicos. La cultura es básicamente sacralizada y tiende a definiciones rígidas legitimadas por una fe social que administra la iglesia católica". (Págs. 144-145)

Es interesante revisar los aspectos transculturales de la Emoción Expresada con el fin de estudiar las diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo. No obstante, comparando resultados con el estudio con mexicanos residentes en Estados Unidos (Karno, Jenkins, De la Selva *et al*, 1987) y el de la India (Leff *et al*, 1987), que habían presentado los

más bajos niveles de EE, en el estudio de Costa Rica se rompe el esquema de estos países ya que los resultados difieren notablemente. Los argumentos de Karno y Jenkins (1993), quienes defienden que las diferencias culturales son aspectos que definen el tipo de conducta, merecen una esmerada revisión para valorar con un mejor conocimiento teórico la investigación de la Emoción Expresada.

Sobre el mismo tema de la cultura, Tanaka *et al* (1995) señalan que cuando realizaron su estudio en Japón, no dejaron de lado explicar algunas características sociales que difieren de otros países desarrollados. Entre éstas definieron, primero, que la población japonesa tiende a reservar sus manifestaciones emocionales públicamente. Segundo, la creencia religiosa es fuerte en la mayoría de los japoneses: sintoístas, budistas o ateos, mientras que el cristianismo es predominante en otros países. Tercero, los vínculos familiares son mucho más fuertes que en países del Este. Cuarto, la población japonesa tiende a tener actitudes dependientes hacia otros (llamado “amae”). Estas características socioculturales fueron consideradas por Tanaka y sus colaboradores como que tienen efectos no solamente sobre la Emoción Expresada Familiar sino también sobre las actitudes de las familias hacia los pacientes y recíprocamente.

Si se revisa otro tipo de cultura, como la Suiza por ejemplo, Huguelet *et al* (1995) señalan características de la ciudad de Ginebra como una área desarrollada, en donde la mayoría de las personas vive en zonas urbanas; casi la mitad de su población es extranjera; las familias frecuentemente están compuestas por 1 ó 2 hijos y se da un alto índice de divorcio. Por otra parte, la asistencia psiquiátrica está muy desarrollada, y el alcance de los servicios es uno de los más altos en el ámbito mundial. Las facilidades públicas ofrecen servicios institucionales donde los pacientes pueden asistir a hospitales de día o a unidades clínicas con un seguimiento ambulatorio.

14. Comparación de Alta Emoción Expresada en varios estudios.

De igual manera, la siguiente tabla permite ubicar a Costa Rica con respecto de otros países en Alta Emoción Expresada:

TABLA 58. Proporción de Familiares de Alta EE entre Culturas			
PAÍS	CIUDAD	GRUPO	%
ITALIA	MILÁN	ITALIANO	76
REINO UNIDO	SALFORD	BRITÁNICO	69
POLONIA	CRACOW	POLACO	69
ESTADOS UNIDOS	LOS ÁNGELES	ANGLO-AMERICANO	67
COSTA RICA	SAN JOSÉ	COSTARRICENSE	67
ESPAÑA	MADRID	ESPAÑOL	58
DINAMARCA	AARHUS	DANÉS	54
AUSTRALIA	SYDNEY	ANGLÓFONO	54
REINO UNIDO	LONDRES	BRITÁNICO	52
JAPÓN	OKAYAMA	JAPONÉS	46
ESTADOS UNIDOS	LOS ÁNGELES	MEXICANO	41
ESPAÑA	GALICIA	ESPAÑOL (rural)	34
INDIA	CHANDIGARH	HINDÚ (urbano)	30
MALASIA	KELANTAN		25
INDIA	CHANDIGARH	HINDÚ (rural)	8

La proporción de Alta Emoción Expresada presente en los diferentes estudios hace pensar en que éstos se encuentran contaminados por la heterogeneidad de las muestras.

De hecho existe una hipotética diferencia sociocultural, pero además de ello, los pacientes que componen la muestra en varios de estos estudios (por ejemplo, en el de Londres, Mac Millan, 1986; en el de la India, Leff *et al.* 1987) son sólo pacientes de primer ingreso; mientras

que en la muestra costarricense son pacientes, en su gran mayoría, con una larga historia psiquiátrica.

Con estas anotaciones, es difícil llegar a conclusiones sobre las diferencias determinadas en el ámbito cultural ni en éste ni en otro estudio, porque el factor “tiempo de evolución de la enfermedad” puede tener un gran peso en la variable Emoción Expresada Familiar.

A pesar de que los resultados mostraron que las familias costarricenses tienen en su mayoría Alta Emoción Expresada, son familias que aceptan en su intimidad a los pacientes, de manera que pareciera que existe mayor tolerancia con los enfermos mentales en este país. La mayoría de las familias definen al paciente como el “enfermito”, pero aceptan al individuo como tal. En general, se puede afirmar que las familias asumen la responsabilidad de la supervisión y seguimiento de su familiar enfermo.

Por último, cabe recordar que en 1976 la Organización Mundial de la Salud (Ginebra)* inició un programa de investigación en la cual colaboraron varios centros y donde también la Emoción Expresada fue incorporada. El proyecto denominado *Determinantes de Resultados del Trastorno Mental Severo*, fue un ambicioso estudio epidemiológico, clínico y social de la esquizofrenia y relacionó sus condiciones en diferentes culturas. El estudio fue financiado conjuntamente por la OMS, NIMH y doce centros de investigación en Aarhus (Dinamarca), Agra y Chandigarh (India), Cali (Colombia), Dublín (Irlanda), Honolulu y Rochester (EUA), Ibadan (Nigeria), Moscú (URSS), Nagasaki (Japón), Nottingham (Reino Unido) y Praga (Checoslovaquia). Todos los centros participaron en un estudio epidemiológico y clínico central y en subgrupos de centros efectuaron un número de subestudios especiales diseñados para probar ciertas hipótesis específicas sobre el curso de la esquizofrenia, su ajuste social, y sus asociaciones con otras enfermedades.

Los centros elegidos para el estudio de la Emoción Expresada fueron Aarhus en Dinamarca y Chandigarh en el Norte de la India. La cultura danesa es bastante similar a la inglesa; ambos son países industrializados de Occidente y gozan de un buen sistema de desarrollo y bienestar,

* Tomado de Wig *et al*, 1987

en comparación con la India, que marca un contraste importante. Además, el seguimiento de dos años del *Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia* (OMS, 1979) dio a conocer que los pacientes esquizofrénicos de los países en vías de desarrollo, incluyendo la India, tuvieron un mejor pronóstico que aquellos pacientes del centro de Europa y Norte América. Estos resultados plantearon la hipótesis de que existe una mayor tolerancia en las actitudes familiares hacia el enfermo en los países en vías de desarrollo, lo cual podría explicar o contribuir con un mejor resultado.

15. La Entrevista Camberwell.

Evaluar la Emoción Expresada usando la Entrevista Camberwell requiere de un intenso entrenamiento en los investigadores bajo la supervisión de personas entendidas en la misma. El entrenamiento consume cerca de 100 horas de práctica directamente en Londres, lo que hace difícil el acceso a profesionales que pudieran estar interesados en su aplicación.

Dentro de las dificultades comprobadas por diferentes profesionales que se han entrenado en el Instituto de Psiquiatría de Londres, se han de recordar, por ejemplo, los investigadores de la India. La entrevista fue traducida del inglés al hindú y los niveles de valoración no tuvieron dificultad en lo que a Comentarios Críticos, Hostilidad y Comentarios Positivos, se refirieron. Pero, las variables de Sobreimplicación Emocional y Calidez, tuvieron más dificultad para encontrar una fiabilidad entre los profesionales que valoraban.

De igual manera, de acuerdo con la experiencia de entrenamiento recibida por la autora de esta tesis para obtener la fiabilidad de las escalas, fueron las escalas de Calidez, la de Hostilidad y la de Comentarios Positivos, las que no mostraron dificultad para su clasificación; mientras que la escala de Criticismo requirió de un entrenamiento mucho más cuidadoso para obtener la fiabilidad. Tanto como la escala para evaluar Sobreimplicación Emocional, en las cuales se presentó mayor dificultad de valoración.

Estas diferencias podrían sugerir que en parte, en la valoración de una u otra subescala predominan las creencias que pueden otorgar la misma cultura, como permitido o no permitido.

Un aspecto cultural que puede considerarse relativo a la Sobreimplicación Emocional y la muestra costarricense, es la convivencia familiar. Usualmente, un adulto que no contrae matrimonio o establece una relación de pareja, suele quedarse en casa de sus padres para convivir; dicho de otra manera, raramente un adulto vive solo en Costa Rica. De modo que un adulto que convive con su padre/madre, no necesariamente es sinónimo de Sobreimplicación Emocional en el contexto costarricense.

La evaluación a través de la Entrevista Camberwell es sumamente compleja, con un alto costo económico, requiere de un tiempo considerable para ser aplicada y en general, es difícil de aprender.

Si se considera el tiempo de aplicación de la entrevista (cerca de 1 hora o 1 y _ hora) y además el tiempo de calificación de la misma (que va de 2 a 4 horas por entrevista) son hechos que hacen dudar a los clínicos interesados en su utilización para la práctica rutinaria. Como resultado de esto, una versión más depurada y concisa en cuanto a su aplicación y calificación, que implique un modo de medir mucho más simplificado, incrementaría su utilidad clínica.

Anexo 1

Valoración de la Emoción Expresada

Hermano de María Dorila: Baja EE

Comentarios Críticos = 1
Hostilidad = 0
Sobreimplicación Emocional = 1
Comentarios Positivos = 6
Calidez = 3

Comentarios Críticos

1. Ella es muy perezosa, no sale a trabajar... no puede trabajar.

Hostilidad

No se encontró.

Sobreimplicación Emocional

1. Algo no venía bien, entonces me afectaba a mí mucho.

Comentarios Positivos

1. Ella era muy valiente: la que hacía el oficio, cerraba las puertas.
2. ¡Ah, ella barre, limpia, cocina, hace el almuerzo, cosas de la casa... porque a ella le gusta cocinar!
3. Ella es muy buena, fíjese que ella puede estar mal de la cabeza que no le haría mal a nadie; ella más bien cuida a la gente que no le pase nada.
4. Es muy amistosa, ella, incluso más amistades que yo, tiene un montón de amigos y todo el mundo la saluda.
5. Toda la vida se mantiene limpia y ordenada.
6. Esa mujer es tan viva que puede estar mal de la cabeza cuando va para el hospital, se da cuenta cuáles son las pastillas del esposo y cuáles son de ella.

Calidez

1. Yo le daba almuerzo, gelatinas y cosas.

(NOTA: El señor mostró que él le había arreglado la pequeña casa a su hermana, se la había pintado y le había reparado la cocina mientras ella estuvo hospitalizada).

Anexo 2

Valoración de la Emoción Expresada

Hermana de Lourdes: Alta EE

Comentarios Críticos = 11
Hostilidad = 1
Sobreimplicación Emocional = 2
Comentarios Positivos = 17
Calidez = 3

Comentarios Críticos

1. Ella cuando comienza a pelear con Sergio, es que está mal: “Sergio que no coja tal cosa o así”. Ya cuando pelean es que Lourdes está un poco alterada.
2. Lourdes sale mucho... comienza a pedir comida a los vecinos... pelea mucho con Sergio... le dice a mi sobrina: “Maricruz, a usted Sergio la violó”... y así.
3. Varias veces le ha pegado y le ha apagado a Luz. Ella los trata mal.
4. Ella se encerró en la casa y prensó en la puerta a mi otra hermana, tuve que llamar al 911. Muchas veces se ha puesto así, de que se encierra y hay que llamar a la policía.
5. Toda la vida hemos vivido o con Lourdes enferma o con mi hermano alcohólico.
6. Cuando está alterada hace revoltijos, ¡qué se yo! : arroz y con cebolla picada en cuatro, echa tomate, huevo, salsa Lizano y se come todo el huevo con todo y cáscara, se lo come duro.
7. Ella se queja mucho, a veces ni sabemos... no le creemos.
8. Cuando está mal, ella no hace nada, se queda quieta.
9. Ella se quedó ahí, en fachas, se quedó fumando... sola.
10. Cuando está empezando se pone de un modo bravo, hasta se le hacen ojeras. Se le ve la cara rara.
11. Ella fuma mucho, hay que tenerle la plata aparte para comprarle los cigarros: son dos paquetes diarios.

Hostilidad

1. Lourdes por cualquier cosa se enoja. No se le puede decir nada.
2. Cuando ella está así, nosotros decimos que está “tontica”.

Sobreimplicación Emocional

1. Ella me pregunta: ¿Qué hago de almuerzo? Y yo todos los días le digo.

2. Yo más que nada estoy ahí por ellas. Ellas no pueden quedarse solas.
3. Yo me deprimó mucho de verla a ella cuando está mal.
4. Como nosotras ya estábamos tan acostumbradas... usted sabe, son tantos años de esto así...
5. Ya sabemos cuando la vemos así, que viene algo feo.
6. Lloro mucho y hasta me altero con mi esposo.
7. La chineamos como si fuera algo especial.

Comentarios Positivos

1. Ella es muy normal; ella es la que paga la luz, la que hace los mandados, ella va a visitar a los parientes... ella es muy inteligente.
2. Ella es la que cocina.
3. Ella es muy cariñosa, muy cariñosa... le da almuerzo a la hermana, a mi sobrino, a mi sobrina.
4. Ella cocina, limpia la casa.
5. A ella la quieren mucho los vecinos.
6. Ella sale sola los domingos, se va donde una hermana a pasear. Ella va perfectamente. A ella le gusta mucho visitar, por ejemplo a mis primas... la quieren mucho.
7. Lourdes se baña, se arregla mucho, Lourdes es muy vanidosa.
8. Lourdes china a Luz: le lleva café a la cama, le di: "Venga almuerce ya" Le sirve. Le dice que se bañe, que se mude.
9. Ella ha cambiado muchas cosas: de peor a mejor.
10. Ella más bien está mejor que yo cuando está bien, porque va hasta al Cenáculo, pasa bien.
11. Ella se lleva muy bien con los parientes, a ella la quieren mucho.
12. ¡Claro, usted es muy útil! ¡Usted es muy importante para su familia!
13. Ella se cuida mucho, ella es muy vanidosa: ropa limpia. Se cuida bien.
14. Ella es muy educada, muy educada. Ella se siente bien.
15. Nos llevamos bien.
16. Ella nos quiere mucho a todos
17. Ella es muy caritativa: de hacer mandados, de ayudarlo a uno.

Calidez

1. Nosotros íbamos a poner la casa a nombre de ellas, pero por ser enfermas no se ha podido. Todas estamos de acuerdo en que sea de ellas.
2. A ellas se les compra de todo: sus buenos macarroncitos y atuncitos tienen.
3. Yo le digo que ella está bien aquí en la casa.
4. Ella se siente sola. A mí me da lástima.
5. ¡Hasta les pusimos agua caliente!
6. Yo me preocupo, ¡ay, qué no se enferme Lourdes! Yo quisiera que esté siempre en la casa.
7. Y yo estoy al tanto para que no le falten los cigarros; y si es que están sin plata, yo le pido a mi esposo: “Que es que están sin plata y no tienen cigarrillos”.
8. Yo la quiero mucho a ella.

REFERENCIAS

- ADIS C., GONZALO (1992). *Desórdenes Mentales en Costa Rica: Observaciones epidemiológicas*. Ed. Nac. De Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica.
- ARÉVALO, J. y VIZCARRO, C. (1989). Emoción expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Análisis y modificación de conducta*, **15**, 3-24.
- ARÉVALO, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de Psicología*, **43-44**, 169-191.
- AZHAR M.Z. y VARMA S.L. (1996). Relationship of expressed emotion with relapse of schizophrenia patients in Kelantan. *Singapore Medicine Journal*, **37 (1)**, 82-85
- AZPIRI, A.M^a. (1990). La familia del paciente esquizofrénico: el constructo emoción expresada (EE). Tesis doctoral de la Universidad de Deusto, Bilbao.
- BALL RA; MOORE E. y KUIPERS L. (1992). Expressed Emotion in community care staff. A comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27 (1)**, 35-39
- BALLÚS-CREUS, CARLOS (1996). *L'orientació terapèutica familiar en l'esquizofrènia. Evolució de familiars i pacients*. Tesis doctoral de la Universidad de Barcelona.
- BALLÚS-CREUS, CARLOS (1998) Diez años de orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, 25 (69), 172-176
- BALLÚS-CREUS, C.; LLOVET, J.M^a., BOADA, J.C. y CABRERO, J. (1991). La orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia: un modelo psicoeducativo sistémico. Reflexiones tras un año de seguimiento. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, **18 (2)**, 71-78
- BARROWCLOUGH C.; TARRIER N. y JOHNSTON M. (1997). Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, **22 (4)**, 691-702
- BARROWCLOUGH CHRISTINE y PARLE MICHAEL. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 26-30
- BAYLEY, JUDITH (1997). The bitter fruit of flame. *CWRU Explorations*. 31 y 32.
- BEAN G.; BEISER M.; ZHANG-WONG J. y IACONO W. (1997). Negative labelling of individuals with first episode schizophrenia: the effect of premorbid functioning. *Schizophrenia Research*, **22 (2)**, 111-118
- BEBINGTON, P. y KUIPERS, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, **24**, 707-718.
- BENTSEN H.; BOYE B.; MUNKVOLD O.G.; UREN G.; LERSBRYGGEN A.B.; OSKARSSON K.H.; BERG-LARSEN R.; LINGJAERDE O. y MALT U.F. (1996). Inter-rater reliability of expressed emotion ratings based on the Camberwell Family Interview. *Psychological Medicine*, **26 (4)**, 821-828
- BENTSEN H; BOYE B; MUNKVOLD OG; NOTLAND TH; LERSBRYGGEN AB.; OSKARSSON KH; ULSTEIN I; UREN G; BJORGE H; BERG-LARSEN R; LINGJAERDE O. y MALT UF. (1996). Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *British Journal of Psychiatry*, **169 (5)**, 622-630
- BENTSEN H; MUNKVOLD OG; NOTLAND TH; BOYE B; OSKARSSON KH; UREN G; LERSBRYGGEN AB.; BJORGE H; BERG-LARSEN R; LINGJAERDE O. y MALT UF. (1998). Relatives' emotional warmth towards patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 86-92

- BERTRANDO, P.; BELTZ, J.; BRESSI, C.; CLERICI, M.; FARMA, T.; INVERNIZZI, G. y CAZZULLO, C.L. (1992). Expressed emotion and schizophrenia in Italy: a study of an urban population. *British Journal of Psychiatry*, **161**, 223-229.
- BIRCHWOOD, M. y TARRIER, N. (1995) *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona, Editorial Ariel.
- BHUGRA D; HILWIG M; HOSSEIN B; MARCEAU H; NEEHALL J; LEFF J; MALLETT R. y DER G. (1996). First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, **169 (5)**, 587-592
- BLOCH S; SZMUKLER G.I.; HERRMAN H; BENSON A. y COLUSSA S. (1995). Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions, and caveats. *Family Process*, **34 (4)**, 413-425
- BREWIN CR; MACCARTHY B; DUDA K. y VAUGHN CE. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, **100 (4)**, 546-554
- BREWIN CHRIS (1994). Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, **24 (4)**, 905-911
- BROWN, GEORGE (1985). The Discovery of Expressed Emotion: Induction or Deduction? en *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. Capítulo 1. Londres: The Guilford Press
- BROWN, G.; MONCK, E.; CARSTAIRS, G. y WING, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenia illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, **16**, 55-68
- BROWNE S.; ROE M.; LANE A.; GERVIN M.; MORRIS M.; KINSELLA A.; LARKIN C. y O'CALLAGHAN E. (1997). Un informe preliminar sobre el efecto de un programa de rehabilitación psicosocial y educativa en la calidad de vida y síntomas de la esquizofrenia. *European Psychiatry Edición Española*, **4 (4)**, 234-240
- BURNEY, E.; ASARNOW, J. y TOMPSON, M. (1999). Family interaction styles of children with depressive disorders, schizophrenia-spectrum disorders and normal controls. *Family Process*, **38**, 463-476
- BUSSING R.; BURKET R.C. y KELLEHER E.T.(1996). Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. *Psychosomatics*, **37 (2)**, 108-115
- CABRERO, L.J.; LLOVET, J.M^a.; BALLÚS-CREUS, C.; AMOR, B. y OBIOLS, J. (1991). Psicoeducación familiar: hacia una actuación integral en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, **18 (1)**, 40-42.
- CIRICI, R.; BEL, T.; GUARCH, J.; ARAÚXO, A. y OBIOLS, J. (1993). Competencia social en la esquizofrenia: discrepancias por sexo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **27**, 6-11.
- CIRICI, R.; GARCÍA, M.M. y OBIOLS, J. (1996). Programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental severo. *Psiquis*, **17 (8)**, 389-394.
- CIRICI, R. y OBIOLS, J. (1998). La terapia cognitivo-constructivista en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, **25 (69)**, 166-171
- CLERICI M.; BELTZ J.; BERTRANDO P.; FORNARA A.; GARAVAGLIA R.; IRACI A.; MERATI O.; STEINER V. y CAZZULLO C.L. (1993). Ritardo mentale e ambiente familiare: ruolo dei fattori emotivi. *Minerva Psichiatry*, **34 (3)**, 163-72
- COBY G. Y HALEIII, W. (1997). Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. *British Journal of Psychiatry*, **170**, 520-525
- COLE JD. y KAZARIAN SS. (1993). Predictive validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) Scale: readmission follow-up data for 1, 2, and 5-year periods. *Journal of Clinical Psychology*, **49 (2)**, 216-218

- COLE, R.; KANE, C.; ZASTOWNY, T. *et al* (1993). Expressed emotion communication and problem solving in the families of cronic schizophrenic young adults. En R. Cole y D. Reiss (ed.), *How do families cope with chronic illness*, 141-172. New Jersey: Erlbaum.
- CHARLESWORTH B; SACKS J; TEMPLER DI. y THACKREY M. (1993). Negative emotion as predictor of relapse in persons with schizophrenia living in board and care homes. *Community Mental Health Journal*, **29 (3)**, 261-268
- DAVIS JA; GOLDSTEIN MJ. Y NUECHTERLEIN KH. (1996). Gender differences in family attitudes about schizophrenia. *Psychological Medicine*, **26 (4)**, 689-96.
- DOCHERTY N.M. (1996). Affective reactivity of symptoms as a process discriminator in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **184 (9)**, 535-541
- DONAT, DENNIS C. (1997). Personality traits and psychiatric rehospitalization: A two-year follow-up. *Journal of Personality Assessment*, **68 (3)**, 703-711
- DSM-IV *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1997) Barcelona, Editorial Masson.
- DULZ, B., y HAND, I. (1986) Short-term relapse in young schizofrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI), patients, and treatment variables? An experimental study. En M.J. Goldstein, I. Hand y Hahlweg (Eds.), *Treatment of schizofrenia*. Berlin. Springer-Verlag.
- EDELMAN, M. (1998) De La fría Nueva York al cálido Guanacaste. En Edelman, M.; Lehoucq, F.; Palmer, S. Y Molina, I.: *Ciencia Social en Costa Rica*. Ed. UCR y UNA: San José, Costa Rica.
- ESCOBAR, FRANCISCO (1977) *Sociedad y comunidad rural*. Imprenta Nacional: San José, Costa Rica.
- ESPINA, ALBERTO (199-). *Terapia familiar en la esquizofrenia*. *Revista de Psicoterapia*, **2 (8)**, 13-33
- FADDEN, M.; MALANGONE, F; SORRENTINO, R. Y MAJ, M. (1999) Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **99**, 10-15
- FINNEMA E.J.; LOUWERENS J.W.; SLOOFF C.J. y VAN DEN BOSCH R.J. (1996). Expressed emotion on long-stay wards. *Journal Advance Nursing*, **24 (3)**, 473-478
- FICHTER MM; GLYN S.M.; WEYERER S.; LIBERMAN R.P. y FRICK U. (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Family Process*, **36 (2)**, 203-221
- FORNAZZARI, L. y FORNAZZARI, X. (1993). Bases neurológicas de la esquizofrenia. *Revista Médica de Chile*.
- FOX P. (1992). Implications for expressed emotion therapy within a family therapeutic context. *Health Social Work*, **17 (3)**, 207-213
- FRIEDMANN M.S.y GOLDSTEIN MJ. (1993). Relatives' awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. *Family Process*, **32 (4)**, 459-71
- FRIEDMANN M.S.y GOLDSTEIN MJ. (1994). Relatives' perceptions of their interactional behavior with a schizophrenic family member. *Family Process*, **33 (4)**, 377-387
- GALLO KM. (1994). First person account: self-stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, **20 (2)**, 407-410
- GAMBLE C; MIDENCE K. y LEFF J. (1994). The effects of family work training on mental health nurses' attitude to and knowledge of schizophrenia: a replication. *Journal Advance Nursing*, **19 (5)**, 893-896
- GARCÍA E.; ESPINA A.; PUMAR B.; AYERBE A. y SANTOS A. (1996). *La emoción expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías*. Colección Haize-Gain **3**. Donostia.

- GERLSMA C. y HALE W.W. (1997). Predictive power and construct validity of the Level of Expressed Emotion (LEE) scale. Depressed out-patients and couples from the general community *British Journal of Psychiatry*, **170**, 520-525
- GERLSMA C.; PETRA M.; VAN DER LUBBE PM. y VAN NIEUWENHUIZEN C. (1992). Factor analysis of the level of expressed emotion scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. *British Journal of Psychiatry*, **160**, 385-389
- GOLDSTEIN MJ; ROSENFARB I; WOO S. y NUECHTERLEIN K. (1994). Intrafamilial relationships and the course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, **384**, 60-66
- GUARCH, J.; CIRICI, R.; BEL, T. y OBIOLS, J. (1991). Funcionamiento social en la esquizofrenia: Intervención terapéutica en habilidades sociales. *Revista de Psicoterapia*, **2 (8)**, 49-60
- GUTIÉRREZ, E.; ESCUDERO, V.; VALERO, J. ; VÁZQUEZ, M.C.; CASTRO, J.A.; ALVAREZ, L.C.; BALTAR, M.; BLANCO, J.; DONZÁLEZ, I. y GÓMEZ, I. (1988). Expresión de emociones y el curso de la esquizofrenia. II. Componentes en revisión. *Análisis y Modificación de conducta*, **15**, 275-316.
- HALL, M. y DOCHERTY, N. (2000). Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as Predictors of Expressed Emotion. *Family Process*, **39 (4)**, 435-444.
- HAYHURST H.; COOPER Z.; PAYKEL E.S.; VEARNALS S. y RAMANA R. (1997). Expressed emotion and depression: a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 439-443
- HERESCO - LEVY U.; BROM D. y GREENBERG D. (1992). The Patient Rejection Scale in an Israeli sample: correlations with relapse and physician's assessment. *Schizophrenia Research*, **8 (1)**, 81-87
- HIBBS, E.D.; HAMBURGUER, S.D; KRUESI, M.J. y LENANE, M. (1993). Factors affecting expressed emotion in parents of ill and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **63**, 103-112.
- HINRICHSEN G.A. y POLLACK S. (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal Abnormal Psychology*, **106 (2)**, 336-340
- HIRSHFELD D.R.; BIEDERMAN J.; BRODY L.; FARAONE S.V. y ROSENBAUM J.F. (1997). Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36 (2)**, 205-210
- HIRSHFELD D.R.; BIEDERMAN J.; BRODY L.; FARAONE S.V. y ROSENBAUM J.F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36 (7)**, 910-917
- HOGARTY G.E.; KORNBLITH S.J.; GREENWALD D.; DIBARRY AL.; COOLEY S.; FLESHER S.; REISS D.; CARTER M. y ULRICH R. (1995). Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21 (3)**, 379-393
- HOOLEY, J.M. y LICHT D.M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal Abnormal Psychology*, **106 (2)**, 298-306
- HOOLEY, J.M.; ROSEN, L.R. y RICHTERS, J.E. (1995). Expressed emotion: toward clarification of a critical construct. En Miller, Gregory A., *The behavioral high-risk paradigm in Psychopathology*. Springer, New York.
- HONIG A.; HOFFMAN A.; ROZENDAAL N. y DINGEMANS P. (1997). Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, **72 (1)**, 17-22
- HUGUELET P.; FAVRE S.; BINYET S.; GONZÁLEZ C. y ZABALA I. (1995). The use of the Expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area of Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **92 (6)**, 447-452

- HUGUELET P; FAVRE S; BINYET S; GONZALEZ C. y ZABALA I. (1995). Stability and predictive role of emotions, expressed by families in the development of a cohort of schizophrenic patients in the course of 5 years. *Annual Medicine Psychology*, **153 (10)**, 687-95.
- HUTCHINSON G; TAKEI N; FAHY TA; BHUGRA D; GILVARRY C; MORAN P; MALLETT R; SHAM P; LEFF J. y MURRAY RM. (1996). Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, **169 (6)**, 776-780
- INOUE S.; TANAKA S.; SHIMODERA S. y MINO Y. (1997). Expressed emotion and social function. *Psychiatry Research*, **72 (1)**, 33-39
- IVANOVIC M.; VALETIC Z. y BEBBINGTON P. (1994). Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **29 (2)**, 61-65
- JENKINS JH. y KARNO M. (1992). The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, **149 (1)**, 9-21
- JÖNSSON S.A. y JONSSON H. (1992). Clusters in a cohort of untreated schizophrenia: prognostic importance, atypical cases and the familial versus sporadic distinction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **86 (4)**, 287-295.
- JORDAN J.C. (1995). First person account: schizophrenia--adrift in an anchorless reality. *Schizophrenia Bulletin*, **21 (3)**, 501-503
- JOSEPH, PL.; STURGEON, DA. y LEFF, J. (1992). The perception of emotion by schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, **161**, 603-609
- KAO, E.M.; NAGATA, D.K. y PETERSON, C. (1997). Explanatory style, family expressiveness and self-esteem among Asian American and European American college students. *Journal Social Psychology*, **137 (4)**, 435-444
- KARNO, M.; JENKINS, J.H., DE LA SELVA, A.; SANTANA, F.; TELLES, C.; LÓPEZ, S. y MINTZ, J. (1987) Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican- American Families. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143-151
- KARNO, M. y JENKINS, JH. (1993). Cross-cultural issues in the course and treatment of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, **16 (2)**, 339-350
- KAVANAGH, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **160**, 601-620
- KAVANAGH, D.J.; O'HALLORAN, P.; MANICAVASAGAR, V.; CLARK, D.; PITKOWSKA, O.; TENNANT, C. y ROSEN, A. (1997). The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, **70 (3)**, 185-195
- KAZARIAN, SS. (1992). The measurement of expressed emotion: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, **37 (1)**, 51-56
- KEITNER, G.I.; RYAN, C.E.; MILLER, I.W.; KOHN, R., BISHOP., D.S. y EPSTEIN, N.B. (1995). Role of the Family in Recovery and Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, **152 (7)**, 1002-1008.
- KICK, H. y RICHTER, P. (1993). Die Abwandlung der Affektionalität im postakuten Verlauf der Schizophrenie. (Modificación de la conducta afectiva en el curso de la esquizofrenia) *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.*, **144 (2)**, 163-72
- KING, S. y DIXON, MJ. (1995). Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenic Research*, **14 (2)**, 121-32
- KING, S. y DIXON, MJ. (1996). The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Archives of General Psychiatry*, **53 (12)**, 1098-1104

- KING, S. y ROCHON, V. (1995). The role of expressed emotions in schizophrenia. *Sante Ment Que.*, **20 (2)**, 99-118.
- KRAEMER, S.; HARTL, L.; BOHMER, M. y MOLLER, H.J. (1996). Psychophysiologische und psychologische Korrelate des emotionalen Familienklimas bei schizophrenen Patienten und ihren Familienangehörigen. *Nervenarzt*, **67 (3)**, 219-228
- KUIPERS, L. y BEBBINGTON, P. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, **18 (4)**, 893-909
- KUIPERS, L. (1992). Expressed emotion research in Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, **31 (4)**, 429-443
- LEBELL, M.B.; MARDER, S.R.; MINTZ, J.; MINTZ, LI.; TOMPSON, M.; WIRSHING, W.; JOHNSTON-CRONK K. y MCKENZIE, J. (1993). Patients' perceptions of family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **162**, 751-754
- LEFF, J. (1989). Controversial issues and growing points in research on relatives' expressed emotion. *International Journal of Social Psychiatry*, **35 (2)**, 133-45
- LEFF, J. (1990). The 'new cross-cultural psychiatry'. A case of the baby and the bathwater. *British Journal of Psychiatry*, **156**, 305-307
- LEFF, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, **164 (23)**, 71-76.
- LEFF, J. (1994). Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, **384**, 133-139
- LEFF, J. (1996). *Schizophrenia in a cultural context: Should professionals replace families?* Conference on "Crisis in the Human Services: National and International Issues": Cambridge, 1996
- LEFF, J.; BERKOWITZ, R.; SHAVIT, N.; STRACHAN, A.; GLASS, I. y VAUGHN, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, **157**, 571-577
- LEFF, J.; SARTORIUS, N.; JABLENSKY, A.; KORTEN, A. y ERNBERG, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, **22 (1)**, 131-145
- LEFF, J. y VAUGHN, C. (1985). *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. Londres: The Guilford Press.
- LEFF, J.; WIG, N.N.; GHOSH, H.; BEDI, H.; MENON, DK.; KUIPERS, L.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; DAY R; SARTORIUS, N. y JABLENSKY, A. (1990). Influence of relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, **156**, 166-173
- LEFF, J.; WIG, N.N.; GHOSH, H.; BEDI, H.; MENON, D.K.; KUIPERS, L.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; DAY R; SARTORIUS, N. y JABLENSKY, A. (1990). Relatives' expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two-year follow-up of a first-contact sample. *British Journal of Psychiatry*, **156**, 351-356
- LEHOUCQ, FABRICE (1998) Investigando bajo la lluvia de San José. En Edelman, M.; Lehoucq, F.; Palmer, S. Y Molina, I.: *Ciencia Social en Costa Rica*. Ed. UCR y UNA: San José, Costa Rica.
- LENIOR, M.E.; DINGEMANS, PMAJ. y LINSZEN, DH. (1997). A quantitative measure for expressed emotion. *Psychiatry Research*, **69 (1)**, 53-65.
- LIBERMAN, ROBERT. (1993) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Editorial Martínez Roca.
- LINSZEN D.H.; DINGEMANS P.M.; NUGTER M.A.; VAN DER DOES A.J.; SCHOLTE W.F. y LENIOR M.A. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, **23 (1)**, 119-130

- MACMILLAN J.F., GOLD A., CROW T.J., JOHNSON A.L. y JOHNSTONE E.C. (1986). Expressed Emotion and Relapse. *British Journal of Psychiatry*, **148**, 133-143
- MACMILLAN J.F., GOLD A., CROW T.J., JOHNSON A.L. y JOHNSTONE E.C. (1987). Expressed Emotion and Relapse in First Episodes of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, **151**, 320-323
- MARCOLIN MA. (1991). The prognosis of schizophrenia across cultures. *Ethn Dis.*, **1 (1)**, 99-104
- MARI JJ. y STREINER DL. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, **24 (3)**, 565-78
- MARTÍNEZ LÓPEZ, M.J. (1996) Alojamientos protegidos para enfermos mentales esquizofrénicos. *Apuntes de Psicología*, **47**, 99-113
- MARTINS C; DE LEMOS AI. y BEBBINGTON PE. (1992). A Portuguese/Brazilian study of Expressed Emotion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27 (1)**, 22-7
- MAVREAS VG; TOMARAS V; KARYDI V; ECONOMOU M. y STEFANIS CN. (1992). Expressed Emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27 (1)**, 4-9
- MCCLELLAN J. y WERRY J. (1994). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **33 (5)**, 616-35
- MC CREADIE, R.G. y PHILLIPS, K. (1988). The Nithsdale schizophrenia survey. VII: Does relatives' high expressed emotion predict relapse? *British Journal of Psychiatry*, **152**, 477-481.
- MC CREADIE, R.G.; ROBERTSON, L.J.; HALL, D.J. y BERRY, I. (1993). The Nithsdale schizophrenia surveys. XI: Relatives' expressed emotion. Stability over five years and its relation to relapse. *British Journal of Psychiatry*, **162**, 393-397.
- MEEKS S. y MURRELL SA. (1994). Service providers in the social networks of clients with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, **20 (2)**, 399-406
- MIKLOWITZ DJ. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **20 (1)**, 137-149
- MIKLOWITZ D.J.; GOLDSTEIN M.J. y NUECHTERLEIN K.H. (1995). Verbal interactions in the families of schizophrenic and bipolar affective patients. *Journal of Abnormal Psychology*, **104 (2)**, 268-276
- MILLER, G.A. (1995). *The behavioral High-Risk Paradigm in Psicopathology*. Springer. New York.
- MILLER LJ. y FINNERTY M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Service*, **47 (5)**, 502-506
- MINO Y.; TANAKA S.; TSUDA T.; BABAZONO A.; INOUE S. y AOYAMA H. (1995). Training in evaluation of expressed emotion using the Japanese version of the Camberwell Family Interview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **92 (3)**, 183-186
- MINO Y.; INOUE S.; TANAKA S. y TSUDA T. (1997). Expressed emotion among families and course of schizophrenia in Japan: a 2-year cohort study. *Schizophrenic Research*, **24 (3)**, 333-339
- MINTZ, J.; MINTZ, L. y GOLDSTEIN, M.J. (1987). Expressed emotion and relapse in first episodes of schizophrenia: a rejoinder to Macmillan *et al* (1986). *British Journal of Psychiatry*, **151**, 314-320.
- MINTZ, L.I.; NUECHTERLEIN, K.H.; GOLDSTEIN, M.J.; MINTZ, J. y SNYDER, K.S. (1989). The initial onset of schizophrenia and family emotion: some methodological considerations. *British Journal of Psychiatry*, **154**, 212-217.

- MOENKING HS; HORNING WP; STRICKER K. Y BUCHKREMER G. (1997). Expressed-emotion development and course of schizophrenic illness: considerations based on results of a CFI replication. *European Archives of Psychiatry Clinical and Neuroscience*, **247 (1)**, 31.
- MONTERO, I.; GÓMEZ-BENEYTO, M.; RUIZ, I., PUCHE, E. y ADAM, A. (1992). The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients: a two-years follow study. *British Journal of Psychiatry*, **161**, 217-222
- MOZNY P. y VOTYPKOVA P. (1992). Expressed emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia. A study from Czechoslovakia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27 (4)**, 174-179
- MUESER, K.T.; BELLACK, A.S.; WADE, J.H.; SAYERS, S.L.; TIERNEY, A. y HAAS, G. (1993). Expressed emotion, social skill and response to negative affect in schizophrenia. *Journal Abnormal of Psychology*, **102**, 339-351.
- NIEDERMEIER T; WATZL H. y COHEN R. (1992). Prediction of relapse of schizophrenic patients: Camberwell Family Interview versus content analysis of verbal behavior. *Psychiatry Research*, **41 (3)**, 275-282
- NUGTER A.; DINGEMANS P.; VAN DER DOES J.W.; LINSZEN D. y GERSONS B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, **72 (1)**, 23-31
- NUGTER A.; DINGEMANS P.; VAN DER DOES J.W.; LINSZEN D. y GERSONS B.P. (1997). The relationships between expressed emotion, affective style and communication deviance in recent-onset schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **96 (6)**, 445-451
- NUECHTERLEIN KH; DAWSON ME; VENTURA J; GITLIN M; SUBOTNIK KL; SNYDER KS; MINTZ J. y BARTZOKIS G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, **382**, 58-64
- OBIOLS, J.E. (1996). Marcadores de riesgo para trastornos del espectro esquizofrénico en la adolescencia. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes*, Barcelona, Ediciones Pirámide. 247-264
- OBIOLS, J.E. y OBIOLS, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona, Edit. Martínez Roca.
- OLIN S.C. y MEDNICK SA. (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, **22 (2)**, 223-40
- ORHAGEN T. y D'ELIA G. (1991). Expressed emotion: a Swedish version of the Camberwell Family Interview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **84 (5)**, 466-474
- OSHIMA I; ITO J; YAGIHASHI M. y OKAGAMI K. (1994). The relationship between expressed emotion and daily life functioning of families who take care of the schizophrenics members. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **96 (7)**, 493-512
- OSHIMA I; ITO J; YAGIHASHI M. y OKAGAMI K. (1994). A study on the scaling methods of expressed emotion scales from the perspective of relapse predictability of schizophrenia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **96 (4)**, 298-315
- OTSUKA T; NAKANE Y. y OHTA Y. (1994). Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89 (2)**, 111-116
- PROVENCHER HL. (1996). Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *Journal Psychiatry Mental Health Nursing*, **3 (3)**, 181-187
- RANGIL, T.; TRANCHO, M.; JORQUERA, A. y GASTÓ C. (1996). Taller de resolución de problemas para familiares de enfermos esquizofrénicos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, **23**, 134-142.
- ROBINSON, ELIZABETH (1996). Causal attributions about Mental Illness: relationship to family functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*.

- RODER, V.; DIETER, H.; HODEL, B. y KIENZLE, N. (1996). *Terapia integral de la esquizofrenia*. Barcelona, Edit. Ariel.
- ROSENFARB IS; GOLDSTEIN MJ; MINTZ J. y NUECHTERLEIN KH. (1995). Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members. *Journal of Abnormal Psychology*, **104 (2)**, 259-267
- RUND BR; MOE L; SOLLIEN T.; FJELL A.; BORCHGREVINK T.; HALLERT M. y NAESS PO. (1994). The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89 (3)**, 211-218
- RUND BR; OIE M; BORCHGREVINK TS. y FJELL A. (1995). Expressed emotion, communication deviance and schizophrenia. An exploratory study of the relationship between two family variables and the course and outcome of a psychoeducational treatment programme. *Psychopathology*, **28 (4)**, 220-228
- SALTÓ, C.; GUARCH, J.; CIRICI, R. y OBIOLS, J. (1990). Importancia de la intervención psicosocial en el curso de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, **17 (6)**, 282-290
- SANTOS, A.; ESPINA, A.; PUMAR, B.; GONZÁLEZ,P.; AYERBE, A. y GARCÍA, E.(2000) Longitudinal Study of the Stability of Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients. (Artículo enviado a la revista *The Spanish Journal of Psychology*, actualmente en periodo de revisión para posible publicación)
- SCAZUFCA M. y KUIPERS E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, **28 (2)** 453-61
- SCAZUFCA M. y KUIPERS E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, **174**, 154-158
- SCOTT D. y FAGIN L. (1993). Patient's perception of family emotional climate [letter; comment] *British Journal Psychiatry*, **163**, 551-2 Comment on: *British Journal Psychiatry*, **162**, 751-4
- SCHREIBER J.L.; BREIER A. y PICKAR D. (1995). Expressed emotion. Trait or state? *British Journal of Psychiatry*, **166**, 647-649
- SCHULZE MONKING H. (1994). Self-help groups for families of schizophrenic patients: formation, development and therapeutic impact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **29 (3)**, 149-154
- SCHULZE MONKING H.; HORNUNG W.P.; STRICKER K. y BUCHKREMER G. (1997). Expressed emotion development and course of schizophrenic illness: considerations based on results of CFI replication. *Europe Archive of Psychiatry Clinic Neurosciences*, **247 (1)**, 31-34
- SELVINI M.; BOSCOLO M.; CECCHIN G.F. y PRATA G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona, Editorial Paidós.
- SELVINI M.; CIRILLO S.; SELVINI M. y SORRENTINO, A.M. (1995). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, Editorial Paidós.
- SMITH J; BIRCHWOOD M; COCHRANE R. y GEORGE S. (1993). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **28 (1)**, 11-16
- STIRLING, J.; TANTAM, D.; THOMAS, P.; NEWBY, D.; MONTAGUE, L; RING, N. y ROWE, S. (1991). Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up. *Psychological Medicine*, **21 (3)**, 675-685
- STIRLING, J.; TANTAM, D.; THOMAS, P.; NEWBY, D.; MONTAGUE, L; RING, N. y ROWE, S. (1993). Expressed Emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during 18 month follow-up. *Psychological Medicine*, **23**, 771-778.

- STUBBE DE; ZAHNER GE; GOLDSTEIN MJ. y LECKMAN JF. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: a community study of children. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, **34 (2)**, 139-154
- SZMUKLER, G.I., BERKOWITZ R., EISLER I., LEFF J. y DARE C. (1987). Expressed Emotion in Individual and Family Settings: A Comparative Study. *British Journal of Psychiatry*, **151**, 174-178
- TANAKA, S., MINO, Y. y INOUE, S. (1995). Expressed Emotion and the Course of Schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry*, **167**, 794-798.
- TAYLOR MA; BERENBAUM SA; JAMPALA VC. y CLONINGER CR. (1993). Are schizophrenia and affective disorder related? preliminary data from a family study [see comments] *American Journal of Psychiatry*, **150 (2)**, 278-285
- TARRIER N; LOWSON K. y BARROWCLOUGH C. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations. *British Journal of Psychiatry*, **159**, 481-484
- TOMPSON MC; GOLDSTEIN MJ; LEBELL MB; MINTZ LI; MARDER SR. y MINTZ J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, **57 (2)**, 155-167
- UEHARA T.; YOKOYAMA T.; GOTO M.; KOHMURA N.; NAKANO Y., TOYOOKA K. y IHDA S. (1997). Expressed emotion from the five-minute speech sample and relapse of out-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **95 (5)**, 454-456
- VAN FURTH EF; VAN STRIEN DC; MARTINA LM; VAN SON MJ; HENDRICKX JJ. y VAN ENGELAND H. (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **20 (1)**, 19-31.
- VAUGHN CHRISTINE (1989). Annotation: Expressed Emotion in Family Relationships. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, **30 (1)**, 13-22
- VAUGHAN K; DOYLE M; MCCONAGHY N; BLASZCZYNSKI A; FOX A. y TARRIER N. (1992). The relationship between relative's Expressed Emotion and schizophrenic relapse: an Australian replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **27 (1)**, 10-15
- VENTURA J; NUECHTERLEIN KH; HARDESTY JP. y GITLIN M. (1992). Life events and schizophrenic relapse after withdrawal of medication. *British Journal of Psychiatry*, **161**, 615-620
- VOSTANIS P. y NICHOLLS J. (1995). Nine-month changes of maternal expressed emotion in conduct and emotional disorders of childhood: a follow-up study. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, **36 (5)**, 833-846
- WAGNER PS. (1996). First person account: a voice from another closet. *Schizophrenia Bulletin*, **22 (2)** 399-401
- WEISMAN AG. (1997). Understanding cross-cultural prognostic variability for schizophrenia. *F Cultural Divers Mental Health*, **3 (1)**, 23-35
- WEISMAN AG. y LÓPEZ SR. (1996). Family values, religiosity, and emotional reactions to schizophrenia in Mexican and Anglo-American cultures. *Family Process*, **35 (2)**, 227-237
- WEISMAN, AG.; NUECHTERLEIN K.; GOLDSTEIN, M. Y SNYDER K. (1998) Expressed Emotion, Attributions, and Schizophrenia Symptom Dimensios. *Journal of Abnormal Psychology*, **107 (2)**, 355-359
- WICHSTROM L; ANDERSON AM; HOLTE A; HUSBY R; WYNNE LC WICHSTROM L; ANDERSON AM; HOLTE A; HUSBY R. y WYNNE LC. (1996). Confirmatory and disconfirmatory family communication as predictor of offspring socio-emotional functioning. A 10 to 14 year follow-up of children at risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **93 (1)**, 49-56
- WILLETTS L.E. y LEFF J. (1997). Expressed Emotion and Schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. *Journal of Adv Nursing*, **26 (6)**, 1125-1133

- WINEFIELD HR. y HARVEY EJ. (1995). Tertiary prevention in mental health care: effects of group meetings for family caregivers. *Aust N Z J Psychiatry*, **29 (1)**, 139
- WIG N.N., MENON D.K., BEDI H., GHOST A., KUIPERS L., LEFF J., KORTEN A., DAY N., SARTORIOUS N., ERNBERG G. y JABLENSKY A. (1987). Expressed Emotion and Schizophrenia in North India. *British Journal of Psychiatry*, **151**, 156-173
- WOO SM; GOLDSTEIN MJ. y NUECHTERLEIN KH. (1997). Relatives' expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, **170**, 58-61
- WOLFF G; PATHARE S; CRAIG T. y LEFF J. (1996). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, **168 (2)**, 183-190
- WOLFF G; PATHARE S; CRAIG T. y LEFF J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, **168 (2)**, 191-198
- WUERKER AM. (1994). Relational control patterns and expressed emotion in families of persons with schizophrenia and bipolar disorder. *Family Process*, **33 (4)**, 389-407
- WUERKER AM. (1996). Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*, **22 (4)**, 671-690
- WUERKER, A.; HAAS, G. Y BELLACK, A. (1999). Racial and gender differences in Expressed Emotion and interpersonal control in families of persons with schizophrenia. *Family Process*, **38**, 477-496