

UNIVERSIDAD DE DEUSTO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
SECCION PSICOLOGIA

"LA FAMILIA DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO: EL CONSTRUCTO
EMOCION EXPRESADA (EE)"

Tesis Doctoral presentada por Dña. María Ana Jesús Azpíri Lejardi
Dirigida por el Doctor D. Luis de Nicolás y Martínez

EL DIRECTOR

EL DOCTORANDO

Bilbao, Septiembre, 1990

A E I

AGRADECIMIENTOS

La idea de realizar esta tesis surgió durante el diseño del Proyecto de Investigación N.X-86.072, dirigido por el Profesor Dr. Luis de Nicolás y subvencionado por el Departamento de Educación, Universidades y Educación del Gobierno Vasco, en cuya realización colaboré como miembro becario del equipo investigador durante un año.

La recogida de datos para el presente estudio se realizó en las respectivas unidades de agudos de los Hospitales Psiquiátricos de Santa Agueda de Mondragón y Santa María de Las Nieves de Vitoria así como en el Servicio de Psiquiatría de Cruces en Baracaldo.

Deseo expresar mi agradecimiento a sus Direcciones y Equipos Médicos por facilitar la tarea de toma de contacto con los pacientes estudiados y sus respectivas familias.

Agradezco también a los pacientes y a sus respectivas familias, porque sin su colaboración esta tesis no hubiera sido posible.

Agradezco la colaboración de la Dra. C.E. Vaughn que además de introducirme en la metodología de investigación EE, ha respondido puntualmente a cuantas cuestiones le he planteado durante la realización de esta tesis.

Deseo agradecer asimismo a mis compañeras, las psicólogas Consuelo González y Ana López Careaga, por su colaboración en las tareas de toma de contacto inicial con las familias estudiadas y su posterior evaluación mediante la realización de entrevistas.

Son varios los profesores que de un modo más puntual y en cuestiones más específicas, tales como los análisis estadísticos y su interpretación, han colaborado en la realización de esta tesis. A todos ellos, deseo agradecer su colaboración.

Finalmente, agradezco al Profesor Dr. Luis de Nicolás, Catedrático de la asignatura Técnicas de Modificación de Conducta en la Universidad de Deusto y Director de este trabajo, por su decisiva colaboración técnica en el diseño general de esta investigación y a lo largo de todas las fases de su realización.

Además de la cooperación técnica, no puedo olvidar, el apoyo humano y el deseo de seguir, que en momentos de desaliento me ha infundido.

Mi más sincero agradecimiento, Luis.

RESUMEN

La esquizofrenia, siendo uno de los problemas de salud más graves del siglo XX, permanece a la espera de que la comunidad científica resuelva cuestiones tan básicas como la propia noción de esquizofrenia, su diagnóstico, curso y pronóstico.

Para dar cuenta de la complejidad del fenómeno que representa la esquizofrenia se precisan modelos de explicación complejos que incluyan múltiples determinantes interactuantes.

Una de las variables relevantes para el curso y pronóstico de este trastorno y probablemente también para su emergencia, es la familia del paciente esquizofrénico. Su estudio será abordado en esta tesis.

La investigación realizada consta de dos partes claramente diferenciadas: una revisión bibliográfica y un estudio empírico.

En la primera parte, la revisión bibliográfica, se analizan las conceptualizaciones más importantes que desde la década de los 40, se han mantenido en torno a la influencia de la familia en la esquizofrenia. Estas se agrupan en dos corrientes principales.

Unas estudian la influencia de la familia del esquizofrénico como factor etiológico en el trastorno.

Las otras estudian la familia del paciente esquizofrénico como factor de pronóstico, sin asumir directamente su importancia etiológica.

Se discutirá el cambio de paradigma científico (circular versus lineal, respectivamente) que ambas posiciones implican y las repercusiones que ello tiene en aspectos tan básicos como es la propia noción de Esquizofrenia.

En la parte empírica se ha realizado un estudio de seguimiento durante un año, de una muestra de pacientes esquizofrénicos asistidos en tres Instituciones Psiquiátricas del País Vasco.

El objetivo de este estudio era analizar la replicabilidad de las hipótesis básicas relativas a la familia como factor de pronóstico en la esquizofrenia.

A tal fin, se valoró la influencia de las actitudes familiares englobadas en torno al Constructo Emoción Expresada (Crucismo, Hostilidad y Sobreimplicación) y la de algunas características del paciente esquizofrénico (Estado Clínico, Rol Social, Conductas Desadaptativas) en la necesidad de hospitalizar durante el período de seguimiento.

En un primer análisis, se establecen las relaciones directas de cada grupo de variables con la medida de evolución clínica.

Los resultados obtenidos indican que la variable Emoción Expresada, tomada globalmente, no está relacionada con la necesidad de hospitalización durante el seguimiento.

Sin embargo, desglosándola en sus componentes, se observó que tanto el Criticismo como la Hostilidad se relacionan con la recaída y además son buenos predictores del número de rehospitalizaciones.

Además de las variables familiares, también algunas características del propio paciente se relacionan con la variable de seguimiento. Entre ellas, destacan las variables relacionadas con la cronicidad del trastorno y la colaboración en la toma de medicación durante el seguimiento.

Análisis posteriores que tratan de relacionar las variables familiares con las del propio paciente, muestran la existencia de relaciones entre algunas características de la Historia Psiquiátrica del paciente y el nivel de Criticismo y Hostilidad familiar, lo cual cuestiona el supuesto de Independencia de EE.

Estos resultados apoyan la hipótesis básica de la investigación EE relativa a la influencia de la familia en el curso del trastorno esquizofrénico. No obstante, las discrepancias halladas y en especial la constatación de múltiples interacciones entre las variables estudiadas, exigen un replanteamiento de la naturaleza de EE y de las estrategias de investigación adecuadas para el estudio de su influencia en el curso del trastorno.

Si el interés de la investigación ha estado centrado en el aislamiento de la variable EE y la demostración de su independencia, los resultados obtenidos indican que el mejor modo de estudiar el proceso de recaída es en términos de interdependencia de los factores personales, familiares y protectores.

INDICE

AGRADECIMIENTOS III

RESUMEN VI

1.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA; LA FAMILIA DEL ESQUIZOFRÉNICO

1.1. INTRODUCCIÓN 2

1.2. HIPÓTESIS CAUSAL DE LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA ESQUIZOFRENIA

1.2.1. Formulaciones Teóricas 13

- 1. Lidz y cols.: una posición etiológica 17
- 2. Wynne y cols.: desde una posición etiológica a otra transaccional 26
- 3. Bateson y cols.: una posición transaccional 35

1.2.2. Investigaciones Empíricas 45

- a. Investigaciones sobre la Estructura Familiar 50
- b. Investigaciones sobre el Doble Vínculo 53
- c. Investigaciones sobre los Trastornos Comunicacionales 59

1.3. HIPÓTESIS DE LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA. EL CONSTRUCTO EE

1.3.1. El Constructo Emoción Expresada (EE) .. 68

1.3.2. Evaluación del Constructo EE 86

1.3.3. Replicaciones de la Investigación EE .. 102

- a. Patrones de EE encontrados 105
- b. Estudios del proceso de recaída 113
 - b.1. Evidencia a favor de la validez predictiva de EE 117
 - b.2. Estudios que cuestionan la validez Predictiva de EE 120
 - b.3. Replicaciones realizadas en España . 123
- c. Estudios del proceso de recaída. Factores que interactúan con EE 128

1.3.4. <u>Algunos Supuestos de la Investigación EE.</u>	132
1. Validez	134
2. Independencia	142
3. Especificidad	150
a. EE y trastorno depresivo	151
b. EE y trastorno maníaco bipolar	152
c. EE y obesidad	153
d. EE y trastornos infantiles	153
4. Reversibilidad. Terapia de Familia	155
1.3.5. <u>Naturaleza de EE</u>	167
1. ¿Qué mide EE?	170
2. ¿A qué responde EE?	172
3. ¿Cómo opera EE?	177
1.4. DISCUSION: MODELOS EN CONFRONTACION	187
2. <u>INVESTIGACION EMPIRICA: SEGUIMIENTO DURANTE 1 AÑO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS</u>	
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DE LAS HIPOTESIS	199
2.2. METODO	201
2.2.1. Muestra	202
2.2.2. Variables	205
2.2.3. Procedimiento	222
2.2.4. Análisis Estadístico	227
2.3. RESULTADOS	
2.3.1. Descripción de la <u>muestra</u>	232
2.3.2. Descripción de los <u>patrones de EE</u>	240
-DISCUSION	251
2.3.3. <u>Hipótesis I</u>	253
1. Relación EE y Recaída	256
2. Independencia de EE	258
3. Relación Variables Demográficas y Clínicas-Recaída	277
- DISCUSION	282

2.3.4. <u>Hipótesis II</u>	290
- DISCUSION	297
2.3.5. <u>Hipótesis III</u>	301
1. Interacción Nivel de Criticismo y Medicación	304
2. Interacción Nivel de Criticismo y Tiempo de Contacto	305
- DISCUSION	306
2.4. CONCLUSIONES	309
3. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	316
4. <u>APENDICES</u>	
4.1. APENDICE 1: Escala de Evaluación Sintomatológica	335
4.2. APENDICE 2: Contrato de Participación de la Familia en el proyecto de Investigación	338
4.3. APENDICE 3: Formato de Entrevista Semiestructurada a Realizar con el Familiar	340
4.4. APENDICE 4: Ejemplos de Evaluación de la Respuesta Emocional Familiar	357

1. REVISION BIBLIOGRAFICA: LA FAMILIA DEL
ESQUIZOFRENICO

1.1. INTRODUCCION

La esquizofrenia constituye uno de los problemas de salud más inquietantes del siglo XX. Ello es consecuencia de su elevada incidencia (aproximadamente el 1% de la población total) y de la incapacitación general que desde edades tempranas provoca en la mayoría de las personas que la padecen. Ocasiona además, graves dificultades a las familias de origen y grandes costos a la sociedad.

Sin embargo, este trastorno que determina el mayor número de ingresos en instituciones psiquiátricas, plantea cuestiones tan fundamentales sin resolver, como la propia noción de esquizofrenia, su diagnóstico, etiología, curso y pronóstico.

La falta de respuesta a estas cuestiones básicas por parte de la investigación clínica en curso es, sin duda, una de las razones principales por las cuales, la cifra de pacientes aquejados de este trastorno no disminuya con el paso del tiempo. A pesar de los crecientes esfuerzos que los servicios sanitarios realizan para su recuperación, es frecuente el uso de términos como el de "nuevos crónicos" para referirse a los pacientes esquizofrénicos que no responden adecuadamente a los tratamientos ofertados y que además, deterioran progresivamente.

La esquizofrenia es un trastorno que afecta a la persona que la padece de un modo global. Su misma

denominación, acuñada por Bleuer, hace referencia a la 'escisión' que provoca en la persona del esquizofrénico.

Puede ser descrita como un grupo de síntomas característicos en las áreas del pensamiento (delusiones, incoherencia, interpretación equivocada de la realidad), de la percepción (alucinaciones), del afecto (ambivalencia, anhedonia, incongruencia) y de la actividad motora (estupor, estereotipia, manierismo). Además de estos síntomas, la esquizofrenia se extiende a casi todas las áreas del funcionamiento personal y social. Hay un deterioro en las relaciones sociales (aislamiento, evitación del contacto), laborales (distractibilidad, apatía), en el procesamiento cognitivo (escaso nivel de vigilancia, sobrecarga sensorial) y en el autocuidado (descuido en el arreglo personal).

Tal definición del trastorno esquizofrénico es, sin embargo, puramente descriptiva, como descriptivo es también, el diagnóstico clínico del trastorno fundamentado en los criterios operativos actualmente en uso: DSM-III (A.P.A., 1980), RDC (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), Feighner Criteria (Feighner y cols., 1972), CATEGO (Wing y cols., 1974). A pesar de los grandes avances realizados en las neuro-ciencias y del aumento de información genética, bioquímica, social y familiar en torno a la esquizofrenia, no se han hecho grandes progresos nosológicos desde Kraepelin o Bleuer. Como consecuencia de ello, la

esquizofrenia sigue siendo una entidad clínica reconocida y diagnosticada, observando las características y el funcionamiento global del paciente.

A lo anterior habría que añadir que la fenomenología de la esquizofrenia es fluida y dinámica, fluctuante en el mismo individuo a lo largo del tiempo y distinta en los diferentes sujetos. Tal es así, que hasta la fecha, no existe un sólo e incuestionable factor que permita diagnosticarla inconfundiblemente. Los estudiosos no se ponen de acuerdo sobre qué síntoma es el que mejor la caracteriza: si es la inafectividad, el trastorno de las asociaciones, la pérdida de contacto vital con la realidad o la vivencia delirante. Incluso la descripción ya clásica de los distintos síndromes clínicos está actualmente en cuestión, dado que estudios recientes (Carpenter, 1979, 1981) demuestran que un paciente puede presentar síntomas de los diversos subtipos en su evolución o presentarlos simultáneamente.

Con respecto a la etiología de la esquizofrenia, hay muchas teorías. Unas acentúan el componente biológico en sus aspectos neuroquímico, neurofisiológico y genético. Otras, subrayan el componente psicológico en su doble vertiente: individual intrapsíquica y familiar relacional. Algunas teorías recientes enfatizan los aspectos de estrés hallados en el ambiente socio-cultural del enfermo esquizofrénico.

Los datos disponibles son insuficientes para decidir cuál de estas teorías es la correcta. No obstante, los resultados suponen que la explicación completa de la esquizofrenia debería incorporar categorías diferentes.

Operando en esta línea integradora se encontraría el modelo de "Diathesis-Estrés" (Rosenthal, 1970; Meehl, 1962) o de "Vulnerabilidad Bio-Psico-Social" (Zubin y Spring, 1977), según el cual hay una interacción entre el sujeto, considerado como 'coping response system' que funciona en los niveles biológico, psicológico y sociológico y el sistema ambiental, compuesto por factores de clima social.

En relación al curso de la esquizofrenia, tradicionalmente se le atribuye un carácter crónico determinado por factores endógenos. Asimismo, se creía que los diferentes procedimientos terapéuticos apenas conseguían modificar el cuadro clínico. Sin embargo, investigaciones recientes (Ciompi, 1980; Bleuer, 1978; Dube y cols., 1984), cuestionan el carácter crónico del trastorno y plantean un curso episódico con una evolución más favorable, exigiendo por tanto, una revisión de la concepción del trastorno.

Tampoco hay acuerdo con respecto a los factores de buen pronóstico una vez instaurado el trastorno. Las posiciones al respecto oscilan desde la consideración de factores generales como los rasgos de personalidad, procedencia social y ajuste premórbido no específicos del

diagnóstico (Strauss y Carpenter, 1978), hasta la consideración de factores específicos asociados al diagnóstico (Stephens, 1978). Probablemente, la mejor orientación para el pronóstico es, de nuevo, aquella que acentúa las variables longitudinales y las sintomático diagnóstico transversales.

Tras esta breve presentación sobre el estado actual del conocimiento científico en torno a la Esquizofrenia, puede concluirse que existe gran confusión sobre aspectos básicos del trastorno. El estudio de la esquizofrenia puede orientarse desde diversas perspectivas, todas probablemente útiles de cara a conocer con mayor precisión sus determinantes básicos.

Uno de los determinantes más importantes y que da título a esta tesis es la familia del esquizofrénico. Como veremos, su importancia ha sido delineada desde posiciones teóricas y metodológicas discrepantes.

Históricamente, la introducción de la dimensión social e interpersonal en el proceso etiológico de la esquizofrenia en la década de los 50, rompió con toda una tradición en la conceptualización de los procesos mentales normales y patológicos. Las posiciones teóricas más importantes compartían la tesis de que las condiciones de vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros de la familia, podían predisponer a uno

de sus miembros a la esquizofrenia. Esta idea básica estimuló la realización de múltiples estudios empíricos sobre la familia y su relación con la esquizofrenia.

La evidencia compartida de que el componente genético es importante en el desarrollo de la esquizofrenia (Rosenthal y Kety, 1968), no rompió con la línea de investigación emprendida sobre las relaciones familia-desarrollo de la esquizofrenia. Se asumía que la esquizofrenia no es el resultado exclusivo de un proceso genético, por lo que se precisaba un modelo más complejo de causalidad para dar cuenta de la complejidad del fenómeno que representa la esquizofrenia.

Sin embargo, en la década de los 70 decayó el interés en la investigación sobre las relaciones familia-desarrollo de la esquizofrenia, debido a las dificultades que metodológicamente plantea la familia para su estudio y los resultados desalentadores aparecidos en algunos trabajos (Jacob, 1975; Goldstein y Rodnick, 1975; Liem, 1980). En la década de los 80 empieza a resurgir de nuevo con ciertas peculiaridades que la distinguen radicalmente de la línea anterior.

El énfasis inicial en la hipótesis causal de la influencia de la familia en la esquizofrenia, basada en la tradición clínica y liderada por autores como Lidz, Bateson, Wynne, Bowen y otros, está dando paso a una línea

de investigación que conceptualiza el rol de la familia en términos de variable interviniente en el curso de la enfermedad, sin hacer asunciones directas sobre su rol etiológico. Tal corriente de estudio proviene de un interés sociológico por la familia del esquizofrénico y que tan sólo posteriormente ha sido retomado por la investigación clínica.

La diversidad de influencias (clínica y sociología) es la causa de que las estrategias de investigación en ambas corrientes sean divergentes.

Los clínicos hacen un gran esfuerzo de teorización a partir del estudio clínico intensivo de los pacientes esquizofrénicos en el seno de sus familias y del modo en que responden a la intervención terapéutica.

Los sociólogos, sin embargo, parten de un estudio de seguimiento de una cohorte de pacientes esquizofrénicos que, tras ser dados de alta del hospital, retornan a sus familias. Los propios autores reconocen su escaso conocimiento de la condición esquizofrénica y los procesos familiares implicados (Brown, 1985). Es evidente que tal situación va a tener consecuencias importantes.

Los investigadores clínicos, que estudian el rol etiológico de la familia, formulan hipótesis de influencia complejas, difícilmente operacionalizables, contrastables y replicables.

Por el contrario, los investigadores sociológicos, que estudian la influencia de la familia en el curso del trastorno esquizofrénico, plantean hipótesis sencillas, fácilmente operacionalizables y replicadas por otros investigadores.

Los resultados de las complejas investigaciones empíricas alentadas por la hipótesis causal apoyan la existencia de características especiales en las familias de los esquizofrénicos, especialmente la falta de claridad en la comunicación (Jacob, 1975; Goldstein y Rodnick, 1975), pero no prueban las hipótesis específicas sometidas a estudio. Ello ha sido la causa principal de que tal línea de investigación vaya declinando progresivamente.

Pero además, el establecimiento de la hipótesis causal requiere una serie de condiciones metodológicas que ninguno de los estudios realizados pudo satisfacer. Reiss (1976) definió magistralmente tales criterios:

Primero, las variables hipotetizadas deben ser claramente definidas y medidas por métodos objetivos y fiables.

Segundo, el rol causal de la variable debe ser evaluado demostrando que:

1. está específicamente relacionada con la esquizofrenia y no con otras condiciones y estados,
2. tiene un impacto en el individuo antes de que sea diagnosticado de esquizofrenia, y

3. no se confunda con otra variable concomitante que sea el verdadero factor causal" (pág. 181).

Por el contrario, la obtención de resultados alentadores por parte de los investigadores del curso de la esquizofrenia, mediante diseños de investigación relativamente sencillos y fácilmente replicables, ha contribuido a que tal línea esté actualmente en auge. De hecho, ciertos conceptos extraídos de la investigación etiológica se aplican a la investigación sobre el curso de la esquizofrenia.

Los postulados sobre el peso de la familia en el curso del trastorno son, sin embargo, exclusivamente empíricos y tras 25 años de investigación carecen de una teoría sólida que explique su auténtica naturaleza.

1.2. HIPOTESIS CAUSAL DE LA INFLUENCIA DE LA
FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA ESQUIZOFRENIA

1.2.1. Formulaciones Teóricas

El interés por estudiar la familia del esquizofrénico surge desde una perspectiva etiológica lineal basada en la Teoría Psicodinámica. La aplicación de la Teoría General de los Sistemas a su estudio proporciona una nueva epistemología a su análisis, de tal modo que la unidad de estudio dejan de ser las características individuales de los progenitores y su influencia en el hijo esquizofrénico (diada relacional) o incluso el estudio de la relación entre los progenitores y su influencia en el hijo esquizofrénico (triada relacional), para centrarse en las relaciones familiares en su conjunto (sistema relacional).

Entre el gran número de investigadores clínicos que analizan la familia del esquizofrénico destacan:

- 1.- Lidz y cols. que adoptan una posición etiológica.
- 2.- Wynne y cols. van a avanzar desde una posición etiológica a otra transaccional.
- 3.- Bateson y cols. la estudian desde una posición transaccional.

El interés por estudiar la familia del esquizofrénico nace de planteamientos psicodinámicos sobre el desarrollo de la personalidad normal y anormal en la década de los 40. Se relacionan así, experiencias nocivas tempranas, vinculadas casi siempre a características de personalidad de la madre ("madre esquizofrenógena", Fromm-Reichmann, 1948), con desequilibrios en la personalidad del niño.

Las teorías familiares de la esquizofrenia adquieren importancia propia con posterioridad, al separarse de los enfoques tradicionales de desarrollo normal y anormal de la personalidad y crear una terminología propia que va más allá de las características individuales de los padres.

Se introduce el estudio de la relación conyugal -"cisma marital" (Lidz y cols., 1957); "divorcio emocional" (Bowen, 1960)-; del papel instrumental de la familia en la creación de un contexto anormal de aprendizaje -"transmisión de la irracionalidad" (Lidz y cols., 1958)-; o de la particular distribución de roles en la familia del esquizofrénico (Lidz y cols., 1960).

Además de estos aspectos centrados en la relación matrimonial, surgen otros términos nacidos de la observación de las familias y que pretenden caracterizarlas como un todo: "masa yoica familiar indiferenciada" y 'barrera de goma' (Wynne y cols., 1958) y "triangularización" (Bowen, 1986).

El paso crucial en la búsqueda de autonomía de las teorías familiares con respecto de planteamientos psicoanalíticos es la obra de Jackson y Bateson. Los conceptos de "homeostasis" (Jackson, 1957), "doble vínculo" (Bateson y cols., 1956) y "descripción interaccional de la esquizofrenia" (Haley, 1959), tratan de explicar la conducta esquizofrénica dentro de una "Teoría General de la Comunicación Humana" (Watzlawick y cols., 1967).

La aportación de estos autores va a ser fundamental, aunque no exclusiva, en las investigaciones realizadas en el ámbito de la familia hasta mediados de la década de los 70, fecha en la que, ante la dificultad de demostrar experimentalmente la complejidad de sus supuestos, declina.

La lista de contribuidores importantes a la investigación de la familia del esquizofrénico no se agota aquí. Las conceptualizaciones de Laing (1964, 1965), Schefflen (1978), Searles (1959), Selvini-Palazzoli (1978) y Whitaker (1978) entre otros, merecen atención. Ahora bien, el cuerpo de investigación empírica generada por estas teorías ha sido prácticamente inexistente.

Entre todos los autores mencionados, tres merecen atención especial: Lidz, Wynne y Bateson con sus respectivos equipos. Ello es debido a que sus formulaciones teóricas e investigaciones empíricas derivadas son prácticamente las pioneras y las catalizadoras de la

investigación realizada sobre la familia del esquizofrénico desde una perspectiva etiológica.

Los tres modelos, que parten de premisas diferentes e incluso de modelos de análisis de la realidad social divergentes, comparten progresivamente un mayor interés en el lenguaje y/o la comunicación.

1.- LIDZ Y COLS.: UNA POSICION ETIOLOGICA

Lidz desarrolló una formulación conceptual sobre la etiología de la esquizofrenia basada en una integración de la Teoría del Desarrollo Psicosexual, en supuestos en torno a la estructura y comunicación de la Familia y en las teorías de Piaget sobre el Desarrollo Cognitivo.

La teoría explica cómo las personas que serán diagnosticadas de esquizofrenia son "especialmente vulnerables debido a que las familias en las cuales crecieron no satisficieron los requisitos básicos para un desarrollo integrado del niño y sobre todo, a que el egocentrismo de los progenitores interfería con la formación de límites entre el padre y el niño y distorsionaba la comunicación familiar" (Lidz, 1973, pág. 434).

El interés de Lidz por el estudio de las familias de los pacientes esquizofrénicos data de los años 40, época en la que estudia, a partir de las historias clínicas, los

antecedentes familiares de 50 pacientes esquizofrénicos, los cuales comparó con los antecedentes de 50 pacientes depresivos. Concluye su trabajo afirmando que "se podría decir que solamente 5 de los 50 pacientes esquizofrénicos provienen de hogares relativamente estables, con ambos padres estables y compatibles de acuerdo a principios aceptables de crianza de los niños" (Lidz y Lidz, 1942, pág. 57).

Con el objeto de desarrollar hipótesis sobre los problemas específicos que ocurren en estas familias y su relación con la etiología de la esquizofrenia, plantea un nuevo proyecto de investigación. El material central proviene del estudio longitudinal de las familias de 17 pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico de Yale entre 1952 y 1965. El método principal de recogida de información fueron las entrevistas terapéuticas y no terapéuticas realizadas con todos los miembros accesibles de la familia, parientes menos próximos y amigos; análisis de diarios íntimos y cartas; observación de la interacción de los miembros de la familia entre sí y con el personal del hospital y los tests proyectivos.

El examen del material emergente dió luz sobre las características de ambos padres y de la relación conyugal, de la relación entre progenitores e hijos y la dinámica de la familia como un pequeño grupo en relación con el grupo social más amplio. Asimismo, hizo que los autores

reexaminaran la teoría psicoanalítica de modo que tuviera en cuenta la influencia de la estructura de la familia en el desarrollo de la personalidad (Lidz, 1973).

Describieron a la familia en términos de las funciones que desarrolla para los padres, para los hijos y para la sociedad. Las tres funciones principales que la familia realiza con respecto de los hijos son:

-Provisión de los cuidados que el hijo requiere en los distintos momentos de su desarrollo.

-Mantenimiento de una estructura familiar clara.

-Transmisión de las técnicas instrumentales de la cultura en que está inmersa, especialmente el lenguaje.

Estas funciones no eran satisfechas por ninguna de las familias estudiadas. Lidz encontró que ambos padres estaban tan atrapados en sus propios problemas no resueltos que rara vez podían cumplir de modo satisfactorio su rol parental.

Entre las características más frecuentemente encontradas en las madres de los esquizofrénicos figuran "la incapacidad de recibir lo que el niño trata de transmitir, combinada con una tendencia excesiva a entrometerse y a confundir las necesidades del hijo con las propias, proyectadas en el niño; la discrepancia entre lo que se expresa en forma verbal y de modo no verbal; la

falta de capacidad para reconocer los límites que separan su yo del que corresponde al niño; la necesidad de que éste viva una existencia centrada en ella, porque es mujer; la restricción excesiva originada en sus ansiedades obsesivas, o, a la inversa, una imposibilidad de fijar límites. Además, con frecuencia se dan dificultades generalizadas, como la incertidumbre respecto a la identidad sexual, una escasa autoestima por su condición de mujer, tendencias proyectadas, distorsiones crónicas de situaciones para mantener una versión preconcebida y necesaria de sí misma y de la familia" (Lidz y Fleck, 1960, pág. 339).

Los padres son descritos como incapaces de satisfacer los requerimientos de su rol paterno (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1955). A menudo se sentían inseguros de su masculinidad y necesitaban que se les ofreciera constante admiración y atención para reforzar su autoestima.

Distinguieron cinco tipos de padres:

-Padres en disputa con sus esposas, que trataban de socavar la autoridad de sus cónyuges aliándose con sus hijas.

-Padres muy necesitados de la atención de sus esposas, que experimentaban un sentimiento de rivalidad con sus hijos para merecer la atención de aquellas.

-Padres con un concepto exaltado de sí mismos, que raya en la ideación paranoide y subestiman las realizaciones reales.

-Padres convencidos de su escasa valía personal y desprestigiados en el hogar por sus esposas.

-Padres muy pasivos que aceptaban totalmente el papel dominante de sus esposas en el matrimonio.

Lidz y cols. entendieron que si el niño está influido por las relaciones diádicas que mantiene con ambos progenitores, también lo está por las relaciones que ambos padres mantienen entre sí. Así lo entienden Lidz y Fleck (1960), al señalar que "las ansiedades transmitidas por la madre pueden haber tenido que ver menos con sus preocupaciones por el niño que con sus preocupaciones por el esposo" (Lidz y Fleck, 1960, pág. 340).

Los autores observaron un fracaso mutuo de los cónyuges en lo que respecta a satisfacer las necesidades dinámicas profundas de cada uno de ellos. Analizando los intentos de ambos para lograr la reciprocidad, describieron dos patrones habituales de relación entre los esposos:

-Cisma marital: las familias se mantienen unidas a pesar de las disputas patentes.

-Sesgo marital: una armonía manifiesta encubre un desacuerdo.

Ambos fenómenos preparan el camino para una seducción del hijo por parte de alguno de los cónyuges, con el objeto de formar una alianza patológica.

En lo que han denominado cisma marital, la relación matrimonial se caracteriza por el fracaso absoluto para lograr un mínimo de reciprocidad. Ninguno de ambos lograba encontrar apoyo emocional en el otro, pero forzaban al otro para que se conformara a sus propias expectativas. En este contexto, se dan períodos de intenso conflicto seguidos de períodos de aislamiento emocional mutuo.

Dado que ambos padres tratan de implicar a los hijos en su conflicto, los límites generacionales no están claros.

Esta configuración relacional era más común en las pacientes de sexo femenino. Esta hija, con una madre carente de la autestima necesaria y un padre seductor, queda triangularizada en una situación tal, que la lealtad a uno de los padres implica un desafío al otro. Sus padres irreconciliables se convierten en objetos introyectados igualmente irreconciliables, lo cual daña el desarrollo de su personalidad.

Los matrimonios en situación de sesgo marital, se caracterizan por una armonía aparente basada en la negación del conflicto. El enmascaramiento de la situación real se hace posible gracias a que la psicopatología del progenitor dominante es aceptada pasivamente por el otro.

El sesgo marital es la configuración más común en los pacientes de sexo masculino y tiene cierta similitud con lo que se dió en denominar "madre esquizofrenógena", esto es,

una mujer que es extremadamente intrusiva en la vida de su hijo pero, insensible a sus necesidades y sentimientos como individuo y un padre débil incapaz de frenarla. El hijo es entonces, incapaz de separarse de su madre e identificarse con su padre. Al no resolver la fase edípica, no reprime los deseos incestuosos ni los temores de castración, tampoco constituye la estructura superyoica ni es posible la identificación con el padre del mismo sexo.

A pesar de las diferencias, el cisma y el sesgo marital comparten características comunes. Entre ellas, destacaría las siguientes:

-El uso del niño para la realización personal de sus padres y/o para mantener la estabilidad dentro del matrimonio, lo cual interfiere con el desarrollo de los límites personales del hijo.

-El fracaso del padre del mismo sexo que el hijo, para proporcionar un modelo adecuado de identificación y la descalificación de su figura por el esposo.

-La carencia de límites entre las dos generaciones familiares, lo cual conduce a confusión entre las funciones de los padres y de los hijos y a la inadecuada resolución de la fase edípica.

-La incapacidad de los padres para tolerar y menos aún para ayudar a que el hijo vaya manejándose por sí mismo.

-Interacciones familiares caracterizadas por trastornos de la comunicación verbal y no verbal.

Acercando sus posiciones a otras que se estaban ya formulando en esta época (Bateson, Jackson, Wynne), Lidz (1973) afirma que, a pesar de todas estas deficiencias, "un niño raramente se convertirá en esquizofrénico a no ser que la comunicación familiar esté severamente trastornada" (pág. 412).

Dada su precaria estabilidad emocional, los padres distorsionan su percepción de la experiencia y crean preconcepciones rígidas sobre el modo en que las cosas deben ser, creando un ambiente familiar en el cual los niños deben adaptarse o por el contrario serán rechazados.

En este contexto, las percepciones del niño sobre los sucesos y los sentimientos son distorsionadas o invalidadas para satisfacer las necesidades de sus progenitores. Es un ambiente de aprendizaje que favorece la irracionalidad.

Las conceptualizaciones que el niño hace del ambiente no son ni adecuadas para la creciente comprensión y dominio de los sucesos, personas y sentimientos, ni acordes a las de las demás personas, por lo que no desarrolla un sistema de categorización de la experiencia compartido por el medio cultural en el que vive. Los hechos son constantemente alterados para satisfacer las necesidades emocionales.

La influencia nefasta del hogar se refuerza por la limitada sociabilización extrafamiliar.

Tal proceso es denominado por los autores "transmisión de la irracionalidad".

Posteriormente (Lidz, 1973), en un intento de explicar el trastorno de pensamiento característico de los esquizofrénicos, equipara tal "irracionalidad" a lo que Piaget denomina posición egocéntrica, esto es, la sobreestimación del poder del pensamiento sobre el reconocimiento objetivo de la realidad y la distorsión de la realidad para satisfacer el punto de vista y las necesidades del individuo.

En función de la fase de desarrollo cognitivo lograda, Lidz distingue dos grupos de esquizofrenias.

En el primer grupo, esquizofrenia procesual, estarían los pacientes esquizofrénicos que no han superado la fase de pensamiento preoperacional y/o de pensamiento concreto.

En el segundo grupo, esquizofrenia reactiva, estarían aquellos pacientes que lograron el estadio de inteligencia abstracta y después regresaron a fases anteriores.

Enfrentado a las difíciles tareas planteadas en la adolescencia (independizarse de su familia, formular un plan de vida, consolidar una identidad) y careciendo de una estructura interna adecuada, el esquizofrénico es incapaz de superar la primera fase de egocentrismo propia de la fase de operaciones formales y regresa a posiciones anteriores que rompen con el pensamiento categórico, característico de la etapa incipiente.

Para Lidz entonces, "los trastornos de la cognición observados en pacientes esquizofrénicos son regresiones a varios tipos de egocentrismo cognitivo encontrados en niños y adolescentes" (Lidz, 1973, pág. 434).

La influencia de la familia en todo ello es doble.

En primer lugar, el propio egocentrismo de los padres crea un contexto de aprendizaje que lo fomenta a través de unos patrones de comunicación trastornados.

En segundo lugar, su incapacidad para establecer una estructura familiar correcta impide que se diferencien los subsistemas familiares y consecuentemente, los límites entre el yo y el no-yo.

2.- WYNNE Y COLS.: DESDE UNA POSICION ETIOLOGICA A OTRA TRANSACCIONAL

Los inicios del trabajo de Wynne y sus cols. en los años 50 están profundamente marcados por su concepción dinámica de la enfermedad mental. Ello le conduce al estudio de la esquizofrenia desde el punto de vista del desarrollo psicosocial dentro del contexto y estructura de los roles familiares.

Sus investigaciones le llevan a la descripción de la familia del esquizofrénico como aquella en la que predomina un patrón de relación caracterizado por la "pseudomutualidad", y del episodio esquizofrénico agudo

como un intento de restauración de su individualidad por parte del individuo perturbado.

Interesados en conocer el modo según el cual la pseudomutualidad era mantenida, los esfuerzos subsiguientes se dirigieron a describir los estilos de comunicación desviada en estas familias y su relación con los trastornos de comunicación y de pensamiento encontrados en la esquizofrenia. Para ello, adoptaron un punto de vista sistémico.

En las primeras publicaciones (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch, 1958), fruto del trabajo que realizaron con familias de esquizofrénicos hospitalizados para su tratamiento dentro de un programa más amplio de terapia de familia, desarrollaron algunos conceptos para explicar los procesos patógenos subyacentes en estas familias. La metodología seguida consiste en una psicoterapia conjunta muy intensiva de las familias y de los pacientes.

Basándose en la necesidad de todo ser humano de un equilibrio entre lo relacional y lo individual, describen tres formas de relaciones interpersonales o de estructura de roles en el grupo.

En primer lugar señalan la "complementariedad no-mutua", la cual "es más funcionalmente específica para un determinado rol que funcionalmente difusa para una relación" (Wynne y cols., 1958, pág. 207-208). Es un modo de relación limitado a la realización del rol específico.

En segundo lugar describen la "complementariedad mutua", en la cual, "cada persona trae a la relación un significado del yo y una identidad valorada positivamente y a través de la experiencia de participación conjunta, se desarrolla un reconocimiento mutuo de la identidad además de aumentar el reconocimiento de las potencialidades y capacidades de cada uno" (Wynne y cols., 1958, pág.207). Se basa pues, en un contexto de relación más amplio que el rol. Las posibles divergencias de complementariedad amenazan la existencia de la relación, pero también sirven de estímulo para profundizar en la misma.

En tercer lugar, describen la "pseudomutualidad", forma de relación que se considera especialmente patógena y en la que los miembros de la familia tienen la "preocupación por encajar y armonizar mutuamente aún a expensas de la diferenciación de las identidades de las personas inmersas en la relación" (Wynne, 1958, pág. 207). Dado que preservar tal ilusión de armonía se convierte en el objetivo prioritario y que cualquier divergencia en la complementariedad de roles se percibe como amenaza de la relación, en la pseudomutualidad está prohibida la divergencia. Así "la relación de pseudomutualidad encierra un dilema característico: se estima que la divergencia amenaza con deshacer la relación y, por consiguiente, debe evitarse; pero si se hace esto, entonces es imposible el crecimiento de la relación" (Wynne, 1958, pág. 207).

Si bien la pseudomutualidad ocurre en muchas familias, es especialmente intensa en las familias de los pacientes esquizofrénicos. En estas familias, la divergencia no sólo queda excluida de la conciencia, sino que se ponen en marcha mecanismos para abortar futuras amenazas a la ilusión de uniformidad. Tales mecanismos son conscientes y sobre todo inconscientes y consisten más "en un fracaso primordial del yo, en lo que respecta a la articulación del sentido de la experiencia y de la participación, que una defensa del ego contra el reconocimiento consciente de los significados particulares" (Wynne, 1958, pág. 210).

En este mismo orden de cosas, Wynne acuñó el término "barrera de goma" (rubber fence) para describir determinados mecanismos usados por los miembros de la familia para mantener la pseudomutualidad, según los cuales "el límite difuso pero continuo, que rodea el sistema familiar del esquizofrénico, se amplía hasta incluir aquello que puede considerarse complementario y se reduce para excluir lo que puede considerarse no complementario" (Wynne, 1958, pág. 211). Esta barrera elástica, sirve igualmente al propósito de evitar el reconocimiento de conflictos en la familia que puedan amenazar el sentido de mutualidad familiar.

Posteriormente (Wynne, 1961) y en relación con el concepto de pseudomutualidad, definen el de "pseudohostilidad", según el cual se admite cierta divergencia " que puede ser muy intensa, pero quedar limitada a un nivel superficial de experiencia e interacción... La pseudohostilidad sirve para borrar y oscurecer el impacto del afecto y la intimidad productores de ansiedad, por una parte, y por otra, de una hostilidad que se va ahondando y convirtiendo en destrucción, impotencia y separación perdurables" (Wynne, 1961, pág. 110).

Así, tanto la pseudomutualidad como la pseudohostilidad son formas de relación en las cuales lo que parece que sucede difiere de lo que realmente sucede, porque esto último parece que amenaza a la relación. Ambas estructuras relacionales tienen funciones análogas a los mecanismos de defensa intrapsíquicos del yo, esto es, previenen a la familia de su enfrentamiento al mito de la mutualidad.

Como consecuencia de todo ello, la estructura de roles en la familia del esquizofrénico es especialmente limitada y rígida, permaneciendo inalterada en su esencia aunque los ocupantes de los distintos roles puedan variar y aunque se oponga a la misma realidad.

Wynne y cols. (1958) plantean que esta relación familiar tan patológica es uno de los factores causales más importantes de la esquizofrenia cuando afirman que "la fragmentación de la experiencia, la difusión de la identidad, los modos alterados de percepción y comunicación, y algunas otras características de la estructura de personalidad reactiva aguda del esquizofrénico, se derivan, en grado considerable y a través de la internalización, de las características de la organización social de la familia" (pág. 215).

Tras varios años de estudiar los modos de relación de las familias de los esquizofrénicos, Wynne y Singer iniciaron un programa de investigación para analizar la relación entre la interacción y comunicación familiar y el trastorno formal del pensamiento del paciente esquizofrénico.

Parten de la idea de que la pseudomutualidad está mantenida por un trastorno de pensamiento transaccional, de modo que "aquellas primeras percepciones y comunicaciones incipientes que podían conducir a la articulación de expectativas, intereses o individualidades diferentes se obscurecían y distorsionaban" (Wynne y cols., 1958, pág. 210).

Para estudiarlo, utilizan una estrategia predictiva, en la cual, las muestras de comunicación entre los miembros de la familia eran evaluadas mediante el test Rorschach sin conocer previamente las características del paciente designado (esquizofrénico, borderline o neurótico). Se trataba de deducir a partir de tales protocolos, las características del paciente (diagnóstico, severidad, forma de pensamiento), y de aparear los protocolos de los miembros de la familia con los de sus pacientes respectivos.

Tras analizar diferentes dimensiones de la comunicación e interacción familiar (estilos de comunicación, especialmente los modos de manejar la atención y significados; estilos de interacción, fundamentalmente los patrones de proximidad y distancia; trastorno afectivo, particularmente los sentimientos de falta de sentido; y modos de relación, en especial, la presencia de pseudohostilidad o pseudomutualidad), encuentran que los estilos de comunicación eran los que tenían el mayor valor predictivo. Entre ellos, destaca el modo en que los miembros de la familia indicaban que estaban centrando su atención en la tarea que tenían entre manos.

Demuestran el efecto mutuo que los distintos miembros se ejercen entre sí, al encontrar que "el grado de trastorno en las interacciones familiares es mayor y cualitativamente diferente de aquél encontrado en cualquiera de sus miembros por separado" (Wynne y Singer,

1963, pág. 194). Esto es, mientras que las afirmaciones aisladas de cualquiera de sus miembros parecen ser normales, al considerar la transacción comunicacional como un todo, parece faltar un foco de atención mantenido o una dirección a aquello que se está discutiendo.

Singer y Wynne (1965) han mantenido que hay una relación entre los estilos de mantener la atención y derivar significados de los estímulos externos y los trastornos de comunicación encontrados en los hijos esquizofrénicos. Es más, consideran que hay una especie de complementariedad entre ellos, cuando afirman que "asumimos que los estilos de atender, percibir, pensar, comunicar y relacionarse de las transacciones familiares han favorecido, probablemente, el desarrollo cognitivo de los hijos en determinadas direcciones, bien por servir como modelos de identificación o bien por elicitar conductas complementarias".

De aquí se deduce que una vez que el paciente ha crecido en el seno de una familia con sus estilos propios de comportarse y experimentar, 'encajará' dentro de esa familia, que transaccionalmente, le ha producido y a quien él ha ayudado a producirse" (Singer y Wynne, 1965, pág. 190).

En esta etapa, los autores superan las formulaciones etiológicas iniciales, para adoptar una concepción transaccional o sistémica de la familia esquizofrénica, en la cual, paciente y familia se determinan mutuamente.

En la actualidad, los autores consideran estos estilos familiares como codeterminantes de la esquizofrenia, junto con otras variables genéticas y biológicas en un modelo de explicación etiológica multicausal que tendrá su resonancia en la investigación empírica. Describen tres modos según los cuales el desarrollo psicosocial del niño queda afectado por los mismos.

En primer lugar, señalan un proceso de internalización de la estructura de roles como un patrón organizado de los significados que tanto las personas como los sucesos han ido adquiriendo. Esto implica la superación del concepto de identificación con los progenitores, postulado desde el psicoanálisis, para incluir la internalización de los modos de pensar y derivar significados en la familia.

En segundo lugar, plantean que los síntomas pueden también ser el resultado de un proceso de inducción de una respuesta complementaria a la conducta de los padres.

Finalmente, la restricción del número de roles asignados al niño y la estereotipia con la que ha de ejecutarlos, inhiben su aprendizaje

3.- BATESON Y COLS.: UNA POSICION TRANSACCIONAL

Bateson y colaboradores formularon la esquizofrenia desde una nueva epistemologia científica, que rompe con la tradición de ciencia que estudia las relaciones de causa y efecto, para pasar a estudiar procesos de influencia mutua. Al aplicar la Teoría General de Sistemas al estudio de la esquizofrenia, y concebir el contexto primario del paciente esquizofrénico como un sistema caracterizado por los principios de totalidad, retroalimentación y equifinalidad, no se puede ya hablar de paciente esquizofrénico sino de familia esquizofrénica. No puede estudiarse al paciente sino al patrón de interacción que gobierna al sistema familiar del cuál procede y en el cuál toda su conducta incoherente cobra sentido.

Bateson, interesado por la comunicación humana y animal, inició en 1952 un proyecto de investigación en el Veterans Administration Hospital de Palo Alto (California) al que posteriormente se sumarian Haley, Weakland, Fry y Jackson. Durante los diez años que tal grupo de investigadores trabajó en el proyecto, se formularon las bases para una descripción de la esquizofrenia desde el punto de vista de una Teoría General de la Comunicación Humana, que a su vez se basa en la Teoría General de los Sistemas.

Este enfoque partió de la teoría de las comunicaciones que Russel llamó Teoría de los Tipos Lógicos (Whitehead y Russel, 1910), cuya premisa básica es que existe discontinuidad entre una clase y sus miembros. Así, "la clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de sus miembros puede ser la clase, puesto que el término usado para clase pertenece a un plano distinto de abstracción -a un Tipo Lógico diferente- que los términos usados para los miembros" (Bateson y cols, 1956, pág. 54).

Aplicada a la comunicación, la Teoría de los Tipos Lógicos señala la existencia de distintos niveles en toda comunicación: un nivel de contenido (digital) transmitido normalmente de modo verbal y un nivel de relación (analógico) que se transmite habitualmente por vía no-verbal. Dicho de otro modo, cada mensaje lleva implícito un metamensaje que califica al mensaje, esto es, informa del tipo de mensaje que debe entenderse que es y en última instancia de la relación entre los comunicantes.

La importancia de ambos componentes varía en función de la relación existente entre los comunicadores.

En los casos en que la relación está claramente definida, el componente relacional de la comunicación tiene menor importancia para la interpretación del mensaje y consecuentemente, el contenido puede ser interpretado con más precisión.

Por el contrario, en los casos en que la relación no está claramente delimitada, el mensaje puede ser interpretado de distintos modos, por lo que se incrementa la posibilidad de malentendidos.

El interés principal del grupo se centró en la paradoja. La definieron como mensajes que se contradicen en distintos niveles lógicos y que por tanto imposibilitan la elección de uno u otro. Su estudio culminó con la formulación de una teoría más general de la Comunicación Humana (Watzlawick y cols., 1967).

Analizada desde esta perspectiva, la comunicación del esquizofrénico, seleccionada como un caso particular entre otras comunicaciones también de interés, se caracteriza por una confusión de los mensajes y los metamensajes. Ello es consecuencia de dificultades en lo que los autores denominan 'función yoica' o capacidad de discriminación de los distintos niveles comunicacionales dentro de la persona o entre ésta y los otros.

El esquizofrénico muestra debilidad en tres zonas de tal función:

a) Tiene dificultad para asignar el modo de comunicación correcto a los mensajes que recibe de otras personas.

b) Tiene dificultad para asignar el modo de comunicación correcto a los mensajes que él mismo emite en forma no verbal.

c) Tiene dificultad para asignar el modo de comunicación correcto a sus pensamientos, sensaciones y perceptos.

Tal observación les llevó a hipotetizar que el paciente había sido educado en un contexto de aprendizaje dentro del cual se veía obligado a responder a mensajes que producían paradojas de ese tipo. Esta posición implica un rechazo a la noción de trauma en la etiología del trastorno. Deductivamente entonces, se formuló la hipótesis del Doble Vínculo para explicar la sintomatología y etiología de la esquizofrenia.

Los ingredientes necesarios para una situación de Doble Vínculo son seis (Bateson y cols., 1956).

1)- Debe haber dos o más personas implicadas en una relación afectiva intensa, una de las cuales es considerada la víctima.

2)- La experiencia de Doble Vínculo debe ser una experiencia que se repite en el tiempo, de modo que llegue a ser una expectativa habitual para la víctima.

3)- Debe darse un mandato negativo primario.

4)- Debe darse un mandato secundario que choqua con el primero en un plano más abstracto, comunicado habitualmente de modo no verbal y reforzado igualmente por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia.

5)- Debe existir un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima escapar del campo, incluida la posibilidad de metacomunicar o buscar apoyo en alguien más.

6)- La víctima aprende a esperar situaciones de doble vínculo en la relaciones íntimas, de modo que casi cualquier parte de la secuencia total de doble vínculo será tomada como la cadena completa.

En resumen, describieron la situación de Doble Vínculo como "aquella en que una persona transmite a otra dos mensajes afines, pero contradictorios o incongruentes, con grandes exigencias de carácter opuesto al mismo tiempo, que trata de impedir la ayuda y evitar que la víctima advierta o exprese su opinión acerca de la incoherencia" (Weakland, 1960, pág. 377). La idea central del constructo es entonces, la existencia de paradojas en una relación intensa.

Tal situación hipotetizada de Doble Vínculo "culmina en la ubicación del niño en una posición en que, si responde al afecto simulado de su madre, provocará la ansiedad de ésta, quien lo castigará (o insistirá, para protegerse, en que las actitudes de él son simuladas, con lo cual lo confundirá respecto de la naturaleza de sus propios mensajes) para defenderse del contacto con él. De ese modo el niño resulta separado de las relaciones íntimas y seguras con la madre. Pero si no hace demostraciones de

afecto, ella sentirá que eso significa que no es una madre amante, y se despertará su ansiedad. Por lo tanto, o bien lo castigará por retirarse, o le hará insinuaciones para insistir en que demuestre que la ama. Entonces, si él responde y le muestra su afecto, ella no sólo volverá a sentirse en peligro, sino que le molestará el hecho de haber tenido que obligarlo a responder. En cualquiera de los dos casos de una relación, la más importante de su vida, y el modelo para todas las demás, se lo castiga si indica amor y afecto y se lo castiga si no lo hace. Y sus caminos de huida de esta situación, como por ejemplo conquistar el apoyo de otros, se encuentran cortados" (Bateson y cols. 1956, pág. 67).

Meissner (1964) describe el dilema que ha de enfrentar un sujeto en situación de dependencia, como este niño, expuesto a mensajes de Doble Vínculo. Se siente emocionalmente atrapado entre la necesidad de metacomunicar para clarificar el mensaje y la necesidad de evitar tal clarificación para preservar la relación. Lo resuelve enmascarando y descalificando su propia comunicación, de modo que la posibilidad de ser rechazado disminuye, aunque también disminuye la posibilidad de obtener una respuesta clara en el otro.

En un comentario al autor, Olson (1972) concluye que "paradójicamente, cuanto más dependiente sea la relación en la que el mensaje de Doble Vínculo ocurre, mayor será la

resistencia a clarificar estos mensajes debido al riesgo potencial de modificar o perder estas relaciones" (Olson, 1972, pág. 84).

Si la metacomunicación sobre un mensaje paradójico no es posible, existen otras respuestas ante un mensaje de este tipo. Sluzky (1967) describió otras tres posibles alternativas:

-El aislamiento individual, bien físico, bien mediante el silencio.

-El aceptar únicamente parte del mensaje.

-La descalificación del mensaje mediante algún comentario o mediante alguna conducta sintomática.

En un mismo orden de cosas, Weakland (1962) señala la posibilidad de responder a su vez con un mensaje paradójico o de hacer un comentario humorístico sobre el mensaje.

El autor concluye que tales estrategias son contrastadas por nuevas respuestas que encubren y niegan su efecto, de modo que "casi nunca se permite que quede en pie, con claridad y sin ambigüedades ninguna afirmación ... las alteraciones, y las diferencias entre mensajes, no resultan claras y explícitas ...ello equivale a la existencia de un esquema general de incongruencia oculta entre mensajes estrechamente relacionados entre sí" (Weakland, 1962, pág.179).

El efecto a largo plazo de la exposición a situaciones de Doble Vínculo produce una quiebra de la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre Tipos Lógicos y no desarrolla un sistema metacomunicativo que le permita comprender las señales que acompañan a los mensajes de sus interlocutores para indicar lo que el otro quiere decir (formulación comunicacional de la sintomatología del paciente esquizofrénico). El mundo empieza a ser paulatinamente más complejo y confuso para el sujeto.

El individuo puede defenderse ante esta situación de modos distintos:

1. Suponiendo que tras de cada frase hay un significado oculto (forma paranoide),
2. Aceptando literalmente los mensajes sin tratar de discriminar entre los planos del mensaje (forma hebefrénica),
3. Haciendo caso omiso de los mensajes (forma catatónica).

Tal formulación del Doble Vínculo parte de un modelo de puntuación lineal y diádico de la conducta humana, reminiscente aún del concepto de 'madre esquizofrenógena' propuesto por Fromm-Reichmann (1948), que entra en contradicción con la epistemología sistémica y circular que Bateson y su equipo proponen para el estudio de la conducta humana. Desde el modelo sistémico, la conducta de Doble Vínculo de la madre del esquizofrénico sólo puede ser

comprendida en su contexto, como reacción a situaciones previas de la relación que ambos, madre e hijo, mantienen.

En esta línea, Weakland (1960), basándose en la noción cibernética de 'homeostasis familiar' formulada por Jackson, transformó el modelo causal unidireccional en un modelo circular, según el cual "aunque el modelo unilateral de 'vinculador' y 'víctima' sea, hasta cierto punto, correcto en un periodo muy temprano de la relación progenitores-hijo, la víctima pronto aprende pautas de comunicación recíprocas, tales como transmitir ella misma mensajes incongruentes, o responder a todas las comunicaciones que recibe como si fueran incongruentes y vinculantes" (Weakland, 1960, pág. 377), de modo que las respuestas de una persona a la situación de Doble Vínculo son también los estímulos para otras conductas. En este sentido, no hay una víctima totalmente pasiva. La idea de víctima es una ilusión del observador a causa de que puntúa la secuencia de interacción desde una perspectiva lineal.

Jackson va más allá, al afirmar que "no hay respuesta posible al Doble Vínculo excepto un mensaje similar o aún más paradójico, de modo que si ninguno puede escapar de la relación, puede esperarse que continúe hasta el punto en que no importa el modo en que empezó" (Jackson, 1965, pág.5).

Weakland (1960) intenta igualmente expandir el modelo de relación diádica inherente en la formulación original a un modelo de relación triádica que incluya a ambos progenitores. Ambos padres pueden, según este autor, poner al niño en situación de Doble Vínculo al exponerle a mensajes contradictorios. Comparar y confrontar tales mensajes, resulta al niño muy difícil, porque "si cuando proceden de una misma persona resultan difíciles de separar, al provenir de personas diferentes son todavía más difíciles de separar (por la persona, el tiempo, el estilo) y además pueden venir expresadas en distinto nivel lógico" (Weakland, 1960, pág. 382).

En resumen, las formulaciones familiares actuales sobre la etiología de la esquizofrenia, que en su conjunto hacen referencia a rígidas estructuras jerárquicas disfuncionales, que demandan a sus miembros conductas comunicativas y procesos de pensamiento peculiares, tienen sus antecedentes más claros en la obra de teorización e investigación de los equipos de Lidz, Wynne y Bateson.

A pesar de las divergencias conceptuales originales, estos equipos han ido progresivamente centrando su atención en distintos aspectos de la comunicación familiar.

Los estilos de comunicación característicos de las familias con algún miembro esquizofrénico son un factor decisivo en la emergencia de la sintomatología esquizofrénica, tal como la investigación empírica ha demostrado.

1.2.2. Investigaciones Empricas

La investigación empírica derivada de las formulaciones teóricas sobre el rol de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia, se orienta hacia diversas categorías de problemas:

1.- El trabajo de Lidz y cols. deriva en investigaciones sobre la estructura familiar.

2.- La obra de Bateson y cols. dió origen a las investigaciones sobre el Doble Vínculo.

3.- Wynne y cols. iniciaron la línea de investigación sobre los trastornos comunicacionales.

La complejidad de los nuevos modelos de influencia familiar hizo que el paradigma general de la investigación pasara a ser la observación directa de la interacción familiar con sistemas de codificación y evaluación fiables, en vez de los tradicionales métodos de análisis indirecto (cuestionarios, tests psicológicos, entrevistas psiquiátricas e historia de casos).

Generalmente, se utilizan diseños transversales en los que se comparan tres grupos familiares diferentes:

- Familias con un miembro esquizofrénico.
- Familias con un miembro diagnosticado de otro trastorno no esquizofrénico.
- Familias en las que ningún miembro tiene un diagnóstico psiquiátrico.

En general, la investigación empírica derivada de las formulaciones teóricas que inciden en el rol causal de la familia, ha ido adaptando progresivamente sus características metodológicas a los requisitos de adecuación de los estudios de observación directa, que en opinión de Jacob (1975) han de ser los siguientes:

- Comparabilidad del grupo experimental y control.
- Desconocimiento por parte del evaluador del tipo de familia -control o experimental- que está evaluando.
- Acuerdo entre los jueces sobre el tipo de conducta evaluada.
- Análisis separados de los datos relativos a los hijos de ambos sexos.

-Evaluación de ambos grupos, control y experimental, en condiciones comparables.

-Atención a que las diferencias entre los grupos control y experimental no se deban a los efectos yatrogénicos de la intervención.

El gran número de trabajos empíricos realizados se podría dividir en tres grupos principales que se corresponden con los contenidos teóricos que guían la experimentación.

En primer lugar, señalaría aquellas investigaciones que partiendo de la tradición psicodinámica (Lidz y cols., Wynne y cols., Bowen) estudian la influencia de las anomalías familiares estructurales en el desarrollo del trastorno.

Destacaría en segundo lugar, las que analizan los estilos de comunicación familiar y su relación con la esquizofrenia.

En tercer lugar, los trabajos que tratan de demostrar la existencia de dobles vínculos en la interacción de las familias con miembros esquizofrénicos y su influencia.

A pesar de los esfuerzos metodológicos realizados, los resultados de los distintos estudios son confusos. Si bien aportan alguna evidencia en relación a características diferenciales de las familias de los esquizofrénicos con relación a las de otras entidades diagnósticas y a las de

normales, no satisfacen las condiciones propuestas por Reiss (1976) para demostrar la hipótesis causal.

Las investigaciones sobre la estructura familiar deficitaria y sobre el doble vínculo, adolecen de serias dificultades de operacionalización de las hipótesis teóricas planteadas que conducen a la obtención de resultados confusos y no replicables. Esta es la causa principal de que ambas líneas de investigación están en claro declive desde la década anterior si no es en el contexto de la Terapia de Familia (Riskin y Faunce, 1972; Jacob, 1975; Liem, 1980).

Por otra parte, los estudios sobre los trastornos comunicacionales en las familias de pacientes esquizofrénicos han aportado resultados bastante satisfactorios y han abierto una línea de investigación en la que los estilos de comunicación familiar se combinan con otros factores en la explicación de la génesis de la esquizofrenia. Atendiendo a las directrices de Reiss (1976) para demostrar la hipótesis de influencia causal, los autores están buscando alternativas a los diseños transversales clásicos, utilizando a tal fin, estrategias como familias artificiales, análisis de grupos de alto riesgo y estudios longitudinales a largo plazo.

1.- INVESTIGACIONES SOBRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Las investigaciones sobre la estructura familiar surgen a partir de las teorías psicodinámicas sobre las familias de transacción esquizofrénica. Los autores hipotetizan que las dificultades personales de los padres y las dificultades para lograr una adecuada complementariedad entre ambos (sesgo y cisma familiar) y de admitir y resolver las divergencias (pseudomutualidad y pseudohostilidad), dan como resultado, familias en las que no existen límites generacionales claros.

La investigación empírica derivada de tales supuestos básicos trata de demostrar el efecto de distintos aspectos de la alteración estructural de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia.

Los aspectos de la estructura familiar estudiados son básicamente, las relaciones de poder y en menor grado, las relaciones simbióticas y las relaciones erotizadas entre padres e hijos.

Las excelentes revisiones realizadas por Jacob (1975) y Liem (1980) dan cuenta de ciertas peculiaridades estructurales en las familias con algún miembro diagnosticado de esquizofrénico. Sin embargo, las dificultades metodológicas y en especial, de operacionalización adecuada y fiable de los conceptos teóricos, generan inconsistencias en los resultados de los

distintos estudios y cuestionan la claridad y solidez de la teoría.

Con respecto a las relaciones de poder, los resultados obtenidos a partir del análisis de los patrones de dominancia en la interacción son contradictorios. Mientras que Wild y cols.(1975) concluyen que son los padres de los esquizofrénicos quienes ejercen mayor control en la interacción familiar, Herman y Jones (1976) y McCord y cols. (1962) consideran que son las madres de los esquizofrénicos quienes ostentan el poder. Sin embargo, McCord y cols. (1962) encuentran que el mayor control de la interacción en la familia lo detentan los padres de familias normales.

Algo parecido se puede decir con respecto de la naturaleza de las coaliciones formadas en familias con o sin miembros esquizofrénicos. Mishler y Waxler (1975) encuentran lazos más fuertes entre las madres e hijos esquizofrénicos y lazos más débiles entre ambos padres. Wild y cols. (1977), en un estudio similar, encuentran resultados contrarios.

Las relaciones simbióticas y erotizadas en las familia del esquizofrénico han sido estudiadas en menor medida. Summers y Walsh (1977), en un estudio no exento de dificultades metodológicas, encuentran diferencias en el grado de implicación entre las madres y sus hijos

esquizofrénicos con respecto a la muestra de normales y pacientes psiquiátricos no esquizofrénicos. Sin embargo, la relación entre los padres e hijos es similar en los tres grupos.

Posteriormente, Walsh (1979) al examinar la interacción familiar mediante el Test de Apercepción Temática (TAT), encuentran que las familias esquizofrénicas incluían más frecuentemente temas en los que el niño era considerado un igual.

Parte de la investigación que tiene su origen en las alteraciones estructurales familiares, deriva posteriormente, hacia el análisis de los trastornos de pensamiento de los padres de pacientes esquizofrénicos al servicio de sus dificultades emocionales.

De acuerdo con las formulaciones anteriores sobre el trastorno de la abstracción en estos pacientes, los investigadores evaluaron la incidencia de asociaciones ilógicas, inapropiadas o irrelevantes en el proceso de conceptualización de sus padres.

La literatura sobre el tema parece confirmar la existencia de tal trastorno en los padres, pero de nuevo los resultados son confusos (Lidz y cols., 1963; Rosman y cols., 1964).

2.- INVESTIGACIONES SOBRE EL DOBLE VINCULO

Si bien la Teoría de Doble Vínculo tiene una gran validez conceptual, los intentos para validar experimentalmente la teoría se han encontrado con gran número de dificultades. Sluzky y Ransom (1976) en una revisión que hacen de la investigación empírica sobre el Doble vínculo, plantean tres dificultades principales más relacionadas con la 'cultura investigadora' que con aspectos metodológicos.

La primera dificultad radica en la comprensión y asignación de un significado correcto al concepto de doble vínculo. Como veremos, la idea de 'paradoja en el contexto de una relación significativa' ha sido confundida con la idea de contradicción entre otras.

El segundo problema es el de su correcta operacionalización. El Doble Vínculo es un concepto escurridizo. Por una parte implica componentes y contingencias de distintos niveles lógicos, difíciles de reconocer y de operacionalizar en sí mismos. Por otra parte, los componentes descritos son las partes de un patrón de interacción que ha de estudiarse como una Gestalt en la que la suma de las partes es distinta al todo.

La tercera dificultad con la que se enfrentan los estudiosos del Doble Vínculo radica en la elección de un modelo metodológico para investigarlo. Si el modelo básico de investigación se basa en el aislamiento de las distintas

variables en juego, su aplicación atenta contra la esencia del Doble Vínculo, esto es, el de ser un fenómeno interaccional.

Teniendo presentes tales dificultades, repaso a continuación la literatura sobre la investigación significativa en torno al Doble Vínculo. Me baso para ello en las excelentes revisiones realizadas por Abeles (1976), Olson (1972) y Sluzky y Ransom (1976).

Básicamente hay dos tipos de estudios empíricos que han intentado estudiar el Doble vínculo.

Uno de los enfoques ha intentado evaluar el grado en el cual los padres de pacientes esquizofrénicos envían dobles mensajes.

El otro enfoque ha tratado de analizar la habilidad del esquizofrénico para discriminar mensajes de doble vínculo.

Hay varios estudios que han intentado estudiar si los padres de esquizofrénicos crean más situaciones de Doble Vínculo que otros padres.

Beavers, Blumberg, Timken y Weiner (1965) confirman su hipótesis de que las familias con miembros esquizofrénicos se comunican de modo más elusivo que las del grupo control.

Berger (1965) demostró que los sujetos que habían sufrido severas desorganizaciones de personalidad podían recordar haberse enfrentado a mayor número de situaciones de doble vínculo.

Sojlt (1971) encontró que en general, los padres de pacientes esquizofrénicos dieron más interpretaciones erróneas a los proverbios contradictorios y a las afirmaciones conflictivas al nivel del afecto y del contenido presentadas por el investigador. También disconfirmaban en mayor grado los mensajes del compañero y los propios.

En otro estudio, Ringuette y Kennedy (1966) demostraron que había una gran dificultad para identificar los Dobles Mensajes a partir de documentos escritos, incluso para personas conocedoras en distinto grado de la Teoría del Doble Vínculo.

Los autores ofrecen tres tipos de conclusiones posibles:

- a) la comunicación de Doble Vínculo no está presente en las cartas, en cuyo caso la Teoría no es válida,
- b) no se presenta como un fenómeno medible,
- c) no existe" (Ringuette y Kennedy (1966), pág. 141).

La mayoría de los resultados obtenidos del primer enfoque de investigación del doble vínculo apoyan indirectamente la hipótesis de que los padres de pacientes

esquizofrénicos envían más dobles mensajes que otros padres.

De todos modos, el estudio de Ringuette y Kennedy (1966), con un diseño metodológico más correcto, demostró que jueces expertos no fueron capaces de llegar a un acuerdo en relación a la frecuencia de mensajes de doble vínculo contenidos en las cartas de madres dirigidas a sus hijos. Tampoco pudieron diferenciar las cartas procedentes del grupo de madres de esquizofrénicos y de las del grupo control.

El segundo enfoque de investigación sobre el Doble Vínculo ha tratado de determinar si los esquizofrénicos son menos capaces que otros individuos para discriminar situaciones de Doble Vínculo. Tampoco los estudios que tratan de analizar tal hipótesis aportan evidencia a favor de la influencia del doble vínculo.

Ciotola (1961) no confirmó su hipótesis de que los esquizofrénicos tendrían tiempos de reacción superiores en una tarea de discriminación auditiva imposible de realizar. Los autores plantearon el doble vínculo como "la naturaleza inconsistente del castigo y la recompensa dados en dos niveles de comunicación diferentes y contradictorios" (Ciotola, 1961, pág. 11).

Loeff (1965) demostró que ante mensajes contradictorios entre el contenido y el afecto con que eran expresados subvocalmente, los sujetos más patológicos estaban más influenciados por los elementos metacomunicativos del mensaje (tono de voz) que los normales. Estos, atendieron más al contenido del mensaje.

Smith (1972) ha descrito el doble vínculo en términos de demandas contradictorias y castigo o expectativa de castigo, sea cual sea la respuesta que el sujeto emita. Diseña una tarea en la cual los sujetos, que deben responder a situaciones de doble vínculo planteadas por sus madres, reciben uno o ambos de los dos castigos empleados: feedback falso sobre la adecuación de la respuesta y tres segundos de un sonido molesto.

Tal como predecía la hipótesis, la condición que incorporaba ambos elementos del doble vínculo (castigo y demandas contradictorias) era la que creaba mayor ansiedad en los sujetos.

Finalmente, para analizar el modo en el cual los sujetos manejan situaciones de doble vínculo, Abeles (1975) creó un test de 15 ítems con alternativas de respuesta paradójicas. Su realización tenía lugar en un contexto relacional caracterizado por el incremento de la aprehensión de evaluación y de las diferencias de rol y estatus entre el examinador y el sujeto.

Si bien, los sujetos esquizofrénicos de la muestra no se diferenciaban del resto por el número de items en los que quedaban enganchados a situaciones de doble vínculo, sí aparecieron diferencias en relación al tipo de respuesta dada por los distintos grupos.

Los sujetos esquizofrénicos tendían a seleccionar la respuesta más incongruente y los alcohólicos la menos comprometida. Las respuestas más literales y concretas eran igualmente elegidas por los sujetos normales y por los esquizofrénicos. Finalmente, los normales se caracterizaban por seleccionar la respuesta que implicaba un enfoque más cognitivo.

Los resultados de la investigación sobre el Doble Vínculo, realizada desde dos perspectivas diferentes, apoyan ligeramente la hipótesis de que las situaciones de doble vínculo tienen un efecto nocivo en el Yo del sujeto.

Sin embargo, los resultados obtenidos son difíciles de interpretar desde el contexto de la Teoría del Doble Vínculo. Ello es debido a que en la mayoría de los casos, los paradigmas experimentales empleados no reflejan adecuadamente la naturaleza del fenómeno investigado. En definitiva, el Doble Vínculo no ha sido realmente investigado.

Las operacionalizaciones que del fenómeno del Doble Vínculo se han formulado han aislado los distintos elementos de su definición, sin tener en cuenta que el doble vínculo es básicamente un fenómeno interaccional y

que como tal, ha de estudiarse desde una perspectiva epistemológica que estudie los patrones de interacción como gestalts. Como señala Abeles (1976), "es imposible aislar los participantes, los componentes, los sucesos, la historia y el contexto de un patrón y seguir teniendo el patrón" (pág. 147).

3.- INVESTIGACIONES SOBRE LOS TRASTORNOS COMUNICACIONALES

Entre los distintos tópicos estudiados, la dimensión de la comunicación es la que mayor número de resultados satisfactorios ha brindado al análisis de la interacción en familias con miembros esquizofrénicos. La mayor parte de los trabajos realizados se basan en el trabajo teórico y empírico realizado por Bateson y cols. (1956) y Wynne y Singer (Wynne y Singer, 1963; Singer y Wynne, 1963; 1965).

A partir de las primeras revisiones extensivas sobre los estudios de interacción familiar realizados por Jacob (1975) y Goldstein y Rodnick (1975), puede concluirse que las familias normales se comunican más clara y efectivamente que las familias de los esquizofrénicos.

Sin duda alguna, entre todos los estudios empíricos realizados sobre la comunicación familiar, el más importante es el realizado por Wynne y Singer.

Wynne y Singer operacionalizaron la Comunicación Desviada (CD) característica de las familias de esquizofrénicos a partir de las respuestas individuales dadas al test de manchas de Rorschach. La definición de CD se basa fundamentalmente en los aspectos del discurso que distraen y confunden a otro sujeto que trata de compartir los significados atribuidos por el primero a las manchas de tinta y le incapacitan a seguir su hilo de pensamiento y visualizar lo que está describiendo.

A partir de tal operacionalización de la Comunicación pudieron discriminar efectivamente a los padres de sujetos normales y neuróticos, que prácticamente no diferían entre sí, de los padres de los esquizofrénicos agudos o en remisión, quedando los de sujetos bordelaine en una franja intermedia. Los autores hipotetizaron que podía tratarse de un continuo (Singer y cols., 1978).

El análisis de ciertos agrupamientos de las características comunicacionales familiares ha llevado también a discriminar dos subgrupos de esquizofrénicos (Singer y cols., 1978):

1. Los esquizofrénicos procesuales tienden a convivir en familias caracterizadas por un tipo de comunicación que denominaron "amorfa".
2. Los esquizofrénicos reactivos conviven con familias que se comunican de un modo "fragmentado".

La gravedad del trastorno podía predecirse a partir del hecho de que uno o ambos padres tuvieran puntuaciones altas en la variable. No se descarta incluso la discriminación ciega a partir de CD de los subtipos de esquizofrenia.

Los intentos de estudiar el grado de correspondencia entre los trastornos comunicacionales en la interacción familiar y los evidenciados en la evaluación individual de sus miembros, aportan resultados contradictorios difíciles de evaluar.

Si Glaser (1976) encontró que las familias esquizofrénicas eran discriminables de sus controles normales en base a ambos métodos de evaluación, Liesber (1977) no encontró correspondencia entre ellos.

Shapiro y cols. (1976) por su parte, demostraron a partir del análisis de la comunicación en la interacción, la existencia de diferencias significativas entre familias esquizofrénicas y las controles normales, pero no entre las esquizofrénicas y las controles con un paciente psiquiátrico no esquizofrénico.

Si bien tales resultados no invalidan los procedimientos individuales para evaluar los trastornos comunicacionales, indudablemente cuestionan la asunción de que reflejan los tipos de trastornos comunicacionales existentes en la interacción diaria.

Tal observación concuerda con la opinión de Glaser (1976) de que los miembros de la familia muestran mayores trastornos comunicacionales en los tests individuales que en los interaccionales y con la más general de Wynne y Singer (1963) de que el grado de trastorno en las interacciones familiares es cualitativamente diferente del encontrado en cualquiera de sus miembros.

Aún con ciertas precauciones, tales resultados conducen al reconocimiento de que los trastornos comunicacionales son una característica importante de la familia con algún miembro esquizofrénico.

Las estrategias básicas para probar la hipótesis de la influencia de los trastornos comunicacionales en el desarrollo de la esquizofrenia son tres:

- El uso de familias artificiales.
- La inclusión de muestras con distinto riesgo de ser esquizofrénicos.
- Los estudios longitudinales.

La primera de ellas, el uso de familias artificiales, tiene interés para la dilucidación entre una concepción de la comunicación familiar como causa de los trastornos del paciente esquizofrénico o como respuesta y acomodación a éste.

Los resultados obtenidos por autores como Waxler (1974), Liem (1974, 1976) y Covelman (1975) ofrecen alguna evidencia de la influencia de los trastornos comunicacionales de los padres en sus hijos pero no demuestran que tales trastornos existieran antes de iniciarse el trastorno. Estos resultados están asimismo limitados por el hecho de que las familias constituidas para el experimento no comparten una historia como es el caso de las familias naturales.

El estudio de los trastornos comunicacionales en las familias de pacientes no esquizofrénicos en distinta situación de riesgo de serlo algún día ha sido realizado en especial, por los equipos de la Universidad de UCLA (Goldstein y Rodnick, 1975) y Rochester (Ritzler, 1977). Definieron el grupo de alto riesgo como aquél con historias permórbidas similares a las de los esquizofrénicos.

En ambos estudios, encontraron que la mayoría de las familias que presentan puntuaciones en las variables de Comunicación Desviada comparables a las de las familias de esquizofrénicos, pertenecían al grupo de adolescentes de alto riesgo. Tal observación sólo era válida para el grupo de varones en el primero de los estudios.

Estos resultados confirman la hipótesis de que los trastornos comunicacionales influyen de algún modo en el desarrollo de la esquizofrenia, si bien no demuestran que son independientes de la conducta sin duda anómala de los adolescentes estudiados.

Igualmente, ambos equipos son los que más destacan en la conducción de estudios longitudinales. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis básica de que los trastornos comunicacionales evaluados tal como Wynne y Singer (1968) lo hicieron, predicen fiablemente el funcionamiento del adolescente una vez llegada a la edad adulta.

En una publicación reciente, Goldstein (1987) da cuenta de los resultados obtenidos a partir de un estudio longitudinal con 64 familias que consultaron hace 20 años por algún problema con un hijo adolescente en la Universidad de Los Angeles de California. En el momento del contacto se tomaron distintas medidas de ajuste personal en el hijo adolescente y de interacción familiar (Comunicación Desviada -CD-, Estilo Afectivo -AS-, Emoción Expresada -EE-). Los resultados obtenidos tras un período de seguimiento de 5 años (Doane y cols., 1981) son confirmados tras 10 años más de seguimiento. Estos resultados indican que las altas puntuaciones obtenidas por los padres en las variables de Comunicación Desviada (CD) se correlacionan con la aparición posterior de trastornos de tipo esquizofrénico en alguno de los hijos. Tal asociación se incrementa tomando en cuenta variables de clima afectivo familiar (AS).

Ahora bien, por un lado, la asociación encontrada pierde significación al utilizar criterios diagnósticos restrictivos, por lo que se hipotetiza que ambos patrones familiares no son específicos de la esquizofrenia.

Por otra parte, la consideración de factores genéticos junto con los relacionales incrementa la especificidad de la asociación.

Todo ello lleva a los autores a la consideración de la esquizofrenia a partir de un modelo de causalidad multifactorial o en sus propias palabras "apoya la teoría de 'Diathesis-Stress' según la cuál, la predisposición a la esquizofrenia estimada a partir de la historia familiar es modificada de un modo fundamental por las relaciones familiares estresantes" (Goldstein, 1987, pág. 31).

En resumen, si bien la investigación empírica derivada de las formulaciones teóricas básicas sobre el rol etiológico de la familia en el trastorno esquizofrénico ha demostrado la existencia de peculiaridades estructurales y comunicacionales en las familias de esquizofrénicos, no ha logrado demostrar las hipótesis teóricas básicas y menos aún, demostrar que algunas características relacionales de la familia tengan una influencia específica causal en la génesis del trastorno.

La razón de este fracaso hay que buscarla en la dificultad de operacionalización de los constructos teóricos complejos e incluso, de someter a prueba empírica la hipótesis transaccional.

A pesar de las dificultades, la línea de investigación sobre la comunicación familiar anómala iniciada por Wynne y Singer, continúa ofreciendo resultados estimables desde una perspectiva de estudio de la esquizofrenia multifactorial.

1.3. HIPOTESIS DE LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN
EL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA.
EN CONSTRUCTO EMOCION EXPRESADA (EE)

1.3.1. El Constructo Emoción Expresada (EE)

La realización de una serie de estudios de seguimiento de una muestra de pacientes esquizofrénicos residentes en ambientes comunitarios de características diferentes, llevaron a la delimitación empírica del Constructo Emoción Expresada Familiar (EE) a partir del poder predictivo demostrado por un grupo de actitudes familiares en la evolución del trastorno.

La línea de investigación agrupada en torno al constructo Expresión de Emociones (EE), comienza con una serie de estudios llevados a cabo por miembros del Institute of Social Psychiatry del Medical Research Council de Londres sobre la evolución de determinadas muestras de enfermos mentales. Su inicio, en la década de los 50, coincide con la nueva política hospitalaria de altas masivas puesta en marcha, a consecuencia del hacinamiento de pacientes mentales crónicos en las instituciones mentales, que amenazaba con colapsar los recursos asistenciales disponibles.

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 sólo 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 periodo variable de hospitalización, calidad de ajuste en la comunidad y factores del mismo.

Paulatinamente al avance de estos trabajos y como una consecuencia de los resultados emergentes, el objetivo de la investigación fué 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, son estudios que carecen de un sustento teórico en relación al transtorno esquizofrénico. Tal como los propios autores analizan el proceso retrospectivamente (Brown, 1988), se basa más bien en la intuición de que la esquizofrenia está influenciada por la experiencia social.

Brown, Carstairs y Topping (1958) en un estudio de seguimiento de 156 enfermos mentales varones durante un año después de haber sido dados de alta del hospital, constataron que el 32% volvía a reingresar. Tales resultados no podían explicarse enteramente en términos de la severidad de la enfermedad o de la condición clínica del paciente en el momento de ser dado de alta del hospital. Por el contrario, los autores encontraron alguna evidencia empírica de que el tipo de relaciones intrafamiliares podía influenciar el curso de la esquizofrenia al mostrar que, la readmisión o no del paciente de larga estancia estaba relacionada con el tipo de grupo de vida al que el paciente regresaba: los lazos emocionales más fuertes correlacionaban con mayores ingresos hospitalarios, máximamente cuando el contacto personal con ellos, medido en términos de tiempo era prolongado.

Tres fuentes de datos apoyan lo anterior:

En primer lugar, 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%).

Otra segunda observación que sorprendió a los autores fue hallar que 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 al 37%).

Finalmente, el que la madre estuviera trabajando, era índice de mejor pronóstico (16% de recaída frente al 55%).

Si bien algunas características del estudio (la heterogeneidad de la muestra y el uso de un diseño retrospectivo) limitaban la interpretación de los datos, se concluyó que existen características de las relaciones familiares y maritales que no las hacen deseable en todos los casos para el enfermo esquizofrénico. La hipótesis que emerge de tales resultados es que el tipo de grupo familiar se relaciona con la recaída porque refleja el clima emocional dominante en el hogar.

Tomando como base tales resultados, miembros del mismo equipo planificaron una investigación de carácter prospectivo dirigida a probar las hipótesis derivada del trabajo anterior (Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962). Para ello hubieron de definir previamente los distintos modos de expresión emocional susceptibles de ser encontrados en estas familias y crear escalas de evaluación fiables que pudieran medirlos.

Las cinco escalas desarrolladas fueron:

-Cantidad de emoción mostrada por el familiar hacia el paciente.

-Hostilidad mostrada por el familiar hacia el paciente.

-Grado de dominancia ejercido por el familiar.

-Cantidad de emoción mostrada por el paciente hacia el familiar.

-Hostilidad mostrada por el paciente hacia el familiar.

Las dos hipótesis básicas que guiaron el trabajo fueron las siguientes:

a. La conducta del paciente se deterioraría si retornaba a un hogar en el que en el momento del alta al menos uno de los miembros del mismo mostrara fuerte expresión de emociones, hostilidad y/o dominancia hacia paciente.

b. Incluso aunque el paciente retornara a dicho hogar, la recaída podía ser evitada si el contacto personal con la familia era pequeño.

La evaluación clínica del estado mental se basaba en la observación de la existencia de

trastornos del afecto,
trastornos del lenguaje,
delusiones,
alucinaciones.

La evaluación de la conducta consistía en la constatación de

aislamiento social,
actividad motora,
hábitos deteriorados,
conducta bizarra y/o antisocial.

Ambas evaluaciones, se realizaron una semana antes del alta hospitalaria y después de transcurrido un año desde ese momento, por miembros del personal sanitario.

La evaluación de las características familiares (englobadas en esta investigación con el nombre de "implicación familiar") se realizó dos semanas después del alta, mediante una entrevista entre el paciente y el miembro de la familia con el que mantenía un contacto más estrecho.

El tiempo de contacto cara a cara (definido como el número de horas que pasaban juntos el paciente y el familiar en la misma habitación) se analizó a partir de los datos obtenidos en una entrevista que se cumplimentaba transcurrido un año después del alta. En esta entrevista se detallaban todas las actividades realizadas por el paciente en una semana típica, enfatizando especialmente el período previo a cualquier hospitalización o recaída.

Finalmente, los miembros de la familia eran nuevamente entrevistados en el momento de la readmisión, en el caso de que el paciente recayera, o al finalizar el período de seguimiento.

La entrevista con la familia estaba basada en los problemas relacionados con la vuelta del paciente, sus planes para el futuro y sus relaciones con los demás miembros de la familia. Su evaluación se basaba tanto en los aspectos de contenido de las respuestas como en aspectos de la conducta no verbal. La fiabilidad conseguida por los evaluadores fué muy buena (90%).

Los resultados obtenidos demuestran que después de un año de seguimiento, las recaídas (definidas como el retorno a los síntomas floridos o la rehospitalización) eran significativamente mayores ($p < .001$) en pacientes que residían en familias calificadas como altas en implicación Emocional.

En términos cuantitativos, se observó que el 76% de los pacientes que volvían a hogares de alta "implicación emocional" frente al 28% de los que volvían a hogares de baja "implicación emocional" habían agravado la psicopatología. Tal diferencia fué encontrada también, en las tasas de recaída: un 56% frente a un 25%.

Los análisis de los resultados no permitieron establecer definitivamente la independencia de la Implicación Emocional con respecto de otras variables como es el estado previo al alta, tal como sugería el primer estudio. Los autores encuentran una relación significativa entre la severidad de los síntomas en el momento del alta y el deterioro posterior, que a su vez apuntan la hipótesis

de que la "Implicación Emocional" sea una reacción al estado del paciente (64% de los que presentaban una sintomatología significativa frente al 42% de los que no).

Posteriores análisis, basados en el estudio por separado del curso de pacientes con distinto grado de sintomatología en el momento del alta, llevan a la conclusión de que entre los pacientes que no presentaban trastornos psíquicos ni conductuales en el momento del alta, el 64% de los pacientes procedentes de hogares de alta implicación emocional deterioraban frente al 14% de hogares de baja implicación emocional, lo cual sí es una diferencia significativa en favor de la influencia de la familia en estos pacientes.

Por el contrario, entre los que sí mostraban trastornos psíquicos y conductuales, tal diferencia no era tan significativa: el 51% de hogares de alta implicación recayeron frente al 40% de baja implicación.

Tal como predecía la segunda hipótesis, los niveles de contacto cara a cara modulaban el efecto de las relaciones familiares en el paciente, pero sólo en los pacientes cuya sintomatología no había remitido completamente y que volvían a hogares de alta implicación emocional. En estos casos, la reducción del tiempo de contacto cara a cara reducía significativamente la tasa de enfermos que recaían.

Los resultados prometedores pero inciertos y cuestionables (¿es la variable EE independiente del deterioro esquizofrénico o es por el contrario una reacción al trastorno?), estimularon la realización de nuevas investigaciones, destinadas a encontrar los componentes de tal "implicación emocional", asociados directamente al curso de la enfermedad y la dirección de tal asociación (causa o efecto).

Para ello, fué necesario la depuración previa de las técnicas de medición y la creación de instrumentos fiables y válidos para el objeto de estudio. Se diseñó a tal fin un modelo de entrevista semi-estructurada (Camberwel Family Interview), y se construyeron unas escalas basadas en claves del contenido del discurso y en aspectos no vocálicos del mismo, tales como el volumen, tono, modulación y ritmo (Brown & Rutter, 1966 ; Rutter & Brown, 1966). En ello subyace la confianza de Brown de que, tras un entrenamiento intensivo y a partir de la capacidad humana para identificar los distintos tipos de expresión emocional, se puede lograr la correcta estandarización de tales juicios intuitivos.

Tras desarrollar tales instrumentos y demostrar su fiabilidad y validez, posteriores estudios (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976), aún manteniendo ciertas diferencias en cuanto a la muestra y al instrumento de medición (inclusión de una submuestra de pacientes depresivos y uso de una versión abreviada de la Camberwell

Family Interview, CFI, por parte de Vaughn y Leff), en su interés por analizar la influencia de la familia en el curso del trastorno, han partido de hipótesis similares: un alto nivel de emoción expresada es un índice de las características de los familiares del paciente con probabilidad de causar una recaída sintomática, independientemente de otros factores tales como la duración de la historia de la enfermedad, tipo de síntomas o severidad de los trastornos de conducta anteriores.

Ambos estudios hacen también, el mismo tipo de asunciones básicas:

1. La actitud mostrada por el familiar hacia el paciente durante la entrevista es representativa de la relación diaria.

2. El índice de expresión emocional de los parientes (EE), obtenido a partir de la entrevista, es un indicador razonable y confiable de las relaciones familiares.

Los componentes de las características familiares (ahora denominadas Respuesta Emocional) fueron también, prácticamente idénticas en ambos estudios:

1. Criticismo
2. Hostilidad
3. Calidez
4. Sobreimplicación Emocional.

La variable Insatisfacción, que en el estudio de Brown y cols. (1972) era medida mediante ocho escalas, fué eliminada en el estudio de Vaughn y Leff (1976) por considerar que la varianza explicada por esta variable no era significativa.

Definieron el nivel de Criticismo en función del número de comentarios críticos o afirmaciones que muestran resentimiento o desaprobación en relación con el paciente o con su conducta.

La definición de Hostilidad implica una crítica más extrema y/o generalizada del paciente y se basó exclusivamente en el contenido de las verbalizaciones.

La Sobreimplicación Emocional se definió como una tendencia a sobreproteger, a dramatizar en exceso los incidentes, a meterse en detalles excesivos e incoordinados, y a mostrar especial distress emocional durante la entrevista.

A partir de la sobreimplicación emocional, de los comentarios críticos y de la hostilidad, establecieron un índice global de EE.

Los resultados de ambos estudios confirman la hipótesis y apoyan los resultados del trabajo anterior: un nivel alto de emoción expresada al paciente por sus parientes cercanos en el momento de ingresar en el Hospital, es el mejor predictor por sí solo de la recaída sintomática durante los nueve meses posteriores al alta. Las recaídas, medidas nueve meses después del alta, se

dieron con más frecuencia ($p<.001$ en el estudio de Brown y cols. de 1972 y $p=.007$ en el realizado por Vaughn y Leff en 1976) en aquellos pacientes que retornaban a hogares calificados como altos en EE en comparación con aquellos que regresaban a hogares calificados como bajos en EE (58% frente a 16% y 48% frente al 6% respectivamente). Por otra parte, la capacidad del índice EE de predecir la recaída no se incrementa al introducir otras variables que han demostrado ser también, variables que incrementan el riesgo de recaída.

Es interesante resaltar que el índice de EE en ambos estudios, estaba más cargado de Comentarios Críticos que de Indicadores de Sobreimplicación u Hostilidad (variable omitida en el estudio de Vaughn y Leff, 1976), dada la escasa incidencia encontrada de estos factores. Los propios autores afirman que los resultados no hubieran variado sustancialmente en el caso de prescindir absolutamente de ellos (Brown y cols., 1972).

Se demostró en ambos trabajos que la asociación Alta Respuesta Emocional- Recaída era independiente de otros factores que también se relacionaban con la recaída (duración de la enfermedad, sexo, edad, deterioro laboral, situación clínica...).

Para ello, hubo de demostrarse que la alta relación encontrada en ambos trabajos entre el deterioro laboral y conductual con la recaída y con la variable EE, o dicho de

otro modo, el hecho de que la mayor parte de los sujetos (75% en Brown y cols., 1972 y 62% en Vaughn y Leff, 1976) pertenecían a las categorías de alto deterioro y alto EE o bajo deterioro y bajo EE, no justificaba sobradamente la hipótesis alternativa de que era el deterioro del paciente el que lo hacía susceptible de recaer sintomáticamente y de generar una relación en su medio familiar caracterizada por los componentes de EE.

A tal fin, realizaron una serie de comparaciones estadísticas como son el análisis de las relaciones EE-recaída una vez controlado el nivel de deterioro (no se alteran), el análisis de la relación deterioro-recaída una vez controlado el nivel de EE (prácticamente nulo) y el análisis de los pacientes sin deterioro previo al ingreso (68% de los que residían en hogares de elevado EE recayeron frente al 20% de los que vivían en hogares de bajo EE), que parecen demostrar que la relación entre deterioro previo y recaída estaba mediada por el clima emocional existente y no era un factor causal independiente.

En ambas investigaciones surgen dos factores moduladores del riesgo de recaída en el caso de pacientes de hogares altos en EE: la continuidad en la toma de medicación y la reducción del tiempo de contacto cara a cara con el familiar alto en EE, los cuales hacen descender (hasta niveles similares a los de los pacientes de hogares bajos en EE) el riesgo de recaídas. Ninguno de ambos factores demostró tener un efecto significativo en pacientes que residían en hogares bajos en EE.

Basados en la similitud de ambos estudios, Vaughn y Leff (1976) combinaron las dos muestras de pacientes esquizofrénicos con el objeto de conseguir una muestra mayor, en la que pudiera establecerse con mayor nitidez la relación entre las recaídas, estatus de EE y factores moduladores encontrados. Las relaciones encontradas aparecen en la figura 1.

GRUPO TOTAL (N=128)

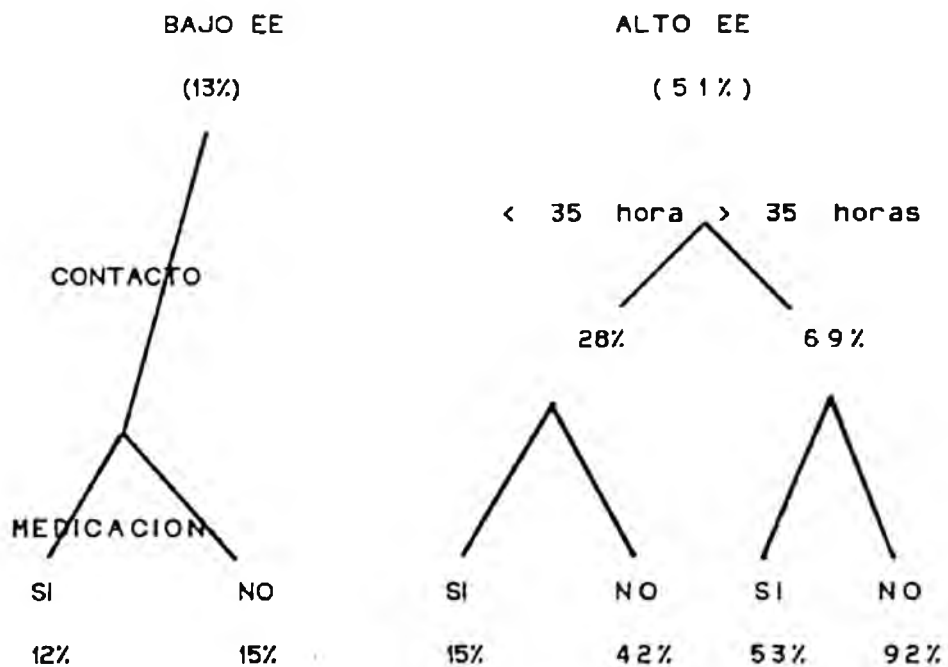


Figura 1: Vaughn & Leff, 1976, página 132.

En esta nueva muestra de pacientes esquizofrénicos las hipótesis básicas se confirman: el clima emocional familiar tal como lo mide EE, es un factor de riesgo importante en la recaída del enfermo esquizofrénico. Su efecto puede ser mitigado mediante el efecto de otras dos variables: la toma continuada de medicación y un contacto mínimo con el familiar que manifiesta las actitudes negativas recogidas en el índice EE.

Tales resultados, lejos de ser definitivos, tienen una serie de implicaciones teóricas para la determinación del rol de la Emoción Expresada en Familia y prácticas para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Distintos equipos experimentan programas de intervención terapéutica herederos de la investigación EE, cuyas aportaciones y limitaciones comentaré en la segunda parte de esta revisión bibliográfica.

El seguimiento de la muestra de Vaughn y Leff (1976) durante un período de 2 años, demuestra que la relación EE-Recaída se mantiene en períodos de tiempo más largos, al ser las tasas de recaída de los pacientes residentes en hogares de alto EE significativamente superiores que las de los que residían en hogares de bajo EE (62% y 20% respectivamente) (Leff y Vaughn, 1981).

Sin embargo, aparecen diferencias importantes con respecto del seguimiento realizado al cabo de 9 meses en relación al efecto de la medicación: el efecto protector demostrado por la medicación en los hogares de elevado EE desaparece al cabo de dos años. Por el contrario, en hogares de bajo EE la medicación no tenía un efecto protector al de nueve meses, pero ahora parece tenerlo. Tales resultados no son definitivos y tienen algunos problemas relacionados con la muestra, pero apuntan probables tendencias que han de ser confirmadas o desechadas en estudios de seguimiento a largo plazo.

En resumen, la evidencia empírica de que la recaída del paciente estaba relacionada con el tipo de grupo de vida al que el paciente regresaba, obtenida a partir de los estudios de seguimiento de muestras de pacientes esquizofrénicos, llevó a los autores a la delimitación progresiva de los factores de la vida familiar más directamente relacionados con un curso negativo del trastorno.

Tales estudios condujeron a la consideración de lo que los autores denominaron "Emoción Expresada Familiar" (EE) como el predictor aislado más potente con respecto a las recaídas producidas durante los nueve meses posteriores a la salida del paciente del hospital. Esto quiere decir que la relación de EE con las recaídas no depende de la relación con una tercera variable relacionada a su vez con las recaídas y que de entre todos los factores relacionados con el curso, EE es el que mejor predice las recaídas. Tanto la toma regular de medicación como la reducción del tiempo de contacto cara a cara actúan como factores protectores del efecto de EE.

1.3.2. Evaluación del Constructo EE

El nivel de 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.

Tal información obtenida en la entrevista se agrupa en cinco escalas, de las cuales tan sólo tres son importantes para el establecimiento del nivel de EE: Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional.

El criterio para la determinación de tanto los componentes de EE como de los puntos de corte en cada uno de ellos ha sido estrictamente empírico, esto es, su potencial predictivo.

La Emoción Expresada es un constructo definido operacionalmente. El índice EE mide el grado en que los familiares del paciente expresan en el curso de una entrevista, las actitudes críticas y/o hostiles y/o de sobreimplicación que han demostrado ejercer una influencia en el curso del trastorno esquizofrénico.

Al contrario que las formulaciones clásicas sobre la familia del esquizofrénico, que se sustentan sobre modelos teóricos sólidos pero de difícil comprobación empírica, la formulación del constructo EE se ha hecho de modo absolutamente pragmático, evitando cualquier tipo de especulación teórica apriorística sobre el modo en que los familiares influyen en sus pacientes esquizofrénicos. La estrategia de investigación ha sido la acotación sucesiva de los factores de la vida familiar que mejor predecían el curso del trastorno en los 9 primeros meses de seguimiento tras el alta hospitalaria y la comprobación de su eficacia predictiva con distintas muestras de pacientes en ambientes socio-culturales diferentes.

Tan sólo posteriormente, se ha empezado a intentar determinar la auténtica naturaleza de este conjunto de medidas agrupadas bajo la etiqueta de Expresión Emocional.

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.

Aón no siendo, en su sentido estricto, una medida de la comunicación afectiva familiar, la investigación EE hace dos tipos de asunciones básicas.

La primera es que la información aportada por el familiar entrevistado es una descripción adecuada de las relaciones familiares mantenidas en el hogar.

En segundo lugar, mantienen que la actitud mostrada hacia el paciente durante la entrevista es representativa de la relación (Vaughn y Leff, 1976).

Existen estudios que justifican la validez de tales supuestos (Doane y cols., 1981) y que discuto en el capítulo "Algunos Supuestos de la Investigación EE: Validez, Independencia, Especificidad y Reversibilidad", de esta revisión bibliográfica.

Brown y Rutter (1966) eligieron el método de la entrevista como instrumento de recogida de información, debido a que el tipo de objeto de estudio, los sentimientos y actitudes, no permiten en ningún caso, una evaluación directa, libre de inferencias subjetivas.

Tras un intensivo trabajo en el cual se analizaron 80 familias con niños, en las que uno de los padres era un paciente psiquiátrico, se llegó finalmente a la construcción de la Camberwell Family Interview (CFI) como instrumento de evaluación del clima emocional familiar.

Brown y Rutter (1966), sus creadores, consideraron que la excesiva estandarización de la entrevista iba en detrimento del propósito de la misma, por lo cual, diseñaron una entrevista semiestructurada en la que si bien existía un número fijo de preguntas, los términos y el orden de las mismas no se encontraban totalmente determinados de antemano. Los estudios de validez y fiabilidad realizados sobre la misma resultaron satisfactorios (Rutter y Brown, 1966).

Tal entrevista es realizada individualmente con cada uno de los familiares significativos del paciente identificado. Su duración inicial era de cuatro o cinco horas por lo que era preciso administrarla en dos ocasiones distintas. Posteriormente, la elaboración de la versión simplificada de Vaughn y Leff permite administrarla en aproximadamente hora y media sin que pierda sus cualidades básicas (Vaughn y Leff, 1976).

Durante la misma, se recaban datos sobre la situación de la familia durante los tres últimos meses previos a la admisión del Paciente Identificado en el Hospital Psiquiátrico: inicio del episodio actual, grado en el que éste ha afectado a distintos aspectos de la vida familiar así como el grado de control que el familiar cree tener sobre el paciente, satisfacciones que éste le produce etc... Se obtienen dos tipos de información:

La primera está constituida por acontecimientos observables relativos a la historia psiquiátrica, conducta sintomática, distribución del tiempo por parte del paciente y de los familiares, frecuencia e intensidad de su interacción mutua o el reparto de responsabilidades de las tareas domésticas. Es una información objetiva cuya fiabilidad se determina indagando la frecuencia de ocurrencia de los hechos narrados.

La información subjetiva se refiere a los sentimientos y actitudes que el entrevistado voluntariamente informa mantener hacia otros miembros de la familia, en especial hacia el paciente, y los sentimientos y actitudes observados durante el curso de la entrevista.

Aunque los acontecimientos constituyen por sí mismos una fuente útil de información, el aspecto más relevante de cara a la evaluación de EE, lo constituyen los sentimientos que los familiares muestran hacia el paciente, así como también, las conductas de las que informan y el modo en que lo hacen.

Para la evaluación de esta información, se analiza el contenido de las respuestas dadas por el familiar y su conducta durante la realización de la entrevista, especialmente los aspectos subvocales del discurso, tales como el tono, las inflexiones de voz, intensidad con la que se emiten distintos comentarios... con el objeto de clarificar los sentimientos expresados espontáneamente durante la entrevista y estudiarlos comparativamente con los que relata conscientemente.

Tal información se agrupa en escalas. Las cinco escalas que actualmente se conservan en la definición operativa de EE son aquellas que, después de las investigaciones realizadas por Brown y cols. (1972) y posteriormente por Leff y Vaughn (1976), han demostrado ser capaces de medir de forma más fiable y con mayor capacidad de predicción el curso de la esquizofrenia una vez instaurada ésta.

Brown y cols. (1962) en su primer estudio hipotetizaron que los factores que podían correlacionarse con la recaída eran los siguientes:

1. Emoción (del tipo que sea) expresada hacia el paciente.
2. Hostilidad expresada hacia el paciente.
3. Dominancia o conducta directiva hacia el paciente.
4. Emoción expresada por el paciente hacia los familiares.
5. Hostilidad expresada por el paciente hacia sus familiares.

Examinadas estas escalas observaron que la 1,2 y 5 correlacionaban con un curso negativo del trastorno en el plazo de un año. Al comprobar que la mayor parte de los pacientes que expresaban algún grado de Hostilidad, vivían con familiares que puntuaban alto en las escalas de Emoción y Hostilidad expresada (escalas 1 y 2), redujeron las cinco escalas iniciales a dos:

1. Emoción de cualquier signo expresada por el familiar hacia el paciente.

2. Hostilidad expresada por el familiar hacia el paciente.

Definieron a partir de las mismas una variable dicotómica (niveles alto y bajo), a la cual denominaron Implicación Emocional.

Tras un trabajo de investigación previo para desarrollar un formato de entrevista adecuado al objeto de estudio (acontecimientos objetivos y especialmente actitudes y sentimientos) y un sistema de puntuación fiable de la información obtenida a partir de la misma (Brown y Rutter, 1966; Rutter y Brown, 1966), se redefinieron tales escalas en las siguientes:

1. "Número de Comentarios Críticos" acerca de alguien de la familia.

2. Valoración de la "Insatisfacción" en varios aspectos de la vida familiar en una escala de 4 puntos.

3. Valoración de la presencia o no de "Hostilidad".

4. "Calidez" manifestada hacia el paciente en una escala de 6 puntos.

5. Valoración del grado de "Sobreimplicación Emocional" en una escala de 6 puntos.

En el trabajo realizado por Brown y cols. (1972) se analizó su impacto en el curso del trastorno, observándose que el Número de Comentarios Críticos, la Hostilidad y la Sobreimplicación Emocional, predecían el riesgo de recaída del paciente esquizofrénico. Se acuñó por primera vez el término "Expressed Emotion" (EE) para referirse a la variable compuesta por estos tres factores y se establecieron dos niveles de la misma: alto y bajo.

Los familiares fueron clasificados como de alto EE, si hacían más de 7 Comentarios Críticos y/o expresaban algún tipo de Hostilidad y/o obtenían una puntuación de Sobreimplicación Emocional superior a 3. La diferencia entre esta medida de Emoción Expresada y la anterior de Implicación Emocional es que, mientras esta última recogía manifestaciones de cualquier tipo de emoción y no especificaba una medida directa de la Sobreimplicación, la variable más recientemente definida de Emoción Expresada, contiene exclusivamente medidas de emoción negativa e incluye asimismo una escala específica de Sobreimplicación.

Posteriormente, Vaughn y Leff (1976) eliminaron la escala de Insatisfacción por considerar que no aumentaba poder predictivo alguno a la escala de Criticismo y en su lugar evaluaron el Número de Comentarios Positivos, propuesto en un trabajo anterior por Brown y Rutter (1966) pensando que pueden ser de interés para la planificación terapéutica. Las escalas evaluadas por estos autores son las siguientes:

1. Criticismo
2. Sobreimplicación
3. Hostilidad
4. Calidez
5. Comentarios Positivos.

No obstante, la variable compuesta EE se mantiene con los mismos componentes, si bien el número de Comentarios Críticos necesarios para que un familiar sea calificado de elevado EE baja de 7 a 6, por considerar los autores que de este modo la eficacia predictora de la variable se incrementa.

Investigaciones posteriores, realizadas en distintos contextos socioculturales, han mantenido la configuración de EE y la definición de sus componentes tal como Vaughn y Leff lo definieron en 1976. El contenido de éstos es el siguiente:

1.- Criticismo: Esta escala recoge "afirmaciones que por la manera en que son expresadas constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad de la persona a quien van dirigidas" (Vaughn, 1985, pág. 2), realizadas por el familiar acerca del paciente a lo largo de la entrevista. Para que un comentario sea considerado crítico, se evalúa tanto su contenido como el tono de voz (intensidad, velocidad e inflexión) con que se hace.

2.- Hostilidad: Es un modo más extremo de criticismo, constituida por "expresiones de rechazo de alguien como persona y/o generalización de comentarios críticos específicos a su persona como un todo" (Vaughn, 1985, pág. 7). Implica una impresión negativa generalizada o un rechazo del paciente como persona, no sólo de su conducta. La valoración de la Hostilidad se hace a partir del contenido del discurso del familiar entrevistado.

3.- Sobreimplicación: El concepto de Sobreimplicación es complejo dado que incluye varias emociones. Su presencia, recogida en una escala global de 0 a 5 puntos, puede evidenciarse de dos modos distintos: a partir del informe emitido por el entrevistado y a partir de su conducta manifiesta en el curso de la entrevista CFI.

La evidencia de Sobreimplicación en el informe del familiar hay que buscarla en la existencia de una respuesta emocional exagerada en el pasado, la presencia de una conducta sobreprotectora excesiva y de sacrificio poco común, así como intentos de ejercer un control exagerado sobre la conducta del paciente.

En relación a la conducta manifestada por el entrevistado durante la CFI, hay que atender a las dramatizaciones de incidentes y problemas triviales, alabanzas extravagantes y manifestaciones emocionales intensas.

Conviene señalar que no es un continuo de implicación sino de sobreimplicación.

4. Calidez: Recoge manifestaciones de afecto, simpatía e interés, así como preocupación y empatía hacia el paciente como persona. Para su valoración, la espontaneidad con la que han sido emitidas tiene gran importancia.

5.- Comentarios Positivos: Expresiones de aprobación y alabanza o aprecio de la conducta o personalidad del sujeto a quien van dirigidas.

Por el modo de construirse, estas escalas son de dos tipos: de frecuencia y globales.

Las de frecuencia son las escalas de criticismo y comentarios positivos e implican el reconocimiento de determinados comentarios (críticos y positivos) del discurso del familiar entrevistado y la suma de los mismos.

Las globales son las escalas de sobreimplicación, hostilidad y calidez que por el contrario a las anteriores, implican un reconocimiento de determinados comentarios a lo largo de la entrevista y la emisión de un juicio general acerca del nivel de emoción expresada para cada una de las variables.

Debido al tipo de objeto de estudio, como son los sentimientos, y a la gran posibilidad de encontrar contradicciones en el tipo de sentimientos expresados hacia el paciente, las escalas son unipolares y absolutamente

independientes las unas de las otras, pudiendo reflejar así tal contradicción. Esta aclaración es especialmente importante para entender la escala de Sobreimplicación Emocional. El mismo nombre lo indica, no es una escala de implicación, donde el punto "cero" indica ausencia de implicación; precisamente el punto "cero" indica en la escala una situación de implicación normal. Este es un problema que presenta la escala: ¿Cómo puntuar aquellas situaciones que significan una implicación deficitaria?. Los autores lo justifican diciendo que tales situaciones se reflejan en la escala de criticismo u hostilidad. A esto se podría objetar que no siempre una implicación emocional escasa va acompañada de expresiones de criticismo u hostilidad.

A pesar de ser un objeto de estudio susceptible de subjetividad en el análisis, la fiabilidad alcanzada es alta. Tal nivel de acuerdo se ha logrado fundamentándose en la simplicidad y en la clara definición de las escalas por una parte, y en el entrenamiento intensivo de los entrevistadores con uno de los autores (Ch. Vaughn), como yo lo recibí en mayo de 1987, por la otra.

La variable Emoción Expresada (EE) es una variable compuesta a partir de las puntuaciones obtenidas en estas escalas básicas. Tanto la determinación de los componentes de EE como de los puntos de corte de cada uno de ellos se ha hecho de un modo empírico, analizando las relaciones que

mantenían las puntuaciones de cada una de las escalas con la recalda.

Actualmente, se conservan los criterios de Vaughn y Leff (1976) para decidir el nivel de EE de un familiar. Si puntúa 7 o más en la escala de Criticismo y/o expresa algún tipo de Hostilidad y/o obtiene una puntuación superior a 3 en la escala de Sobreimplicación Emocional se le considerará de nivel alto. Basta pues, con que puntúe por encima del punto de corte en una de las tres escalas básicas. Si por el contrario, obtiene puntuaciones inferiores a estos puntos de corte en las tres escalas se le considerará de nivel bajo.

Tal y como expongo más adelante, EE así definido es un constructo operacional de gran validez predictiva. EE es un indicador fiable de la vulnerabilidad del paciente esquizofrénico a recaer sintomáticamente en un intervalo aproximado de 9 meses. Pero es un indicador ¿de qué?. Aún no está clara su auténtica naturaleza.

mantenían las puntuaciones de cada una de las escalas con la recaída.

Actualmente, se conservan los criterios de Vaughn y Leff (1976) para decidir el nivel de EE de un familiar. Si puntúa 7 o más en la escala de Criticismo y/o expresa algún tipo de Hostilidad y/o obtiene una puntuación superior a 3 en la escala de Sobreimplicación Emocional se le considerará de nivel alto. Basta pues, con que puntúe por encima del punto de corte en una de las tres escalas básicas. Si por el contrario, obtiene puntuaciones inferiores a estos puntos de corte en las tres escalas se le considerará de nivel bajo.

Tal y como expongo más adelante, EE así definido es un constructo operacional de gran validez predictiva. EE es un indicador fiable de la vulnerabilidad del paciente esquizofrénico a recaer sintomáticamente en un intervalo aproximado de 9 meses. Pero es un indicador ¿de qué?. Aún no está clara su auténtica naturaleza.

Para concluir puede decirse que el nivel de Emoción Expresada por el familiar hacia su paciente en el curso de la entrevista Camberwell (EE) refleja la ocurrencia de un número de Comentarios Críticos igual o superior a siete, la presencia de algún modo de Hostilidad y la constatación de un grado superior a tres en la escala de Sobreimplicación.

La definición que hacen los autores de los tres tipos de conducta familiar es restrictiva. Además, su utilización requiere un entrenamiento intensivo. Ambas características garantizan su fiabilidad.

A pesar de su simplicidad, la categorización de las familias en función de su nivel en EE tiene validez de constructo. Como se demuestra más adelante, la interacción es diferente en ambos tipos de familias (altas o bajas en EE).

Igualmente, EE así definido es un constructo operacional de gran validez predictiva. EE es un indicador fiable de la vulnerabilidad del paciente esquizofrénico a recaer sintomáticamente en un intervalo aproximado de 9 meses.

Sin embargo, EE es un indicador ¿de qué?. Aún no está clara su auténtica naturaleza.

1.3.3. Replicaciones de la Investigación EE

El interés despertado por los primeros resultados de la investigación EE junto con la simplicidad de su metodología, lleva a distintos equipos a la realización de réplicas de los trabajos originales para establecer la validación transcultural del constructo EE y el análisis de los patrones familiares que pudieran justificar el curso distinto de la esquizofrenia en las distintas culturas.

En las pasadas décadas se ha considerado que la esquizofrenia tiene una distribución homogénea en el mundo y toma formas similares en todas las sociedades y por tanto no está influenciada socioculturalmente (Murphy, 1982). Los resultados recientes de la OMS demuestran que tal afirmación no está bien fundamentada: el curso de la esquizofrenia varía en las distintas culturas según algunos patrones. De hecho, los pacientes de países como Nigeria, India y Colombia tienen un curso más favorable que los pacientes de seis países industrializados (Checoslovaquia, Dinamarca, Taiwan, Gran Bretaña, Estados Unidos y URSS).

Tales datos parecen demostrar que los factores socioculturales pueden tener algún papel determinante en el curso del trastorno. Algunos autores tratan intuitivamente de precisarlos: actitudes de preocupación no crítica general, expectativas inferiores en cuanto al logro independiente, menor estigma por la incompetencia y consecuentemente, menor ansiedad y menor pérdida de autoestima (Murphy, 1978; Wing, 1978).

Además, sugieren que en la base de tales factores pudieran hallarse algunos aspectos relacionados con la intensidad de los lazos familiares o el tipo de estructura familiar (OMS, 1979).

1.- Patrones de EE encontrados en los distintos estudios.

Los estudios de replicación de la investigación EE que a continuación presento, responden por una parte, a la necesidad de ver como aplicables los conceptos de Emoción Expresada en otros contextos socioculturales, su generabilidad y relevancia transcultural, y por la otra, al análisis de patrones familiares que pudieran justificar el mejor pronóstico del trastorno en países en vías de desarrollo comparativamente con los países desarrollados.

Con respecto al primero de los objetivos, los resultados de los estudios disponibles son contradictorios. Algunos de ellos confirman el poder predictor de EE mientras que otros lo cuestionan.

Asimismo, los datos disponibles en relación a los patrones de EE propios de contextos socioculturales diversos tampoco son definitivos.

Previamente a proceder a la discusión de ambos aspectos, constato los resultados más significativos de los estudios de replicación llevados a cabo, centrándome en primer lugar en los patrones de EE encontrados en las distintas culturas estudiadas y posteriormente en el estudio prospectivo del proceso de recaída.

Si efectivamente, EE es un predictor adecuado del pronóstico del trastorno y éste difiere en las distintas culturas, cabe hipotetizar que los patrones de EE variarán igualmente en distintos contextos socioculturales.

A fin de probar tal hipótesis se analizan a continuación, los patrones de EE obtenidos en los distintos estudios disponibles. Para facilitar su presentación, la distribución de los niveles y componentes de EE obtenidos en los distintos estudios y los resultados de las pruebas de significación de diferencias realizadas (Chi cuadrado con corrección de Yates), se recogen en las tablas 1 y 2.

La comparación de los perfiles de EE obtenidos en las primeras replicaciones (los estudios británicos, el estudio de Los Angeles, el proyecto Cosama y el estudio de Chandigarh), permitió hipotetizar que EE está determinado socio-culturalmente (Vaughn, 1984). Los resultados de tales estudios llevaron a los autores a considerar que los familiares residentes en países desarrollados y contextos urbanos y más desarraigados culturalmente, tienden a expresar con más frecuencia las actitudes negativas de EE.

Por el contrario, los pacientes esquizofrénicos de culturas más primitivas y residentes en países en vías de desarrollo, preferentemente en sociedades rurales, tienen más probabilidad de residir en familias donde sus miembros expresen menos frecuentemente tales actitudes negativas, adoptando comportamientos menos críticos y más tolerantes hacia sus miembros esquizofrénicos. Se hipotetizó asimismo, que tales diferencias actitudinales que los familiares muestran hacia el paciente esquizofrénico en las distintas culturas, pudieran explicar el hecho de que la esquizofrenia parezca más benigna en países subdesarrollados (Wing, 1978; Waxler, 1979).

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LOS NIVELES GLOBALES DE EE HALLADOS EN LOS DISTINTOS ESTUDIOS

	N	% Hogares Altos en EE
A. LONDRES (Brown y cols., 1972)	101	4 5
B. LONDRES (Vaughn y Leff, 1976)	45	5 7
C. LONDRES (muestra conjunta)	126	4 7.8
D. LOS ANGELES (Vaghn y cols., 1984)	69	6 7
E. CHICAGO (*) (Moline y cols., 1986)	24	7 1
F. CHANDIGARH (Leff y cols., 1987)	103	2 3
G. HAMBURGO (Kottegen, 1984)	50	5 5.8
H. LONDRES (MacMillan y cols., 1985)	77	5 4
I. ESCOCIA (MacCreade y cols., 1987)	72	4 2
J. GALICIA (Gutiérrez y cols., 1989)	32	3 4
K. MADRID (Arévalo y cols. 1986)	31	5 8.6
L. SIDNEY (Parker, 1987)	66	7 4

(*) No. CC > 8

Chi Cuadrados Significativos/Connección de Yates (G.L.=1)

AB/C, $p < .02$; AB/D, $p < .05$; AB/F, $p < .001$; AB/L, $p < .05$;
 C/E, $p < .01$; C/F, $p < .001$; C/I, $p < .01$; C/J, $p < .01$; D/E,
 $p < .01$; D/F, $p < .001$; D/J, $p < .01$; E/F, $p < .05$; E/L, $p < .01$;
 F/G, $p < .001$; F/H, $p < .001$; F/I, $p < .05$; F/J, $p < .05$;
 F/K, $p < .001$; F/L, $p < .001$; I/L, $p < .05$; J/L, $p < .001$.

TABLA 2. DISTRIBUCION DE LOS COMPONENTES DE EE HALLADOS EN LOS DISTINTOS ESTUDIOS

	No. Fam.Entr.	Comentarios Críticos				
		% 0 CC	x CC	% 6 o +	%Host.	%Sp
A. LONDRES	126	33	7.16	37	18	21
B. LONDRES	45	29	8.22	44	18	57
AB. LONDRES	171					47.8
C. LOS ANGELES	109	4	6.9	56	28	15
D. CHICAGO (*)	--	-	---	67	--	29
E. CALIFORNIA	109	-	---	44	--	--
F. CHANDIGARH	104	56	1.83	12	16	0
G. HAMBURGO	63	--	---	35	--	--
H. LONDRES	88	--	6.9	56	<3	<3
I. ESCOCIA	72	--	---	30	32	8
J. GALICIA	50	38	3.24	16	16	8
K. MADRID	41	24	5.15	34	0	15
L. SIDNEY	92	--	---	43	33	36

(*) No. CC > 8

Chi Cuadrados Significativos/Corrección de Yates (G.L.=1)

Columna "% 6 o + CC": AB/C, $p < .05$; AB/F, $p < .001$; AB/J, $p < .001$; C/F, $p < .001$; C/G, $p < .05$; C/I, $p < .01$; C/J, $p < .001$; E/F, $p < .001$; E/J, $p < .001$; F/G, $p < .001$; F/H, $p < .001$; F/I, $p < .01$; F/K, $p < .001$; F/L, $p < .001$; G/H, $p < .02$; G/J, $p < .05$; H/I, $p < .001$; H/J, $p < .001$; J/L, $p < .001$.

Columna "%Host": AB/H, $p < .001$; AB/I, $p < .05$; AB/K, $p < .001$; AB/L, $p < .05$; C/F, $p < .05$; C/H, $p < .001$; C/K, $p < .001$; F/H, $p < .001$; F/K, $p < .001$; H/I, $p < .001$; H/J, $p < .001$; H/L, $p < .001$; I/K, $p < .001$; J/K, $p < .001$; K/L, $p < .001$.

Columna "%Sp": AB/F, $p < .001$; AB/H, $p < .001$; AB/I, $p < .01$; AB/J, $p < .01$; AB/L, $p < .005$; C/F, $p < .001$; C/H, $p < .001$; C/L, $p < .01$; F/K, $p < .001$; F/L, $p < .001$; G/L, $p < .001$; H/K, $p < .001$; H/L, $p < .001$; I/L, $p < .001$; J/L, $p < .001$; K/L, $p < .001$.

Si bien, los datos globales relativos a la distribución de los niveles de EE y de sus componentes clave para el pronóstico de la esquizofrenia en un número más amplio de estudios (Tabla 1), son en líneas generales similares a los ya citados, la validez de la hipótesis de la existencia de patrones de EE significativamente diferentes en culturas distintas que permitan explicar el curso significativamente diverso de la esquizofrenia en las mismas, está aún por demostrar. Mientras la definición operacional de EE no tenga su equivalencia conceptual y no conozcamos exactamente qué es lo que evaluamos cuando establecemos el nivel de EE familiar, tal tipo de extrapolaciones no están suficientemente justificadas.

Por otra parte, mientras no se justifique adecuadamente la independencia de EE con respecto de otros atributos del paciente, familiar u otras circunstancias, las características diversas de las muestras utilizadas no permiten apoyar definitivamente la hipótesis y exigen un análisis de los datos en función de las mismas (ver Independencia de EE).

A modo de ejemplo, señalo la confusión existente para la interpretación de la influencia del factor socio-cultural en los resultados obtenidos en las tres muestras estudiadas en las que existe cierto porcentaje de población rural (Chandigarh, Leff y cols., 1987; Escocia, McCreade y cols., 1987; Galicia, Gutiérrez y cols., 1988) y

a partir de las que se concluye la existencia de patrones de EE más benignos en tales sociedades.

En todas ellas, el momento en que se realiza la entrevista a partir de la cual se evalúa el nivel de EE, no coincide necesariamente con el de la hospitalización del paciente identificado. Incluso en dos de ellas (Chandigarh y Escocia), pudo no haber hospitalización en ningún momento, o, como ocurre en el estudio llevado a cabo en Chandigarh, y que casualmente, es el que ofrece los perfiles de EE más diferenciados, la muestra está compuesta por pacientes que contactan por primera vez con los servicios psiquiátricos, no necesariamente hospitalarios.

Tal como se expondrá, diversos estudios (Brown y cols., 1972; Leff y cols., 1982; Dulz y Hand, 1986) han demostrado que los perfiles de EE obtenidos en fases distintas de la enfermedad sufren modificaciones en el tiempo y no son absolutamente comparables.

Además, algunos de los estudios tienen características muestrales y metodológicas no comparables.

En los estudios de Hamburgo (Kotten y cols., 1984) y de Londres (MacMillan y cols., 1986) la muestra se componía de pacientes jóvenes de primer ingreso y la evaluación de más de una figura clave para el paciente fué imposible en un número significativamente mayor de casos.

En el estudio de Chicago (Moline y cols., 1986) se utilizó un punto de corte para la escala de Criticismo de 8 puntos.

Tales divergencias son la causa de que las únicas comparaciones factibles sean por una parte entre los estudios británicos (Brown y cols., 1972; Vaughn y Leff, 1976), los de Los Angeles (Vaughn y cols., 1984; Karno y cols., 1987), el de Madrid (Arévalo y cols., 1986) y Sidney (Parker, 1987) en los que se utilizaron muestras de características explicitadas relativamente equiparables:

- Pacientes hospitalizados por un periodo similar.
- Diagnosticados de esquizofrenia casi en todos los casos a partir del PSE con el programa CATEGO).

Por otra parte, pueden también compararse las dos submuestras que componen la muestra de Chandigarh.

En el primer grupo de comparación posible, tratándose todas ellas de poblaciones de residencia urbana, podrían establecerse tres grupos homogéneos entre sí, en cuanto al perfil de EE familiar, e igualmente, en cuanto al grado de arraigo cultural y étnico.

En el extremo de mayor desarraigo y perfiles de EE más negativos, situaríamos las poblaciones de origen anglicano naturales de los Angeles y Sidney, y en el centro, poblaciones autóctonas de Londres y Madrid. En el otro extremo, caracterizado por un mayor arraigo cultural y étnico, se situaría la muestra de población mejicana residente en California.

En apoyo de esta hipótesis está el dato de que homogeneizando las dos muestras de Los Angeles en el factor estatus socio-económico (Jenkins y cols., 1984), las diferencias se hacen aún mayores: los pacientes esquizofrénicos de origen anglicano tienen más posibilidad de residir en hogares cuyos familiares expresan más frecuentemente las actitudes negativas de EE que sus equivalentes de origen mejicano (83% frente al 16,7%, $p < .001$).

Por otra parte, la comparación de los perfiles de EE obtenidos en las submuestras rural y urbana del estudio de Chandigarh, permite igualmente confirmar el efecto benigno de las sociedades rurales en los patrones de EE.

Si el 23% del total de los hogares evaluados fué considerado como de alto EE, tan sólo el 8% de las familias de residencia rural frente al 30% de las de residencia urbana lo fué. Una de las características que diferenciaba a ambos tipos de hogares era la mayor convivencia con la familia extensa en el caso de los hogares rurales (75% frente al 20%).

Si el análisis de los niveles de EE en las distintas culturas aporta cierta evidencia en favor de la existencia de factores socio-culturales asociados a EE, el análisis de la distribución de sus componentes es mucho más confuso al no existir regularidades en el modo en que se distribuyen los distintos componentes en las distintas culturas.

Como datos más significativos, son de señalar el mayor criticismo de los familiares de Los Angeles y el mayor grado de implicación emocional con el paciente de los familiares australianos de Sidney.

La falta de equivalencia entre la distribución del índice global de EE y sus componentes principales nos lleva a cuestionar la naturaleza del constructo EE.

2.- Estudios del proceso de recalda. EE y recalda.

Los estudios realizados sobre EE y el proceso de recalda tratan de establecer la validez predictiva del constructo EE en otros contextos socio-culturales. La presentación de los mismos se hará en función del orden cronológico de su realización, analizando en primer lugar aquellos que confirman la validez predictiva de EE y posteriormente los que la cuestionan. Las replicaciones realizadas en España se discutirán al final.

Para evitar largas presentaciones de cada uno de estos estudios, sus características básicas aparecen recogidas en las Tablas 3, 4 y 5.

La Tabla 3 recoge las características explicitadas de las muestras utilizadas en los distintos estudios.

La Tabla 4 especifica las variables estudiadas por cada equipo y los instrumentos utilizados para evaluarlas. Se utiliza la especificación (*) para indicar las variables que correlacionan con las variables de seguimiento y (**)

TABLA 3. ANALISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS EE.
(Características muestrales)

ESTUDIO	LUGAR	N	EDAD	DEFINICION DE LA MUESTRA
Brown 1972	Londres	101	18-64	Nativos Ingleses, esquizofrénicos (PSE) Recientemente hospitalizados Residentes en hogar familiar
Leff 1976	Londres	37	17-64	>>
Vaughn 1984	Los Angeles	69	17-50	Anglo-Americanos, esquizofrénicos (PSE) Hospitalizados en el mes previo Residentes en familia al menos uno de los tres meses previos a la hospitali- zación y tras el alta.
Moline 1986	Chicago	24	18-55	Negros Americanos, Caucasianos Europeos Esquizofrénicos (RDC) Hospitalizados Residentes en familia
Karno 1987	California	70	18-50	Mejicanos o descendientes directos Esquizofrénicos (PSE) hospitalizados Residentes en familia
Leff 1987	India	103	-----	Indios (residencia rural y urbana) Hospitalizados/Trto. ambulatorio) Residentes en familia
Kottgen 1984	Hamburgo	50	18-30	Esquizofrénicos (PSE) hospitalizados

Tabla 3 (Continuación)

ESTUDIO	LUGAR	N	EDAD	DEFINICION DE LA MUESTRA
MacMillan 1986	Londres	77	16-46	Residentes en Londres angloparlantes Pacientes de primer ingreso Diagnóstico: Esquizofrenia (PSE) Residentes en familia ...
McCreade 1988	Escocia	72	27-79	Esquizofrénicos (criterio clínico) Residentes en una comunidad rural Hospitalizados o en tratam. ambulatorio Residentes en familia
Fernández 1986	Asturias	72		Esquizofrénicos (DSM III) Residentes en familia En tratamiento ambulatorio con supervisión constante
Gutiérrez 1988	La Coruña	32	18-50	Esquizofrénicos (DSM III y RDC en el ingreso previo) no hospitalizados en al menos los 9 meses anteriores Residencia en el hogar
Arévalo 1989	Madrid	31	21-48	Esquizofrénicos (RDC) hospitalizados Residencia en familia los 3 meses anteriores

Tabla 5 (Continuación)

ESTUDIO	PERIODO SEGUIMIENTO	DEFINICION DE RECAIDA	% RECAIDA EN HOGARES		NIVEL SIGNIFICAC .	
			ALTO EE	BAJO EE		
McMillan n.s. 1986	24 meses Incremento medicación	Rehospitalización			63	34
McCreade n.s. 1988	12 meses Criterios cuantitativos relativos al incremento de medicación	Rehospitalización			17%	20%
Fernán. .05 1986	9 meses para la determinación de la reaparición o síntomas en las escalas delirios, alucinaciones, conducta extravagante y trastornos del lenguaje del SADS-C (similar Tipo 1 y 2)	Criterios cuantitativos			70.9	29.4
Gutiérr. >.001 1988	6/12/18 meses	Presencia de cualquier cambio significativo en la medicación neuroléptica prescrita debido a un empeo- ramiento del cuadro clínico			---	---
Aréval. n.s.	9 meses partir de SADS-C cumplimen- tado bimensualmente.	Criterios cuantitativos	a		44.5%	38.5%

* diagnosticado a partir del PSE (CATEGO)

** diagnóstico clínico

TABLA 4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS EE
(Variables e instrumentos de Evaluación)

ESTUDIO	VARIABLES EVALUADAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS
Brown 1972	Datos demográficos (Edad*) y cuestionario social Historia Psiquiátrica Estado Mental al ingresar (PSE)* Conducta previa ingreso (deter. laboral** , trast. conductuales**) Emoción Expresada (CFI)* Toma de medicación Contacto cara-cara con los familiares**
Leff 1976	Datos demográficos (sexo** , estado civil**) y cuestionario social Historia Psiquiátrica Estado Mental al ingresar (PSE) Conducta previa ingreso (deter. laboral** , trastor. conductuales**) Relaciones familiares [Emoción Expresada (CFI)* , conflicto parental*] Toma de madicación* Contacto cara a cara*
Vaughn 1984	Datos demográficos (Sexo*) y cuestionario social Historia Psiquiátrica Estado Mental al ingreso (PSE , PAS) Relaciones familiares [EE (CFI)* , conflicto parental*] Toma de medicación Contacto cara a cara
Moline 1986	Datos demográficos y cuestionario social Historia psiquiátrica Estado Mental al ingresar (PSE , BPRS , SADS-C , RDC) Relaciones familiares (EE)* Toma de medicación Contacto cara a cara
Karno 1987	Datos demográficos y cuestionario social Historia psiquiátrica Estado Mental en el ingreso (PSE , BPRS) Relaciones familiares (EE)* Toma de medicación Contacto cara a cara
Leff 1987	Datos demográficos y cuestionario social Historia Psiquiátrica Estado mental (PSE) (Clase CATEGO S+*) Relaciones familiares (EE)* Toma de medicación Contacto cara a cara Acontecimientos estresantes
Kottg. 1984	Medicación Horas de contacto cara a cara

TABLA 5. ANALISIS COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS EE
(Aspectos de Seguimiento)

ESTUDIO	PERIODO SEGUIMIENTO	DEFINICION DE RECAIDA	% RECAIDA EN HOGARES		NIVEL SIGNIFICAC .
			ALTO EE	BAJO EE	
Brown 1972	9 meses	<u>Tipo 1</u> : Paso de Estado no psicótico a psicótico según P.S.E. (Catego). <u>Tipo 2</u> : Exacerbación sintomática (Catego)	58	28	>.001
Leff	9 meses	Tipo 1: >> Tipo 2: >>	48	6	>.001
Vaughn 1984	9 meses	Criterios cuantitativos a partir del PSE y PAS (alucinaciones, delirios y lenguaje incoherente) definen 3 tipos de curso: 1. Recaida-Exacerbación (Equivalente a Tipo 1 y 2) 2. Mejoría-Remisión 3. Sin cambios	56	17	.015
Moline 1986	9 meses	Tipo 1: Pasa de puntuar 0 en síntomas clave a 1 o más en las escalas de alu- cinaciones y delirios SADS-L Tipo 2: Aumento de al menos 2 puntos en las mismas escalas	91	31	.004
Karno 1987	9 meses	Criterios cuantitativos a partir de información telefó- nica mensual y la evaluación del PSE, BPRS y PAS definen: 1. Remisión 2. Recaida psicótica Psicosis persistente	59	26	.031
Leff	12 meses	Tipo 1: >> Tipo 2: >>	33% 31%	14% 9%	*.105 ** .035
Kottgen	9 meses	Rehospitalización (por distintas causas)	41%	57%	n.s.

para indicar la correlación existente entre tal variable y el nivel de EE.

La Tabla 5 detalla los aspectos más relevantes del seguimiento: duración, definición de recaída y resultados básicos respecto a la relación EE-recaída.

El análisis de los factores que la investigación ha demostrado que interactúan con el efecto de EE se realiza en el próximo apartado.

2a. Evidencia a favor de la validez predictiva de EE.

Vaughn y cols. (1982, 1984) llevaron a cabo un proyecto de investigación en California en el que colaboraron investigadores ingleses y americanos. Es probablemente, la replicación más auténtica de los primeros estudios realizados en Londres en la década de los 70.

Utilizando un diseño muy similar, con una muestra de pacientes esquizofrénicos de origen anglicano que difieran en algunas variables relacionadas principalmente con la cronicidad del trastorno (mayor número de ingresos, mayor duración del trastorno, mayor deterioro conductual y laboral medido en escalas de funcionamiento social...) y algunas variaciones ocasionadas por el distinto funcionamiento de las instituciones en California, la asociación EE-recaída encontrada apoya los resultados de la investigación precedente: el 60% de los pacientes que retornaban a hogares altos en EE (evaluado nueve meses antes) recayeron frente al 9% de recaídas en los pacientes que retornaban a hogares bajos en EE ($p = .005$).

El efecto de EE en los pacientes que no residieron de un modo continuado en el hogar familiar parece diluirse: las tasas de recaída para pacientes cuyos familiares puntúan alto en EE es del 45% y para aquellos cuyos familiares puntúan bajo es de 29%. No es una diferencia significativa.

El estudio de Chicago (Moline y cols., 1985) es básicamente un estudio de replicación realizado con una muestra muy pequeña de pacientes esquizofrénicos negros y caucásicos de procedencia social baja. Los autores no pudieron replicar la hipótesis básica del poder predictor de EE en la recaída, utilizando los criterios de Vaughn y Leff (1976) para la operacionalización de las variables de EE.

Dicotomizando sin embargo, la variable Criticismo en el punto de 9 Comentarios Críticos y manteniéndose el mismo criterio para la Sobreimplicación (4-5) se logró la relación más significativa entre el nivel de EE y la recaída: el 31% de los pacientes residentes en hogares de bajo EE recayó en un período de seguimiento de 9 meses frente al 91% de los residentes en hogares de bajo EE ($p = .004$). Sin embargo, tal asociación no fue encontrada en ningún punto de corte en los pacientes de la submuestra de raza negra.

Karno y cols. (1987) realizaron un estudio de replicación de la investigación EE en California. Es el proyecto COSAMA (Course of Schizophrenia among Mexican-Americans).

Karno y cols. parten de buena cantidad de trabajo previo sobre otros aspectos relacionados con las redes sociales de los pacientes esquizofrénicos mejicano-americanos, así como sobre las concepciones etnopsiquiátricas de los familiares de los pacientes esquizofrénicos americanos (Fábrega, 1969; Edgerton y Karno, 1971, ambos citados en Jenkis y cols., 1986). Estos trabajos apoyan la idea básica de que el mejor modo que tienen los pacientes psiquiátricos de recuperarse está en el seno de la familia.

Los resultados básicos que relacionan las variables EE con la recaída confirman los resultados anglo-americanos: un 59% de pacientes residentes en hogares de elevado EE recayó frente al 26% de hogares de bajo EE ($p = .031$). Al igual que en otros estudios, tampoco se encontró relación entre los niveles de EE y algunas características del paciente que pudiera justificar el nivel de EE del familiar como reacción a aquéllas.

Por lo que se refiere a factores moduladores, se ha encontrado en la medicación un factor protector claro, no así en la cantidad de contacto cara a cara, que posiblemente debido al número de familiares residentes en un mismo hogar, vea difuminado su efecto. Incluso se hipotetiza un efecto en la dirección contraria (mejor

resultado para mayor contacto), aunque no sea significativo.

En esta muestra de pacientes esquizofrénicos americano-mexicanos, el mejor pronóstico lo tienen pues, los pacientes residentes en hogares de bajo EE que tomaban regularmente la medicación.

Paralelamente, Leff y cols. (1987) y Wig y cols. (1987) concibieron un estudio de replicación de la investigación EE en Chandigarh (India), como parte de otro proyecto más amplio realizado por la OMS y denominado "Determinants of outcome of severe mental disorders".

Las relaciones nivel de EE y recaída previstas por la investigación EE se confirman: el 31% de los pacientes procedentes de hogares altos en EE recayeron frente al 9% de los que vivían en familias de bajo EE ($p = .035$). Además, y en relación también, a la distribución de los niveles de EE en las zonas rural y urbana, la tasa de recaída fue mayor en estas últimas (19% frente al 9%) aunque no alcance el nivel de significación establecido.

2b. Estudios que cuestionan la validez predictiva de EE.

Kotten y cols. (1984) estudiaron el efecto del nivel de EE en la recaída de 50 pacientes esquizofrénicos jóvenes residentes en Hamburgo (Alemania), que comparativamente a los de otras muestras se caracterizaban por una menor cronicidad del trastorno.

Los resultados obtenidos (41% de recaída en pacientes residentes en hogares de elevado EE y 57% en hogares de bajo EE) no confirman en absoluto la validez predictiva del constructo EE en la muestra.

Kotten y cols. sugieren que tal resultado pueda deberse al hecho de que la muestra estaba compuesta por una población de esquizofrénicos más joven y menos crónica que la de otros estudios. Asimismo, plantean la posibilidad de que ante la dificultad de entrevistar a ambos padres en todos los hogares, hayan considerado como de bajo nivel EE hogares que en realidad son de alto nivel.

Posteriormente, MacMillan y cols. (1986) conciben su proyecto dentro de otro más amplio que estudia los efectos profilácticos de la medicación y los factores predictores de los mismos (EE es uno de ellos según Vaughn y Leff, 1976) en una muestra de pacientes esquizofrénicos de primer ingreso residentes en Londres. Estos investigadores justifican la elección de una muestra de tales características para evitar en lo posible, la contaminación de resultados a causa de la cronicidad del trastorno.

La asociación EE-recaída encontrada (63% de los pacientes residentes en hogares de alto EE recaen frente al 38% de los de baja EE) pierde significación cuando los resultados se analizan conjuntamente con la toma de medicación y la severidad del trastorno (61% de los pacientes residentes en hogares de bajo EE recayeron frente al 63% de los residentes en hogares de alto EE).

Ante tales resultados, McMillan y cols. cuestionan la tendencia actual a afirmar que el ambiente familiar es un predictor directo del curso del trastorno y plantean que las correlaciones encontradas entre algunos factores familiares y las tasas de recaída puedan deberse a relaciones complejas entre la severidad del trastorno, la carga que éste supone al familiar y su respuesta ante todo ello, y no a relaciones causales simples.

En apoyo de tal planteamiento, presenta los resultados relativos a la relación observada en sus datos entre la mayor duración de la enfermedad previa al ingreso y el número de Comentarios Críticos emitidos por el familiar, cuestionando así la 'independencia de EE'.

McCreade y cols. (1987, 1988) parten del resultado de la prevalencia del nivel alto de EE en los familiares de distinto grado de los 142 pacientes (hospitalizados o en tratamiento ambulatorio) diagnosticados de esquizofrenia en una comunidad rural de Escocia.

Un primer análisis retrospectivo de la relación estatus de EE en el hogar de residencia y recaída en el último año, pone de manifiesto una tendencia mayor a recaer en pacientes que conviven con familiares calificados de elevado EE, si bien no es estadísticamente significativa.

Un estudio prospectivo posterior de la misma muestra, demuestra que las tasas de recaída en un periodo de seguimiento de 6 y 9 meses para pacientes residentes en hogares de distinto nivel de EE no son estadísticamente diferentes (el 13% y el 17% de los pacientes de elevado EE

recae en el periodo de seguimiento, mientras que el 11% y el 20% de hogares de bajo EE recae en los mismos periodos de seguimiento). Sin embargo, los autores encuentran que otros aspectos del propio trastorno sí correlacionan con la recaída.

2c. Replicaciones realizadas en España.

Entre los proyectos realizados en España, destacan los realizados en Asturias (Fernández Hermida y cols., 1986; Lemos, 1986), La Coruña (Gutiérrez, 1988) y Madrid (Arévalo y cols., 1989). Los dos primeros apoyan la validez predictiva de EE y el realizado en Madrid lo cuestiona.

Fernández Hermida y cols. (1986) y Lemos (1986) llevaron a cabo en Asturias la primera investigación empírica realizada en España sobre el tema, utilizando para la evaluación del clima emocional familiar una adaptación de la CFI susceptible de ser aplicada a toda la familia en conjunto.

El objetivo que los autores se plantean es valorar la influencia de diversos factores psicosociales en forma de 'fuentes de estrés' (acontecimientos vitales y EE familiar), 'recursos del sujeto' (personales, habilidades de coping, soporte personal y características personales y del medio ecológico en el que está ubicado el sujeto) y 'manifestaciones clínicas' (historial psiquiátrico), sobre diversas medidas de la evolución clínica del sujeto.

El análisis de las relaciones directas de cada grupo de variables con las medidas de evolución clínica demostró que la evolución de la esquizofrenia está muy condicionada por la influencia de los estresores ambientales, especialmente los crónicos presentes en el hogar del paciente (EE); por características específicas del propio paciente (ajuste personal premórbido, actitud hacia la medicación) o del entorno socio-familiar (aceptación en el hogar, ausencia de padres durante la infancia, sobrecarga familiar, intensidad de las relaciones sociales y actividades de ocio; o por aspectos de su historia clínica (sintomatología, antecedentes psiquiátricos familiares, evolución de la enfermedad en los meses anteriores).

El análisis conjunto del valor predictivo de los tres grupos de variables demostró que las características del medio ambiente familiar del sujeto juegan un rol prominente en el curso de la esquizofrenia. Destacan los factores de sobrecarga familiar, cuya influencia se mediatiza a través de las actitudes de EE.

Paralelamente, Gutiérrez (1986, 1989) inicia otro proyecto de investigación en La Coruña (Galicia) con el objetivo prioritario de comprobar el efecto causal de EE en la recaída (no interactivo con otros aspectos del paciente en crisis). A tal fin se ha modificado en este estudio el momento en que se mide EE a través de la CFI: la medición no se hace en una fase aguda de la enfermedad, sino en un momento del curso de la misma no coincidente con ningún aspecto significativo de su evolución.

Los resultados apuntan hacia la independencia de EE con respecto de las características clínicas de la historia psiquiátrica, del nivel de sintomatología residual, y del ajuste o funcionamiento social.

Sin embargo, se confirma su asociación con aspectos del curso, tales como las descompensaciones ($p = .007$), rehospitalizaciones ($p = .02$) y una medida global de ambas que denominaron recaídas ($p = .0005$), en el período de 9 meses de seguimiento. El autor encuentra que EE es el predictor aislado más potente de la recaída, incluso tras un período de seguimiento de 18 meses.

Los análisis de independencia de EE con respecto de las otras características del paciente estudiadas indican que el efecto de EE en el curso de la esquizofrenia no está mediatizado por las mismas.

Recientemente han aparecido publicados los resultados del trabajo que en Madrid realiza un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma (Arévalo y cols., 1989). Los autores han planteado un estudio sobre el papel que tienen sobre la recaída del enfermo esquizofrénico, algunas variables tradicionalmente asociadas al pronóstico, incluyendo entre ellas, la variable Emoción Expresada.

Los resultados obtenidos cuestionan la capacidad predictiva de EE, al no encontrarse una relación estadísticamente significativa entre el nivel de EE y la recaída al final del período de seguimiento (38% de los pacientes de bajo EE recayeron frente al 44.5% de los de

alta EE). La toma regular de medicación, sin embargo, correlacionó significativamente ($p < .002$) con la recaída en la muestra total de pacientes.

Los autores hipotetizan que la falta de relación entre el nivel de EE y la recaída podría explicarse por la asociación fortuita de los subgrupos de alto y bajo EE con factores protectores (número significativamente menor de ingresos previos y toma regular de medicación en una proporción significativamente mayor) y de riesgo (menor toma de medicación y tendencia, si bien no significativa, a estar enfrentado con más situaciones estresantes) respectivamente, que tienen un efecto mayor al tratarse de una muestra de pacientes muy pequeña.

Analizados los resultados de los distintos estudios de replicación con respecto al efecto de EE en el curso de la esquizofrenia, observamos que la evidencia a favor de la validez predictiva del constructo, sin ser aún definitiva es bastante firme.

En efecto, la mayor parte de los estudios realizados en distintos ambientes socio-culturales con muestras incluso diferenciadas confirman el gran poder predictor de EE en la recaída en el período de 9/12/18 meses.

Los propios autores de los estudios cuyos resultados discrepaban con la hipótesis básica, han buscado las causas de estas discrepancias, situándolas en características de la muestra tales como la cronicidad del trastorno (Kottgen, 1984), criterios diagnósticos diferentes (McCreade y cols.,

1988), mejor pronóstico en general de la muestra (McCreade, 1988) o en su reducido tamaño (Arévalo, 1989), y en diferencias metodológicas como la dificultad de entrevistar a todas las figuras significativas para el paciente en un gran número de casos (Kottegen, 1984), o distintos criterios para definir lo que se entiende por recaída (McCreade, 1988).

Tan sólo uno de los trabajos (MacMillan y cols., 1986) cuestiona directamente la hipótesis del valor predictor de EE, proponiendo una hipótesis alternativa basada en los resultados obtenidos de la dependencia de EE de factores relacionados con la cronicidad del trastorno. Los autores plantean que la hipótesis causal de EE es insostenible y abogan por la necesidad de plantear hipótesis de influencia más complejas.

Estas conclusiones han desatado toda una serie de reacciones en algunos autores (Leff y Vaughn, 1986; Mintz y cols., 1987) que cuestionan la legitimidad de la lectura que MacMillan y cols. hacen de sus datos. Sin embargo, el gran valor de estos resultados discrepantes con la hipótesis básica de la investigación EE, es que plantean la necesidad de revisar críticamente los supuestos de independencia y rol causal de EE, que si bien no han sido suficientemente demostrados en la literatura, tienden a asumirse fácilmente. MacMillan y cols. plantean además, la necesidad de analizar el ambiente familiar y su efecto en el paciente desde una perspectiva más compleja y en íntima interacción con el propio paciente.

3.- Estudios del proceso de recaída. Factores que interactúan con EE.

Las investigaciones originales de Brown y cols. y Vaughn y Leff demostraron que el efecto negativo del nivel alto de EE en el curso del trastorno estaba mediado por la actuación de dos variables: la toma regular de medicación psicotrópica y la reducción del tiempo de contacto cara a cara del familiar alto en EE con el paciente. El efecto de ambos factores era aditivo: bastaba la actuación de uno de ambos para que el efecto modulador se hiciera notar.

La función protectora de la medicación psicotrópica ha sido ampliamente estudiada.

En una revisión de 25 estudios controlados, Davis y cols. (1976) concluyeron que la ingesta regular de medicación reduce la probabilidad de recaídas. Encuentran que en general, los medicamentos psicotrópicos son eficaces en el tratamiento de los llamados síntomas positivos de la esquizofrenia, pero no son particularmente útiles para los síntomas negativos defectuales. Davis y cols. concluyen que la medicación psicotrópica puede ayudar a evitar un episodio agudo o a disminuir la duración y gravedad de los episodios agudos que tienen lugar.

Otros estudios sin embargo, demuestran la insuficiencia de la medicación en sí misma para maximizar el funcionamiento del paciente (Goldberg y cols., 1977).

La reducción del tiempo de contacto cara a cara constituye uno de los modos de llevar a cabo el principio terapéutico de la "Simplificación Estimular" (Veneables y Wing, 1962; Ciompi, 1983) ante las dificultades del paciente esquizofrénico para procesar la información compleja. No obstante, tampoco este principio es generalizable a todos los modos de presentarse la esquizofrenia.

Ciompi propone que mientras que la gradual reducción de los estímulos psicosociales constituye el principal principio terapéutico de los estados caracterizados principalmente por síntomas agudos productivos, los estados caracterizados por síntomas crónicos no productivos requieren un incremento cauteloso y gradual de los estímulos psicosociales.

Los resultados de las replicaciones de la investigación EE, recogidos en las Tablas 3 y 4, no confirman unánimemente los efectos protectores de la medicación y de la reducción del tiempo de contacto con el familiar alto en EE en la recaída. Tan sólo el estudio de California demuestra el efecto conjunto de ambos factores, al encontrar que para que la medicación tuviera un efecto debía ir acompañada de una disminución en el tiempo de contacto cara a cara. El resto de los estudios o confirman exclusivamente el efecto protector de la medicación en la recaída (Karno y cols. 1987; McMillan y cols. 1986; Arévalo

y cols. 1989) o no demuestran que ninguno de ambos factores tenga un efecto en las recaídas habidas en sus muestras.

El fracaso en replicar los resultados originales puede deberse a distintas causas.

En primer lugar, es muy difícil demostrar algún efecto significativo para una variable aislada utilizando muestras pequeñas como la mayoría de las utilizadas en la investigación EE. Así, el fracaso en obtener un resultado significativo no implica necesariamente la carencia de asociación.

En segundo lugar, la evaluación de ambos factores y especialmente del tiempo de contacto cara a cara, se ha hecho de un modo arbitrario.

En resumen, si bien no hay resultados definitivos con respecto a ninguna de las cuestiones planteadas, los datos disponibles parecen apoyar con ciertas precauciones el poder predictivo de EE del curso del trastorno y la existencia de patrones de EE más malignos a medida que aumenta el desarraigo cultural y étnico de la sociedad estudiada.

1.3.4. Algunos supuestos de la investigación

EE:

Validez

Independencia

Especificidad

Reversibilidad

El gran poder predictor de EE del riesgo de recaída del paciente esquizofrénico, prueba fundamental de su validez, ha despertado el interés de gran número de investigadores, los cuales han visto en EE un factor de interés para comprender el mecanismo de recaída del trastorno esquizofrénico, y en general, para la conceptualización de la cronicidad en psiquiatría.

La investigación EE ha tratado de poner luz en cuestiones tales como:

1. La Validez del Constructo EE o la cuestión de si efectivamente EE refleja un patrón de interacción característico del familiar evaluado.
2. La Independencia de EE, es decir, el análisis de si el poder predictor de EE deriva o no de su asociación con otros factores de pronóstico negativo.
3. Especificidad de EE o la constatación de su validez predictiva en otros trastornos psiquiátricos.
4. La reversibilidad de EE por medio de Intervenciones Terapéuticas Familiares y el efecto de tales modificaciones en el curso del trastorno.

1. Validez del constructo EE.

Uno de los supuestos básicos que sostiene esta corriente de investigación es que la Emoción Expresada es más que la conducta exhibida en la entrevista CFI diseñada para evaluarla. Se mantiene que la actitud mostrada hacia el paciente durante la entrevista es representativa de la relación, y tiene por tanto, su analogía conductual en las interacciones diarias, de tal manera que éstas se constituyen en fuente de estrés crónico para el paciente en el caso de que el nivel de Respuesta Emocional sea elevado, o en una fuente de apoyo que ayuda al paciente a habituarse al estrés si el clima emocional dominante en el hogar es de bajo EE (Tarrier y cols., 1979; Sturgeon y cols., 1981, 1984).

La importancia de cumplirse efectivamente el isoformismo interaccional tiene interés en un doble sentido: por una parte, se confirmaría la validez del constructo EE, en el sentido de que efectivamente refleja el clima emocional existente en la interacción familiar, y por la otra, se detectarían los análogos conductuales-interaccionales que constituyen los patrones específicos por los cuales el ambiente social influye en el nivel y calidad de ajuste post-hospitalario de los pacientes esquizofrénicos.

Recientemente se han hecho algunos esfuerzos para establecer la validez de tal asunción, examinando la interacción familiar cara a cara. Tales investigaciones han sido realizadas fundamentalmente por autores adscritos al UCLA Family Project y al Departamento de Psicología del Instituto Max Planck de Munich, ambos en estrecha colaboración. Entre los trabajos publicados destacan los realizados por Valone, Norton, Goldstein y Doane (1983) y Miklowitz, Goldstein, Falloon y Doane (1984) del primer equipo y el de Halweg, Nuechterlein, Goldstein, Magaña, Doane y Snyder (1987) del segundo.

El equipo del UCLA Family Project utilizó las dimensiones negativas del sistema "Estilo Afectivo" (AS) (Doane, 1983) de codificación del clima familiar, desarrollado originalmente para recoger en la interacción los aspectos del proceso familiar que en la literatura sobre el tema se ha sugerido que tenían un impacto negativo.

Los códigos del sistema AS que se utilizaron fueron los siguientes:

1. Criticismo (personal o benigno)
2. Inducción de culpa
3. Intrusividad (crítica o neutral)

Estos códigos son en cierta manera análogos a las medidas de EE y su elección está basada en el trabajo previo de Doane, West, Goldstein y Jones (1981) que logró elaborar perfiles de conducta afectiva parental positiva,

negativa e intermedia en relación al curso seguido durante cinco años de una muestra de adolescentes no psicóticos.

En el primero de los trabajos citados (realizado también con una muestra de adolescentes), Valone y cols. (1983) evaluaron la correspondencia entre las actitudes medidas a través de la entrevista y recogidas en las dimensiones de EE y las conductas interactivas directamente observadas y valoradas fundamentándose en los códigos de AS.

Los resultados indican que los familiares que han sido evaluados mediante la entrevista como de alto EE según las actitudes críticas expresadas hacia su hijo, mostraban también más criticismo en la interacción que los padres calificados como de bajo EE ($p < .005$).

La correspondencia entre las actitudes parentales críticas y la expresión de conductas críticas fue clarificada cuando, en vez de tomar la actitud de cada padre individualmente (forma de operar de los códigos EE) se tomaba a ambos padres como una unidad. Así, cada uno de los perfiles parentales en EE (ambos padres bajo EE, ambos alto en EE y uno de los padres elevado EE mientras que el otro bajo en EE) estaba caracterizado por un único patrón de interacción afectiva.

Si ambos padres eran calificados bajos en EE, la interacción se caracterizaba por la ausencia de criticismo.

Si ambos padres obtenían distintas puntuaciones en EE, se expresaban altos grados de criticismo benigno pero muy bajo de criticismo denominado personal. Al parecer, la presencia de un padre puntuado bajo en EE tiende a inhibir la expresión de críticas más generalizadas, personales e intensas en el otro.

Finalmente, cuando ambos padres eran puntuados altos en EE, expresaban en general más criticismo y es un criticismo distinto: el que los autores denominan personal.

Dos conclusiones de esta investigación merecen especial atención.

Por una parte, la relación entre las actitudes parentales y su conducta es más fácilmente comprensible si se considera a ambos padres como una unidad.

Por otra parte, la dicotomización inicial (elevado EE y bajo EE) era suficiente para predecir la recaída, pero la subcategorización puede ser más útil para analizar las relaciones entre variables.

Desafortunadamente, en la muestra elegida ninguno de los padres demostró una actitud de sobreimplicación, por lo que su correlato interaccional fué prácticamente imposible de estudiar. Los autores justifican el hecho por considerar que el tipo de muestra (adolescentes) tienden a elicitar actitudes críticas.

En el segundo trabajo citado, Miklowitz y cols. (1984), siguiendo un procedimiento similar al anterior, estudiaron una muestra de pacientes esquizofrénicos. También aquí, los padres de pacientes esquizofrénicos altos en EE emitieron un número significativamente mayor de manifestaciones afectivas negativas en su interacción con los pacientes, que los padres bajos en EE ($p < .002$).

Los dos subgrupos altos en EE (teniendo en cuenta sus puntuaciones altas en Comentarios Críticos y Sobreimplicación Emocional) no diferían entre sí en cuanto a esta medida de negatividad ($p > .10$), aunque ambos subgrupos obtenían mayores puntuaciones de negatividad que los padres bajos en EE ($p < .01$).

Sin embargo, los padres altos en EE (Críticos) realizaron un mayor número ($p < .05$) de Manifestaciones Críticas (Benignas y Cruelles), y en particular este número de manifestaciones críticas era mayor ($p < .05$) que el manifestado tanto por los padres bajos en EE como por los padres altos en EE vía sobreimplicación emocional ($p < .10$).

Por otra parte, también los padres altos en EE vía sobreimplicación emocional se distinguían claramente de los bajos en EE ($p < .05$) y de los altos en EE vía comentarios críticos ($p < .05$), por su mayor utilización de manifestaciones del tipo intrusivo. Sin embargo, estos dos últimos subgrupos no diferían significativamente al respecto.

De nuevo aquí se confirma la utilidad de subdividir EE en sus componentes principales (criticismo y sobreimplicación) para una mejor comprensión del constructo y de sus efectos.

Los resultados pudieron ser replicados por Strachman y cols. (1986), a pesar del hecho de que el estudio difiriera en tres puntos del de Miklowitz y col. (1984). Así, se realizó en Gran Bretaña, con pacientes esquizofrénicos de primer brote, y se evaluó la conducta interaccional a partir de las interacciones diádicas entre el paciente y cada familiar por separado.

La única diferencia encontrada entre ambos estudios fue que, en este último, una actitud crítica observada durante la CFI estaba asociada tanto al criticismo como al intrusismo, mientras que en la muestra americana más crónica, sólo estaba con el criticismo.

Si bien, tales estudios confirman la hipótesis que sustenta la investigación EE, por su misma naturaleza, la operacionalización del estilo afectivo interactivo, AS (Doane, 1983), capta los aspectos negativos de la comunicación familiar análogos a los de EE. Igualmente, diferencia a las familias, según puntúan en los códigos diseñados a tal fin por encima de un determinado nivel elegido arbitrariamente, careciendo de un fundamento teórico que lo sustente.

Deja sin resolver la cuestión de si las familias con patrones negativos de EE o AS difieren en su interacción con el paciente, en algo más que en la presencia/ausencia de los componentes negativos de ambos códigos y se diferencian, tal como Vaughn propone tras el análisis de las entrevistas CFI, "en los niveles de tolerancia, actitudes hacia la legitimidad de la enfermedad y estilos de coping" (Vaughn, 1986, pág. 99).

Recientemente, Hahlweg y cols. (1987) analizaron la interacción en las familias de esquizofrénicos previamente categorizadas en niveles altos o bajos de EE, con un sistema para analizar las habilidades de comunicación creado por el primer autor, KPI, (Hahlweg, 1981).

El objetivo básico de tal código es la evaluación empírica de las habilidades que constituyen las bases de la comunicación y de los tratamientos, con un enfoque dirigido a la solución de problemas. Tales habilidades quedan recogidas en tres categorías de conductas interaccionales:

1. Positivas (expresión del Yo, soluciones positivas, aceptación del otro y acuerdo).
2. Neutrales (descripción de los problemas, metacomunicación).
3. Negativas (criticismo, soluciones negativas y desacuerdo).

Utilizando tal metodología, Hahlweg y cols. han demostrado que las familias altas en EE estaban caracterizadas por un estilo de interacción negativo en el que mostraban, en tasas de frecuencia de las conductas en cuestión, más afecto negativo, más criticismo personal y específico, propuestas negativas de solución de problemas, justificaciones y desacuerdos, que las familias bajas en EE. Estas últimas se caracterizaban por un estilo de apoyo positivo, en el que mostraban mayor aceptación del otro y soluciones constructivas a los problemas familiares en consideración.

Tales resultados parecen confirmar que las familias de bajo nivel EE ejercen activamente un efecto protector al proporcionar un clima afectivo positivo, mostrar preocupación por el paciente y tratar de encontrar soluciones a los problemas y reducir así, la tensión familiar.

EE pues, no es en realidad una medida de la comunicación afectiva familiar y en su sentido estricto, únicamente refleja la cantidad-calidad de las actitudes expresadas en el contexto de una entrevista mantenida individualmente con cada uno de sus familiares más cercanos. Sin embargo, sí constituye un indicador fiable del tipo de interacción afectiva que tiene lugar en el seno de la familia, la cuál representa en definitiva la variable determinante en el curso del trastorno.

2. Independencia de EE

Los resultados de la investigación EE en torno a los factores de pronóstico del curso de la esquizofrenia no son concluyentes pero algunos de ellos han sido replicados por los estudios más significativos (Goldberg y cols., 1977; Strauss y Carpenter, 1977; OMS, 1979). Entre otros, cabe destacar la edad y el modo de inicio del trastorno, la existencia de factores precipitantes, personalidad premórbida y el nivel de ajuste previo al episodio en curso.

La asunción de la independencia de EE implica que su poder predictor no depende de la relación con alguno de estos factores. Tal supuesto está directamente relacionado con la asunción de la perdurabilidad de EE y de su posible rol causal de la recaída. La posición contraria estima que el nivel de EE es una reacción de la familia a algunas de las características del paciente y su poder predictor de la recaída está mediatizado por su relación con los factores de riesgo.

La investigación realizada apoya indistintamente ambas opciones y no permite por tanto, el posicionamiento por ninguna de ellas, avalando más bien la hipótesis interactiva o de influencia retroactiva mutua familia-paciente.

La evidencia a favor de la independencia de EE proviene fundamentalmente de tres fuentes de datos.

-La observación de que la asociación EE recaída se mantiene cuando factores tales como el ajuste laboral o deterioro conductual previo son controlados estadísticamente.

2. La constatación de que las medidas de gravedad de la psicopatología en el momento de realizarse la evaluación no diferenciaban significativamente a los pacientes residentes con familiares calificados como altos o bajos en EE.

3. La evidencia en favor de la perdurabilidad del poder predictor de EE aún cuando éste sea evaluado en una fase no crítica de la enfermedad.

En efecto, Brown y cols. (1972) demostraron una tendencia clara a que los niveles elevados de EE correspondieran a familiares de pacientes de curso crónico, medido por el número de ingresos ($r = .51$), con mayor deterioro conductual ($r = .83$) y laboral ($r = .73$).

Sin embargo, la realización de una serie de comparaciones estadísticas les llevó a concluir que la relación entre deterioro previo y recaída existía en la medida en que estaba mediada por el clima emocional existente. Los resultados determinantes de tal interpretación son los siguientes:

-Las relaciones EE-recaída no se alteran una vez controlado el nivel de deterioro.

-La relación deterioro-recaída es prácticamente nula una vez controlado el nivel de EE.

-El análisis de la recada de los pacientes sin deterioro previo al ingreso llevó a concluir que el 68% de los que residían en hogares de elevado EE recayeron frente al 20% de los que vivían en hogares de bajo EE.

Si bien Brown y cols. (1972) son cautos en la interpretación de tales resultados, Vaughn y Leff (1976) los toman como indicativos de la naturaleza causal de EE en el curso del trastorno esquizofrénico. Según estos autores, "EE reflejaría una situación estresante que puede precipitar una reacción psicótica e interferir con los esfuerzos de rehabilitación del equipo terapéutico responsable" (Vaughn y Leff, 1976, pág. 136).

Los demás estudios, a excepción del de McMillan y cols. (1986) replican estos resultados y tienden a ser interpretados en la misma línea que Vaughn y Leff (Vaughn y cols., 1984; Karno y cols., 1987; Gutiérrez, 1986).

McMillan por su parte, discrepa de los mismos en un doble sentido.

En primer lugar, observa que las actitudes de sobreimplicación son prácticamente inexistentes en su muestra de pacientes esquizofrénicos de primer ingreso.

En segundo lugar, observa que los pacientes residentes en hogares calificados de alto o bajo EE se diferenciaban significativamente en cuanto a la cronicidad del trastorno.

En general, los pacientes esquizofrénicos con una duración mayor de su trastorno tendían a provocar más actitudes críticas en sus familiares.

Estrechamente relacionados con estos datos de McMillan y cols. (1986) pero aún más matizados, están los trabajos de Miklowitz y cols. (1983) sobre las características premórbidas de los pacientes y su relación con los patrones de EE de sus familiares.

Estos investigadores demostraron que los niveles globales altos de EE no estaban asociados con el funcionamiento social previo a la crisis psicótica o con niveles de sintomatología residual después del alta.

Sin embargo, cuando separaron el nivel alto de EE en sus componentes básicos (criticismo y sobreimplicación) y en función de su predominancia, clasificaron a las familias en tipos (grupo crítico, grupo de sobreimplicación y grupo mixto), encontraron resultados significativos.

Los pacientes que convivían con familias del grupo de sobreimplicación emocional manifestaban las características sugerentes de peor pronóstico: una peor historia psicosocial premórbida y nivel residual sintomático más elevado después del alta, con predominio de síntomas neuróticos tras la desaparición de los síntomas clásicos de la esquizofrenia. Por el contrario, los pacientes de familias críticas mostraron niveles mejores de ajuste psicosocial previo y menor sintomatología residual.

Los resultados aquí mencionados sugieren que las actitudes que configuran el nivel de EE parental pueden ser reacciones parentales apropiadas o al menos esperables en situaciones y ante conductas extremadamente difíciles. La conducta de sobreimplicación de los familiares puede reflejar una acomodación de éstos a las propias características deficitarias del paciente.

Tal interpretación viene avalada por la observación de McMillan y cols. (1986) de que los familiares de pacientes de primer ingreso expresaban estas actitudes con escasa frecuencia.

Por su parte, Miklowitz y cols. proponen que las actitudes críticas podrían expresar cierta frustración ante la evolución de su paciente.

La última prueba en favor de su independencia proviene de la cuestionada estabilidad de EE en el tiempo.

Aunque los análisis de correlación entre la sintomatología del paciente y el nivel de EE de su familiar no arrojan resultados significativos, la evaluación del nivel de EE se realiza durante la hospitalización del paciente o poco después, por lo que podría pensarse que el nivel de EE es otro aspecto indicativo de la gravedad del trastorno.

Gutiérrez y cols. (1986, 1988) concluyen negativamente ante esta hipótesis, al realizar en su estudio la evaluación de EE en una fase no aguda de la enfermedad y confirmar sin embargo, su capacidad predictiva del curso del trastorno tras 9, 12 y 18 meses de seguimiento.

Incluso algunos estudios (Doane y cols., 1981) han demostrado el poder predictor de las actitudes parentales recogidas en EE de la evolución negativa posterior de adolescentes con trastornos conductuales no psicóticos.

Si bien el poder predictor de EE se mantiene, los patrones de EE son significativamente diferentes a los obtenidos durante la fase crítica de la enfermedad. En general, éstos son significativamente menos negativos, a excepción de la hostilidad, en las muestras de pacientes no hospitalizados.

Así mismo, aún existiendo ciertas restricciones para su interpretación, que exigen nuevas replicaciones, los estudios en los que el nivel de EE se ha evaluado en dos ocasiones distintas que se corresponden con fases igualmente diferentes de la enfermedad, legitiman tales conclusiones.

Brown y cols. (1972) observaron que la evaluación de EE al cabo de 9 meses de seguimiento arrojaba resultados significativamente inferiores en la escala de criticismo. Disminuía el número de familiares que realizaba siete o más comentarios críticos (30% a 14%) y aumentaba el número de familiares que no realizaba ninguno (32% a 47%). Además, dichos cambios corresponden a los familiares de los pacientes que habían experimentado una mejoría más significativa.

Similares resultados fueron obtenidos por Dulz y Hand (1986): el 48% de los familiares calificados inicialmente en el nivel superior de la escala global de EE fueron considerados de bajo EE nueve meses después; 54% de los previamente calificados críticos no superaban el punto de corte necesario y el 53% de los calificados altos en la escala de Sobreimplicación no lo fueron 9 meses después.

Los resultados de ambos estudios sugieren que EE pudiera reflejar la propensión de los familiares a reaccionar de ese modo ante la emergencia sintomática del paciente en crisis.

Las evaluaciones de Leff y cols. (1982) y Hogarty y cols. (1986) realizadas ambas con los grupos controles de los estudios dirigidos a examinar el efecto de la intervención terapéutica ofrecen resultados contrarios.

Leff y cols. (1982) informan que 10 de los 12 familiares calificados de alto EE y pertenientes al grupo control no modificaron el nivel de EE al cabo de 9 meses de seguimiento.

Hogarty y cols. (1986) demostraron que el 75% de los familiares que inicialmente fueron considerados de nivel alto de EE mantuvieron tal estatus en el momento de realizarse la segunda evaluación.

La significación de ambos estudios es cuestionable debido a que en ambos se señalan tan sólo las puntuaciones globales de EE y no las obtenidas en las distintas escalas. Además, en el estudio de Hogarty y cols. (1986) la segunda evaluación coincide con la recaída del paciente, confundiendo los resultados obtenidos.

Afirmaciones tales como "al no concurrir ninguna circunstancia sintomatológica especial, la sospecha de que EE sea un artefacto reactivo de la gravedad de la enfermedad será más difícil de sostener" o "si EE, medida durante una fase particularmente no activa de la enfermedad del paciente, aún se encuentra asociada con fenómenos significativos del curso de la esquizofrenia, este hecho reforzaría la interpretación causal del papel causal de EE" (Gutiérrez, 1986, pág. 2) no son totalmente sostenibles a la luz de tales observaciones.

Incluso la hipótesis básica de la investigación EE, es decir, la asunción de que EE es un predictor fiable de las recaídas independientemente de otras características del paciente, no está suficientemente probada. La evidencia constatada apunta hacia la consideración temporal del constructo EE o dicho de otro modo, a la asunción de que la cantidad-calidad de las emociones expresadas por los familiares a su paciente, sufre modificaciones y quizá tenga efectos distintos en fases distintas de la enfermedad. Hay una especie de acoplamiento entre paciente y familia imposible de entender sin tener en cuenta las relaciones que ambas partes mantienen.

3. Especificidad de EE

Se ha demostrado que EE es un poderoso predictor de la recaída sintomática del enfermo esquizofrénico en un período de seguimiento de al menos nueve meses. La cuestión está ahora en saber si las características de la interacción familiar recogidas en EE son específicas de las familias con un miembro esquizofrénico, o dicho de otro modo, si EE tiene un efecto predictivo similar en los cursos de otros trastornos psiquiátricos.

La delimitación de la especificidad de EE tiene importancia para la formulación teórico-conceptual del modo en que opera e influye en el curso del trastorno. Por ello, voy a analizar los estudios realizados con muestras de pacientes no esquizofrénicos.

Se han estudiado los patrones de EE en muestras de retrasados mentales (Grredharry, 1987), anorexia nerviosa (Smukler y cols., 1985) y demencia senil (Orford y cols., 1987) y su influencia en el curso del trastorno en poblaciones de depresivos (Vaughn y Leff, 1976; Hooley, 1986), pacientes con trastorno maníaco bipolar (Miklowitz y cols., 1987), obesas (Havstad, 1986, citado en Koenigsbeg, 1986) y trastornos infantiles.

Las predicciones básicas se confirman en el caso de las tres primeras, si bien con ciertas particularidades.

Con respecto a la población infantil, no hay aún datos definitivos.

a. EE y trastorno depresivo.

Los primeros en abordar el tema fueron Vaughn y Leff (1976), los cuales incluyeron en su muestra un grupo de pacientes depresivos.

Los resultados de su estudio indicaron que los pacientes depresivos eran aún más vulnerables a los efectos del criticismo familiar que los pacientes esquizofrénicos y tenían una tendencia a recaer con un nivel inferior de criticismo familiar que los pacientes esquizofrénicos.

Los pacientes cuyos familiares hacían dos o más comentarios críticos durante la entrevista, tenían unas tasas de recaída significativamente superiores ($p= 0.032$). Sin embargo, el punto de corte para la esquizofrenia se fijó en siete Comentarios Críticos.

Posteriormente, Hooley (1986) replicó tales resultados en una muestra de 39 pacientes depresivos. En el seguimiento realizado nueve meses después de que fueran dados de alta del hospital, se encontró que el 59% de los pacientes residentes en hogares considerados de alto EE habían recaído, mientras que ninguno de los que vivían en hogares de bajo EE lo hizo.

Igualmente, se confirman los resultados de Vaughn y Leff (1976) en relación a la mayor susceptibilidad de estos pacientes a los comentarios críticos de sus familiares, porque en este trabajo, Hooley establece empíricamente el punto de corte en tres comentarios críticos.

b. EE y trastorno maníaco bipolar.

Miklowitz y cols. (1987) utilizaron una muestra de pacientes con trastorno bipolar para realizar un estudio que tenía dos objetivos fundamentales: analizar si las familias de los pacientes maníacos bipolares y las de los pacientes esquizofrénicos eran discriminables por algunos factores de comunicación familiar negativos (AS y EE), y si estos factores familiares predecían el curso longitudinal del trastorno bipolar.

En relación a la primera cuestión, los resultados probaron que no había relación entre el nivel de EE y el grupo diagnóstico ($p > .10$). Incluso se demostró que no había diferencias en la distribución de los individuos de alto y bajo EE cuando se comparó a las madres y padres de ambos grupos ($p > .10$).

La asociación nivel de EE y recaída se confirma, si bien en esta muestra el poder predictor de EE es más moderado. El 90% de los pacientes de familias calificadas como de alto EE tuvo un curso negativo, frente al 54% de los residentes en hogares de bajo nivel EE (los porcentajes de recaída en muestras de pacientes esquizofrénicos son del 56% y 17% respectivamente).

Así pues, en las familias de pacientes maníacos, las actitudes que se corresponden con el nivel alto en EE están casi invariablemente asociadas con evoluciones más negativas de la enfermedad, mientras que la evolución es variable en pacientes que residen en hogares de nivel EE bajo.

Es interesante señalar el papel jugado por la medicación en el curso del trastorno. Los autores sugieren que las actitudes de bajo EE protegen de la recaída solamente cuando el paciente toma regularmente la medicación. Si no la toma, las tasas de recaída son muy similares a las del grupo de pacientes residentes en hogares altos en EE.

c. EE y Obesidad.

Koenigsbeg (1986) informa en su artículo, del trabajo que Havstad publicó en 1979, en el que relacionaba la EE de los esposos con la evolución de la obesidad de sus esposas. Tales resultados son indicadores de que el nivel de EE expresado por los esposos es un indicador de pronóstico negativo.

d. EE y trastornos infantiles.

Asarnow y cols (1987) estudiaron las características y patrones de interacción en familias de niños cuya sintomatología satisfacía los criterios del DSM III para la depresión mayor, trastorno distímico, esquizofrenia y personalidad esquizotípica.

El objetivo del estudio es analizar si las características familiares consideradas como factores de riesgo eran específicas de un trastorno o se relacionaban con el trastorno en general, si estaban asociadas con distintos niveles de competencia o deterioro y si tenían un

peso en la predicción del curso del trastorno. Las dos características estudiadas son CD y EE para lo cual hicieron una adaptación de CFI al tipo de población y trastornos estudiados.

Los resultados definitivos no han sido aún publicados.

En relación a la asociación nivel (alto-bajo) y tipo de EE (criticismo, sobreimplicación, criticismo y sobreimplicación) y tipo de diagnóstico, no aparecen diferencias significativas.

En relación a la asociación EE y curso de la enfermedad previamente a la hospitalización, aparecen diferencias significativas: mientras que todos los niños con un inicio agudo de la sintomatología tenían madres que expresaban niveles bajos de sobreimplicación, los niños con un proceso crónico del trastorno tenían madres muy sobreimplicadas ($p < .03$). Tal asociación fue especialmente fuerte en el grupo de niños depresivos. Sin embargo, el componente criticismo no tenía relación con el inicio.

Se puede afirmar que existe cierta asociación entre las actitudes negativas EE y el inicio de los trastornos depresivos y la esquizofrenia en la infancia, si bien no ha sido estudiado el peso de EE en el curso de estos trastornos.

A la luz de tales estudios parece demostrarse que la Respuesta Emocional familiar es una característica de las relaciones familiares presente en distintos trastornos psiquiátricos y que tiene un peso importante en el curso de los mismos.

No ha podido aún determinarse el modo en que opera y cómo influye en los mismos .

4. Emoción Expresada y Terapia de familia

Los estudios de intervención terapéutica basados en la investigación EE tienen una importancia fundamental a la hora de establecer el tipo de influencia que tienen las actitudes familiares en el curso del trastorno. Si los estudios de recaída proporcionan alguna evidencia de que las actitudes familiares englobadas en EE están relacionadas con la recaída, no puede establecerse a partir de los mismos que EE tiene una influencia en la recaída.

La influencia de EE en la recaída tan sólo puede demostrarse mediante estudios de intervención terapéutica, los cuales nos brindan una oportunidad única para probar la eficacia de determinadas técnicas en el proceso de cambio de la interacción familiar y la influencia de tales cambios en el proceso de recaída.

Las aportaciones más significativas en el campo de la terapia familiar que basa sus intervenciones en los principios derivados de la investigación EE, se han hecho

desde Inglaterra (Social Psychiatry Unit of Medical Research Council de Londres), Estados Unidos (Universidad de Pittsburgh) y la República Federal de Alemania (Universidad de Hamburgo).

Son programas terapéuticos, teóricamente basados en el modelo de "diathesis-stress" o vulnerabilidad bio-psico-social de la esquizofrenia.

En líneas generales, la práctica terapéutica se centra en el impacto que la familia puede tener en el funcionamiento social y resistencia al estrés del paciente, una vez que la medicación adecuada ha resuelto la emergencia de los síntomas psicóticos agudos. El foco de la terapia ha dejado de ser la cura de los síntomas psicóticos.

La razón de tal orientación estriba en que "las familias pueden crear un clima emocional en el que el conflicto sea resuelto; este clima reduce el impacto de cualquier estrés familiar, protege al paciente contra sucesos vitales externos y lo capacita para mejorar sus habilidades de resolución de problemas y lograr un nivel superior de competencia social" (Strachan, 1986, pág. 681).

Tan sólo los proyectos de Leff y cols. (1982) y de Hogarty y cols. (1986) proporcionan datos directamente relacionados con el impacto de la intervención terapéutica en los perfiles de EE. Sin embargo, el interés del resto de los proyectos citados radica en que el tipo de intervención terapéutica aplicada se basa en los principios de EE.

Leff y cols. (1982, 1983, 1985) seleccionaron 24 familias con un miembro esquizofrénico según los criterios del P.S.E., en alto riesgo de recaer según la investigación EE precedente (elevado nivel de EE familiar y tiempo de contacto directo superior a las 35 horas semanales). La mitad de estas familias, seleccionadas al azar, recibió asistencia ambulatoria rutinaria (grupo control) y la otra mitad fue objeto de intervención (grupo experimental).

El programa terapéutico, que tenía por objetivo explicitado la reducción de tanto el nivel de EE de los familiares como del tiempo de contacto cara a cara con el paciente, incluía tres componentes (Berkowitz y cols. 1981).

1. Una fase educativa realizada en el domicilio familiar, en la cual los familiares recibieron cuatro sesiones informativas sobre aspectos relacionados con la etiología, diagnóstico, sintomatología, evolución y posibilidades de tratamiento de la esquizofrenia.

2. Las familias participaban en un grupo de terapia multifamiliar, compuesto por familias de nivel alto y bajo de EE. En este grupo se discutían problemas de la convivencia familiar diaria.

El objetivo de tal grupo era la modificación de las actitudes que los familiares de nivel alto en EE muestran hacia el paciente por las que exhiben los de bajo nivel EE.

3. Se realizaron sesiones de terapia en el domicilio familiar con la participación de todos los adultos residentes en el mismo, incluido el paciente. Eran sesiones dirigidas al abordaje de los problemas específicos y personales de cada familia.

La mayor parte de las familias del grupo experimental pasaron por la fase educativa y participaron en el grupo multifamiliar al menos una vez al mes.

Todas las familias tuvieron al menos una sesión de terapia en su domicilio, siendo la media de cinco.

Definiendo la recaída como la reaparición de síntomas esquizofrénicos que no existían en el momento del alta, o la agudización de síntomas que permanecían estables, los autores encontraron que en el seguimiento realizado nueve meses después, tan sólo un paciente había recaído en el grupo experimental, mientras que en el grupo control de atención rutinaria, lo hicieron seis, lo cual representa una diferencia significativa (Test exacto de Fisher, $p = .03$).

En el seguimiento efectuado dos años después, 4 pacientes del grupo experimental habían recaído y 9 del grupo control, lo que de nuevo representa una diferencia significativa (Test Exacto de Fisher, $p = .04$).

Dado que 2 pacientes del grupo experimental y 3 del grupo control dejaron de tomar regularmente su medicación, se repitió el análisis sin estos sujetos para descartar el efecto del cumplimiento de las prescripciones

medicamentosas. En este caso tan sólo el 20% recayó en el grupo de tratamiento frente al 78% del grupo control ($p = .02$).

Estos datos sugieren que las intervenciones sociales con las familias de los esquizofrénicos tienen un efecto significativo en la probabilidad de su recaída en un período de 9 meses y 2 años de seguimiento. No se ofrecen resultados comparativos con respecto del funcionamiento social, laboral y ocioso.

Posteriormente análisis examinaron el efecto de la intervención en el nivel de EE familiar o indicador del nivel de emoción expresada en la familia y cuya modificación era el objetivo básico de la intervención.

Los resultados indican que en las once familias de elevado nivel de EE que recibieron el tratamiento, el número medio de comentarios críticos disminuyó de 17,6 a 6,9.

Por el contrario, en el grupo control, el número medio de comentarios críticos disminuyó tan sólo de 13,3 a 10,7. Sin embargo, los cambios observados en los niveles de sobreimplicación no fueron significativos.

Leff y cols. entienden que tales resultados demuestran que el éxito de la intervención se asocia con la transformación de las actitudes de EE. Tal modificación en los niveles de EE estaría a su vez relacionada con un cambio de atribuciones acerca de las causas de la conducta del paciente, el grupo de apoyo, la educación y el objetivo

explícito de modificar el modo en que expresan sus emociones. Los interpretan asimismo como una demostración de la relación causal existente entre la EE familiar y las recaídas en la Esquizofrenia.

Hogarty y cols. (1986) por su parte, tratan de analizar los efectos aditivos que el tratamiento de familia de orientación psicoeducativa y el entrenamiento individual de las habilidades sociales, tienen sobre la intervención farmacológica.

A tal fin establecen cuatro condiciones de tratamiento:

1. Tratamiento Farmacológico
2. Tratamiento Farmacológico y Familiar
3. Tratamiento Farmacológico y Entrenamiento en Habilidades Sociales
4. Tratamiento Farmacológico; Entrenamiento en habilidades sociales y Tratamiento de familia.

Los objetivos relativos a la intervención familiar son cuatro:

1. Mejorar la comprensión y la tolerancia de la enfermedad, a través de una información detallada sobre la misma.
2. Reducir la sobreestimulación del paciente y el estrés de la familia, mediante la estructuración de un ambiente de apoyo previsible y de límites claros.

3. Incrementar las relaciones sociales extrafamiliares, de los elementos de la familia.

4. Incrementar la movilización del potencial de la familia para afrontar los conflictos a largo plazo y las pautas de conducta disfuncionales desde una perspectiva transgeneracional.

El logro de tales objetivos se realiza a través de unas fases previamente determinadas. Son las siguientes:

1. Establecimiento de una buena alianza con la familia mientras dura la hospitalización del paciente esquizofrénico.

2. Jornada en grupo multifamiliar para informar a las familias sobre aspectos básicos relacionados con el trastorno esquizofrénico.

3. Sesiones familiares quincenales que tienen por objeto, la aplicación de las estrategias generales comentadas en la fase 2 a los problemas específicos de cada una de las familias.

4. Disminución progresiva de la frecuencia de las sesiones familiares o sesiones de terapia que buscan modificar los patrones de comunicación familiar y solucionar los conflictos aún no resueltos.

El programa de habilidades sociales para el paciente se centraba especialmente en el manejo de situaciones planteadas con los miembros de su familia. Su objetivo fundamental era que el paciente evitara elicitación las

respuestas negativas de EE en sus familiares. Trataba en definitiva, de modificar el clima emocional familiar desde el propio paciente.

Los resultados obtenidos tras un año de seguimiento indican que las tasas de recaída en los grupos de Terapia Farmacológica, Terapia de Familia, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Terapia de Familia más Entrenamiento en Habilidades Sociales, fueron 41%, 19%, 20% y 0% respectivamente.

Es importante destacar que los pacientes residentes en familias que pasaron de un nivel alto a bajo de EE tras el tratamiento de familia, no recayeron en ningún caso.

Por otra parte, en los casos en que el nivel alto de EE permamece inalterado, tan sólo la condición de abordaje individual junto con el abordaje familiar previno la recaída.

Estos resultados parecen indicar que la reducción de las tensiones familiares, evaluada mediante el nivel de EE, está asociada con una mejoría del estado del paciente.

Otros programas terapéuticos (Goldstein y cols. 1978; Falloon y cols., 1982) no explicitan que la modificación de los componentes negativos de EE es el ingrediente básico de la intervención.

El objetivo planteado por Goldstein y cols. era la correcta identificación por parte del paciente y su familia de los agentes estresores para el paciente con más

probabilidad de precipitar su recaída sintomática, el desarrollo de estrategias de "Coping" o manejo ante las mismas y posteriormente la prevención de su emergencia.

Falloon y cols. (1982, 1985) plantean que el mejor modo de proteger al paciente del estrés es la mejora de las habilidades de comunicación y de resolución de problemas en la familia.

Para lograrlo, proponen una intervención familiar basada en la resolución de una serie estructurada de tareas de solución de problemas.

Ambas intervenciones demuestran su eficacia en la reducción de la posible agudización de la sintomatología esquizofrénica y en la mejora de su funcionamiento social.

Las tasas de recaída encontradas en la condición de intervención familiar, mostraron un descenso desde el 34-56% al 7-21% con respecto de las de los pacientes tratados exclusivamente con terapia individual o farmacológica.

Los distintos equipos de investigación ponen el énfasis de la intervención terapéutica en distintos componentes. Así,

1. Leff y cols., enfatizan especialmente la importancia del grupo multifamiliar;
2. Hogarty y cols., subrayan las habilidades de enfrentamiento del paciente;
3. Goldstein y cols., destacan la preparación de la familia ante la crisis;

4. Falloon y cols., acentúan la importancia del entrenamiento en la solución de problemas y habilidades de comunicación.

Sin embargo, todos los programas comparten una serie de características a nivel conceptual y a nivel de técnicas terapéuticas.

Teóricamente, comparten la hipótesis de la vulnerabilidad bio-psico-social de la esquizofrenia.

En la práctica, todos ellos se centran en las transacciones actuales, especialmente en las habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Destacan asimismo, la importancia de la fase de psicoeducación en torno al trastorno esquizofrénico y el efecto protector de la medicación.

Los cuatro programas informan de una gran eficacia terapéutica.

Sin embargo, existen dificultades metodológicas en los diseños, que al introducir sesgos favorables al grupo experimental limitan el poder de las conclusiones. En general cabe destacar una mayor atención y dedicación al grupo que recibe la intervención familiar y la carencia de evaluadores de la recaída, ciegos a la condición experimental a que pertenece el paciente.

Enumero a continuación algunas de las limitaciones imputables a las distintas intervenciones:

En el programa de Leff y cols., y en el de Falloon y cols., la intervención incluía visitas domiciliarias que no existían en el grupo control. Además, en el de Falloon, las condiciones control y experimental estaban realizadas por los mismos terapeutas, los cuales, lógicamente, tenían motivaciones y expectativas divergentes con respecto de ambos grupos.

En el de Leff y cols., la evaluación de la recaída fue realizada por el mismo equipo que hacía la intervención terapéutica.

Lo mismo ocurría en el de Fallon y cols., si bien evaluadores ciegos a las condiciones de tratamiento se realizaron algunas evaluaciones adicionales.

La intervención de Hogarty y cols., evaluaba la recaída por acuerdo entre los terapeutas y otros evaluadores ciegos, pero las divergencias de criterio eran resueltas por los primeros.

Además de los sesgos experimentales introducidos, tan sólo dos de los programas terapéuticos (Leff y cols. y Hogarty y cols.) tenían el objetivo explícito de reducir los niveles de EE y éste no era el único objetivo de la intervención. De este modo, los efectos de los distintos componentes terapéuticos se confundían.

Estas limitaciones dejan sin resolver la cuestión de la reversibilidad de EE mediante la intervención terapéutica apropiada y su influencia en la modificación del curso natural del trastorno.

Para responder adecuadamente a este asunto, se precisan otros estudios que incorporen evaluaciones de los cambios introducidos por el tratamiento .

Concluyendo este apartado, tan sólo el supuesto de la existencia de correlatos conductuales de las actitudes de EE o su validez de constructo ha quedado firmemente establecido.

Como se ha demostrado, la evidencia disponible respecto de las demás cuestiones, plantea tantos interrogantes como los que resuelve, y tal como veremos en el próximo apartado, deja sin responder claramente a la cuestión fundamental de la naturaleza de EE.

1.3.5. Naturaleza de EE

Tras 25 años de investigación en los cuales se han realizado grandes esfuerzos para la validación predictiva del constructo EE, la investigación actual se dirige a dotarlo de un significado clínico que sea útil a la comprensión del proceso de recaída del trastorno psiquiátrico crónico.

EE es un constructo derivado empíricamente (combinando los factores de la vida familiar que estaban relacionados con la recaída) y definido operacionalmente (basado en las puntuaciones atribuidas a cada familiar en cada una de las tres escalas básicas que componen EE).

Las distintas replicaciones realizadas demuestran en su mayoría la gran validez predictiva del constructo EE o su poder para predecir con un gran nivel de precisión la recaída del paciente diagnosticado de esquizofrenia. En otras palabras, EE es un indicador fiable de la vulnerabilidad del paciente esquizofrénico a recaer sintomáticamente en un intervalo aproximado de nueve meses.

Ahora bien, ¿es un indicador de qué?. Al contrario que otras líneas de investigación en el área de la interacción familiar y su relación con la psicopatología, la investigación EE carece de un modelo teórico que lo sustente. Brown (1985) en un análisis retrospectivo crítico de la investigación EE afirma que "es difícil ver cómo podemos tener alguna convicción sobre lo que una medida representa, hasta que hayamos desarrollado una teoría sobre ella. Sólomente por el hecho de que algo pueda ser medido fiablemente y pueda demostrarse que tiene un impacto causal importante, no significa que tengamos mucha idea de cómo lo hace. Esto sería confundir un modelo causal y una teoría. Un modelo causal tan sólo relaciona la medida en términos de lazos causales y satisfaciendo determinado criterio metodológico mínimo demuestra que algo ocurre, pero no sabemos qué" (Brown, 1984, pág. 21).

Tras 25 años de investigación y tras múltiples repeticiones, puede afirmarse que el constructo EE tiene mucha validez empírica pero carece de validez conceptual. Así, el estado actual de la investigación contribuye poco a la comprensión teórica de las relaciones entre el clima emocional familiar y el trastorno psiquiátrico específico.

Tres preguntas básicas permanecen a la espera de ser respondidas:

1. ¿Qué mide EE?
2. ¿A qué responde EE?
3. ¿Cómo opera EE?

1. ¿Qué mide EE?

En su sentido estricto, el índice EE mide el grado en que los familiares del paciente expresan en el curso de un entrevista las actitudes críticas y/o de sobreimplicación que han demostrado ejercer una influencia en el curso del trastorno esquizofrénico. Se asume que los tres componentes de EE son indicadores indirectos de las comunicaciones negativas que tienen lugar en el contexto de la interacción diaria con el paciente.

La denominación "Emoción Expresada" acuñada por Brown y cols. (1972) resulta un tanto arbitraria a la luz de tal definición.

Las actitudes críticas y/o hostiles y/o de sobreimplicación no son emociones en sí mismas, sino en todo caso patrones conductuales varios, especialmente el

componente de Sobreimplicación, generados por emociones posiblemente diversas. Estas, están conectadas a aspectos del paciente, del familiar y de la interacción que tenga lugar entre ambos en el contexto del sistema familiar al que ambos pertenecen y su ocurrencia responde a la persecución de un objetivo explícito o implícito al sistema relacional. En tal línea están las recientes reformulaciones del índice EE en términos de "Control Social Interpersonal" (Greenley, 1986; Hooley, 1987).

Asimismo, permanece sin resolver la cuestión de si los tres componentes de EE conforman un concepto unitario en el sentido de que reflejan un único constructo subyacente, o de si por el contrario, EE es un concepto compuesto.

Los datos sugieren que el Criticismo y la Hostilidad pueden representar distintos niveles de una misma tendencia. Tal formulación se apoya en que la Hostilidad no aparece nunca en ausencia de un nivel alto de Criticismo.

Sin embargo, la Sobreimplicación no parece guardar relación con los demás componentes de EE. De hecho, no se da nunca entre esposos y aparece fundamentalmente entre las madres de los pacientes con un mal ajuste premórbido.

A pesar de ello, los intentos de explicar la naturaleza de EE desde un modelo de atribución (Hooley, 1987) tratan de dar cuenta de EE como de patrones conductuales que responden a un continuo motivacional.

2. ¿A qué responde EE?

La interpretación más apoyada en la actualidad y que intenta explicar las actitudes características de los familiares altos en EE, redefine la medida de Emoción Expresada en términos de Control Social Interpersonal (Greeley, 1986; Hooley, 1987).

Greenley (1986) es el primero en reconceptualizar EE como un modo de control interpersonal. Utilizando datos no publicados del estudio de Brown y cols. (1972), encuentra apoyo a su hipótesis de que las características negativas de EE "son los medios que los familiares emplean para enfrentarse a un miembro esquizofrénico que les hace sentirse ansiosos y temerosos" (pág. 25). Se basa para ello, en la gran asociación estadística entre el grado de temores y ansiedades familiares y el nivel de EE, incluso después de controlar el posible efecto moderador de otras variables.

Una segunda hipótesis de este estudio, que tampoco es rechazada, afirma que la consideración por parte del familiar de que los problemas del paciente son el resultado de una enfermedad mental, reduce la probabilidad de que las familias ansiosas y temerosas utilicen un intenso control social interpersonal como estrategia de afrontamiento.

Estas hipótesis son absolutamente coherentes con las planteadas anteriormente por Vaughn (1977) a partir del análisis del contenido de los Comentarios Críticos, y

constituyen igualmente, la base del enfoque atribucional sobre la naturaleza de EE propuesto por Hooley (1987).

Vaughn (1977) observó que dos tercios de los comentarios críticos encontrados en su estudio hacían referencia a características de la personalidad del paciente y no a cambios observados en su conducta.

La autora hipotetizó que los familiares que puntuaban alto en EE tendían a interpretar los cambios de conducta observados en el paciente como una intensificación de sus características previas. Por el contrario, los familiares de bajo EE tendían a atribuir a la enfermedad el origen de los cambios de comportamiento.

Hooley (1987) sugiere que los distintos niveles de EE pueden interpretarse desde un enfoque mixto de "atribución de la enfermedad-controlabilidad del síntoma", de modo que EE puede reconceptualizarse como un modo particular de control social coercitivo.

La autora hipotetiza que EE tiende a ser negativo cuando la familia hace atribuciones internas sobre las causas de la conducta del paciente, de modo que percibe que éste tiene algún control sobre los síntomas. Por el contrario, los familiares de bajo EE tienden a culpar a la enfermedad de los cambios ocurridos en el paciente. Hacen un tipo de atribución externa.

Para explicar la naturaleza del componente Criticismo, Hooley plantea que, los familiares, al percibir que los síntomas están bajo el control voluntario del paciente, harán esfuerzos para modificar las conductas indeseables de éste.

En la medida en que los síntomas psiquiátricos no son controlables, puede ocurrir que los familiares adopten dos actitudes diferentes.

1. Acepten finalmente que el paciente no tiene control sobre los síntomas, admitiendo que está realmente enfermo y bajando así los niveles de EE.

2. No modifiquen sus atribuciones, mostrándose más críticos y coercitivos y paulatinamente, más frustrados al darse cuenta de su escaso impacto en la conducta del paciente. El desarrollo de la Hostilidad sería el resultado de esta segunda opción.

En relación al componente Sobreimplicación, el modelo de Greenley, basándose en que estos pacientes tienen normalmente un ajuste premórbido inferior y un nivel superior de sintomatología residual, sugiere que los familiares hacen atribuciones consistentes con el modelo médico. Tal atribución sustenta una actitud excesivamente protectora.

En apoyo de las predicciones que hace este modelo, están las siguientes fuentes de datos:

1- Los niveles de EE no han de ser constantes, sino responder a cambios en la sintomatología. Así ocurre según los datos disponibles de las muestras menos crónicas (Dulz y Hand, 1986; McMillan y cols., 1986) y pacientes en fase no aguda (McCreadey cols., 1988; Gutiérrez y cols., 1988).

2- Los abordajes de orientación psicoeducativa que enfatizan la naturaleza incontrolable de los síntomas, interpretando la conducta desde un modelo médico, tenderán a reducir los niveles de EE (Leff y cols., 1985; Falloon y cols., 1985).

3- Los modelos de tratamiento psicoeducativos pueden fracasar con familias caracterizadas por su Sobreimplicación (Leff y col. 1981), dado que tales intervenciones justifican y refuerzan aún más las actitudes existentes.

4- Los síntomas difieren en el grado de controlabilidad percibida y así, en las atribuciones relacionadas con la enfermedad. Consecuentemente, el nivel de EE que expresan los familiares ante los mismos, también variará.

Dado que los síntomas negativos son continuos, es decir, pueden ser interpretados como una exageración de la conducta habitual del paciente, parecen tener un componente volicional superior desde el punto de vista de los familiares.

Por el contrario, los síntomas positivos, al ser discontinuos, pueden ser percibidos más fácilmente, como una consecuencia de la enfermedad.

Hooley (1987), en un estudio realizado con parejas compuestas de al menos un miembro esquizofrénico, depresivo unipolar o bipolar, encontró diferencias significativas en el grado de satisfacción-insatisfacción manifestado por los compañeros, fundamentándose en los perfiles sintomáticos de éstos.

Los esposos de pacientes cuyos perfiles sintomáticos fueron positivos eran significativamente más felices que los de pacientes con predominio de síntomas negativos, aunque tuvieran niveles inferiores de funcionamiento global.

A pesar de su aparente validez, el modelo de Greenley no está aún probado y la predicción que hace de que "la tendencia a percibir al paciente como enfermo aumentará a medida que reciban mayor atención psiquiátrica ... confiando menos en estas estrategias de control social" (Greenley, 1936, pág. 29), no se confirma. De hecho, EE se manifiesta como predictor potente precisamente en muestras crónicas, que supuestamente han recibido mucha más atención que las muestras compuestas por pacientes de primer ingreso. Por el contrario, EE no se muestra como un predictor importante con muestras menos crónicas (McMillan y cols., 1986; Dulz y Hand, 1986).

La propuesta de conceptualización de EE como un modo específico de control social interpersonal que utiliza el familiar ante la conducta estresante del paciente, aporta

significación clínica no definitiva al constructo y su formulación ha de salvar las dificultades que los datos empíricos plantean a sus predicciones básicas. Ahora bien, no cierra nuevas vías de investigación.

3. ¿Cómo opera EE?

Las investigaciones que tratan de profundizar en la comprensión del efecto de EE en el paciente esquizofrénico, parten de la conceptualización de la esquizofrenia según el modelo de diathesis-stress o de vulnerabilidad bio-psico-social. En palabras de los autores promotores de la investigación EE, la esquizofrenia es "una enfermedad de base biológica, pero que precisa de un estrés, tal como los sucesos vitales o estresores agudos por un lado, o alguna fuente de estrés crónico como es el caso de las dificultades familiares prolongadas en el tiempo, que exceden las habilidades de enfrentamiento del sujeto, para que tal vulnerabilidad se haga sintomática (Berkowitz, (1984) pág. 212).

El modelo de vulnerabilidad hipotetiza que la Respuesta Emocional familiar representa algún tipo de estrés crónico ambiental. Los pacientes que viven en hogares de elevado EE están sujetos a interacciones sociales estresantes que producen un estado crónico de arousal que si se incrementa puede llegar a un punto en que se activan los síntomas floridos.

Por otra parte, las actitudes englobadas en lo que ha venido a denominarse bajo nivel de EE ayudan a los pacientes a habituarse al estrés, aunque pueden precipitarse en un episodio esquizofrénico debido a la influencia de algún estresor agudo.

Dos fuentes de evidencia principal apoyan la hipótesis de EE como estresor crónico: los estudios que utilizan medidas psicofisiológicas y los que estudian la interacción entre sucesos vitales y EE en el proceso de recalda.

Con respecto a los primeros, se hipotetizó que la interacción familiar en acientes residentes en hogares de EE elevado tiene un efecto directo en el incremento de arousal y los patrones de mantenimiento del mismo, que conduce a la emergencia de los síntomas esquizofrénicos.

Diversos estudios revelan diferencias en la excitabilidad del sistema nervioso autónomo cuando los pacientes esquizofrénicos están en presencia de sus familiares, en comparación con los momentos en que están solos. Este hecho se objetiva en fluctuaciones espontáneas de la conductancia de la piel, actividad de las glándulas sudoríparas y ritmo cardíaco.

Tarrier y cols. (1979) encontraron que en el marco del hogar, tanto los pacientes provenientes de familias calificadas como de alto o bajo EE manifestaban un nivel alto de arousal cuando el familiar no estaba presente. Midieron la activación a través de la frecuencia de la conductancia espontánea de la piel.

Cuando el familiar calificado de bajo EE hacía su entrada, el paciente esquizofrénico se acomodaba rápidamente a la situación. Este hecho se evidenciaba por una disminución de la tasa de conductancia.

Sin embargo, los familiares de alto EE no parecían tener tal efecto tranquilizador: su nivel de conductancia cutánea permanecía inalterado y la presión sanguínea aumentaba ligeramente.

Ante tales resultados, Tarnier y sus colaboradores sugieren que los familiares de alto EE impiden que la respuesta de conductancia de la piel de los pacientes esquizofrénicos, muestre el fenómeno de habituación a la situación novedosa. Por el contrario, los familiares de bajo EE potencian la habituación. Plantean asimismo que este efecto diferencial sobre los niveles de activación podría ser el mecanismo por el que tenga lugar la asociación entre recalda y convivencia con un familiar de alto EE.

Posteriormente, los trabajos de Sturgeon y cols. (1981, 1984) no reproducen estos resultados relativos al distinto efecto que familiares de distinto nivel de EE tienen sobre el fenómeno de habituación a la situación estresante.

Si bien fueron realizados con ciertas variaciones metodológicas por lo que respecta al momento de la enfermedad (enfermos hospitalizados) y ambiente de evaluación (laboratorio), se obtienen resultados

contradictorios con los de Tarrier y cols.. Así, las tasas medias de conductancia en el grupo de pacientes de alto EE eran casi el doble que las de los pacientes procedentes de hogares de bajo EE. Se podía incluso predecir el estatus de EE de sus familiares, a partir de los niveles de arousal del paciente, con un 87% de fiabilidad .

Sturgeon y cols., explican tales resultados en términos de la diferente velocidad de habituación de los niveles de activación asociados a la crisis en ambos grupos de pacientes.

Los pacientes residentes en familias de alto EE requerirían mayor tiempo para la habituación debido a las condiciones de estrés crónico presentes en sus hogares.

Los pacientes de bajo EE, por el contrario, mostrarían mayor capacidad de habituación debido a que los niveles de estrés que previamente han soportado son menores.

Los autores hipotetizan que si la evaluación de las medidas psicofisiológicas hubiera sido realizada inmediatamente después de la hospitalización, no hubieran existido diferencias en los niveles de conductancia entre ambos grupos.

En un intento de clarificar las discrepancias halladas en los estudios y las hipótesis plausibles de explicarlas, Tarrier y cols. (1988) replican el trabajo anterior de Sturgeon y cols. con una muestra mayor de pacientes (N=70). Se evaluaron los registros psicofisiológicos inmediatamente después de la hospitalización.

Analizados los resultados, encuentran que si bien no hay diferencias significativas en las tasas de conductancia entre los pacientes de alto y bajo EE en ausencia de sus familiares, las diferencias entre ambos grupos se hacen patentes en presencia de sus familiares.

Igualmente, las diferencias entre las tasas de conductancia, en ausencia y presencia de ambos tipos de familias, es también significativa.

Tales resultados son coherentes con un trabajo anterior de los mismos autores (Tarrier y Barrowclough, 1984) en el cuál, utilizando un diseño de caso único A-B-A-C en el que el paciente interactuaba secuencialmente con su padre de alto y bajo EE, demostraron el mismo efecto diferencial de ambos en la habituación del paciente a la situación.

La segunda línea de evidencia en favor de la conceptualización de la EE como fuente de estrés para el paciente esquizofrénico, proviene de las investigaciones sobre la influencia de los acontecimientos vitales estresantes en las descompensaciones agudas y su interacción con el nivel de EE y la ingesta regular de medicación profiláctica.

Existe a este respecto, alguna evidencia de que los acontecimientos vitales estresantes son una fuente de estrés aguda (sucesos discretos) cuya influencia en el inicio de los episodios agudos ha de ser interpretada junto con la de otros factores.

Brown y Birley (1968), en un estudio que comparaba una muestra de pacientes esquizofrénicos descompensados y otra de sujetos normales, encontraron que el 60% de los pacientes esquizofrénicos frente al 19% de los controles manifestaban la existencia de acontecimientos vitales. Estos últimos fueron definidos como independientes o posiblemente independientes de la influencia o conducta del sujeto en las 3 semanas anteriores al comienzo de la enfermedad o entrevista.

Examinando posteriormente la misma submuestra de pacientes esquizofrénicos, Birley y Brown (1970) encontraron una mayor probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento vital en las 3 semanas anteriores a la recaída sintomática que en cualquier otro momento comparable no inmediatamente anterior a la recaída.

A pesar de que ambos trabajos sugieren una relación directa entre la presencia del acontecimiento vital y la recaída, el análisis de la naturaleza del acontecimiento vital y de su impacto en el paciente, demostró que más de la mitad de los esquizofrénicos que refirieron acontecimientos vitales, muestran un tipo de sucesos indeseables de escaso o moderado potencial perturbador que exigen una pequeña adaptación (Brown y cols., 1973).

Leff y Vaughn (1980) analizaron la interacción de los niveles de Emoción Expresada y los Acontecimientos Vitales en la predicción de la recaída. Los resultados encontrados

no replican los de Birley y Brown (1970) para el grupo de pacientes residentes con familiares calificados de alto EE: relativamente pocos de estos pacientes experimentaron un acontecimiento vital durante los 3 meses anteriores a la recaída en comparación con los del grupo de bajo EE.

Sin embargo, los pacientes del grupo de bajo EE que recayeron, habían experimentado un suceso vital no catalogable como trivial en las 3 semanas precedentes a la recaída (Leff y cols., 1982).

Leff y Vaughn interpretan este resultado como que el nivel alto de EE o la existencia de factores estresantes agudos en pacientes residentes en hogares de bajo EE son suficientes para provocar un episodio sintomático en un paciente vulnerable.

En el análisis del efecto moderador de la medicación sobre el efecto de los factores estresantes agudos (AV) y crónicos (EE) en la recaída, Leff y cols. (1982) encontraron diferencias significativas ($p = .0013$) en cuanto al número de estresores agudos experimentados por los grupos de pacientes descompensados que habiendo residido en hogares calificados de alto EE tomaban regularmente o no la medicación profiláctica prescrita.

El 83% de los pacientes que tomaban regularmente su medicación habían experimentado al menos un acontecimiento estresante en las tres semanas previas a la recaída frente al 6.3% de los que no la tomaban.

A partir de tales resultados, los autores hacen tres asunciones principales.

1. EE tiene un efecto similar a los Acontecimientos Vitales (AV).

2. La medicación es un factor con capacidad de moderar el efecto de uno u otro factor de estrés pero no de ambos cuando interactúan.

3. Los estresores agudos (AV) y los crónicos (EE) tienen un efecto aditivo. Esta es la razón por la cual los pacientes de alto EE en la condición de ingesta regular de medicación, hayan experimentado algún estresor agudo (AV) en un período previo a la descompensación.

Estas asunciones se describen en la Figura 2. En ella, la vulnerabilidad para desarrollar síntomas esquizofrénicos es representada por la curva que asciende bruscamente como respuesta a un Acontecimiento Vital y gradualmente en respuesta a una alta EE familiar, hasta alcanzar el nivel en que aparecen los síntomas.

El tratamiento farmacológico con neurolépticos eleva el umbral de tolerancia a ambos tipos de estrés. Sin embargo, incluso este umbral resulta sobrepasado cuando un paciente que vive en un hogar de alto EE sufre el impacto de un Acontecimiento Vital, porque ambas fuentes de estrés se suman.

Susceptibilidad para desarrollar
síntomas esquizofrénicos

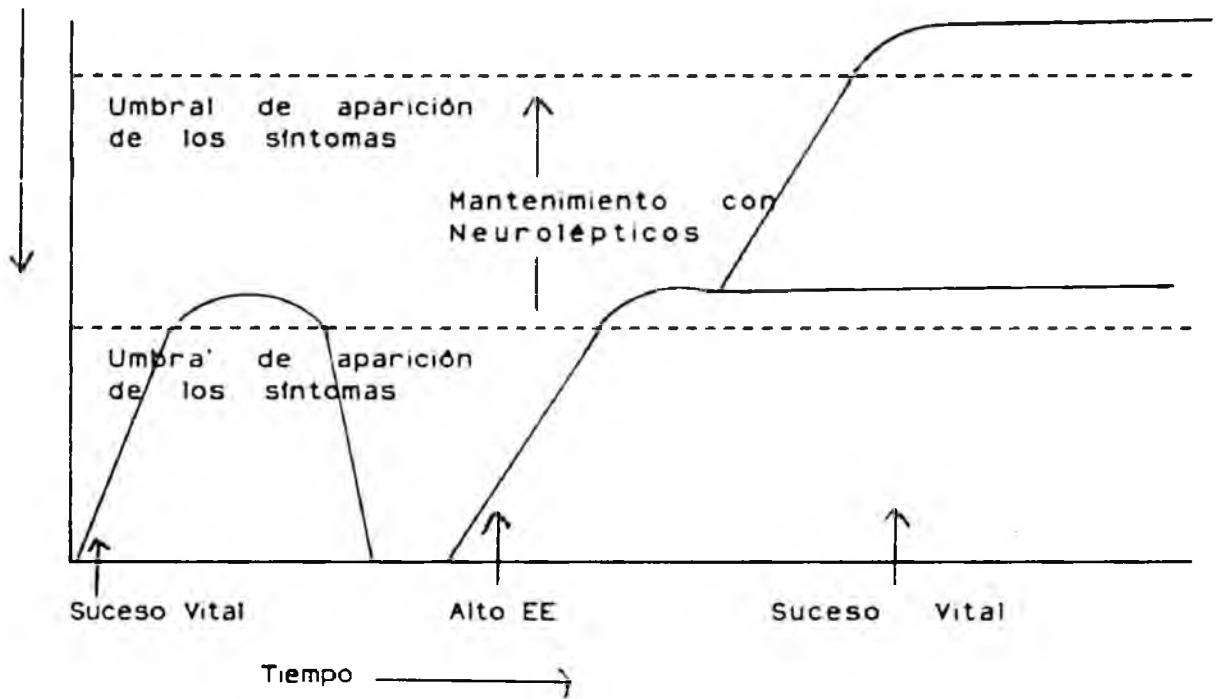


Figura 2: Representación gráfica sobre la Susceptibilidad del Paciente Esquizofrénico al Estrés Ambiental. (Adaptado de Leff y cols., 1983).

Concluyendo este apartado sobre la naturaleza de EE, se puede decir que tampoco hay resultados definitivos.

La interpretación actualmente más compartida reformula el constructo EE en términos de Control Social Interpersonal que se convierten en fuente de estrés crónico para el paciente, que incapaz de manejarlo adecuadamente con estrategias de enfrentamiento eficaces, sucumbe sintomáticamente.

Tal formulación es coherente con el modelo de vulnerabilidad bio-psico-social de la esquizofrenia.

1.4. DISCUSION: MODELOS EN CONFRONTACION

En las secciones anteriores se han presentado dos modos de entender la influencia de la familia en la esquizofrenia y así también de modificarla, claramente confrontados en sus aspectos teóricos y formales.

Brevemente, el primero de los modelos expuestos, presentado bajo la denominación de "hipótesis causal de la influencia de la familia en la esquizofrenia", recoge las teorías que sitúan el origen y mantenimiento del trastorno de pensamiento característico de la esquizofrenia en el tipo de comunicaciones e interacciones anómalas puestas al servicio del mantenimiento de una estructura jerárquica confusa disfuncional.

El segundo, centrado en la línea de investigación agrupada en torno al constructo Emoción Expresada, documenta en qué medida la atmósfera emotiva familiar influye en la evolución clínica de la esquizofrenia. Asimismo, operacionaliza el constructo de Emoción Expresada de modo tal que se constituye en el factor de pronóstico más fiable de la recaída.

Los dos modelos difieren entre sí en diversos aspectos importantes: contexto en el que surgen (práctica clínica versus investigación sociológica), influencias teóricas (Psicoanálisis, Teoría General de los Sistemas versus Psiquiatría Social), objeto de estudio (génesis versus evolución clínica del trastorno) ... pero sin duda alguna, la diferencia fundamental que da título a esta discusión

radica en el tipo de epistemología científica adoptada por cada uno de los dos modelos para el estudio de las relaciones esquizofrenia-familia.

El modelo etiológico, que paulatinamente deriva en formulaciones sistémico-relacionales, estudia la familia como un sistema de elementos organizados según unos patrones que le caracterizan. Las relaciones familiares son analizadas en términos de procesos interdependientes. Es una epistemológica circular.

El modelo de la investigación EE sin embargo, al analizar la influencia de determinadas actitudes familiares en el curso del trastorno y pretender demostrar su independencia con respecto de las características del paciente, aborda el tema en términos de causa y efecto o desde una perspectiva lineal.

La diferente epistemología (circular versus lineal) es la causa de que incluso la noción misma de esquizofrenia adoptada por ambos modelos sea divergente.

Los defensores de un modelo circular para el estudio de la esquizofrenia consideran que la sintomatología psicótica es un fenómeno transaccional y en consecuencia, inseparable del patrón interaccional sincrónico-diacrónico del que emerge. En este sentido, no es esquizofrénico el individuo diagnosticado como tal, sino la secuencia interactiva en la que participa.

La investigación EE por su parte, concibe la esquizofrenia como un trastorno individual, posiblemente enraizado en la biología y activado por la emergencia de acontecimientos estresantes que exceden las habilidades de afrontamiento del sujeto.

Tales divergencias epistemológicas tienen también consecuencias en el tipo de diseños de investigación planteados por cada uno de los modelos. La confrontación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo en psicología adquiere aquí toda su virulencia.

Dado que para los modelos sistémicos el objeto de estudio es la interacción esquizofrénica, la unidad de análisis necesariamente ha de ser el patrón interaccional en el que surge la conducta esquizofrénica desde la doble perspectiva diacrónica y sincrónica.

El enfoque cualitativo así planteado no es sustituible por otro cuantitativo, basado en la cuantificación de la frecuencia de ocurrencia de determinados incidentes y/o conductas críticas, tal como ocurre en la investigación EE. Esta última, adoptando un enfoque cuantitativo, se caracteriza por el gran esfuerzo realizado en la operacionalización de las variables críticas y el empleo posterior de las técnicas estadísticas para la comprobación de las hipótesis.

El abordaje del problema que significa un paciente diagnosticado de esquizofrenia, es necesariamente diferente en sus objetivos y métodos para los partidarios de una u otra escuela.

La Terapia Familiar, heredera directa de los modelos familiares sistémicos, se plantea como objetivo general la transformación de la organización familiar de modo tal que satisfaga funcionalmente los requerimientos de cada ciclo evolutivo. Los aspectos formales varían en función de la escuela e incluso del terapeuta, utilizándose gran variedad de estrategias concretas (estructurales, paradójicas, contraparadójicas...), escasamente sistematizadas y basadas en cambio, en la experiencia y ojo clínico del profesional.

Los enfoques psicoeducacionales, basados en la línea de investigación EE, buscan la adaptación del núcleo familiar a la enfermedad del paciente. Para lograr tal fin modifican las respuestas emocionales de los familiares frente a la sintomatología manifestada por el paciente. Las intervenciones, más sistematizadas y basadas en gran parte en el sentido común, se componen de intervenciones informativas y pedagógicas sobre el tema de la esquizofrenia, sesiones familiares conjuntas en las que se trabaja con modelos de entrenamiento en solución de problemas y habilidades comunicacionales, grupos de discusión multifamiliares y cursillos de habilidades sociales para el paciente.

La confrontación entre modelos es intensa y permanece a la espera de encontrar una solución.

El análisis cualitativo de los patrones interaccionales y la sistematización de las intervenciones de orientación sistémica en formatos de intervención típicos, son tareas, que por su gran dificultad, permanecen sin ser abordadas adecuadamente. Ello tiene dos graves consecuencias para la epistemología sistémica aplicada a las relaciones esquizofrenia-familia:

1. La investigación empírica realizada desde tal enfoque teórico-metodológico está declinando, al no lograr adecuar la investigación empírica a la teoría, ni tampoco resultados replicables de los estudios perpetrados.

2. La Terapia de Familia se desestime como tratamiento de elección ante las dificultades de realizarla correctamente.

Por el contrario, el modelo de investigación adoptado por la investigación EE es el predominante actualmente en Inglaterra y Estados Unidos y está siendo paulatinamente implantado en otros contextos. La causa de esta difusión hay que buscarla entre otras, en las siguientes razones:

1. En el gran esfuerzo que algunos investigadores han realizado en la acotación y operacionalización de las variables críticas del ambiente emocional familiar y su influencia en el curso del trastorno, así como de aplicación

de técnicas estadísticas relativamente sencillas para la manipulación de los datos resultantes.

2. En los intentos de integrar tales variables relevantes en un modelo de explicación multicausal que tome en cuenta el conocimiento adquirido desde distintas disciplinas y la existencia de sistemas en interacción (biológico, psicológico y social) en la base de la conducta humana.

3. En diseñar y sistematizar estrategias de intervención terapéutica para su modificación que sean analizables usando criterios de comparación estadística.

No obstante, la ventaja que el modelo EE ha cobrado frente al modelo sistémico no garantiza el final de la confrontación de modelos de análisis de la familia del esquizofrénico.

Los defensores de la investigación EE consideran que el modelo sistémico no es operativo y pertenece al pasado debido a que en el análisis que hace del problema de la esquizofrenia, omite las variables biológicas y psicológicas del sistema personal del paciente esquizofrénico; minimiza la importancia de operacionalizar las variables relacionales del sistema social y de los modos en que se interconectan; y tampoco sistematizan las intervenciones terapéuticas en formatos más o menos estructurados.

Pero los defensores del modelo sistémico consideran a éste como el único modelo capaz de explicar la complejidad de los procesos relacionales. Por esta razón no pueden aceptar la capitulación, ni incluso la integración de sus supuestos básicos en un modelo lineal para entender la influencia de la familia. Desde la epistemología sistémica, ello significaría renunciar al estudio de la interacción humana tal y como consideran que ésta ocurre.

Por otra parte, aunque la investigación EE ha contribuido en gran medida al establecimiento de una línea de investigación muy fructífera sobre las relaciones esquizofrenia-familia y a la implantación de principios clínicos útiles al tratamiento de estos pacientes, tampoco está exenta de dificultades.

Además de las aportaciones a la conceptualización del trastorno esquizofrénico y su estudio, señaladas anteriormente, la investigación EE demuestra la eficacia de determinados principios terapéuticos:

1. La necesidad de tomar contacto con la familia del paciente desde los primeros contactos asistenciales para evaluar sus actitudes hacia el paciente y planificar en función de las mismas, el tipo de intervención terapéutica más adecuada.

2. La conveniencia para el paciente de disminuir el contacto cara a cara con familiares que muestren actitudes críticas, hostiles y/o de sobreimplicación hacia su persona.

3. La intervención terapéutica en estos familiares destinada a modificar la expresión de tales actitudes por pautas de enfrentamiento más adecuadas para el familiar y menos perniciosas para el paciente.

4. La conveniencia de dosis medicamentosas diferentes en pacientes residentes en hogares con pautas relacionales distintas, pudiendo reducir las dosis en aquellos que residen en hogares bajos en EE y aumentarlas en previsión de la ocurrencia de acontecimientos vitales.

Pero la investigación EE, basada en su mayor parte en el sentido común de sus promotores más que en el conocimiento clínico profundo de la condición esquizofrénica, no ha superado en casi tres décadas de existencia el carácter estrictamente pragmático y empírico que la caracterizó en sus inicios y carece por tanto de una teoría sólida y bien fundamentada de lo que el constructo Emoción Expresada representa realmente en el origen y el curso del trastorno.

La interpretación del clima emotivo familiar como una fuente de estrés ambiental de naturaleza interpersonal ante la que el paciente esquizofrénico, biológicamente vulnerable, puede defenderse haciendo uso de estrategias de

enfrentamiento adecuadas (modelos de solución de problemas) y/o de evitación (bajo contacto social cara a cara y toma de medicación profiláctica) o sucumbir en una crisis psicótica aguda, es posiblemente una primera representación conceptual del problema que requiere ulteriores matizaciones.

Ha de investigarse, especialmente sobre la naturaleza de EE. ¿Qué es EE más allá de la definición empírica?. Pueden plantearse numerosas cuestiones a la investigación EE.

Entre ellas, destacaría la aclaración de la naturaleza unitaria o compuesta de la variable EE. Igualmente, la delimitación del componente cultural inherente al concepto EE, de modo tal que permita establecer las diferencias socio-culturales existentes de un modo fiable.

Pero sin duda, urge aclarar numerosas cuestiones relacionadas con el modo en que se activan las actitudes críticas, hostiles y/o de sobreimplicación de los familiares y posiblemente también, con el modo en que estas actitudes se imbrincan con conductas del propio paciente, generando los ciclos conductuales y relacionales en los que se cristaliza la patología. Si las formulaciones de Greenley (1986) y Hooley (1987) tratan de resolver la primera de estas cuestiones, no se adentran en los circuitos de acción-reacción que la interacción de las conductas del familiar y del paciente generan.

Además, hay otras cuestiones más allá de la naturaleza de EE y relativas al efecto de EE sobre el trastorno que no han sido aún respondidas adecuadamente. Por ejemplo, el modo en que los niveles de EE tienen alguna relación con lo que se ha venido a denominar los síntomas negativos de la esquizofrenia. O lo contrario, su relación con indicadores de buena evolución psico-social.

En definitiva, el terreno está abonado, para que la nueva investigación EE trate de resolver estas cuestiones u otras.

2. PARTE EMPIRICA: SEGUIMIENTO DURANTE 1 AÑO DE
UNA MUESTRA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DE LAS
HIPOTESIS

Esta segunda parte, tiene por objetivo fundamental la replicación de la investigación EE en una muestra de pacientes esquizofrénicos residentes en la Comunidad Autónoma Vasca. Se trata de conocer los efectos que algunas características demográficas y clínicas del paciente esquizofrénico y/o de su familia (especialmente el clima emotivo familiar operacionalizado como Emoción Expresada) pueden ejercer en la evolución del trastorno durante un año de seguimiento.

Las hipótesis que se someterán a prueba son las siguientes:

HIPOTESIS 1:

Existe asociación entre el nivel de Emoción Expresada Familiar y el curso del trastorno esquizofrénico.

HIPOTESIS 2:

El nivel de Emoción Expresada es la variable que predice el curso del trastorno.

HIPOTESIS 3:

La toma regular de medicación y la reducción del tiempo de contacto cara a cara con el familiar moderan el efecto del nivel alto de Emoción Expresada sobre el curso del trastorno.

2.2. METODO

2.2.1. Muestra

Los datos recogidos en este estudio han sido obtenidos de 19 pacientes asistidos en las Unidades de Agudos del Hospital Psiquiátrico de Santa Agueda de Mondragón y de Santa María de las Nieves de Vitoria y en los Servicios Extrahospitalarios de Psiquiatría del Hospital de Cruces.

Los criterios utilizados para su selección fueron los siguientes:

- 1- Pacientes diagnosticados de Esquizofrenia por el equipo médico del centro asistencial.
- 2- Residentes en la Comunidad Autónoma Vasca.
- 3- De edades comprendidas entre 15 y 35 años.
- 4- Residentes en su domicilio familiar durante al menos el año anterior a la evaluación realizada y con perspectivas de seguir haciéndolo durante el año siguiente a la evaluación.

Por su difusión entre los profesionales de la salud mental en la Comunidad Autónoma, se eligieron los criterios de la DSM-III (A.P.A., 1980) para efectuar el diagnóstico de Esquizofrenia en sus distintas formas. Estos son:

- a- Duración de los síntomas de la enfermedad superior a seis meses.
- b- Comienzo de la fase prodómica o de la fase activa antes de los 45 años.
- c- Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales o del cuidado personal.

d- Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas durante alguna fase de la enfermedad:

1. Ideas delirantes extrañas (con contenido claramente absurdo y sin base), como ideas delirantes de creerse controlado o difusión, imposición o robo de pensamiento.

2. Ideas delirantes somáticas de grandeza, religiosas, nihilistas, u otras ideas delirantes sin contenido de persecución o celos.

3. Ideas delirantes persecutorias o celotípicas si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones.

4. Alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí.

5. Alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen más de una o de dos palabras, sin relación con la depresión o euforia.

6. Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del contenido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguientes síntomas:

6.1. Afectividad embotada, aplanada, inapropiada.

6.2. Ideas delirantes o alucinaciones.

6.3. Conducta catatónica o gravemente inorganizada.

e- Los síntomas de la enfermedad no son causados por trastornos maníaco-depresivos.

f- Los síntomas de la enfermedad no son causados enfermedad orgánica o por retraso mental.

2.2.2. Variables

Las variables utilizadas hacen referencia a cuatro aspectos fundamentales:

1. EVALUACION DEL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

- 1.1. Rehospitización/No Rehospitización
- 1.2. Número de Rehospitizaciones

2. EVALUACION DE FACTORES MODERADORES DEL CURSO

- 2.1. Colaboración en la toma de medicación
- 2.2. Contacto cara a cara con los familiares

3. EVALUACION DE CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

- 3.1. Datos sociodemográficos
- 3.2. Historia Psiquiátrica
- 3.3. Estado Clínico
- 3.4. Rol Social
- 3.5. Conducta

4. EVALUACION DE CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

- 4.1. Características generales
- 4.2. Emocion Expresada (EE)

Paso a continuación a describir las y explicitar los instrumentos utilizados para la evaluación de cada una de ellas.

1. Evaluación del Curso de la Esquizofrenia

La Evolución del trastorno esquizofrénico e incluso también el término Recaida tienen gran número de acepciones en los ámbitos clínicos y científicos. Por recalda puede entenderse rehospitización, deterioro clínico específico o inespecífico, cambios cualitativos y cuantitativos de abordaje terapéutico, deterioro social entre otras cosas (Falloonn, 1983).

Para la determinación de la evolución negativa del trastorno se sigue el criterio más fácilmente objetivable de "todas aquellas alteraciones sintomatológicas significativas que provoquen la necesidad de una hospitalización del paciente".

La recalda así definida será analizada de dos modos:

- 1.1. Rehospitalización.
- 1.2. Número de rehospitalizaciones.

Se tendrán en cuenta y serán discutidas las limitaciones impuestas con esta definición de recalda en la interpretación de los resultados.

2. Evaluación de Factores Moderadoras del Curso.

El número de factores que inciden en la evolución clínica del paciente diagnosticado de esquizofrenia puede ser amplio. En este trabajo de replicación de la investigación EE, se someterá a prueba el efecto que de modo directo tienen en la evolución clínica del paciente y el efecto moderador en la influencia del Clima Emocional Familiar en el curso del trastorno esquizofrénico de las siguientes variables:

2.1. Toma regular de la medicación prescrita durante el seguimiento.

Para la consideración de regularidad, los periodos de suspensión de la toma en el caso de la medicación oral han de ser inferiores a una semana.

La información precisa al respecto, es requerida a la familia y el paciente en el momento del seguimiento, en el caso de la medicación oral.

2.2. Tiempo de contacto cara a cara que el paciente mantiene con sus familiares durante el período de seguimiento.

La información relativa al tiempo de contacto con los familiares se hace en entrevista conjunta familiares-paciente en el momento de seguimiento. En ella, se examinan las distintas actividades realizadas por el paciente durante el día, lo que permite calcular el número de horas de contacto cara a cara por semana mantenido con cada de los familiares.

Siguiendo el criterio de investigaciones precedentes, la variable tiempo de contacto social se dicotomizará en dos categorías: más de 35 horas semanales y menos de 35 horas semanales.

3. Evaluación de las Características del Paciente.

Nuevamente las posibilidades de evaluación del paciente identificado son numerosas, tanto con respecto a los objetivos como a las técnicas.

En este trabajo se considerarán los siguientes grupos de características:

- 3.1. Datos Sociodemográficos
- 3.2. Historia Psiquiátrica
- 3.3. Estado Clínico
- 3.4. Rol Social
- 3.5. Conductas Desadaptativas

Paso a continuación a explicitarlas.

3.1. Datos Sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Nivel Educativo
- Nivel Profesional
- Situación Laboral
- Situación Económica

3.2. Datos de la Historia Psiquiátrica

- Edad de inicio del trastorno
- Edad de la primera hospitalización
- Número de ingresos hospitalarios
- Existencia o no de delitos judiciales
- Existencia o no de intentos de suicidio

3.3. Estado Clínico

- Diagnóstico Psiquiátrico
- Sintomatología
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Delirios Coherentemente Expresados
 - Alucinaciones
- Severidad de los Síntomas en función de su Impacto en la Personalidad
- Pobreza del contenido del Lenguaje
- Afecto Embotado
- Afecto Incogruente
- Retardo Psicomotor

3.4. Rol Social

- Participación en las tareas del Hogar
- Rol Marital (Relaciones Afectivas)
- Rol Marital (Relaciones Afectivas)
- Rol Parental
- Rol Sexual (no conyugal)
- Contactos Sociales (fricciones)
- Rol Ocupacional
- Rol Ocupacional (en parados)
- Intereses e Información
- Conducta ante Emergencias

3.5. Conductas Desadaptativas

- Autocuidado
- Hipoactividad
- Lentitud
- Aislamiento Social

3.3. Estado Clínico

La evaluación del Estado Clínico del Paciente se realizó de modo global y pormenorizado, para lo cual se realizó un diagnóstico psiquiátrico y una evaluación sintomatológica.

- Diagnóstico Psiquiátrico.

La valoración de las características sintomáticas del trastorno psiquiátrico se ha realizado con el P.S.E. (Present State Examination), sistema de evaluación psiquiátrica construido por Wing, Cooper y Sartorius en 1974.

Este método diagnóstico, partiendo de la habilidad del entrevistador para el reconocimiento de los síntomas y de un exhaustivo entrenamiento para hacerlo de modo fiable, permite la evaluación de 140 síntomas, agrupados en 20 secciones, algunas de las cuales serían: síntomas mencionados espontáneamente, salud, preocupaciones, apetito, obsesiones, irritabilidad, humor e ideación expansivos, trastornos del pensamiento, desrealización y despersonalización, alucinaciones, delirios, afecto etc... Siguiendo un procedimiento informático puede lograrse la delimitación de los mismos en "clases CATEGO", que si bien no corresponden exactamente a un diagnóstico clínico, se aproximan en buena medida.

La elección de tal instrumento de evaluación se realizó por sus posibilidades de evaluación 'fiable' de gran número de síntomas, y la posibilidad de comparar los resultados obtenidos a partir del mismo con los de otras investigaciones de relieve internacional, dada su difusión en ambientes científicos.

Para su correcta utilización, los miembros de equipo que colaboró en la realización de este trabajo realizaron un entrenamiento intensivo con el Dr. Muñoz, autor de la versión española de la prueba.

- Evaluación Sintomatológica

Aunque el P.S.E. es muy útil para realizar diagnósticos fiables a partir de un gran número de síntomas, específicos e inespecíficos del trastorno, no fué diseñado para medir el cambio ni la severidad de los síntomas analizados conjuntamente en cada sección. Incluso su longitud hace que no sea muy útil para este propósito.

A tal fin, basándome en la Escala de Evaluación Psiquiátrica diseñada y validada por Krawiecka y cols., 1977, y revisando la bibliografía en torno a los síntomas positivos y negativos más correlacionados con la recaída del paciente esquizofrénico, he creado una escala de evaluación sintomatológica a partir de los ítems evaluados en el P.S.E. (Apéndice 1).

3.4. Evaluación del Rol Social.

El rol social podría definirse como: "un conjunto de expectativas que la gente comparte sobre cómo ha de comportarse una persona que ocupa una determinada posición social" (Wersma, de Jon y Orwell, Manual del "Groningen Social Dissability Schedule" pág. 2).

A los fines del presente estudio, la escala elegida para la evaluación de la ejecución del paciente en su rol social, ha de reunir algunas condiciones:

1. Ser lo suficientemente comprensiva para permitir evaluar y medir un número variado de áreas como son las interacciones sociales, relaciones afectivas, rol laboral etc...
2. Ser lo suficientemente sensible como para actuar como medida de cambio y ser cumplimentada fiablemente por un observador del paciente (en nuestro caso la escala es cumplimentada por los padres o cónyuge del paciente).

Por ello, y debido a su uso difundido en distintas investigaciones, hemos elegido la escala DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (D.A.S.) promovida por la World Health Organization, 1985.

El objetivo que esta escala se propone es: "evaluar la conducta y funcionamiento social del paciente en su contexto socio-cultural" (pág. 1).

El término "Disability" (Incapacidad), hace referencia a la conducta social desadaptativa y a trastornos en la

ejecución de los roles sociales como resultado del desorden mental. Esta definición es algo distinta de los síntomas psiquiátricos y del deterioro psicológico específico asociado a la enfermedad mental. Puede incluso no corresponderse con la severidad de los síntomas psiquiátricos y deterioro asociado, y depender de otros factores como puede ser la personalidad, y otros previos o posteriores al desorden psiquiátrico.

Los contenidos de la sección del D.A.S. evaluados en este punto son los siguientes:

- Participación en tareas del hogar.

Modo en que el paciente se conforma a las funciones de su rol específico (ama de casa, padre, hijo...) dentro del hogar.

- Rol marital (Relaciones afectivas).

Modo en que el paciente se comunica con su partner y es capaz de ser fuente de apoyo para este último.

- Rol marital (Relaciones sexuales).

Implicación del paciente en la relación sexual con su partner y satisfacción obtenida.

- Rol parental.

Implicación del paciente en la vida de sus hijos y competencia demostrada para cuidarlos.

- Rol sexual (no conyugal).

Interés e implicación en las relaciones (afectivas y sexuales) íntimas y competencia en las mismas.

- Contactos sociales (fricciones).

Modo en que el paciente se adapta a las personas y su flexibilidad para relacionarse y convivir con ellas.

- Rol ocupacional.

Modo en que el paciente se adapta a la disciplina laboral, rendimiento laboral y motivación en el trabajo.

- Rol ocupacional (en parados).

Actitudes, habilidades y actividades realizadas por el paciente para lograr un empleo.

- Intereses e información.

Actividades realizadas por el paciente para estar en contacto con su ambiente social próximo e implicación demostrada en las mismas.

- Conducta ante emergencias.

Competencia y responsabilidad ante situaciones imprevistas.

3.4. Evaluación de conductas desadaptativas.

Para la evaluación de estas características de la conducta del paciente se ha utilizado la sección correspondiente en el D.A.S. (Organización Mundial de la Salud, 1985).

Las conductas aquí consideradas, evaluadas a través de la información proporcionada por un familiar del paciente, son las siguientes:

- Autocuidado.

Higiene personal y apariencia, cuidado de su salud física, pertenencias personales y espacio.

- Hipoactividad.

Actividades realizadas, su significado en términos de aceptabilidad social, espontaneidad e implicación en las mismas.

- Lentitud.

Lentitud en la realización de actividades cotidianas y de pensamiento que interfiere con su funcionamiento autónomo.

- Aislamiento Social.

Interés en la comunicación con las personas y cantidad de contactos sociales mantenidos.

4. Evaluación de las Características de la Familia.

Los únicos aspectos de la familia que se considerarán en el presente trabajo serán los necesarios para replicar la investigación EE. Estos son:

4.1 Características generales de estructura y composición familiar.

- Tipo de hogar actual
- Situación familiar

4.2. Emoción Expresada (EE).

Tras el entrenamiento con uno de sus creadores (Dr. Vaughn) en el que logré el nivel de fiabilidad mínimo necesario, he utilizado para la evaluación de la Respuesta Emocional familiar la versión castellana de la Camberwell Family Interview (Karno y cols., 1987) con algunas modificaciones (fundamentalmente expresiones y giros verbales) que la hacen más adecuada para su uso con la población residente en la Comunidad Autónoma Vasca.

Cada una de las entrevistas, realizadas individualmente con cada uno de los familiares más significativos del paciente, fué evaluada en cada uno de los cinco componentes de EE (Vaughn y Leff, 1976), a partir de los cuales se calculó el índice de EE para cada uno de los familiares y un nivel global de EE familiar.

Se consideran los siguientes aspectos del ambiente afectivo familiar:

- Criticismo.

Incluye el recuento de todas las "afirmaciones que por la manera en que son expresadas constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad de la persona a quien van dirigidas". Puede ser evidente por el contenido del mensaje o por aspectos subvocálicos del mismo.

- Hostilidad.

Escala global en la que se puntúa la presencia o no de dos tipos de mensajes, evaluados fundamentalmente en base a su contenido: "expresiones de rechazo de alguien como persona y/o generalización de comentarios críticos específicos a su persona como un todo".

- Sobreimplicación.

Escala de valoración global que recoge expresiones y observaciones de preocupación y protección excesiva hacia el miembro esquizofrénico, así como reacciones emocionales exageradas y la presencia de una conducta de dedicación y autosacrificio poco común.

Calidez.

Escala global de cinco puntos que recoge expresiones de preocupación, empatía y simpatía hacia el paciente. Su valoración se basa tanto en el contenido del mensaje como en aspectos subvocálicos del mismo, tomándose en cuenta la espontaneidad con la que son emitidos.

- Comentarios Positivos.

Incluye el recuento del número de expresiones de aprobación y alabanza o aprecio de la conducta o personalidad relativas al paciente esquizofrénico.

A partir de los componentes que más correlacionan en la investigación EE con la recaída del paciente (Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación) se establecen los niveles de EE parental y familiar:

- Nivel de EE parental.

Siguiendo la metodología utilizada en otras investigaciones, se utilizarán los siguientes puntos de corte:

- 6 o más Comentarios Críticos y/o
 - 4 o 5 en la escala de Sobreimplicación y/o
 - existencia de algún tipo de Hostilidad,
- para la consideración del nivel alto.

Si las puntuaciones obtenidas por un familiar en las tres escalas son inferiores a los puntos de corte establecidos se le considerará de bajo EE.

- Nivel de EE familiar.

Cuando ambos padres expresan un nivel alto de EE se considerará que el nivel de EE familiar es alto (en hogares con un único padre, cuando éste puntúa alto).

Si ambos padres expresan un nivel bajo de EE en las distintas escalas para evaluarlo (si tan sólo convive con uno de los padres, cuando éste puntúa bajo) se considerará bajo.

Cuando uno de los padres expresa un nivel bajo de EE mientras que el otro expresa un nivel alto de EE se considerará que el nivel de EE es dual.

2.2.3. Procedimiento

Los 19 pacientes que componen la muestra estudiada han sido reclutados de las Unidades de ingresos de los Hospitales Psiquiátricos de Santa Agueda de Mondragón (Guipúzcoa) y Santa María de las Nieves de Vitoria y de los Servicios de Consulta Externa del Hospital de Cruces en Baracaldo (Vizcaya) según los criterios anteriormente mencionados.

Fueron excluidos, por tanto, aquellos cuyo diagnóstico fuera dudoso o que su sintomatología pudiera estar determinada por el consumo de drogas o deterioro orgánico, así como aquellos cuyo medio de convivencia no fuera la familia aunque mantuviese otro tipo de contacto ocasional.

La composición final de la muestra fue de 19 pacientes, 11 de los cuales estaban hospitalizados en el momento de realizar la evaluación y 8 en tratamiento ambulatorio.

Cuando el paciente se encontraba ingresado en el Hospital Psiquiátrico, la primera toma de contacto con la familia del paciente se realizó a través de una entrevista, normalmente fijada por el personal del Hospital para recoger datos de la Historia Clínica, y de los hechos que acontecieron previamente al ingreso.

Cuando esta entrevista estaba finalizando, uno de los entrevistadores explicaba en líneas generales el proyecto de investigación y presentaba al equipo investigador para explicar detalles, pedir la colaboración de la familia, y

en caso de que ésta concediera su permiso, convenir el horario para la recogida de datos y la evaluación.

En caso de que en aquel momento el paciente no se hallara ingresado y permaneciera en su domicilio, se le citaba junto a su familia para tomar un primer contacto y explicar el proyecto. Se ponía cuidado en que el primer contacto fuera hecho junto con el psiquiatra responsable del caso.

La familia firmaba entonces, su consentimiento para colaborar en el estudio (Apéndice 2).

En el primer caso, cuando el paciente estaba hospitalizado la evaluación se realizaba en el hospital donde estaba ingresado, mientras permanecía hospitalizado. Cuando el paciente no estaba ingresado, la evaluación se realizaba en la Universidad de Deusto.

Una vez convenida la participación de la familia en el proyecto (el paciente y sus padres en caso de que fuera soltero o residiera en el domicilio familiar, o el paciente y su cónyuge si estuviera casado), se procedía a citarla para realizar la evaluación.

Dado que ésta consistía en su primera fase en entrevistas individuales con los miembros de la familia, para ser realizada de un modo operativo y ágil, era preciso la participación de tres miembros del equipo.

Uno de los miembros del equipo evaluaba al paciente (entrevista diagnóstica P.S.E.) mientras que los otros dos

valoraban a cada uno de los padres o al cónyuge del paciente, en caso de que el paciente estuviera casado, aspectos relativos al EE familiar, para lo cual se utilizó la entrevista semiestructurada Family Camberwell Interview.

Por razones prácticas y habiendo considerado el equipo que no se alteraba este objetivo prioritario, el formato de entrevista original (Camberwell) fue alargado y modificado en algunos aspectos de la segunda parte con el objetivo de evaluar la realización del Rol Social por el paciente, tal como lo hace el D.A.S.

Me basé para ello en dos circunstancias principales.

En primer lugar, en la observación de Vaughn y Leff (1976) y también de Gutiérrez (1988) de que es en la primera parte de la entrevista cuando se realizan la mayor parte de los Comentarios Críticos.

En segundo lugar, en la observación de que la Camberwell Family Interview y la entrevista D.A.S., recaban información muy similar en algunas secciones, aunque con objetivos diferentes desde el punto de vista del observador.

Tal entrevista, recogida en el Apéndice 3, proporciona información para valorar tres aspectos importantes en esta investigación:

1. Clima emocional familiar.
2. Evaluación de conductas desadaptativas.
3. Evaluación del Rol Social.

Una vez finalizada la evaluación, se agradece a la familia su colaboración con el equipo en la realización del proyecto y se les informa de que el equipo tomará de nuevo contacto con ellos un año más tarde.

Transcurrido el año, uno de los miembros del equipo se puso de nuevo en contacto por teléfono con la familia y fijó una fecha para hacer una visita domiciliaria.

En ésta, se tuvo una entrevista personal con el paciente para recabar algunos datos en relación a su estado mental (items del P.S.E. incluidos en la escala de síntomas) y con la familia, para obtener datos en relación a la evolución de la enfermedad (recaída) y a los factores moduladoras considerados (tiempo de contacto y toma de medicación).

2.2.4. Análisis Estadístico

Para la comparación de los perfiles de EE encontrados en la muestra con los obtenidos en otros estudios, se ha utilizado la técnica estadística de Chi Cuadrado. Este estadístico indica la discrepancia entre unos datos empíricos y los que se obtendrían de acuerdo a una hipótesis definida y entre sus usos destaca el estudio de la relación entre dos variables, o lo que es lo mismo, su independencia o dependencia.

La lógica del método no es otra que empezar calculando las frecuencias teóricas que existirían en caso de no haber correlación entre las variables.

Las características de los datos disponibles recomiendan la depuración de la técnica Chi Cuadrado con la Corrección de Yates (Ca'vo, 1978). Estas son, la existencia de tablas de doble entrada con un número reducido de casos, en las que en una o más casillas correspondan frecuencias teóricas menores de 5.

Para la comprobación de la primera y tercera hipótesis se ha utilizado la técnica estadística Test Exacto de Fisher y 't' de Student, dado el reducido tamaño de la muestra estudiada ($N < 20$).

El Test Exacto de Fisher es una prueba no paramétrica, útil para comprobar la relación existente entre dos muestras de tamaño muy reducido ($N < 20$), independientes y cuyos datos se distribuyan

dicotómicamente. Es un estadístico útil cuando las características de la muestra desaconsejan el uso de la Chi Cuadrado.

La 't' de Student es un estadístico para estimar la significación de la diferencia de medias de dos muestras de reducido tamaño ($N < 30$). Al ser esto así, se aplica la distribución 't' de Student en vez de la distribución normal.

La comprobación de la segunda hipótesis se ha realizado utilizando las técnicas estadísticas Correlación Biserial Puntual y Correlación de Pearson.

La Correlación de Pearson es un estadístico que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas continuas.

La Correlación Biserial Puntual es un coeficiente de correlación, derivado a partir de la fórmula del coeficiente de Correlación de Pearson, para el análisis de la relación entre una variable cuantitativa continua y otra variable dicotómica.

Para la comprobación de la significación de ambos estadísticos se sigue la fórmula de Downie (1971) para el contraste de significación de ambos coeficientes de correlación.

Los datos han sido tratados en un Ordenador PC-640 X Turbo de Investrónica, y el análisis estadístico, mediante el paquete de programas SPSS (Statistical Package for the Social Science) (Nie y cols., 1975).

Se utilizaron los siguientes programas:

1. Subprogram condescriptive
2. Subprogram Frequencies
3. Subprogram Crosstabs
4. Subprogram T-Test
5. Subprogram Bivariate Correlation Analisis
 - Pearson Correlation

2.3. RESULTADOS

2.3.1. Descripción de la Muestra

Tal como puede observarse en la Tabla 1, la muestra estudiada está compuesta por 19 pacientes esquizofrénicos, 8 varones y 11 mujeres, de edades comprendidas entre 16 y 32 años; son solteros en su mayoría (94.7%), y predominan los que tienen una capacitación educativa media (63.2%) aunque sin definir profesionalmente (tan sólo el 31.6% tiene alguna cualificación profesional). La mayoría se hallan en situación de desempleo (68.4%) lo que les coloca en situación de dependencia económica con respecto de sus familias.

TABLA 1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

Datos Sociodemográficos	RANGO	X	D.T
Edad	16-32	24.39	4.05
	N		%
Sexo:			
Varón	8	42.1	
Mujer	11	57.9	
Estado Civil:			
Solteros	18	94.7	
No Solteros	1	5.3	
Nivel Educativo:			
Estudios Primarios	7	36.8	
Estudios Medios	12	63.2	
Estudios Superiores	0	0.0	
Situación Laboral:			
Activo	4	21.1	
Parado	13	68.4	
Pensionista	2	10.5	
Nivel Profesional:			
Sin Profesión	8	42.1	
Obrero sin cualificar	5	26.3	
Obrero Cualificado	6	31.6	
Profesión de mayor nivel	0	0.0	
Situación Económica:			
Dependencia de la Familia	11	57.9	
Independ./Gastos Compartidos	8	42.1	
Nivel Educativo Padre:			
Estudios Primarios	13	86.7	
Estudios Medios	2	13.3	
Estudios Superiores	0	0.0	
Nivel Educativo Madre:			
Estudios Primarios	17	89.0	
Estudios Medios	1	5.5	
Estudios Superiores	1	5.5	
Situación Laboral Padre:			
Parado	1	6.7	
Activo	9	60.0	
Pensionista	5	33.3	
Situación Laboral Madre:			
Parado	15	78.9	
Activo	4	21.1	
Pensionista	0	0.0	
Nivel Profesional Padre:			
Sin Profesión	0	0.0	
Obrero sin Cualificar	5	26.3	
Obrero Cualificado	8	42.1	
Profesión de Mayor Nivel	2	10.5	
Nivel Profesional Madre:			
Sin Profesión	16	84.2	
Obrero sin cualificar	2	10.5	
Obrero Cualificado	1	5.3	
Profesión de Mayor Nivel	0	0.0	

El 94.7% de los pacientes conviven en el hogar parental, en su mayoría con ambos padres (73.7%) (Tabla 2).

TABLA 2. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: CARACTERISTICAS GENERALES DE ESTRUCTURA Y COMPOSICION FAMILIAR

	n	%	
Tipo de Hogar			
Paterno	18	94.7	
Conyugal	0	0.0	
Otros	1	5.3	
Situación Familiar			
Convivencia ambos padres	14	73.7	
Padre/Madre Fallecido	4	21.1	
Padre/Madre Ausente	1	5.3	
	RANGO	X	D.T.
No. Personas residentes	2-9	4.83	1.79

Con respecto a su historia psiquiátrica (Tabla 3), hay variaciones en relación a aspectos asociados a la cronicidad del trastorno como son su duración (rango 0-12), edad de inicio (rango 13-28), número de ingresos hospitalarios (rango 0-7). En el momento de la evaluación 10 de los 19 pacientes se hallaban en fase aguda, razón por la que permanecían hospitalizados.

TABLA 3. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: DATOS DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA.

	RANGO	X	D.T.
Edad de Inicio del Trastorno	13-28	19.7	4.0
Edad Primera Hospitalización	17-30	21.8	4.39
Número ingresos Hospitalarios	0-7	2.37	1.0
Años Duración Trastorno	0-12	5.22	3.78
	N	%	
Fase Actual del Trastorno:			
Hospitalizado	10	52.6	
En remisión	9	47.4	
Delitos Judiciales:			
Sin Delitos	18	94.7	
Con Delitos	1	5.3	
Intentos de Suicidio:			
Sin Intentos	15	78.9	
Con Intentos	4	21.1	

Los distintos roles sociales son realizados con relativa adecuación (Tabla 5) aunque fracasen en su mayoría en mantener unos niveles mínimos de relaciones sociales, actividad y cuidados personales (Tabla 4).

TABLA 4. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: EVALUACION DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS

	N	%

Autocuidado		
Sin Disfunción/Mínima	12	63.2
Disfunción Media	7	38.8
Disfunción Severa	0	0.0

Hipoactividad		
Sin Disfunción/Mínima	9	47.4
Disfunción Media	9	47.4
Disfunción Severa	1	5.3

Lentitud		
Sin Disfunción/Mínima	17	89.5
Disfunción Media	2	10.5
Disfunción Severa	0	0.0

Aislamiento Social		
Sin Disfunción/Mínima	9	47.4
Disfunción Media	10	52.6
Disfunción Severa	0	0.0

TABLA 5. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: EVALUACION DEL ROL SOCIAL (D.A.S.).

	N	%

Participación Tareas Hogareñas		
Sin Disfunción/Mínima	10	52.6
Disfunción Media	9	47.4
Disfunción Severa	0	0.0

Rol Sexual (No conyugal)		
Sin Disfunción/Mínima	10	52.6
Disfunción Media	7	36.8
Disfunción Severa	2	10.5

Contactos Sociales (Fricciones)		
Sin Disfunción/Mínima	12	63.2
Disfunción Media	5	26.3
Disfunción Severa	2	10.5

Rol Ocupacional		
Sin Disfunción/Mínima	11	57.9
Disfunción Media	5	26.3
Disfunción Severa	3	15.8

Intereses e Información		
Sin Disfunción/Mínima	16	84.2
Disfunción Media	2	10.5
Disfunción Severa	1	5.3

Conducta ante Emergencias		
Sin Disfunción/Mínima	18	94.7
Disfunción Media	1	5.3
Disfunción Severa	0	0.0

Sintomatológicamente (Tabla 6) la muestra se caracteriza por la inespecificidad generalizada de los síntomas, dominando los síntomas depresivos y en menor medida los síntomas negativos de la esquizofrenia.

TABLA 6. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: CARACTERISTICAS SINTOMATOLOGICAS.

	N	%
Depresión		
Ausente	9	47.4
Ligero	9	47.4
Severo	1	5.3
Ansiedad		
Ausente	12	63.2
Ligero	7	38.8
Severo	0	0.0
Delirios Coherentemente expresados		
Ausente	15	78.9
Ligero	1	5.3
Severo	3	15.8
Alucinaciones		
Ausente	17	89.5
Ligero	1	5.3
Severo	1	5.3
Severidad de los Síntomas en función de su impacto en la personalidad		
Ausente	13	68.4
Ligero	2	10.6
Severo	4	21.1
Pobreza del Contenido del Lenguaje		
Ausente	16	84.2
Ligero	1	15.8
Severo	0	0.0
Afecto Embotado		
Ausente	11	57.9
Ligero	6	31.6
Severo	2	10.5
Afecto Incongruente		
Ausente	17	89.5
Ligero	1	5.3
Severo	1	5.3
Retardo Psicomotor		
Ausente	15	78.9
Ligero	2	10.5
Severo	2	10.5

2.3.2. Descripción de los Patrones de EE

Para el análisis de los patrones de Expresión Emocional de las familias de los 19 pacientes esquizofrénicos que componen la muestra, utilizaré los mismos puntos de corte en cada una de las escalas que han demostrado tener un mayor poder predictor de la evolución del trastorno esquizofrénico en los 9 primeros meses de seguimiento. La razón de hacerlo así, es la posibilidad de comparar la distribución de los patrones de EE hallados en nuestra muestra con la obtenida por otros investigadores en distintos contextos socioculturales.

Tal como se refleja en la Tabla 7, la escala de Criticismo para la muestra total de familiares (N=33) tiene un rango de 0-23, una media de 4.61 y una desviación típica de 5.989. 10 familiares expresaron 0 Comentarios Críticos hacia la persona del paciente y 2 lo hicieron hasta 23 veces. 8 de los 33 familiares entrevistados (26%) expresaron un número de Comentarios Críticos en relación al paciente igual o superior a 6, lo que según el criterio utilizado los sitúa en el polo superior de la escala.

TABLA 7. COMPONENTES DE EE EN LA MUESTRA TOTAL DE FAMILIARES.

	RANGO	X	D.T.
Comentarios Críticos	0-23	4.61	5.989
	N	%	
Bajo Criticismo (0-5)	25	76	
Alto Criticismo (>5)	8	26	
Bajo Sobreimplicación (0-3)	27	82	
Alta Sobreimplicación (>3)	6	18	
Baja Hostilidad (0)	22	67	
Alta Hostilidad (>0)	11	33	
Bajo EE (C<6, SI<4, H=0)	16	48	
Alto EE (C>5, SI>3, H>0)	17	52	
Alto EE Crítico	12	70	
Alto EE Sobreimplicación	4	23	
Alto EE Crítico y Sobreimplicación	1	7	

Comparando estos resultados con los disponibles de otros estudios (Tabla 8), no se observan diferencias significativas con la mayoría de las poblaciones estudiadas. Tan sólo la distribución de los comentarios críticos en ambos niveles de la escala difiere significativamente en familiares de enfermos esquizofrénicos originales de Los Angeles de California ($p > .01$) y Londres (3) ($p > .001$).

TABLA 8. COMPARACION DE LA DISTRIBUCION DE LOS COMENTARIOS CRITICOS EMITIDOS POR LOS FAMILIARES DE LA MUESTRA CON LA ENCONTRADA EN OTROS CONTEXTOS SOCIO-CULTURALES

	fo B.CC/A.CC	Chi (Yates)
Londres (1)	80/46	1.375
Londres (2)	25/20	2.8
Los Angeles	51/58	8.38 **
Chandigargh	92/12	2.36
California	61/48	3.36
Londres (3)	39/49	10.476 **
Escocia	50/22	.198
Galicia	42/8	.406
Sidney	53/39	3.19
Madrid	27/14	.469

Con respecto a la escala de Sobreimplicación, tan sólo 6 de los 27 familiares entrevistados (18% manifiesta actitudes que los sitúan en el nivel alto de la escala. Tal Sobreimplicación que los familiares que han participado en el estudio muestran hacia sus pacientes esquizofrénicos, tan sólo difiere significativamente de la manifestada por los familiares de las muestras de la India, Londres (2) y Londres (3).

TABLA 9. COMPARACION DE LA DISTRIBUCION DE LOS DISTINTOS COMPONENTES DE EE EN LA MUESTRA CON LA ENCONTRADA EN OTROS CONTEXTOS SOCIO-CULTURALES (SOBREIMPLICACION)

	fo B.SI/A.S.I.	Chi (Yates)
Londres (1)	99/27	.30
Londres (2)	19/26	14.6
Los Angeles (4)	93/16	.05
Chandigarh (5)	104/0	**
Londres (3)	85/3	5.09 *
Escocia	66/6	1.1519
Galicia	46/4	1.104
Sidney	59/33	3.616
Madrid (8)	41/0	5.8 *

*** p>.001
 ** p>.01
 * p>.02

11 de los 33 familiares entrevistados (33%) expresa algún modo de Hostilidad, tal como ésta ha sido definida. Tales resultados son comparables a los hallados en contextos socio-culturales tan diversos como Londres (1), Chandigarh, Los Angeles de California, Escocia, Galicia y Madrid, pero difieren significativamente ($p > .001$) de los hallados en uno de los estudios realizados en Londres (3) (Tabla 10).

TABLA 10. COMPARACION DE LA DISTRIBUCION DE LA HOSTILIDAD EXPRESADA POR LOS FAMILIARES EN LA MUESTRA CON LA ENCONTRADA EN OTROS CONTEXTOS SOCIO-CULTURALES.

	fo B.SP/A.SP	Chi (Yates)
Londres	103/23	2.24
Los Angeles (4)	79/30	.18
Chandigarh (5)	87/17	3.32
Londres (3)	123/3	27.4 ***
Escocia	49/23	.0069
Galicia	42/8	2.42
Sidney	62/30	.120
Madrid (8)	41/0	***

*** $p > .001$

En relación al índice global de EE, el criterio utilizado para el establecimiento del nivel alto es que el familiar exprese a lo largo de la entrevista un número de comentarios críticos con respecto del paciente igual o superior a 6, y/o un grado de Sobreimplicación en la escala igual o superior a 4 y/o manifieste algún tipo de hostilidad. Siguiendo este criterio, 16 de los 33 familiares entrevistados (48%), expresan actitudes que en conjunto pueden calificarse de alto EE, de las cuales, 12 (70%) lo son por sus actitudes críticas y/o hostiles, 4 (23%) por su elevado grado de sobreimplicación con el paciente y 1 (7%) por los tres componentes de EE. No existen datos publicados sobre este punto que permitan realizar comparaciones.

Para analizar si los distintos tipos de parentesco difieren significativamente en el tipo de emociones expresadas hacia su paciente y el grado en que lo hacen, se han realizado las pruebas de Chi Cuadrado pertinentes (Tabla 11). Los resultados no permiten afirmar que así sea, ni para cada uno de los componentes de EE por separado ni para el índice global de EE.

Para el análisis de EE familiar seguimos el criterio utilizado por Brown y cols (1972) y secundado asimismo por otros investigadores (Vaughn y Leff, 1972; Moline y cols, 1985; Karno y cols., 1987 y otros), según el cuál, un hogar es considerado de elevado EE, si al menos uno de los familiares así lo fuera.

El contraste de la distribución de EE y de sus componentes en función del tipo de parentesco (Tabla 11) no aporta resultados significativos. Concluimos por tanto que no hay diferencias significativas en el tipo y en la cantidad de las actitudes de EE expresadas al paciente entre los padres y las madres de los pacientes esquizofrénicos que componen la muestra.

TABLA 11. COMPARACION DE LA DISTRIBUCION DE EE EN FUNCION DEL TIPO DE PARENTESCO.

	Padre	Madre	Chi (Yates)
Bajo Criticismo	13	11	2.46
Alto Criticismo	1	7	
Baja Sobreimplicación	13	13	.99
Alta Sobreimplicación	1	5	
Baja Hostilidad	10	11	.40
Alta Hostilidad	4	7	
Bajo EE	9	6	1.92
Alto EE	5	12	

Tal como queda recogido en la Tabla 12, 7 de las 19 familias estudiadas (36%) expresan actitudes críticas hacia el paciente, 5 (26%) manifiestan actitudes recogidas en la categoría de Sobreimplicación y 8 (42%) alguna Hostilidad. Tampoco aquí existen datos publicados a este respecto que nos permitan establecer comparaciones.

TABLA 12. COMPONENTES DE EE. DISTRIBUCION EN LAS FAMILIAS.

	N	%
Bajo Criticismo familiar (0-5)	12	63.2
Alto Criticismo Familiar (>5)	7	36.8
Baja Sobreimplicación Familiar (0-3)	14	72.7
Alta Sobreimplicación Familiar (>3)	5	26.3
Baja Hostilidad Familiar (0)	11	57.9
Alta Hostilidad Familiar (>0)	8	42.1
Bajo EE familiar (C<6, SP<4, H=0)	7	36.8
Alto EE Familiar (C>5, SP>3, H>0)	12	63.2

En relación al índice global de EE familiar, 12 de las 19 familias que componen la muestra (63.2%) expresa actitudes consideradas de nivel alto. La proporción de familias que expresa actitudes críticas y/o de sobreimplicación y/o de hostilidad por encima de un determinado nivel, no difiere significativamente de la encontrada en otros contextos socioculturales a excepción de la India ($p > .001$) (Tabla 13).

TABLA 13. COMPARACION DE LA DISTRIBUCION DE LOS NIVELES DE EE EN LA MUESTRA CON LA ENCONTRADA EN OTROS ESTUDIOS.

	fo B.EE/A.EE	Chi (Yates)
Londres (1)	56/45	2.662
Londres (2)	16/21	.317
Londres (3)	38/44	.385
Los Angeles (4)	36/46	.105
Chandigarh (5)	60/18	17.95 ***
Chicago (6)	7/17	.542
California (7)	41/29	3.697
Madrid (8)	17/12	3.715
Sydney (9)	17/49	1.221

DISCUSION

Tras los análisis realizados en este punto, junto con los realizados en un capítulo anterior de la revisión bibliográfica (2.3.3. Replicaciones Posteriores de la Investigación EE), pueden hacerse dos reflexiones básicas.

La primera de ellas tiene que ver con la idea de que EE está determinado socio-culturalmente (Vaughn, 1984). Ya se ha comentado anteriormente que la comprobación de la existencia de características diferenciales en los criterios de selección de la muestra de pacientes esquizofrénicos cuando la independencia de EE no está comprobada, cuestiona tal hipótesis, si bien un análisis somero de los datos disponibles podría conducir a tal tipo de conclusión relativa a la naturaleza de EE.

Tal circunstancia, junto con la observación de la distribución casi aleatoria de las diferencias entre los componentes de EE encontradas en los distintos trabajos, hace pensar que las diferencias observadas en las distribuciones de EE en las distintas culturas sean debidas cuando menos, a la interacción de las características clínicas presentes y de la historia psiquiátrica del paciente con factores socio-culturales relativos básicamente al grado de arraigo socio-cultural existente en los distintos contextos sociales.

La segunda reflexión relativa a la distribución de EE y de sus componentes en las familias vascas estudiadas, es consecuencia de la anterior.

Los patrones de EE encontrados se diferencian significativamente con los encontrados en Londres en todos los componentes de EE (McMillan, 1986), India en EE global (Leff, 1987) y Sobreprotección y Los Angeles en Criticismo (Vaughn, 1982).

Pero, tales comparaciones están contaminadas por la no homogeneidad de las muestras.

Con respecto a las dos primeras, además de existir una hipotética diferencia socio-cultural, los pacientes que componen la muestra son pacientes de primer ingreso en el primero de ellos y pacientes que toman contacto por primera vez con los dispositivos asistenciales psiquiátricos.

Sin embargo, los pacientes que componen la muestra estudiada son en su mayoría, pacientes con larga historia psiquiátrica.

Con tales limitaciones, no podemos concluir que existan diferencias determinadas culturalmente en la muestra vasca estudiada y tampoco en otras utilizadas por otros autores. Por el contrario, el factor "tiempo de evolución del trastorno" demuestra tener un gran peso en la determinación del "status" de EE.

2.3.3. Hipótesis I

La hipótesis básica de la investigación EE, es que existe asociación entre el nivel de Emoción Expresada familiar y el curso del trastorno esquizofrénico en los 9 primeros meses de seguimiento. A partir de tal hipótesis y como guía para el análisis de los datos se hace la siguiente predicción:

"Los grupos de pacientes procedentes y residentes en hogares de nivel alto o bajo en EE se diferenciarán en relación al curso del trastorno que se ha definido en este trabajo como existencia o no de hospitalización en el transcurso de un año".

En el caso de encontrarse la relación esperada entre el nivel de EE y la evolución del trastorno se plantean nuevas cuestiones susceptibles de ser analizadas:

¿Es la relación EE-recaída independiente de la relación de EE con otras características del paciente asociadas a su vez a las recaídas?

O por el contrario, ¿está tal relación mediatizada por la influencia de otro factor asociado directamente a la recaída?

¿Habría de plantearse la cuestión en términos de interacción?

A partir de tales cuestiones y en consonancia con la línea de investigación EE, se plantean dos predicciones:

1. "Los pacientes procedentes de familias calificadas de alto o bajo EE no se diferenciarán significativamente en las variables sociodemográficas y clínicas".

2. "Los grupos de pacientes diferenciados en las variables sociodemográficas y clínicas no se diferenciarán con respecto al curso del trastorno".

A partir de los resultados obtenidos en el análisis de las mismas, se discutirán también algunos aspectos relativos a la naturaleza de EE.

¿Avalan los datos la hipótesis de EE como constructo unitario?.

O por el contrario, ¿favorecen la interpretación de EE como un concepto compuesto?.

Se discutirá igualmente, la interpretación de EE a partir de los datos obtenidos, como conjunto de actitudes reactivas a algunas características del paciente, independientes de las mismas o interactivas.

1. Relación EE y Recaída

Los resultados obtenidos a partir de los sujetos estudiados (Tabla 14), no permiten bajo ningún concepto mantener la hipótesis. La relación entre el índice global de EE familiar y la recaída, tal como ésta ha sido definida en este estudio es demasiado pequeña para ser tomada en cuenta ($p=.3$).

Se demuestra así que la necesidad de hospitalizar o no a los pacientes que componen la muestra, en el transcurso de los 12 meses de seguimiento que cubre el estudio, es independiente del nivel de Emoción expresada por sus familiares en el transcurso de la entrevista CFI.

TABLA 14. EE Y COMPONENTES DE EE. DISTRIBUCION SEGUN LA EVOLUCION DEL TRASTORNO.

	CURSO DEL TRASTORNO				T.FISHER N.S.
	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		
	N	%	N	%	
B.Crit. familiar (0-5)	1	5.5	11	61.1	.02171
A.Crit. familiar (>5)	4	22.2	2	11.1	
B.Sobr. familiar (0-3)	9	50	5	27.7	.23366
A.Sobr. familiar (>3)	4	22.2	0	0.0	
B.Host. familiar (0)	1	5.5	9	50	.04739
A.Host. familiar (>0)	4	22.2	3	16.6	
B. EE familiar (*)	2	11.1	5	27.7	.32353
A. EE familiar	4	22.2	7	38.8	

* Bajo EE = Crit.<6, Sp<4, H=0
 Alto EE = Crit.>5, Sp>3, H.>0

Sin embargo, desglosando una vez más el índice global de EE en cada uno de sus componentes, y estudiando la relación entre éstos y la recaída del paciente esquizofrénico los resultados son diferentes.

Los pacientes que residen con familiares que manifiestan actitudes críticas hacia su conducta y su persona, recaen significativamente más ($p < .05$) que los que residen con familiares menos críticos.

La escala de Hostilidad obtiene resultados similares en grado y dirección a la de Criticismo.

La relación entre el nivel de Sobreimplicación familiar y la recaída es, sin embargo, demasiado pequeña ($p = .2$) para ser tomada en cuenta.

Así pues, la hospitalización del paciente depende del nivel de Criticismo y de Hostilidad expresado por sus familiares.

Si bien se demuestra que, existe en la muestra una asociación significativa entre el nivel de Criticismo y de Hostilidad con la necesidad de hospitalizar a su pariente esquizofrénico, se hace preciso demostrar que tal relación no está mediatizada por la relación que el Criticismo y la Hostilidad familiar pudieran tener con terceras variables también asociadas a la recaída.

2. Independencia de EE

Las tablas 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 recogen las medidas de asociación entre los niveles alto y bajo de Criticismo y Hostilidad familiar y las diferentes variables demográficas y clínicas estudiadas.

La hipótesis de independencia de estos componentes de EE con respecto de algunas características del paciente no es sostenible a la luz de las mismas.

TABLA 15. DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIDEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES EN FUNCION DEL NIVEL DE CRITICISMO FAMILIAR.

	ALTO CRIT		BAJO CRIT		"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad	25.714	3.9	23.5455	4.083	-1.13	.279
		N	%	N	%	T. FISHER
Sexo :						
Varón		3	15.7	5	26.3	.66337
Mujer		4	21.0	7	36.8	
Situación Laboral :						
Activo		2	10.5	2	10.5	.47497
Parado/Pensionista		5	26.3	10	52.6	
Situación Económica :						
Dependencia		3	15.7	8	42.1	.29662
Independencia		4	21.0	4	21.0	
Situación Familiar :						
Ambos padres conviv. 3			15.7	10	52.6	.09469
P.M. Ausente/Falleci. 4			21.0	2	10.5	

TABLA 16. DISTRIBUCION DE LOS DATOS DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA EN FUNCION DEL NIVEL DE CRITICISMO FAMILIAR.

	ALTO	CRIT	BAJO	CRIT	"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad Inicio del Trastorno	19.28	2.433	19.09	4.867	-.11	.912
Edad 1a. Hospitalización	21.28	3.498	21.1	5.109	-.09	.930
Años Duración Trastorno	1.571	.535	1.33	.492	-.96	.354
No. Ingresos Hospitalarios	4	1.732	1.416	.996	-3.61	.006**
	N	%	N	%	T. FISHER	
Fase Actual del Trastorno:						
Hospitalizado	6	31.5	4	21.0	.03989 *	
No Hospitalizado	1	5.2	8	42.1		
Intentos de Suicidio:						
Sin Intentos	5	26.3	10	52.6	.47497	
Con Intentos	2	10.5	2	10.5		
Colaboración en la Toma de Medicación durante el Seguimiento:						
Toma Regular	1	5.5	11	61.1	.00395 **	
Toma Irregular	5	27.7	1	2.2		

TABLA 17. DESCRIPCION DE LA MUESTRA : DISTRIBUCION DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS SEGUN EL NIVEL DE CRITICISMO FAMILIAR

	ALTO CRIT		BAJO CRIT		T. FISHER
	N	%	N	%	
Autocuidado					
Sin Disfunción/Mínima	6	31.5	6	31.5	.14408
Con Disfunción Media/Severa	1	5.2	6	31.5	
Hipoactividad					
Sin Disfunción/Mínima	3	15.7	6	31.5	.57002
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	6	31.5	
Lentitud					
Sin Disfunción/Mínima	7	36.8	10	52.6	.38596
Disfunción Media/Severa	0	0.0	2	10.5	
Aislamiento Social					
Sin Disfunción/Mínima	5	26.3	4	21.0	.12991
Disfunción Media/Severa	2	10.0	8	42.1	
Conducta general					
Sin Disfunción/Mínima	4	21.0	5	26.3	.42998
Disfunción Media/Severa	3	15.7	7	36.8	

TABLA 18. CARACTERISTICAS SINTOMATICAS: DIFERENCIAS SEGUN EL NIVEL DE CRITICISMO FAMILIAR

	ALTO CRIT		BAJO CRIT		T. FISHER
	N	%	N	%	
Depresión					
NO	5	26.3	10	52.63	.47497
SI	2	10.5	2	10.52	
Ansiedad					
NO	4	21.0	11	57.8	.11739
SI	3	15.7	1	5.26	
Delirios Coherentemente expresados					
NO	4	21.0	11	57.8	.11739
SI	3	15.7	1	5.26	
Alucinaciones					
NO	5	26.3	12	63.1	.12281
SI	2	10.5	0	0.0	
Severidad de los Síntomas en función de su impacto en la personalidad					
NO	4	21.0	10	52.6	.23658
SI	3	15.7	2	10.5	
Pobreza del Contenido del Lenguaje					
NO	6	31.5	10	52.6	.70382
SI	1	5.26	2	10.5	
Afecto Embotado					
NO	5	26.3	6	31.5	.33663
SI	2	10.5	6	31.5	
Afecto Incongruente					
NO	7	36.8	10	52.6	.38596
SI	0	0.0	2	10.5	
Retardo Psicomotor					
NO	6	31.5	9	47.36	.52503
SI	1	5.26	3	15.7	

TABLA 19. DISTRIBUCION DE LOS DISTINTOS NIVELES DE REALIZACION DEL ROL SOCIAL SEGUN EL NIVEL DE CRITICISMO

	ALTO CRIT		BAJO CRIT		T.FISHER
	N	%	N	%	
Participación Tareas Hogareñas					
Sin Disfunción/Mínima	3	15.7	7	36.8	.42998
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	5	26.3	
Rol Sexual (No conyugal)					
Sin Disfunción/Mínima	3	15.7	7	36.8	.42998
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	5	26.3	
Contactos Sociales (Fricciones)					
Sin Disfunción/Mínima	6	31.5	12	63.1	.36842
Con Disfunción Media/Severa	1	5.26	0	0.0	
Rol Ocupacional					
Sin Disfunción/Mínima	3	15.7	8	42.1	.37842
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	4	21.0	
Intereses e Información					
Sin Disfunción/Mínima	6	31.5	10	52.6	.70382
Con Disfunción Media/Severa	1	5.26	2	10.5	
Conducta ante Emergencias					
Sin Disfunción/Mínima	7	36.8	11	57.89	.63158
Con Disfunción Media/Severa	0	0.0	1	5.26	
Rol Social Global					
Sin Disfunción/Mínima	3	15.7	7	36.8	.66337
Con Disfunción/Severa	4	21.0	5	26.3	

TABLA 20. DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES EN FUNCION DEL NIVEL DE HOSTILIDAD FAMILIAR.

	ALTA HOS		BAJA HOS		"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad	25.7143	3.904	23.5455	4.083	-1.13	.279
	N	%	N	%	T. FISHER	
Sexo:						
Varón	4	21.0	4	21.0	.44943	
Mujer	4	21.0	7	36.8		
Situación laboral:						
Activo	3	15.7	1	5.2	.17699	
Parado/Pensionista	5	26.3	10	52.6		
Situación Económica:						
Dependencia	3	15.7	8	42.7	.14380	
Independencia	5	26.3	3	15.7		
Situación Familiar:						
Ambos padres conviven	3	15.7	10	52.6	.02374	
P M Ausente/Fallecido	5	26.3	1	5.2		

TABLA 21. DISTRIBUCION DE LOS DATOS DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA EN FUNCION DEL NIVEL DE HOSTILIDAD FAMILIAR.

	ALTA	HOST	BAJA	HOST	"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad Inicio del Trastorno	19.28	2.430	19.09	4.867	-.11	.912
Edad 1a. Hospitalización	21.28	3.498	21.1	5.109	-.09	.930
Años Duración Trastorno	1.571	.535	1.36	.505	-.56	.583
No. Ingresos Hospitalarios	3.5	2.138	1.545	.934	-2.42	.039 *
	N	%	N	%	T. FISHER	
Fase Actual del Trastorno:						
Hospitalizado	6	31.5	4	21.0	.11491	
No Hospitalizado	2	10.5	7	36.8		
Intentos de Suicidio:						
Sin Intentos	6	31.5	9	47.3	.5743	
Con Intentos	2	10.5	1	5.2		
Colaboración en la Toma de Medicación Durante el Seguimiento						
Toma Regular	2	10.5	5	26.3	.01282 *	
Toma Irregular	10	52.6	1	5.2		

TABLA 22. CARACTERISTICAS SINTOMATICAS: DIFERENCIAS SEGUN EL NIVEL DE HOSTILIDAD FAMILIAR

	ALTO HOST		BAJO HOST		T. FISHER
	N	%	N	%	
Depresión					
SI	6	31.5	9	47.3	.57430
NO	2	10.5	2	10.5	
Ansiedad					
SI	5	26.3	10	52.63	.17699
NO	3	15.7	1	5.2	
Delirios Coherentemente expresados					
SI	5	26.3	10	52.6	.26213
NO	3	15.7	1	5.2	
Alucinaciones					
SI	6	31.5	11	57.8	.16374
NO	2	10.5	0	0.0	
Severidad de los Síntomas en función de su impacto en la personalidad					
SI	5	26.3	9	47.3	.33591
NO	3	15.7	2	10.5	
Pobreza del Contenido del Lenguaje					
SI	7	36.8	9	47.3	.62436
NO	1	5.2	2	10.5	
Afecto Embotado					
SI	6	31.5	5	26.3	.20825
NO	2	10.5	6	31.5	
Afecto Incongruente					
SI	8	42.1	9	47.3	.32164
NO	0	0.0	2	10.5	
Retardo Psicomotor					
SI	7	36.8	8	42.1	.42570
NO	1	5.2	3	15.7	

TABLA 23. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: DISTRIBUCION DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS SEGUN EL NIVEL DE HOSTILIDAD FAMILIAR

	ALTA	HOS	BAJA	HOS	T. FISHER
	N	%	N	%	
Autocuidado					
Sin Disfunción/Mínima	7	36.8	5	26.3	.0799
Disfunción Media/Severa	1	5.1	6	31.5	
Hipoactividad					
Sin Disfunción/Mínima	4	21.0	5	26.3	.60503
Disfunción Media/Severa	4	21.0	6	31.5	
Lentitud					
Sin Disfunción/Mínima	8	42.1	9	47.3	.32164
Disfunción Media/Severa	0	0.0	2	10.5	
Aislamiento Social					
Sin Disfunción/Mínima	6	31.5	3	15.7	.05489
Disfunción Media/Severa	2	10.5	8	42.1	
Conducta general					
Sin Disfunción/Mínima	5	26.3	4	21.0	.25494
Disfunción Media/Severa	3	15.7	7	36.8	

TABLA 24. DISTRIBUCION DE LOS DISTINTOS NIVELES DE REALIZACION DEL ROL SOCIAL SEGUN EL NIVEL DE HOSTILIDAD FAMILIAR

	ALTA	HOST	BAJA	HOST	T. FISHER
	N	%	N	%	
Participación Tareas Hogareñas					
Sin Disfunción/Mínima	4	21.0	6	31.5	.60503
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	5	26.3	
Rol Sexual (No conyugal)					
Sin Disfunción/Mínima	4	21.0	6	31.5	.60503
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	5	26.3	
Contactos Sociales (Fricciones)					
Sin Disfunción/Mínima	7	36.8	11	57.8	.42105
Con Disfunción Media/Severa	1	5.2	0	0.0	
Rol Ocupacional					
Sin Disfunción/Mínima	4	21.0	7	36.8	.50619
Con Disfunción Media/Severa	4	21.0	4	21.0	
Intereses e Información					
Sin Disfunción/Mínima	7	36.8	9	47.3	.62436
Con Disfunción Media/Severa	1	5.2	2	10.5	
Conducta ante Emergencias					
Sin Disfunción/Mínima	8	42.1	10	52.6	.57895
Con Disfunción Media/Severa	0	0.0	1	5.2	
Rol Social Global					
Sin Disfunción/Mínima	4	21.0	6	31.5	.55057
Disfunción Media/Severa	4	21.0	5	26.3	

Las tablas 25, 26, 27, 28 y 29 recogen las medidas de asociación entre los niveles alto y bajo de Sobreimplicación Emocional y las mismas variables. Es imposible a partir de las mismas desestimar la hipótesis de independencia entre ellas.

TABLA 25. DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES EN FUNCION DEL NIVEL DE SOBREIMPLICACION FAMILIAR .

	ALTO	SP	BAJO	SP	"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad	23.8	4.025	24.6154	4.194	.38	.714
	N	%	N	%	T. FISHER	
Sexo :						
Varón	3		5			.33591
Mujer	2		9			
Situación Laboral :						
Activo	1		3			.72781
Parado/Pensionista	4		11			
Situación Económica :						
Dependencia	3		8			.66409
Independencia	2		5			
Situación Familiar :						
Ambos padres conviv. 3			10			.52038
P M Ausente/Falleci. 2			4			

TABLA 26. DISTRIBUCION DE LOS DATOS DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA EN FUNCION DEL NIVEL DE SOBREIMPLICACION FAMILIAR.

	ALTO	SP	BAJO	SP	"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad inicio del Trastorno	20	4.243	18.84	4.038	-.53	.617
Edad 1a. hospitalización	20.2	3.899	21.58	4.68	.63	.546
Años Duración Trastorno	1.2	.447	1.5	.519	1.23	.252
No. Ingresos Hospitalarios	2.8	1.483	2.214	1.929	-.70	.503
	N	%	N	%	T. FISHER	
Fase Actual del Trastorno:						
Hospitalizado	2		8		.44427	
No Hospitalizado	3		6			
Intentos de Suicidio:						
Sin Intentos	4		11		.72781	
Con Intentos	1		3			
Colaboración en la toma de medicación durante el seguimiento						
Regular	4		8		.16176	
Irregular	0		6			

TABLA 27. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: DISTRIBUCION DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS SEGUN EL NIVEL DE SOBREIMPLICACION FAMILIAR

	ALTO	SP	BAJO	SP	T. FISHER
	N	%	N	%	
Autocuidado					
Sin Disfunción/Mínima	2		10		.23658
Disfunción Media/Severa	3		4		
Hipoactividad					
Sin Disfunción/Mínima	2		7		.55573
Disfunción Media/Severa	3		7		
Lentitud					
Sin Disfunción/Mínima	4		13		.46784
Disfunción Media/Severa	1		1		
Aislamiento Social					
Sin Disfunción/Mínima	2		7		.55573
Disfunción Media/Severa	3		7		
Conducta general					
Sin Disfunción/Mínima	2		7		.55573
Disfunción Media/Severa	3		2		

TABLA 28. CARACTERISTICAS SINTOMATICAS: DIFERENCIAS SEGUN EL NIVEL DE SOBREIMPLICACION FAMILIAR

	ALTO SP		BAJO SP		T. FISHER
	N	%	N	%	
Depresión					
NO	4		11		.72781
SI	1		3		
Ansiedad					
NO	5		10		.25826
SI	0		4		
Delirios Coherentemente expresados					
NO	5		10		.25826
SI	0		4		
Alucinaciones					
NO	5		12		.52216
SI	0		2		
Severidad de los Síntomas en función de su impacto en la personalidad					
NO	5		9		.17217
SI	0		5		
Pobreza del Contenido del Lenguaje					
NO	4		12		.62436
SI	1		2		
Afecto Embotado					
NO	3		8		.62436
SI	2		6		
Afecto Incongruente					
NO	4		13		.46784
SI	1		1		
Retardo Psicomotor					
NO	5		10		.25826
SI	0		4		

TABLA 29. DISTRIBUCION DE LOS DISTINTOS NIVELES DE REALIZACION DEL ROL SOCIAL SEGUN EL NIVEL DE SOBREIMPLICACION FAMILIAR

	ALTO	SP	BAJO	SP	T. FISHER
	N	%	N	%	
Participación Tareas Hogareñas					
Sin Disfunción/Mínima	2		8		.44027
Con Disfunción Media/Severa	3		6		
Rol Sexual (No conyugal)					
Sin Disfunción/Mínima	1		9		.11920
Con Disfunción Media/Severa	4		5		
Contactos Sociales (Fricciones)					
Sin Disfunción/Mínima	5		13		.73684
Con Disfunción Media/Severa	0		1		
Rol Ocupacional					
Sin Disfunción/Mínima	3		8		.52038
Con Disfunción Media/Severa	2		6		
Intereses e Información					
Sin Disfunción/Mínima	4		12		.62436
Con Disfunción Media/Severa	1		2		
Conducta ante Emergencias					
Sin Disfunción/Mínima	4		14		.26316
Con Disfunción Media/Severa	1		0		
Rol Social Global					
Sin Disfunción/Mínima	2		8		.33591
Disfunción Media/Severa	3		6		

La razón de presentar juntas las escalas de Criticismo y Hostilidad es la gran similitud de los resultados obtenidos por ambas con respecto a su asociación con el curso del trastorno y en las pruebas de independencia y la diferencia con respecto de los obtenidos con la escala de Sobreimplicación. Tal contraposición es útil para la comprensión de la naturaleza compleja de EE.

En efecto, algunas de las variables correspondientes a la historia psiquiátrica del paciente se relacionan significativamente con el nivel de Criticismo y de Hostilidad: los pacientes con una historia psiquiátrica caracterizada por la existencia de numerosos ingresos hospitalarios y los que en el momento de realizar la entrevista familiar, a partir de la que se obtuvieron datos relativos a sus actitudes hacia el paciente, permanecían ingresados, tendían a evocar en sus familiares más comentarios críticos hacia su conducta y su persona y más actitudes de rechazo. Aunque la relación hospitalización-hostilidad no es significativa, es digna de tenerse en cuenta ($p=.11$).

Así, el nivel de Criticismo y de Hostilidad expresado por los familiares que componen la muestra no es independiente de la historia de hospitalizaciones. No obstante, aspectos de la historia psiquiátrica como la edad de inicio del trastorno o de la primera hospitalización, así como la duración del trastorno, no tienen ninguna relación con los componentes de EE.

La Sobreimplicación Emocional, sin embargo, es independiente en la muestra, de que existan hospitalizaciones pasadas o presentes e igualmente otras variables relativas a la historia psiquiátrica.

Por otra parte, la adopción de actitudes críticas y hostiles por el familiar durante la entrevista CFI, está relacionada significativamente ($p < .01$) con la falta de colaboración por parte del paciente a seguir las prescripciones médicas relativas a la toma de medicación durante el tiempo de seguimiento.

La presencia de algunas características sintomatológicas (ansiedad, delirios y alucinaciones) es ligeramente mayor, sin alcanzar niveles de significación estadística ($p = .1$), en los pacientes residentes con familiares que expresan actitudes críticas y en menor medida hostiles. Lo mismo puede decirse con respecto de algunas conductas desadaptativas (autocuidado y aislamiento social).

La variable de estructura familiar (Situación familiar) está también, asociada con el nivel de Hostilidad y Criticismo, aunque sin el rigor estadístico para esta última: familiares padres que por distintas razones no conviven con su cónyuge, tienden a ser más rechazantes y críticos con su familiar esquizofrénico que los que sí conviven.

Es evidente que las variables Criticismo y Hostilidad no son independientes de otras características demográficas y clínicas del paciente. Es preciso conocer si existe una asociación entre estas variables y la evolución del trastorno, susceptible de explicar la relación encontrada entre Criticismo y Hostilidad con la necesidad de hospitalización.

3. Relación Variables Demográficas y Clínicas-Recaída

Tal y como se refleja en las tablas de resultados 30, 31, 32, 33 y 34 tan sólo tres variables clínicas entre todas las variables sociodemográficas y clínicas analizadas tienen una relación estadísticamente significativa ($p > .05$) con el curso del trastorno o recaída, en la forma en que ésta ha sido evaluada.

Tanto la existencia de intentos de suicidio en la historia psiquiátrica del paciente como la presencia de síntomas de ansiedad en el momento de la evaluación y la no colaboración del paciente para la cumplimentación de las prescripciones médicas relativas a la medicación, son indicadores, según estos resultados, de situaciones de alto riesgo de recaída.

TABLA 30. DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES EN FUNCION DEL CURSO DEL TRASTORNO.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad	24.09	4.527	24.33	3.445	-.12	.903
	N	%	N	%	T.FISHER	
Sexo :						
Varón	2	11.1	9	50.0	.27206	
Mujer	3	16.6	4	22.2		
Situación Laboral :						
Activo	1	5.5	3	16.6	.70098	
Parado/Pensionista	4	22.2	10	55.5		
Situación Económica :						
Dependencia	3	16.6	8	44.4	.67647	
Independencia	2	11.1	5	27.7		
Situación Familiar						
Ambos Padres conviv.	3	16.6	10	55.5	.43254	
P/H Ausente/Fallec.	2	11.1	3	16.6		

TABLA 31. DISTRIBUCION DE LOS DATOS DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA EN FUNCION DEL CURSO DEL TRASTORNO.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		"t"	N.S.
	X	D.T.	X	D.T.		
Edad Inicio Trastorno	18.81	3.488	19.166	5.193	-.15	.887
Edad 1a. Hospitalización	20.90	4.505	21.40	5.030	-.19	.857
Años Duración Trastorno	1.5	.548	1.416	.515	-.31	.763
No. Ingresos Hospitalarios	2.66	2.422	2	1.348	-.63	.552
	N	%	N	%	T. Fisher	
Fase Actual del Trastorno:						
Hospitalizado	3	16.6	6	33.3	.500	
No Hospitalizado	2	11.1	7	38.8		
Intentos de Suicidio:						
Sin Intentos	2	11.1	12	66.6	.04412	
Con Intentos	3	16.6	1	5.5		
Colaboración en la Toma de Medicación durante el Seguimiento						
Regular	1	5.5	11	61.1	.02171	
Irregular	4	22.2	2	11.1		

TABLA 32. DESCRIPCION DE LA MUESTRA: DISTRIBUCION DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS SEGUN EL CURSO DEL TRASTORNO

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T .FISHER N.S.
	N	%	N	%	
Autocuidado					
Sin Disfunción/Mínima	7	38.8	4	22.2	.32353
Con Disfunción Media/Severa 6		33.3	1	5.5	
Lentitud					
Sin Disfunción/Mínima	5	27.7	11	61.1	.50980
Disfunción Media/Severa	0	0.0	2	11.1	
Aislamiento Social					
Sin Disfunción/Mínima	4	22.2	4	22.2	.08824
Disfunción Media/Severa	9	50.0	1	5.5	
Conducta General					
Sin Disfunción/Mínima	4	22.2	4	22.2	.38235
Disfunción Media/Severa	2	11.1	8	44.4	

TABLA 33. CARACTERISTICAS SINTOMATICAS: DIFERENCIAS SEGUN LA EVOLUCION DEL TRASTORNO

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T. FISHER
	N	%	N	%	
Depresión					
NO	3	16.6	11	61.1	.29902
SI	2	11.1	2	11.1	
Ansiedad					
NO	2	11.1	12	66.6	.04412
SI	3	16.6	1	5.5	
Delirios Coherentemente expresados					
NO	3	16.6	11	61.1	.29902
SI	2	11.1	2	11.1	
Alucinaciones					
NO	4	22.2	11	61.1	.4902
SI	1	11.1	1	5.5	
Severidad de los Síntomas en función de su impacto en la personalidad					
NO	3	16.6	10	55.5	.43254
SI	3	16.6	2	11.1	
Pobreza del Contenido del Lenguaje					
NO	5	27.7	11	61.1	.64951
SI	1	5.5	2	11.1	
Afecto Embotado					
NO	3	16.6	6	33.3	.61765
SI	2	11.1	6	33.3	
Afecto Incongruente					
NO	5	5.5	11	61.1	.50980
SI	0	0.0	2	11.1	
Retardo Psicomotor					
NO	4	22.2	10	55.5	.70098
SI	1	5.5	3	16.6	

TABLA 34. DISTRIBUCION DE LOS DISTINTOS NIVELES DE REALIZACION DEL ROL SOCIAL SEGUN EL CURSO DEL TRASTORNO.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T. FISHER
	N	%	N	%	
Participación Tareas Hogareñas					
Sin Disfunción/Mínima	3	16.6	7	38.8	.61765
Con Disfunción Media/Severa	2	11.1	6	33.3	
Rol Sexual (No conyugal)					
Sin Disfunción/Mínima	3	16.6	7	38.8	.61765
Con Disfunción Media/Severa	2	11.1	6	33.3	
Contactos Sociales (Fricciones)					
Sin Disfunción/Mínima	4	22.2	13	72.2	.2777
Con Disfunción Media/Severa	1	5.5	0	0.0	
Rol Ocupacional					
Sin Disfunción/Mínima	3	16.6	8	44.4	.56746
Con Disfunción Media/Severa	2	11.1	5	27.7	
Intereses e Información					
Sin Disfunción/Mínima	5	27.7	10	55.5	.35049
Con Disfunción Media/Severa	0	0.0	3	16.6	
Conducta ante Emergencias					
Sin Disfunción/Mínima	5	27.7	12	66.6	.7222
Con Disfunción Media/Severa	0	0.0	1	5.5	
Rol Social Global					
Sin Disfunción/Mínima	3	16.6	7	38.8	.32353
Con Disfunción Media/Severa	2	11.1	6	33.3	

DISCUSION

La influencia del factor familiar EE en la recaída del paciente esquizofrénico resulta, a la luz de los datos precedentes, poco clara. No se confirma la hipótesis de partida, relativa a la relación entre la Emoción Expresada familiar, entendida globalmente, y la necesidad de ingresar o no al paciente en los 12 meses siguientes.

Sin embargo, al desglosar EE en sus componentes, se observa que el Criticismo y la Hostilidad sí están relacionados con la necesidad de hospitalización. No ocurre lo mismo con el componente Sobreimplicación.

La no replicación de la hipótesis básica relativa a la relación de EE con la recaída, puede ser debido a la definición de recaída adoptada en este estudio, que aunque fácilmente operacionable, es restringida y por tanto, insensible a cambios importantes en el estado de salud del paciente, limitando así la interpretación de los resultados.

En efecto, la definición de recaída como aquella alteración en el estado de salud del paciente que requiere para su mejor tratamiento la hospitalización psiquiátrica, no es la única posible, ni la más adecuada. La posibilidad de que un individuo ingrese depende de muchas causas y en última instancia, hace referencia a la incapacidad percibida por la propia familia de poder contener adecuadamente al paciente, sin riesgo para él o los otros.

A la luz de tal interpretación de la hospitalización psiquiátrica, el hecho de que sean precisamente las familias caracterizadas por un alto nivel de Criticismo y de Hostilidad, las que dejen el problema del paciente en crisis en manos de la institución hospitalaria, y por el contrario, el hecho de que las familias caracterizadas por mantener frente al paciente actitudes de sobreprotección, aún a costa de un gran sacrificio personal, recurran en menor medida a la medida extrema que implica la hospitalización, cobra más sentido.

La hospitalización no parece ser, pues, un indicador apropiado para la evaluación del curso del trastorno esquizofrénico en estas últimas familias.

Sin embargo, la constatación de que el predominio de actitudes de Sobreimplicación no tenga relación con la recaída definida como hospitalización, no descarta la hipótesis de que efectivamente lo haga, en caso de adoptarse distintos indicadores del curso del trastorno (estado clínico, funcionamiento social).

La definición de recaída Tipo I (paso de estado no psicótico a estado psicótico) y Tipo II (exacerbación sintomática) empleada por otros autores (Brown, 1972; Leff, 1976, 1987) u otras posibles, parecen más apropiadas para la captación del efecto de la Sobreimplicación e incluso para la matización del de la Hostilidad y el Criticismo, de tal modo que la combinación de los tres componentes en niveles de EE guarde relación significativa con la recaída así definida.

Una vez constatada en la muestra, la dependencia de la hospitalización del paciente con respecto de los factores de Criticismo y Hostilidad familiar, el siguiente paso es analizar si tal relación es independiente de otros factores, si está mediatizada por éstos o si tales factores interactúan con los componentes de EE para producir las recaídas.

El análisis de los resultados no proporciona respuestas definitivas a tales interrogantes, pero a partir de los mismos, sí puede cuestionarse la independencia de EE y apostar por un modelo de interacción que explique las actitudes de Criticismo y Hostilidad de la familia en función del paciente en la relación con aquella.

La historia psiquiátrica del paciente, operacionalizada como 'el número de ingresos hospitalarios previos' y la 'presencia del paciente en el medio hospitalario en el momento del reclutamiento', obtiene una relación muy significativa con el nivel de Criticismo y en menor medida con la Hostilidad.

Tal constatación lleva a pensar en ambos componentes de EE en una dimensión temporal: tanto el Criticismo como la Hostilidad hacia el paciente son actitudes que se van configurando a lo largo del tiempo en estrecha relación con la historia psiquiátrica.

No se constata, sin embargo, la dependencia de los componentes de criticismo y Hostilidad con respecto de algunos aspectos del estado clínico y adecuación social del paciente, porque la relación encontrada carece del rigor estadístico necesario.

Esta observación parece indicar nuevamente que, el familiar no responde crítica u hostilmente a la situación puntual del paciente en crisis, sino a la trayectoria de recaídas repetidas.

Por otra parte, la relación Criticismo y/o Hostilidad con la variable de recaída, anteriormente comentada, era justamente la inversa: había una relación de dependencia entre la necesidad de hospitalizar durante la fase de seguimiento y la presencia de actitudes críticas y/o de rechazo durante la evaluación.

Podría pensarse a partir de estos datos, en un efecto interactivo entre el nivel de ambos componentes de EE y la hospitalización psiquiátrica, de tal manera que ambos factores se imbrican en una espiral de mutua acción-reacción que trataré de aclarar en la discusión de la Hipótesis II.

La relación significativa encontrada entre la variable 'colaboración del paciente en la toma de medicación' y la variable de seguimiento para el grupo total de pacientes, no encontrada en la mayoría de las investigaciones EE para el grupo total de pacientes (a

excepción de McMillan, 1986 y Arévalo, 1989), seguramente está relacionada con el efecto demostrado de la medicación psicotrópica en los llamados síntomas positivos de la esquizofrenia (Davis y cols., 1976). De este modo, la toma regular de la medicación prescrita evita la mayoría de los episodios agudos que son los que normalmente requieren hospitalización.

Ahora bien, ello no significa que tal medida sea suficiente para combatir los llamados síntomas negativos y maximizar el funcionamiento general del paciente (Goldberg y cols., 1977).

Si bien lo anterior es probablemente cierto, la relación observada entre el nivel de Criticismo y el de Hostilidad con la variable "Colaboración del paciente en la toma de medicación durante el seguimiento", obligan nuevamente a analizar ambos hechos en el contexto de la relación que paciente y familia mantienen y que como ya se ha indicado, está mediatizada sin duda, por la historia psiquiátrica. Volveremos a este punto cuando dispongamos de los resultados encontrados en la Hipótesis II.

La relación entre la variable de seguimiento y el Estado Clínico no es significativa, a excepción de la presencia de ansiedad.

Tampoco es significativa la relación observada entre las variables de la Historia Psiquiátrica (con excepción de la existencia de intentos de suicidio previos) y los

aspectos estudiados del Funcionamiento Social del paciente, con la necesidad de hospitalizar o no al paciente durante el periodo de seguimiento.

Estos resultados coinciden básicamente con los obtenidos en la mayoría de los trabajos de la investigación EE y parecen demostrar una vez más, que la gravedad del trastorno actual no es un buen predictor de su curso posterior.

Sorprende, sin embargo, la escasísima relación encontrada ($p > .6$) entre lo que se conoce como síntomas negativos de la esquizofrenia y la necesidad de hospitalización.

Tal sintomatología ha sido representada en este estudio mediante los siguientes indicios: pobreza del contenido del lenguaje, afecto embotado, afecto incongruente y retardo motor.

Esta observación da cuenta del modo 'silencioso' en que el subtipo de esquizofrenia así caracterizado avanza hacia la cronicidad.

A lo largo de esta discusión se ha dejado de hablar de EE para hablar de los componentes de EE. Ello es debido a dos razones fundamentales.

La primera, ya comentada, es la falta de relación encontrada entre el constructo EE entendido globalmente y la variable de seguimiento utilizada.

La segunda razón es la diferente relación encontrada entre los componentes Criticismo y Hostilidad por un lado y el componente Sobreimplicación por otro, con respecto tanto de las variables clínicas iniciales como de las de seguimiento.

Tales hechos, junto con las constataciones realizadas al describir los patrones de EE con respecto a la falta de criterios homogéneos de distribución, me llevan a pensar que el constructo EE, entendido de modo global, carece realmente de significado clínico a pesar de su validez empírica demostrada en varios trabajos.

Más que hablarse de un concepto unitario, opino que EE ha de entenderse como un concepto complejo que engloba dos categorías actitudinales diferentes hacia la persona del paciente: actitudes críticas y de rechazo frente a actitudes de sobreimplicación y sobreprotección aún a costa de un gran sacrificio personal.

Desde esta posición, incluso la denominación de Emoción Expresada resulta arbitraria y carente del sentido aproximativo al concepto que en realidad expresa.

2.3.4. Hipótesis II

La segunda hipótesis de la investigación EE y así también, del presente estudio afirma que entre todas las variables estudiadas, el mejor predictor aislado del curso del trastorno (número de rehospitalizaciones, en este caso) es el nivel de EE del hogar de residencia.

Con las limitaciones ya comentadas en relación al reducido tamaño de la muestra y a la definición restringida de recalda, los análisis realizados (correlación de Pearson en el caso de variables cuantitativas y correlación biserial puntual en el caso de variables nominales, junto con sus respectivos contrastes de significación), no permiten asegurar que la hipótesis es cierta en los términos en que ha sido planteada. Ello es así, por dos razones fundamentales.

En primer lugar, hay que señalar nuevamente que EE, tomado globalmente, no correlaciona con el número de rehospitalizaciones en grado estimable.

Nuevamente también, son los componentes de EE Criticismo y Hostilidad los que obtienen valores de r_{bp} equivalente a .617315 y .5336248 respectivamente. Tomando en cuenta el reducido tamaño del grupo de sujetos estudiado, tales valores son importantes e indican que efectivamente tanto el Criticismo familiar como la Hostilidad en menor grado, pueden considerarse predictores adecuados del número de rehospitalizaciones durante el seguimiento ($p < .01$ y $p < .05$ respectivamente) (Tabla 35).

TABLA 35. EE Y COMPONENTES DE EE EN RELACION A LA EVOLUCION DEL TRASTORNO (NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES).

NO.REHOSPITALIZACIONES		
	R. Biserial-Puntual	't'
Criticismo Familiar	.617315	3.1386929 **
Sobreimplicación Familiar	-.296956	1.243936
Hostilidad Familiar	.5336248	2.5238801 *
EE Familiar	.280379	1.1683804

* p<.05

** p<.01

*** p<.001

No obstante que el componente de EE Sobreimplicación no obtiene un índice de Correlación suficientemente grande para ser mínimamente significativo, es interesante destacar el signo negativo del mismo. Ello es indicativo de que los pacientes residentes en familias que han sido calificadas en la categoría de alta sobreimplicación tienden a rehospitalizar en menor grado que los residentes en familias de baja Sobreimplicación. Se ha comentado anteriormente la necesidad de operacionalizar la recalda de un modo menos restrictivo para captar los efectos en el curso de este componente de EE.

En segundo lugar, la hipótesis afirma además que EE es el mejor predictor. Ni el componente Criticismo ni el de Hostilidad pueden considerarse tales.

En efecto, también otras variables estudiadas obtienen índices de correlación con el número de rehospitalizaciones durante los 12 meses de seguimiento equiparables a los obtenidos por ambas variables de E..

Estas son el 'número de ingresos hospitalarios previos' ($r=.568$, $p<.05$) y la 'colaboración en la toma de medicación durante el seguimiento' ($r_{.bp}=.617315$, $p<.01$) por lo que respecta a la historia psiquiátrica del paciente (tabla 36).

TABLA 36. DATOS DE LA HISTORIA PSIQUIATRICA EN RELACION A LA EVOLUCION DEL TRASTORNO (NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES).

NO .REHOSPITALIZACIONES		

	Correlación de Pearson	't'

Edad Inicio Trastorno	-.1425	
Edad 1a .Hospitalización	-.2134	
Años Duración Trastorno	.2489	
No .Ingresos Hospitalarios	.5680	2.760536 *

R. Bisenal-Puntual		

Fase Actual del Trastorno	.26785	
Intentos de Suicidio :	.466465	2.1094
Colaboración en la toma de medicación en seguimiento	.617315	3.1386920 **

Entre las características sintomáticas, tan sólo la presencia de 'ansiedad' en el momento de la evaluación obtiene valores de r.bp significativos ($p < .01$): (r.bp=.65754. Si bien la presencia de 'delirios coherentemente expresados' no obtiene un índice estadísticamente significativo se halla muy próximo (Tabla 37).

TABLA 37. CARACTERISTICAS SINTOMATICAS EN RELACION A LA EVOLUCION DEL TRASTORNO (NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES)

No. REHOSPITALIZACIONES		
	R. Biserial-Puntual	't'
Depresión	.2757456	
Ansiedad	.6575474	3.491 **
Delirios Coherentemente expres.	.4666465	2.1094
Alucinaciones	.3086576	
Severidad de los Síntomas en función de su impacto en personalidad	.3642289	
Pobreza Contenido Lenguaje	-.1774656	
Afecto Embotado	.0177465	
Afecto Incongruente	.1964185	
Retardo Psicomotor	-.16968	

Por lo que respecta al funcionamiento social del paciente (Tablas 38 y 39), tan sólo la variable 'existencia de fricciones en los contactos sociales' puede considerarse predictora adecuada de la variable de seguimiento ($r_{bp}=.5582$, $p<.05$). (Tabla 39).

TABLA 38. DISTRIBUCION DE CONDUCTAS DESADAPTATIVAS EN RELACION A LA EVOLUCION DEL TRASTORNO (NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES)

NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES	

Correlación Biserial-Puntual	

Autocuidado	.28037
Hipoactividad	.1419725
Lentitud	.196418
Aislamiento Social	.30169
Conducta General	.1419

TABLA 39. REALIZACION DEL ROL SOCIAL EN RELACION A LA EVOLUCION DEL TRASTORNO (NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES).

NO. REHOSPITALIZACIONES		

	R. Biserial-Puntual	't'

Participación Tareas Hogareñas	-.14197	
Rol Sexual (No conyugal)	-.14197	
Contactos Sociales (Fricciones)	.5582	2.69107
Rol Ocupacional	-.01071	
Intereses e Información	.24845	
Conducta ante Emergencias	.14316	
Rol Social Global	-.0737	

Las características sociodemográficas, sin embargo, no son predictoras del número de rehospitalizaciones (Tabla 40).

TABLA 40. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES EN FUNCION DEL CURSO DEL TRASTORNO (NUMERO DE REHOSPITALIZACIONES).

NO .REHOSPITALIZACIONES	
Correlación de Pearson	
Edad	.2180
R. Biserial Puntual	
Sexo	.2080232
Situación Laboral	.106056
Situación Económica	-.04522
Situación Familiar	-.20749

Tal como era de esperar, los resultados aquí obtenidos no difieren en gran medida de los obtenidos al probar la primera hipótesis que planteaba el mismo problema en términos de relación entre las mismas variables y la ocurrencia o no de alguna hospitalización en la fase de seguimiento.

Aparecen sin embargo, tres predictores de la recaída no considerados anteriormente: el número de ingresos hospitalarios, la presencia de delirios y la existencia de fricciones en los contactos interpersonales.

DISCUSION

A partir de los resultados obtenidos en la muestra estudiada, resulta incorrecta la consideración de EE como predictor de la recaída, entendida como número de rehospitalizaciones durante los 12 meses de seguimiento.

Nuevamente, y tal como era de esperar a partir de los resultados precedentes, son los componentes de Criticismo y Hostilidad los que obtienen índices de correlación con el número de rehospitalizaciones que los hacen ser susceptibles de ser considerados predictores adecuados de las rehospitalizaciones. Por el contrario, el componente Sobreimplicación tendería, aunque sin rigor estadístico, a predecir lo contrario: la no hospitalización.

En este punto son válidas todas las consideraciones realizadas anteriormente en torno a las relaciones diferenciales de los componentes de EE con la definición adoptada de recaída: las familias críticas utilizarían mecanismos de control de la crisis más expulsivos que las familias caracterizadas por su sobreimplicación.

Por lo que respecta a los demás predictores encontrados, tal como era de esperar, tampoco se observan diferencias sustanciales con respecto de los resultados precedentes.

Tanto 'el número de hospitalizaciones previas' como 'la colaboración con la toma de medicación' obtienen índices de

correlación significativos con el número de rehospitalizaciones durante el seguimiento. Anteriormente se ha constatado la relación que ambas variables tenían con el nivel de Criticismo y Hostilidad. Estas relaciones podrían representarse gráficamente del siguiente modo:

HOSPITALIZACIONES PREVIAS

REHOSPITALIZACIONES

CRITICISMO

DURANTE EL SEGUIMIENTO

COLABORACION CON LA MEDICACION

La complejidad de las relaciones encontradas sería imposible de interpretar desde un modelo unidireccional simple de causa y efecto y requiere la utilización de modelos que tengan en cuenta las múltiples interacciones observadas entre las variables estudiadas.

Un modelo de explicación plausible sería aquel que analice el abordaje hospitalario del proceso psicótico y las actitudes de EE desde una perspectiva dinámica.

Podría conjeturarse, según lo anterior, que la existencia de numerosas hospitalizaciones en la historia psiquiátrica del paciente podría contribuir de algún modo no controlado en este estudio, a incrementar el nivel de crítica y/o de hostilidad familiar dirigidos al paciente.

Las actitudes de crítica y/o de rechazo expresadas hacia la persona del paciente por sus familiares significativos pueden a su vez influir en el paciente de modo tal que deje de colaborar en el tratamiento prescrito y abandone la medicación.

La no colaboración del paciente con su tratamiento, su no dejarse ayudar desde el punto de vista de la familia, incrementaría nuevamente el nivel de criticismo y/o hostilidad y esto provocaría en la parte del paciente mayores rechazos del tratamiento hasta que acabe descompensándose y sea ingresado en un medio hospitalario para su contención, tarea que su familia no está en condiciones de abordar.

De vuelta al hogar, el proceso se iniciaría nuevamente.

El ciclo descrito podría explicar la ausencia de relación encontrada entre el estado de funcionamiento psicosocial y la actitud crítica y/o hostil del familiar. Esto es, cuando el familiar reacciona crítica u hostilmente ante su paciente esquizofrénico, no lo hace por su situación actual, sino más bien por lo que ésta implica dentro del contexto de su historia de enfermedad.

La correcta comprensión del mecanismo descrito, y en especial del modo en que el número de hospitalizaciones previas y el nivel de Criticismo familiar están relacionadas, requeriría el estudio de variables que no han sido evaluadas en este estudio.

Entre ellas, destacaría la colaboración del paciente con respecto a la toma de medicación en fases anteriores del trastorno, la confianza depositada por la familia en la medicación como tratamiento adecuado para el problema de su paciente, las expectativas de la familia relativas a la curación del paciente, variables familiares que puedan tener algún efecto. A modo de ejemplo, situaciones familiares en las que por distintos motivos (muerte o separación) la pareja parental está disuelta, el nivel de Criticismo y Hostilidad expresado es superior aunque carezca del rigor estadístico de significación.

La observación de la existencia de relaciones significativas entre la variable de seguimiento y la presencia de ansiedad en el paciente y la existencia de fricciones en las relaciones sociales no ha sido informada en la investigación EE hasta Gutiérrez (1986).

Entre las variables clínicas estudiadas anteriormente, tan sólo las Delusiones de Grandeza (Vaughn y Leff, 1976) obtenta niveles de significación.

Sin embargo, Gutiérrez, en su muestra gallega estudiada, obtiene resultados muy similares a los de este estudio: la ansiedad y las fricciones interpersonales evaluadas a partir del DAS-II son predictores de las rehospitalizaciones.

2.3.5. Hipótesis III

La tercera hipótesis afirma que la toma regular de medicación y el tiempo de contacto cara a cara actúan como variables moderadoras del nivel alto de Emoción Expresada.

El efecto protector de la medicación en la necesidad o no de rehospitalizar durante el período de seguimiento y el número de veces en que la rehospitalización fué considerada la intervención adecuada, ha sido ya comentada.

Se trata ahora de estudiar la interacción entre el nivel de EE y ambos factores por separado. La interpretación de los resultados aquí obtenidos requiere especial cautela, dado que la eventual adición de un sólo caso al grupo de pacientes que no colaboran con su medicación, podría producir resultados diferentes, al ser su número muy reducido.

Por esta misma razón, no se analiza el efecto conjunto de ambos factores sobre el nivel de EE.

Además, dada la no significatividad de la relación entre EE y la recaída, tan sólo se estudia el efecto de la medicación y la reducción del tiempo de contacto sobre el nivel de Criticismo.

Las predicciones que se hacen son las siguientes:

1. En el grupo de pacientes residentes en hogares de nivel alto en EE, los sujetos que recaen se diferenciarán significativamente de los que no recaen en relación a su colaboración en la toma de medicación de mantenimiento

2. En el grupo de pacientes residentes en hogares de nivel alto en EE, los sujetos que recaen se diferenciarán significativamente de los que no recaen en relación al tiempo de contacto cara a cara con sus familiares de nivel alto en EE.

1. Interacción Nivel de Criticismo-Medicación.

La Tabla 41 recoge los resultados obtenidos a partir de las dos tablas de contingencia analizadas para estudiar el efecto de la medicación en los grupos de Alto Criticismo y Bajo Criticismo por separado, controlando así el efecto del nivel de Criticismo.

TABLA 41. INTERACCION DEL EFECTO DEL CRITICISMO FAMILIAR CON COLABORACION EN LA TOMA DE MEDICACION EN LA EVOLUCION.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T .FISHER
	N	%	N	%	N.S.
<u>BAJO CRITICISMO FAMILIAR</u>					
Medicación Regular	1	8.3	10	83.3	.9166
Medicación Irregular	0	0.0	1	8.3	
<u>ALTO CRITICISMO FAMILIAR</u>					
Medicación Regular	0	0.0	1	16.6	.3333
Medicación Irregular	4	66.6	1	16.6	

A partir de estos resultados, puede observarse que si bien anteriormente se había demostrado el efecto protector de la medicación para el grupo total de pacientes, este efecto no se demuestra al controlar la variable nivel de Criticismo.

2. Interacción Nivel de Criticismo-Tiempo de Contacto.

La Tabla 42 recoge los resultados obtenidos a partir de las dos tablas de contingencia analizadas para estudiar el efecto de la reducción del tiempo de contacto en los grupos de Alto Criticismo y Bajo criticismo por separado. El tiempo de contacto cara a cara semanal se ha dicotomizado del mismo modo en que lo hacen los demás autores que investigan sobre EE, esto es, estableciendo el punto de corte en 35 horas semanales.

TABLA 42. INTERACCION DEL EFECTO DEL CRITICISMO FAMILIAR CON DURACION DEL CONTACTO SOCIAL EN LA EVOLUCION.

	HOSPITALIZA		NO HOSPITALIZA		T.FISHER
	N	%	N	%	N.S.

BAJO CRITICISMO FAMILIAR					
Contacto (>35 h.)	1	8.3	6	50.0	.5833
Contacto (>35 h.)	0	0.0	5	41.6	

ALTO CRITICISMO FAMILIAR					
Contacto (<35 h.)	3	50.0	2	33.3	.66667
Contacto (>35 h.)	1	15.6	0	0.0	

No se observan relaciones significativas con la variable de seguimiento en ninguno de los subgrupos estudiados, por lo que la predicción relativa al efecto protector en la recalda de la reducción del tiempo de contacto en el grupo de pacientes residentes en hogares críticos, no se cumple en este estudio. Tal como era de esperar, tampoco tiene un efecto significativo en el grupo de bajo criticismo.

DISCUSION

El efecto que tiene la medicación en la prevención de la rehospitalización del paciente esquizofrénico es algo aceptado por los distintos autores (Davis y cols., 1976). El estudio de su interacción con el nivel de EE en la prevención de recaídas ha sido resuelto de modos divergentes, que van desde la conclusión de McMillan y cols. (1986) de que el factor familiar EE ve diluidos sus efectos al controlar la toma de medicación, a la interpretación de Gutiérrez (1986) de que la medicación no ejerce ningún papel protector una vez controlada la variable estatus de EE.

La solución más aceptada es aquella que considera el factor protector de la medicación en los pacientes residentes en hogares de alto EE o lo que es lo mismo, en los pacientes sometidos a alguna fuente de estrés crónica e inoperante en hogares de bajo EE (Leff y cols., 1982).

La conclusión que a partir de los resultados obtenidos en el grupo de sujetos estudiados puede extraerse es que, la colaboración en la toma de medicación, cuya relación significativa con la hospitalización ha sido demostrada en el grupo total, deja de ser una variable relevante para la variable de seguimiento, una vez que el nivel de criticismo ha sido controlado. A partir de tales resultados, podría

hipotetizarse que entre ambas, la variable realmente relevante para la hospitalización durante el seguimiento, es el nivel de criticismo familiar.

Ahora bien, el estudio detallado de la tabla de contingencia ilustra, una vez más, el modo en que las variables 'nivel de criticismo familiar' y 'colaboración del paciente con la medicación prescrita' interactúan: el número de casos que no colaboran con la toma de medicación en el grupo de criticismo, y viceversa, el número de casos que toman regularmente la medicación en el grupo de alto criticismo son ambos muy pequeños. Podría pensarse en actitudes mutuas (familiares y paciente) simétricas con respecto de quién lleva el control del tratamiento.

Por otra parte, el número de casos incluidos en algunas categorías es tan pequeño, que la eventual adición de un caso en alguna de tales categorías podría conducir a resultados diferentes. Así, pues, cualquier conclusión a partir de los datos sería probablemente precipitada y requiere por tanto, la precaución y la acumulación de evidencia.

Con respecto a los efectos protectores de la reducción del tiempo de contacto, no hay acuerdo entre los autores y parece depender del tipo de proceso (Ciompi, 1983).

Tampoco en este punto, la investigación EE obtiene resultados homogéneos en los distintos trabajos. Mientras que algunos autores encuentran un efecto protector aditivo entre medicación y reducción del tiempo de contacto sobre la estimulación nociva que representa un nivel alto de EE (Brown, 1972; Vaughn y Leff, 1976), otros encuentran que ambos factores interactúan (Vaughn, 1984) y finalmente, otros autores no encuentran que la reducción del tiempo de contacto tenga tal efecto protector (Karno y cols., 1987; Gutiérrez, 1986; Arévalo y cols., 1989).

Los resultados obtenidos a partir de los sujetos esquizofrénicos estudiados y residentes en la Comunidad Autónoma Vasca son coherentes con los de Karno y cols., Gutiérrez y cols., y Arévalo y cols., realizados todos ellos con muestras de origen hispano. La reducción del tiempo de contacto cara a cara con los familiares en todos ellos, no ejerce ningún papel, en uno u otro sentido, con respecto al riesgo de recaída en ninguno de los subgrupos creados a partir de la variable criticismo. Karno y cols. (1987) consideran que ello es así, debido a diferencias en los patrones típicos de relación y contacto interpersonal en la cultura hispana.

2.4. CONCLUSIONES

Algunas dificultades encontradas para la puesta en práctica del proyecto, entre las que destacaría la falta de colaboración de la Institución Psiquiátrica de este País con la Universidad, son la causa fundamental de ciertas restricciones que sin duda van a limitar la validez de las conclusiones extraídas.

Entre las limitaciones tanto teóricas como prácticas más importantes, citaríamos las siguientes:

1.- El reducido tamaño de la muestra aumenta la posibilidad de que el azar determine los resultados.

2.- La restricción del concepto de recaída utilizado limita por una parte la interpretación del efecto diferencial de las distintas variables estudiadas en la recaída y por otra, la posibilidad de comparar los resultados.

3.- La imposibilidad de controlar adecuadamente las dosis de medicación ingerida por parte del paciente y la regularidad de ingesta y basarnos para ello en el informe de la familia, limita la interpretación del efecto encontrado de esta variable.

Con la cautela propia en estas situaciones, las conclusiones que a partir de los resultados obtenidos pueden extraerse son las siguientes:

1.- La hipótesis de que la existencia de patrones diferentes de EE determinados culturalmente podría ser uno

de los factores responsables del distinto curso de la esquizofrenia observado en medios culturales diferentes no puede sustentarse con los datos disponibles.

La heterogeneidad de las muestras estudiadas hace que las escasas diferencias encontradas en los patrones de EE pueden responder a confusiones de variables relevantes al estatus de EE independientes de factores culturales.

Por la misma razón, la constatación de diferencias significativas entre los patrones de EE observados en la muestra de familiares de pacientes esquizofrénicos residentes en la Comunidad Autónoma Vasca y otros ambientes socio-culturales (Londres, India y Los Angeles), no es razón suficiente para garantizar que las actitudes de estos familiares hacia sus pacientes esquizofrénicos difieran realmente.

2.- La variable Emoción Expresada, entendida como aquél conjunto de actitudes críticas y/o hostiles y/o de sobreimplicación que los familiares expresan en relación a sus pacientes esquizofrénicos en el curso de una entrevista semiestructurada, no está relacionada con la recaída definida como necesidad de rehospitalización durante el periodo de seguimiento elegido (12 meses).

Sin embargo, el análisis de la relación que las distintas actitudes englobadas en la variable compuesta EE

tienen con la rehospitalización del paciente durante el periodo de seguimiento, indica que 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. Asimismo, tanto el Criticismo como la Hostilidad pueden considerarse buenos predictores del número de rehospitalizaciones ocurridas.

3.- Por otra parte, los componentes de EE, Criticismo y Hostilidad, no son las únicas variables relacionadas con la variable de seguimiento.

Se puede afirmar que también las variables 'colaboración en la toma de medicación', 'número de hospitalizaciones previas', 'ansiedad en el momento de realizarse la evaluación' y 'fricciones en los contactos sociales' son predictores confiables ($p < .05$) del número de hospitalizaciones durante el año de seguimiento evaluado.

4.- Tanto el Criticismo como la Hostilidad, variables relevantes a la rehospitalización, no son independientes de algunos de estos factores relacionados a su vez con la rehospitalización. La dependencia de EE con respecto de determinadas características del paciente discrepa con la mayor parte de la investigación EE y tiene una doble implicación para la conceptualización de su naturaleza y efecto:

a.- La relación entre algunas características de la Historia Psiquiátrica del paciente básicamente relacionadas con la hospitalización psiquiátrica y el nivel de Criticismo y Hostilidad nos lleva a considerar el origen de ambos componentes desde una perspectiva temporal y fruto de la interacción con aspectos del paciente no estrictamente clínicos.

b.- Las múltiples relaciones encontradas exigen la conceptualización de la recaída desde una perspectiva multicausal en la que las conductas de paciente y su familia se imbrican en una espiral de acción y reacción que conduce a la hospitalización del paciente.

5.- Si la medicación tiene un efecto que podríamos considerar protector de la rehospitalización en el grupo total de pacientes, tal efecto se disipa una vez controlado el nivel de Criticismo. Este resultado contradice la mayor parte de los estudios EE que conceptualizan la medicación como factor moderador del efecto del nivel alto de EE en el paciente.

La tentación de interpretar este resultado en favor del efecto primordial del factor Criticismo sobre todos los demás incurriría en una sobresimplificación del problema al desestimar la interacción observada entre la colaboración en la toma de medicación por parte del

paciente y el nivel de Criticismo expresado hacia su persona por su familiar. De nuevo, el concepto de interdependencia es fundamental para tratar intuitivamente de comprender el proceso.

6.- La variable "tiempo de contacto cara a cara con el paciente" tampoco obtiene los resultados esperados a partir de otros trabajos. Sin embargo, el resultado es coherente con los obtenidos en muestras de origen hispano.

7.- Si la relación entre el componente de EE, Sobreimplicación, y la variable de seguimiento era inestimable, también lo es con el resto de las variables estudiadas, no obteniendo resultados significativos en ninguna de las pruebas de independencia realizadas.

8.- Las diferencias observadas entre los componentes de EE en lo que respecta a sus antecedentes y consecuencias, cuestiona la idea de la variable Emoción Expresada como la de un constructo único y plantea su estructura dual basada en actitudes Críticas-Hostiles por un lado y de Sobreimplicación por el otro. Tal conceptualización de EE no es nueva en la literatura y viene recogida en autores como Miklowitz, 1983.

Como resumen final, puede considerarse que este trabajo apoya la hipótesis básica de la investigación EE con tres restricciones:

a.- En primer lugar, es preferible hablar de los componentes de EE más que de EE de modo global.

b.- En segundo lugar, algunos componentes de EE (Criticismo y Hostilidad) pueden considerarse buenos predictores aislados de la recaída definida como 'número de rehospitalizaciones' en los 12 meses de seguimiento, pero no son los únicos ni los mejores.

c.- En tercer lugar, dadas las interacciones observadas entre las variables estudiadas, el mejor modo de estudiar el proceso de recaída es en términos de interdependencia de factores personales, familiares y protectores (medicación).

3. BIBLIOGRAFIA

- ABELES, G. "Researching the Unresearchable: Experimentation on the double Bind", en SLUZKY, C.E. y RANSOM, D.C. (Eds.), 1976., OP. CIT.
- AKERMAN, N.W. BEATMAN, F. y SHERMAN, S.N. (Ed.). "Exploring the Base for Family Therapy". Nueva York: Fam. Serv. Ass. of Ameri., 1961.
- ANDERSON, C.M.; HOGARTY, G.; BAYER T.; NEEDLEMAN, R. "EE and Social Networks of Parents of Schizophrenic Patients", British Journal of Psychiatry, 1984, 144: 247-255.
- ANDERSON, C.M.; HOGARTY, G.E. y REISS, D.J. "Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: a Psychoeducational Approach", Schizophrenia Bulletin, 1980, 6: 490-505.
- A.P.A. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 3rd Ed. Washington, 1980. Versión española, Ed. Masson, S.A., Barcelona, 1983.
- AREVALO, J.; VIZCARRO, C. "Emoción Expresada y Curso de la Esquizofrenia en una Muestra Española", Análisis y Modificación de Conducta, 1989, Vol. 15, no. 43, 3-24.
- AREVALO, J.; VIZCARRO, C.; OCHOA, E.F.L.; LLORENTE, G.; SOLA, J. "Patterns of Expressed Emotion: Contributions from an ongoing research on a sample of schizophrenic patients from Madrid". Paper presented at the AABI Meeting. Chicago, November 1986.
- ASARNOW, J.R.; BEN-MEIR, S.L.; GOLDSTEIN, M.J. "Family Factors in Childhood Depressive and Schizophrenia-Spectrum Disorders: a Preliminary Report", en HAHLEWEG, K.; GOLDSTEIN, M.J., 1987, OP. CIT.
- BATESON, G.; JACKSON, D.D.; HALEY, J. y WEAKLAND, J. "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" (1956), En Jackson (Comp.), 1984, OP. CIT.
- BAUCOM, D.H.; SHER, T.G. "Aplication of Marital Research and Methodology to the Study of the Family", en HAHLEWEG, K.; GOLDSTEIN, M.J., 1987, OP. CIT.
- BEAVERS; BLUMBERG; TIMKEN Y WEINER (1965), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.
- BERGER, M.M. (Ed.), "Beyond the Double Bind", Bruner-Mazel, New York, 1978.
- BERGER, M.M. (1965), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.

- BERKOWITZ, R. "Therapeutic Interventions with Schizophrenic Patients and their Families: a Descriptive Review of a Clinical Research Project", Journal of Family Therapy, 1984, 6: 211-233.
- BERKOWITZ, R.; KUIPERS, L.; EBERLEIN-FRIES, R. y cols. "Lowering Expressed Emotion in Relatives of Schizophrenics", en GOLDSTEIN, M. (Eds.), 1981, OP. CIT.
- BLEULER, M. "The Schizophrenic Disorders: Long-Term Patient and Family Studies", Yale University Press, New Haven/London, 1978.
- BOSZORMENY-NAGY y FRAHO, J.L. "Terapia Familiar Intensiva". Ed. Trillas, Méjico, 1976.
- BOWEN, M. "Esquizofrenia y Familia" (1960), En JACKSON, D.D. (Comp.), 1974, OP. CIT.
- BOWEN, M. "The Use of Family Theory in Clinical Practice", Clinical Psychiatry, 1966, 7: 345-374.
- BROWN, G.W. "The Discovery of Expressed Emotion: Induction or Deduction?", en LEFF, J. Y VAUGHN, C., 1985, OP. CIT.
- BROWN, G.W. y BIRLEY, J.L. "Crisis and Life Changes and the Onset of Schizophrenia", Journal of Health and Social Behavior, 1968, 9, 203-214.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T. Y WING, J.K. "Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication", British Journal of Psychiatry, 1972, 121: 241-258.
- BROWN, G.W., CARSTAIRS, G.M. y TOPPING, G.G. "Post-Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients", Lancet, 1958, 2: 685-689.
- BROWN, G.W., MONCK, E. y CARSTAIRS, G.M. y WING, J.K. "Influence of Family life on the Course of Schizophrenia Illness", British Journal of Preventive Social Medicine, 1962, 16: 55-68.
- BROWN, G.W.; PARKERS, C.M. y WING, J.K. "Admissions and Readmissions to Three London Mental Hospitals", Journal of Mental Science, 1961, 107: 1070-1077.
- BROWN, G.W. y RUTTER, M. "The Measurement of Family Activities and Relationships", Human Relations, 1966, 19: 241-263.

- BROWN, G.W.; SKLAIR, F.; HARRIS, T. y cols. "Life Events and Psychiatry Disorders. I: Some Methodological Issues", Psychological Medicine, 1973, 3, 74-87.
- CALVO GOMEZ, F. "Estadística Aplicada". Ediciones Deusto, Bilbao, 1978.
- CIOMPI, L. "The Natural History of Schizophrenia in the Long Term", British Journal of Psychiatry, 1980, 136: 413-420.
- CIOMPI, L. "Schizophrenic Deterioration, II", British Journal of Psychiatry, 1983, 143: 79-84.
- CIOTOLA (1961), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.
- DAVIS, J.H.; GOSENFELD, L. y TSAI, C.C. "Maintenance Antipsychotic Drugs Do Prevent Relapse: A Reply to Tobias and MacDonald", Psychological Bulletin, 1976, 83: 431-447.
- DEAN, A.; LINN, N. "The Stress-Buffering Role of Social Support", Journal of Nervous and Mental Disease, 1977, 165: 403-416.
- DOANE, J. "Affective Style Scoring Manual". Universidad de California, Los Angeles, 1983.
- DOANE, J.A.; WEST, K.L.; GOLDSTEIN, M.J.; RODNICK, E.H. y JONES, J.E. "Parental Communication Deviance an Affective Style. Predictors of Subsequent Schizophrenia Spectrum Disorders in Vulnerable Adolescents", Archives of General Psychiatry, 1981, 38: 679-685.
- DOWNIE, N.M. "Métodos Estadísticos Aplicados". Edit. Castillo, Madrid, 1971.
- DULTZ, B. y HAND, I. "Short-Term Relapse in Young Schizophrenics: Can It Be Predicted and Affected by Family (CFI) and Treatment Variables?. An Experimental Study". En GOLDSTEIN M.J., HAND, I. y HAHLEWEG, K. (Eds.), 1986, OP. CIT.
- DUBE, K.C.; KUMAR, N. y DUBE, S. "Long Term Course and Outcome of Agra Cases in the International Pilot Study of Schizophrenia", Acta Psychiatrica Scandinavica, 1984, 70: 170-179.
- EDGERTON, R.B. Y KARNO, M. "Mexican-American bilingualism and the perception of mental illness". Archives of General Psychiatry, 24:286-290, citado por JENKIS, J.H., KARNO, M., de la SELVA, A. y SANTANA, F., 1986, OP. CIT.

- FABREGA, H. "Mexicans of Texas: Some Social and Psychiatric features. En BRODY, E.B.(Ed), Behavior in new environments: Adaptation of migrant populations. Beverly Hills: Sage; citado por JENKIS, J.H.; KARNQ, M.; de la SELVA, A. y SANTANA, F., 1986, OP. CIT.
- FALLOON, I.R.H. "Relapse in Schizophrenia: a Review of the Concept and its Definitions (Editorial)", Psychological Medicine, 1983, 13: 469-477.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L. y MCGILL, C.W. "Family Care of Schizophrenia: A Problem-Solving Approach to the Management of Mental Illness", New York, Guildford Press, 1985.
- FALLOON, I.R.H.; BOYD, J.L.; MCGILL, C.W.; RAZANI, J.; MOSS, H.B. y GILDERMAN, A.M. "Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia", New England Journal of Medicine, 1982, 306: 1437-1440.
- FALLOON, I.R.H.; MCGILL, C.W.; BOYD, J.L. y PEDERSON, J. "Family Management in the Prevention of Schizophrenia: Social Outcome of a Two Year Longitudinal Study", Psychological Medicine, 1987, 17: 59-66.
- FALLOON, I.R.H.; MCGILL, C.W. "Family Stress and the Course of Schizophrenia: a Review in Family Management of Schizophrenia", Fallon I.R.H. (Eds), Baltimore, John Hopkins University Press, 1985.
- FEIGHNER, J.P.; ROBINS, E.; GUZE, S.B. y cols. "Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research", Archives of General Psychiatry, 1972, 26: 52-63.
- FERNANDEZ HERMIDA, J.R.; FERNANDEZ SANDONIS, J. "Factores Familiares y Curso de la Esquizofrenia", Actas Luso Españolas de Psiquiatría, 1986, 14, 6, 431-454.
- FROMM-REICHMANN, F. "Notes on the Development of Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy", Psychiatry, 1948, 11: 263-273.
- GLASER, R.B. "Family Interaction Patterns and Schizophrenia: a Rorschach Study", Unpublished Doctoral Dissertation, University of California at Berkeley, CA, 1976. Citado en LIEM, J.H., 1980, OP. CIT.
- GOLDBERG, S.G.; SCHOOLER, N.R.; HOGARTY, G.E. y cols. "Predictions of Relapse in Schizophrenic Outpatients Treated by Drug and Psychotherapy", Archives of General Psychiatry, 1977, 34: 171-184.

- GOLDSTEIN, M.J. Family Interaction Patterns that Antedate the Onset of schizophrenia and Related Disorders: a Further Analysis of Data from Longitudinal, Prospective Study", En HAHLEWEG K. y GOLDSTEIN, M.J. (1987) Op. Cit.
- GOLDSTEIN, M; HAND, I. y HAHLEWEG, K. "Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention", Springer-Verlag, Berlin, 1986.
- GOLDSTEIN, M.J. y RODNICK, E. "The Family's Contribution to the Etiology of Schizophrenia: Current Status", Schizophrenia Bulletin, 1975, 14: 48-63.
- GOLDSTEIN, M.J.; RODNICK, E.H.; EVANS, J.R. y STEINBERG, M.R. " Drug and Family Aftercare Treatment of Acute Schizophrenia", Archives of General Psychiatry, 1978, 35: 169-177.
- GOVE, W.R. (Ed.), "Deviance and Mental Illness", Beverly Hills: Sage, 1982.
- GREEDHARRY, D. "Expressed Emotion in the Families of the Mentally Handicapped: A Pilot Study", British Journal of Psychiatry, 1987, 150, 400-402.
- GREENLEY, J.R. "Social Control and Expressed Emotion", The Journal of Nervous and Mental Disease, 1976, Vol. 174, No. 1, 24-30.
- GUTIERREZ, E. "Estatus Actual y Futuro de la Terapia Familiar Sistémica desde la perspectiva de la Investigación Aplicada", En Gutiérrez, "Lecturas de Terapia Familiar. Compilación de Textos". Universidad de Santiago de Compostela, 1984.
- GUTIERREZ, E. "Familias con un Hijo Esquizofrénico: Expresión de Emociones y Curso del Paciente". Extracto de Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 1986.
- GUTIERREZ, E. "Expresión de Emociones y Curso de la Esquizofrenia: I. Revisión Crítica de los Supuestos de Independencia, Estabilidad y Causalidad", Análisis y Modificación de Conducta, 1988, Vol. 14, No. 39, 61-84.
- GUTIERREZ, E.; ESCUDERO, J.A.; VAZQUEZ, M.C.; CASTRO, J.; ALVAREZ, L.C.; BALATAR, M.; BLANCA, J.; GONZALEZ, I.; GOMEZ. "Expresión de Emociones y Curso de la Esquizofrenia: II. Expresión de Emociones y el Curso de la Esquizofrenia en Pacientes en Remisión", Análisis y Modificación de conducta, 1988, Vol. 15, No. 40, 275-316.

- JOHNSTONE, E.C.; CROW, T.J.; JOHNSON, A.L.; MacMILLAN, J.F. "The Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia. 1. Presentation of the Illness and Problems Relating to Admission", British Journal of Psychiatry, 1986, 148: 115-120.
- HAHLWEG, K. Y GOLDSTEIN, M.J. "Understanding Major Mental Disorders: The Contribution of Family Interaction Research", Family Process Press, New York, 1987.
- HAHLWEG, K. y JACOBSON, N.S. "Marital Interaction. Analisis and Modification", The Guilford Press, New York, 1981.
- HAHLWEG, K.; NUECHTERLEIN, M.; GOLDSTEIN, J.; MAGANA, A.; DOANE, J. y SNYDER, K. "Parental Expressed Emotion Attitudes and Intrafamilial Communication Behavior", En HAHLOWEG, K. y GOLDSTEIN, K., 1987, OP. CIT.
- HAHLWEG, K.; REISNER, L.; KOHLI, G.; VOLLMER, M.; SCHINDLER y REVENSTORF, D. "Development and Validity of a New System to Analyze Interpersonal Communication: Kategorienseystem f.r partnerschaftliche Interaction", En HAHLOWEG, K. y JACOBSON, N.S., 1981, OP.CIT.
- HALEY, J. "Descripción Interaccional de la Esquizofrenia" (1959), En JACKSON, D. (Comp.), 1984, OP. CIT.
- HAVSTAD, L.F. "Weight Loss and Weight Loss Maintenance as Aspects of Family Emotional Process" (Doctoral Thesis), Los Angeles, University of Southern California, Department of Clinical Psychology, 1979, citado en KOENIGSBERG, H.W. y HANDLEY, R., 1986, OP. CIT.
- HERMAN, B.F. y JONES, J.E. "Lack of Acknowledgment in the Family Rorschachs of Families with a Child at risk for schizophrenia", Family Process, 1976, 15: 289-302.
- HOOLEY, J.M. "The nature and origins of Expressed Emotion", En Hahlweg, K. y Goldstein, M.J. (Ed.), 1987. OP. CIT.
- HOOLEY, J.M. y HAHLOWEG, K. "The Marriages and Interaction Patterns of Depressed Patients and Their Spouses: Comparison of High and Low EE Dyads", En GOLDSTEIN, M.J.; HAND, I. y HAHLOWEG, K. (Eds), 1986, OP. CIT..
- HOOLEY, J.M.; ORLEY, J.; TEASDALE, J.D. "Levels of Expressed Emotion and Relapse in Depressed Patients", British Journal of Psychiatry, 1986, 148: 642-647.

- HOGARTY, G.E.; ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J.; GREENWALD, D.P. y EL EPICS Schizophrenia Research Group. "Family Psychoeducation, Social Skills Training, and the Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia", Archives of General Psychiatry, 1986, 43: 633-642.
- JACKSON, D.D. "El Problema de la Homeostasis de la Familia" (1957), En JACKSON D.D. (Comp), 1974. OP. CIT.
- JACKSON, D.D. "The Study of the family", Family Process, 1965, 4: 1-20.
- JACKSON, D.D. (Comp.). "Etiología de la Esquizofrenia", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1974.
- JACKSON, D.D. (Comp). "Comunicación, Familia y Matrimonio". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1984.
- JACOB, T. "family Interaction in Disturbed and Normal Families: A Methodological and Substantive Review", Psychological Bulletin, 1975, Vol. 32, No. 1: 33-65.
- JENKINS, J.H.; KARNO, M., DE LA SELVA, A. y SANTANA, F., "Expressed Emotion in Cross-Cultural Context: Familial Responses to Schizophrenic Illness Among American Mexican", En GOLDSTEIN, M.J.; HAND, I. y HAHLEWEG, K. (Eds.), 1986, OP. CIT.
- KARNO, M.; JENKINS, J.H.; DE LA SELVA, A.; SANTANA, F.; TELLES, C.; LOPEZ, S. y MINTZ, J. "Expressed Emotion and Schizophrenic Outcome Among Mexican-American Families", The Journal of Nervous and Mental Disease, 1987, 175: 143-151.
- KATSCHNIG, H. (Ed.). "Schizophrenia: The other side". Urban and Schwabenberg, Viena, 1977.
- KOENIGSBERG, H.W.; HANDLEY, R." Expressed Emotion: From Predictive Index to Clinical Construct", The American Journal of Psychiatry, 1986, 143, No. 11: 1361-1373.
- KOTTGEN, C.; SONNICHSEN, I., MOLLENHAUER, K. y cols. "Families' High Expressed Emotion and Relapses in Young Schizophrenic Patients: Results of the Hamburg-Camberwell Family Intervention Study, II", International Journal of Family Psychiatry, 1984, 5:71-82.
- KRAWIECKA, M.; GOLDBERG, D. y VAUGHN, M. "Standardised Psychiatric Assessment Scale for rating Chronic Psychotic Patients", Acta Psiquiátrica Scandinavica, 1977, 55, 299-308.

- KUIPERS, L.; STURGEON, D.; BERKOWITZ, R.; LEFF, J.P. "Characteristics of EE: its Relationships to Speech and Looking in Schizophrenia and their Relatives", British Journal of Clinical Psychology, 1983, 22: 257-264.
- LAING, R.D. "Mistificación, Confusión y Conflicto" (1965), En BOSZORMENY-NAGY y FRAMO, J.L., 1976, OP. CIT.
- LAING, R.D. y STERSON, A. "Sanity, Madness and Family", Baltimore, Penguin Books, 1964.
- LEFF, J.P.; BROWN, G.W. "Family and Social Factors in the Course of Schizophrenia", British Journal of Psychiatry, 1977, 130: 417-420.
- LEFF, J.; KUIPERS, L. y BERKOWITZ, R. "Intervention in Families of Schizophrenics and its Effect on Relapse Rate", en McFARLANE, W.R. (Eds.), 1983, OP. CIT.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R. Y STURGEON, D. "A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients", British Journal of Psychiatry, 1982, 141: 121-134.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R. y STURGEON, D. "A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients: Two Year Follow-Up", British Journal of Psychiatry, 1985, 146: 594-600.
- LEFF, J.P. y VAUGHN, C. "The Interaction of Life Events and Relative's EE in Schizophrenia and Depressive Neurosis", British Journal of Psychiatry, 1980, 136: 146-153.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. "The Role of Maintenance Therapy and Relatives' Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia: A two Years Follow-up", British Journal of Psychiatry, 1981, 139: 102-104.
- LEFF, J. Y VAUGHN, C. "Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness", New York: Guilford Press, 1985.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. "Expressed Emotion and Relapse in Schizophrenia" (Correspondencia), British Journal of Psychiatry, 1986, 148: 215.
- LEFF, J.; WIG, N.N.; GHOSH, A.; BEDI, H.; MENON, K.; KUIPERS, L.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; DAY, R.; SARTORIOUS, N.; JABLENSKY, A. "Influence of Relatives' Expressed Emotion on the Course of Schizophrenia in Chandigarh", British Journal of Psychiatry, 1987, 151, 166-173.

- LEMOS GIRALDEZ, S. "Contexto Psicosocial y Evolución de la Esquizofrenia". Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1988.
- LIEM, J.H. "Effects of verbal Communications of Parents and Children: a Comparison of Normal and Schizophrenic Families", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, 42: 438-450.
- LIEM, J.H. "Family Studies of Schizophrenia: an Update and Commentary", Schizophrenia Bulletin, 1980, Vol. 6, No. 3, 429-455.
- LIEM, G.R. y LIEM, J.H. " Family and Individual Coping Following Job Loss". Rockville, MD: National Institute of Mental Health Research Proposal Grant No. MH 31316-01, 1978. Citado en LIEM, J.H., 1980, OP. CIT.
- LIDZ, T. y FLECK, S. "Schizophrenia and the Family", International University Press, Inc.. Nueva York, 1975.
- LIDZ, T. "A Scketch oh a Theory of Schizophrenic Disorders" (1973), en LIDZ, T. y FLECK, S., 1975, OP. CIT.
- LIDZ, T.; CORNELISON, A.; FLECK, S. y TERRY D. "The Fathers" (1955), en LIDZ, T. y FLECK, S., 1975. OP. CIT.
- LIDZ, T.; CORNELISON, A.; FLECK, S. Y TERRY D. " Marital Schism and Marital Skew" (1957), en LIDZ, T. y FLECK, S., 1975, OP. CIT.
- LIDZ, T.; CORNELISON, A.R.; TERRY, D. y FLECK, S. "The Transmission of Irrationality" (1957), en LIDZ, T. Y FLECK, S., 1975, OP. CIT
- LIDZ, T. Y FLECK, S. "Esquizofrenia, Integración Humana y Rol de la Familia". En JACKSON (Comp.), 1984. OP. CIT.
- LIDZ, R. y LIDZ, T. "The Family Enviroment of Schizophrenic Patients" (1949). En LIDZ. T. y FLECK, S., 1975, OP. CIT.
- LIDZ, T.; WILD, C.; SCHAFER, S.; ROSMAN, B. y FLECK, S. "Thought Disorders in the Parents of Schizophrenic Patients: A Study Utilizing the Object-Sorting Test", Journal Psychiatry Research, 1963, 1: 193-200.
- LIEBER, D.J. "Parental Focus of Attention in a Videotape Feedback Task as a Function of Hipotesized Risk for Offspring Schizophrenia", Family Process, 1977, 16: 467-475,

- LIPTON, F.R.; COHEN, C.I.; FISHER, E.; KATZ, S.E. "Schizophrenia, a Network Crisis", Schizophrenia Bulletin, 1981, 7: 144-151.
- LOEFF (1965), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.
- MCCORD, W.; PORTA, J. y McCORD, J.. "The Familial Genesis of Psychoses", Psychiatry, 1962, 25, citado por JACKSON, 1974, OP. CIT.
- MCCREADE, R.G.; PHILLIPS, K. "The Nithsdale Schizophrenia Survey. VII. Does Relatives' High Expressed Emotion Predict Relapse?", British Journal of Psychiatry, 1988, 152: 477-481.
- MCCREADE, R.G. Y ROBINSON, A.D.T. "The Nithsdale Schizophrenia Survey. VI. Relatives' Expressed Emotion: Prevalence, Patterns, and Clinical Assessment", British Journal of Psychiatry, 1987, 150: 640-644.
- McFARLANE, W.R. (Eds.) "Family Therapy in Schizophrenia". Guilford Press, 1983.
- MacMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROW, T.J.; JOHNSON, A.L. y JOHNSTONE, E.C. "Expressed Emotion and Relapse", British Journal of Psychiatry, 1986, 148: 133-144
- MacMILLAN, J.F.; GOLD, A.; CROW, T.J.; JOHNSON, A.L.; JOHNSTONE, E.C. "Expressed Emotion and Relapse (Correspondencia)", British Journal of Psychiatry, 1986, 148, 741-743.
- MEEHL, P.H. "Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia", American Psychologist, 1962, 17: 827-838.
- MEISSNER, W.W. "Thinking about the Family; Psychiatric Aspects". Family Process, 1964, 1: 1-40.
- MIKLOWITZ, D.J.; GOLDSTEIN, M.J.; FALLOON, I.R.H. y DOANE, J.A. "Characteristics of Expressed Emotion in the Families of Schizophrenics", British Journal of Psychiatry, 1984, 144: 482-487.
- MIKLOWITZ, D.J., GOLDSTEIN, M.J., FALLOON, I.R.H. Y DOANE, J.A. "Premordid and Symptomatic Characteristics of Schizophrenics from Families with High and Low Levels of EE", Journal of Abnormal Psychaitry, 1983, 92: 359-367.
- MIKLOWITZ, D.J.; GOLDSTEIN, M.J.; NUECHTERLEIN, K.H.; SNYDER, K.S.; DOANE, J.A. "The Family and the Course of Recent Onsent Mania". En HALHWEG, K.; GOLDSTEIN, M.J., 1987, OP. CIT.

- MINTZ, J.; MINTZ, L.; GOLDSTEIN, M. "Expressed Emotion and Relapse in First Episodes of Schizophrenia. A rejoinder to McMillan et al.", British Journal of Psychiatry. 1987, 151: 314-320.
- MINTZ, L.I.; NUECHTERLEIN, K.H.; GOLDSTEIN, M.J.; MINTZ, J.; SNYDER, K.S. "The Initial Onset of Schizophrenia and Family Expressed Emotion. Some Methodological Considerations", British Journal of Psychiatry. 1989, 154: 212-217.
- MISHLER, E.G. y WAXLER, N.E. "The Sequential Patterning of Interaction in Normal and Schizophrenic Families", Family Process. 1975, 14: 17-50.
- MOLINE, R.A.; SANT SINGH, M.S.W.; MORRIS, A. Y MELTZER, H.Y. "Family Expressed Emotion and Relapse in Schizophrenia in 24 Urban American Patients", American Journal of Psychiatry. 1985, 142: 1078-1081.
- MURPHY, J.M. "Cultural Deviance and Mental Disorders", en GOVE, W.R. (Ed.), 1982, OP. CIT.
- MURPHY, H.B.M. "Cultural Influences in Incidence, Course and Treatment Response", en WYNNE, L.C.; CROMWELL, R.L. y MATTHYSSE, S. (Eds.), 1978, OP. CIT.
- MISHLER, E.G. y WAXLER, N.E. "The Sequential Patterning of Interaction in Normal and Schizophrenic Families", Family Process. 1975, 14: 17-50.
- MOLINE, R.A.; SANT SINGH, M.S.W.; MORRIS, A. y MELTZER, H.Y. "Family Expressed Emotion and Relapse in Schizophrenia in 24 Urban American Patients", American Journal of Psychiatry. 1985, 142: 1078-1081.
- MURPHY, J.M. "Cultural Deviance and Mental Disorders", en GOVE, W.R. (Ed.), 1982, OP. CIT.
- MURPHY, H.B.M. "Cultural Influences in Incidence Course and Treatment Response", en Wynne, L.C.; CROMWELL, R.L. y MATTHYSSE, S. (Eds), 1978, OP. CIT.
- NIE, N.H.; HULL, C.H.; JENKINS, F.G. y cols. "Statistical Package for the Social Science". 2nd Ed. McGraw-Hill, New York, 1975.
- OLSON, D.H. "Empirically Unbinding the Double Bind: A Review of Research and Conceptual Reformulations", Family Process. 1972, 11: 69-94.

- ORFORD, J.; O'REILLY, P.; GOONATILLEKE, A. "Expressed Emotion and Perceived Family Interaction in the Relatives of Elderly Patients with Dementia", Psychological Medicine, 1987, 17: 963-970.
- PARKER, G. y JOHNSON, P. "Parenting and Schizophrenia: an Australian study of Expressed Emotion". Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 1987, 21: 60-66.
- REISS, D. "The Family and Schizophrenia", American Journal of Psychiatry, 1976, 133: 181-185.
- RINGUETTE y KENNEDY (1966), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.
- RISKIN, J. y FAUNCE, E.E. "An Evaluative Review of Family Interaction Research", Family Process, 11(4): 1972, 365-453.
- RISON, N. "Support Systems of schizophrenic and Non-Schizophrenic Puerto Rico Women in New York City", Schizophrenia Bulletin, 1978, 4: 561-596.
- RITZLER, B.A.; SINGER, M.T.; COLE, R.E. y FISHER, L. "Parental Communication Deviance and Competence of Children at Risk for Schizophrenia". Paper Presented at the Eastern Psychological association Convention, Ap. 1977. Citado en LIEM. J.H. (1980). OP. CIT.
- ROSENTHAL, D. y KETY, S.S. (Eds) "The Transmission of Schizophrenia", Oxford: Pergamon Press Ltd, 1968.
- ROSMAN, B.; WILD, C.; RICCI, J. FLECK, S. y LIDZ, T. "Thought Disorders in the Parents of Schizophrenic Patients: A Further Study Utilizing the Object Sorting Test", Journal of Psychiatry Research, 1964, 10: 266-275.
- RUTTER, M. y BROWN, G.W. "The Reliability and Validity of Measures of Family Life and Relationships in Families Containing a Psychiatric Patient", Social Psychiatry, 1966, 1: 38-53.
- SARTORIOUS, N.; JABLENSKY, A. y SHAPIRO, R. "Cross-Cultural Differences in the Short Term Prognosis of the Schizophrenic Psychoses", Schizophrenia Bulletin, 1978, 4: 102-113.
- SCHEFLEN, A. "Communicational Concepts of Schizophrenia". En M.M. BERGER (Ed.), 1978, OP. CIT..

- SEARLES, H.F. "The Effort to Drive the Other Person Crazy- An Element in the Etiology and Psychotherapy of Schizophrenia", British Journal Medical Psychology, 1959, 32: 1-18.
- SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO G.; CECCHINI, G. y PRATA, G.. "Paradox and Counterparadox", (1978), versión española, "Paradoja y Contraparadoja. Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia a Transacción Esquizofrénica". Ed. A.C.E., Buenos Aires, 1982.
- SHAPIRO, L. y WILD, C. "The Product of the Consensus Rorschach in Families of Male Schizophrenics", Family Process, 1976, 15: 211-224.
- SINGER, M.T. y WYNNE, L.C. "Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics: III. Methodology Using Projective Techniques", Archives of General Psychiatry, 1965, 12: 187-200.
- SINGER, M.T.; WYNNE, L.C. y TOOHEY, M.L. "Communication Disorders and the Families of Schizophrenics", en WYNNE, L.C.; CROWELL, R.L. y MATTHYSSE, S. (Eds.), 1978, OP. CIT.
- SLUZKY, C.E.; BEAVIN, J.; TARNOPOLSKY, A. y VERON, E. "Transactional Disqualification: Research on the Double Bind", Archives of General Psychiatry, 3(10): 1967, 494-504.
- SLUZKY, C.E. y RANSOM, D. "Comment on Gina Abeles' Review", en SLUZKY, C.E. y RANSOM, D., 1976, OP. CIT.
- SMITH (1972), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.
- SOJIT (1971), citado por ABELES, G., 1976, OP. CIT.
- SPITZER, R.L.; ENDICOTT, J. y ROBINS, E. "Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability", Archives of General Psychiatry, 1978, 35: 773-782.
- STEPHENS, J.H.; ASTRUP, C. y MANGRUM, J.C. "Prognostic Factors in Recovered and Deteriorated Schizophrenics", American Journal of Psychiatry, 1966, 122: 1116-1121.
- STRACHAN, A.M.; GOLDSTEIN, M.J. y MIKLOWITZ, D.J. "Do Relatives Expressed Emotion?", en GOLDSTEIN, M.J., HAND, I. y HAHLEWEG, K., 1986, OP. CIT.
- STRACHAN, A.M.; LEFF, J.P.; GOLDSTEIN, M.J.; DOANE, J.A.; BURTT, C. "Emotional Attitudes and Direct Communication in the Families of Schizophrenics: a Cross National Replication", British Journal of Psychiatry, 1986, 149: 279-287,

- STRAUSS, J.S. y CARPENTER, W.T. "Prediction of Outcome in Schizophrenia. III: Five-Year Outcome and its Predictors", Archives of General Psychiatry, 1977, 34: 159-163.
- STURGEON, D.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; LEFF, J. "Psychophysiological Responses of Schizophrenic Patients to High and Low Expressed Emotion Relatives", British Journal of Psychiatry, 1981, 138: 40-45.
- STURGEON, D.; TURPIN, G.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; LEFF, J. "Psychophysiological Responses of Schizophrenic Patients to High and Low Expressed Emotion Relatives", British Journal of Psychiatry, 1984, 145: 82-69.
- STRAUSS, J.S. y CARPENTER, W.T. "The Prognosis of Schizophrenia: Rationale for a Multidimensional Concept", Schizophrenia Bulletin, 1978, 4: 56-67.
- SUMMERS, F. y WALSH, F. "The Nature of the Symbiotic Bond Between Mother and Schizophrenic", American Journal of Orthopsychiatry, 1977, 47: 484-494,
- SZMUKLER, G.I.; EISLER, I.; RUSSEL, G.F.M.; DARE, C. "Anorexia Nerviosa, Parental "Expressed Emotion" and Dropping Out of Treatment", British Journal of Psychiatry, 1985, 147: 265-271.
- TARRIER, N. "Bodily Reactions to People and Events in Schizophrenia", Archives of General Psychiatry, 1979, 36: 311-315.
- TARRIER, N.; BARROWCLOUGH, C.. "Psychophysiological Assessment of Expression Emotion in Schizophrenia: a Case Example", British Journal of Psychiatry, 1984, 145, pags. 197-203.
- TARRIER, N.; BARROWCLOUGH, C.; PORCEDDU, K.; WATTS, S. "The Assessment of Psychophysiological Reactivity to the Expressed Emotion of the Relatives of Schizophrenic Patients", British Journal of Psychiatry, 1988, 152: 618-624.
- VALONE, K.; NORTON, J.P.; GOLDSTEIN, M.J. Y DOANE, J. "Parental Expressed Emotion and Affective Style in an Adolescent Sample at Risk for Schizophrenia Spectrum Disorders", Journal of Abnormal Psychology, 1983, 92: 399-407.
- VAUGHN, C. "Patterns of Interactions in Families of Schizophrenics", En KATSCHNING, H. (Ed.), 1977, OP. CIT.

- VAUGHN, C. "Patterns of Emotional Response in the Families of Schizophrenic Patients", en GOLDSTEIN, HAND y HALHWEG, 1986, OP. CIT.
- VAUGHN, C.E.; LEFF, J. "The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patient", British Journal of Psychiatry, 1976, 129: 125-137.
- VAUGHN, C.; SNYDER, K.; JONES, S.; FREEMAN, W.B. Y FALLOON, I.R.H. "Family Factors in Schizophrenic Relapse: A Replication", Schizophrenia Bulletin, 1982, 8: 425-426.
- VAUGHN, C.; SNYDER, K.; JONES, S.; FREEMAN, W.B. Y FALLOON, I.R.H. "Family Factors in Schizophrenic Relapse. A California Replication of the British Research on Expressed Emotions", Archives of General Psychiatry, 1984, 41: 1169-1177.
- VAUGHN, C. "The interview", apuntes proporcionados por la autora, publicados posteriormente en LEFF, J. y VAUGHN, C., 1985, OP. CIT.
- VAUGHN, C. "The Expressed Emotion Scales", apuntes proporcionados por la autora, publicados posteriormente en LEFF, J. y VAUGHN, C., 1985, OP. CIT.
- VENEABLES, P.H. y WING, J.L. "Levels of Arousal and the Subclassification of Schizophrenia", Archives of General Psychiatry, 1962, 7: 114-119.
- VIZCARRO, C.; AREVALO, J. "Emoción Expresada: Introducción al Concepto, Evaluación e Implicaciones Pronósticas y Terapéuticas", Estudios de Psicología, 1987, 27-28, 89-109.
- WALSH, F.W. "Parent and Child Effects on Cognitive Performance: an Experimental Approach to the Etiology and Responsive Theories of Schizophrenia", Family Process, 1974, 13: 1-22,
- WALSH, F.W. "Breaching of Family Generation Boundaries by Schizophrenics, Disturbed NonSchizophrenics, and Normals", International Journal of Family Therapy, 1: 254-275, 1979.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H. y JACKSON, D.D. "Pragmatics of Human Communication", Versión Española, "Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, Patologías y Paradojas". Ed. Herder, Barcelona, 1981.

- WAXLER, N. "Is Outcome Better for Schizophrenics in Nonindustrialized Societies?", Journal of Nervous and Mental Disease, 1979, 167: 144-158.
- WEAKLAND, J. "La hipótesis del Doble Vínculo en la Esquizofrenia y la Hipótesis Tripartita" (1960), en JACKSON, D.D. (Comp.), 1974, OP. CIT.
- WEAKLAND J. y FRY, W.F. "Cartas de Madres Esquizofrénicas" (1962), en JACKSON, D.D. (Eds.), 1984, OP. CIT.
- WHITAKER, C. "Co-Therapy of Chronic Schizophrenia", en M.M. Berger (Eds), 1978, OP. CIT.
- WHITEHEAD, A.N. y RUSSELL, B. "Principia Mathematica". Cambridge, Eng.: Cambridge University Press, 1910.
- WIERSMA, D.; de JONG, A. y ORMEL, J. "Groningen Social Disability Schedule (GSDS). Manual for the Use of the Instrument for Assessing Disabilities in Social Function". Groningen State University, 1984.
- WIG, N.N.; MENON, D.K.; BEDI, H.; LEFF, J.; KUIPERS, L.; GHOSH, A.; DAY, R.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; SARTORIOUS, N.; JABLENSKY, A. "Distribution of Expressed Emotion Components among Relatives of Schizophrenic Patients in Aarhus and Chandigarh", British Journal of Psychiatry, 1987, 151, 160-165.
- WILD, C.M.; SHAPIRO, L.N. y ABELIN, T. "Communication Patterns and Role Structure in Families of Male Schizophrenics", Archives of General Psychiatry, 1977, 34: 58-70,
- WILD, C.M.; SHAPIRO, L.N. y GOLDENBERG, L. "Transactional Communication Disturbances in Families of Male Schizophrenics", Family Process, 1975, 14: 131-160,
- WING J.K. (1978) "Social Influences on the Course of Schizophrenia", en WYNNE, L.; CROMWELL, R.L. y MATTHYSSE, S. (Eds), 1978, OP. CIT.
- WING, J.K.; COOPER, J.E. y SARTORIOUS, N. "The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms". London: Cambridge University Press, 1974.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Schizophrenia: An International Follow-up Study". Chichester: Wiley, 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Who Disability Assessment Schedule" (WHO/DAS), Geneva, 1985.

- WYNNE, L.C. "The Study of Intrafamilial Alignments and Splits in Exploratory Family Therapy", en AKERMAN, N. W.; BEATMAN, F. y SHERMAN, S.N. (EDs.), 1961, OP. CIT.
- WYNNE, L.C.; CROMWELL, R.L. y MATTHYSSE, S. (Ed) "The Nature of Schizophrenia: New Approaches to Research and Treatment". New York: Wiley and Sons, 1978.
- WYNNE, L.C.; RYCKOFF, I.M.; DAY, J. y HIRSCH, S.I. "Pseudo-Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics", Psychiatry, 1958, 21: 205-220.
- WYNNE, L.C. y SINGER, M.D. "Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics. I. A Research Strategy", Archives of General Psychiatry, 1963, 9: 191-198.
- ZUBIN, J. y SPRING, B. "Vulnerability. A New View of Schizophrenia", Journal of Abnormal Psychology, 1977, 86, 103-126.

4. APENDICES

4.1. APENDICE 1: Escala de Evaluación
Sintomatológica

APENDICE 1: ESCALA DE EVALUACION SINTOMATOLOGICA

Está basada en la Escala de Evaluación Psiquiátrica de Krawiecka y col., 1977 y construida a partir de algunos Items del P.S.E. (Present State Examination) de Wing, Cooper y Sartorius, 1974.

1. DEPRESION	0	1	2	3
1.1. Humor Depresivo (23)*	(...)			
1.2. Desesperanza (24)	(...)			
1.3. Ideas/Intentos de Suicidio (25)	(...)			
1.4. Depresión (121)	(...)			
2. ANSIEDAD	0	1	2	3
2.1. Ansiedad Flotante (11)	(...)			
2.2. Presentimientos Ansiosos (12)	(...)			
2.3. Ansiedad debida a Delirios (13)	(...)			
2.4. Agitación Motora (111)	(...)			
3. DELIRIOS COHERENTEMENTE EXPRESADOS	0	1	2	3
3.1. Delirio de Control (71)	(...)			
3.2. Delirio de Referencia (72)	(...)			
3.3. Interpretación/Identificación (73)	(...)			
3.4. Delirio Paranoide (74)	(...)			
4. ALUCINACIONES	0	1	2	3
4.1. Auditivas No-Verbales (60)	(...)			
4.2. Verbales Basadas en el Humor (61)	(...)			
4.3. Voces (62)	(...)			
4.4. Evaluación de las Voces (63)	(...)			
4.5. Disociativas (64)	(...)			
4.6. Pseudoalucinaciones (65)	(...)			
5. SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS EN FUNCION DE SU IMPACTO SOBRE LA INTEGRIDAD DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE	0	1	2	3
5.1. Sistematización Delirios (93)	(...)			
5.2. Preocupación (95)	(...)			
5.3. Acting Out de Alucinaciones y Delirios	(...)			

6. POBREZA CONTENIDO DEL LENGUAJE (138)	0 1 2
7. AFECTO EMBOTADO (128)	0 1 2
8. AFECTO INCONGRUENTE (129)	0 1 2
9. RETARDO PSICOMOTOR (110)	0 1 2

Para obtener la puntuación de las escalas 1, 2, 3 y 4, a partir del P.S.E. se han utilizado los siguientes criterios:

- (0). Si todas las subescalas correspondientes puntúan también (0) en el P.S.E.
- (1). Si al menos de ellas puntúa (1) en el P.S.E.
- (2). Si hubiera una puntuación de (2) en alguna subescala del P.S.E.
- (3). Si hubiera una puntuación de (2) en al menos dos subescalas del P.S.E.

Se ha decidido tal codificación porque, siguiendo a Birchwood (1987), se ha considerado que la puntuación de (2) en alguna de las subescalas refleja mayor severidad del trastorno mental que la puntuación de (1) en todas ellas.

Las escalas 6, 7, 8 y 9 toman directamente la puntuación obtenida en el P.S.E.

(*) El número entre paréntesis se refiere al correspondiente ítem/Síntoma en el P.S.E.

4.2. APENDICE 2: Contrato de Participación de
la Familia en el Proyecto de
Investigación

APENDICE 2: CONTRATO DE PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN EL
PROYECTO DE INVESTIGACION

Somos un equipo de psicólogos de la Universidad de Deusto que, en colaboración con el Hospital Psiquiátrico de (nombre del centro hospitalario), estamos realizando un estudio sobre los pacientes aquí ingresados, con la importante ayuda de sus respectivas familias, ya que consideramos que la familia es uno de los recursos principales de que disponemos en la rehabilitación del enfermo psiquiátrico.

La colaboración que requerimos de Uds. para este proyecto, se limitaría a una entrevista, responder a un cuestionario y participar en un diálogo familiar.

Para facilitar su estudio posterior, las sesiones serán grabadas, garantizándose su absoluta confidencialidad y su uso exclusivo para el fin del estudio.

Como resultado de este trabajo, el personal sanitario que está en contacto con el paciente dispondrá de más vías para abordar su tratamiento.

D., Da.
y D./Da. desean colaborar con el
equipo de psicólogos de la Universidad de Deusto en el
trabajo expuesto anteriormente.

Firma:

4.3. APENDICE 3: Formato de Entrevista
Semiestructurada a Realizar
con el Familiar

APENDICE 3: **FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A REALIZAR CON EL FAMILIAR**

SECCION A: HISTORIA PSIQUIATRICA

Obtenga un breve informe cronológico de toda la historia psiquiátrica del paciente, que incluya:

- Personalidad previa.
- Episodios anteriores.
- Fecha y duración aproximada de cada episodio.
- Períodos de normalidad de 3 meses o más.

"Me gustaría comenzar preguntándole cuándo empezó el problema de; ¿Cuándo fue la primera vez que notó algo diferente?; ¿Fue un deterioro gradual o repentino?; ¿Cómo era su comportamiento?".

Interrogue detalladamente acerca del último episodio, incluyendo:

- Detalles sobre cada síntoma.
- Contactos con servicios e instituciones.
- Esquema y fluctuaciones de gravedad de este episodio.

"¿Cuándo empezó a empeorar?; ¿Qué sucedió?; ¿Cómo se siente Ud. cuando hace eso?; ¿Cómo se puso en contacto con el hospital este último episodio?; ¿Quién decidió que ingresara?; ¿Qué decía de venir?; ¿Opuso resistencia?".

Obténganse detalles de cómo se relacionan las actividades rutinarias del paciente con las de otros miembros de la familia.

"Me gustaría hacerme una idea de cómo pasa el tiempo el paciente un día habitual entre semana y los fines de semana. ¿A qué hora se levanta?; ¿Qué hace durante la mañana?; ¿Come con Uds.?; ¿Cómo emplea las tardes?.."

Indáguense los siguientes aspectos sobre cada síntoma o conducta sintomática:

-Inicio: "¿Cuándo comenzó esto?; ¿Ha ocurrido durante los tres últimos meses?".

-Gravedad: "¿Cómo se manifestó esto? (Pida un ejemplo); ¿Qué gravedad tenía ese comportamiento?".

-Frecuencia: "¿Con qué frecuencia ...?; ¿Sucedía siempre?; ¿Todos los días?; ¿Una vez por semana?".

-Contexto social: "En dónde sucedía?; ¿Quién estaba presente?; ¿A qué hora del día?".

-Reacciones de otros miembros de la familia: "¿Cómo reaccionaron cada uno de los presentes?; ¿Qué efecto produjo en ...?"

-Tensión: "¿Esto le alteraba los nervios?; ¿Crea un ambiente desagradable en casa?"

-Autenticidad de la conducta sintomática percibida por el familiar: "¿Cree Ud. que ... podría haber hecho algo para controlarse?"

-Adaptación del familiar: "¿Cómo afrontó Ud. esto?; ¿Qué eficacia tenía Ud. para controlar a (...)?; ¿Encontró alguna manera de prevenir tal situación?".

-Sentimientos que provoca en él: "¿Cómo se sintió Ud.?"

1. Irritabilidad

Obtenga información sobre las manifestaciones de irritabilidad del paciente de la manera anteriormente indicada. Indague también, la percepción del familiar de los cambios que la enfermedad ha producido en las mismas. Pida un ejemplo de la última vez que sucedió.

"Una de las consecuencias de este tipo de problemas es que las personas están más irritables, es decir, regañonas y molestas por cosas que normalmente no le harían reaccionar así. ¿Con qué frecuencia ... se ha puesto así?; ¿Puede describir qué sucede?; ¿Qué sucedió la última vez?

¿Ha cambiado la cantidad de irritabilidad que demuestra desde que comenzó el problema?; ¿Ocurrió alguna vez antes de que sucediera este problema?; ¿Por qué piensa que ha ocurrido este cambio?

¿Cómo expresa normalmente su irritabilidad?; ¿Gritando, peleándose, impacientándose ...?; ¿Cuáles son las cosas que le irritan?; ¿Se irrita con alguien en especial?

¿Le puede Ud. controlar cuando se pone así?; ¿Cómo lo hace?; ¿Cómo le hace esto sentir a Ud.?"

2. Discusiones.

Obtengase información sobre discusiones que ocurren en la familia, miembros que intervienen, reacciones de cada uno de ellos, modos de discutir, frecuencia.

"En la mayoría de las familias hay peleas o disputas de vez en cuando. Aparte de la irritabilidad de la que hemos hablado, ¿Se ha peleado su hijo con Ud. u otro miembro de la familia?; ¿Ha armado algún escándalo?; ¿Podría describirme qué es lo que sucedió la última vez?.

¿Se crea un ambiente desagradable en casa?; ¿Se insultan?; ¿Gritan?; ¿Pelean?; ¿Cuánto tiempo duran?; ¿Ha pasado ... alguna noche fuera a consecuencia de estas discusiones?.

"La mayoría de los esposos se pelean de vez en cuando. Aparte del tipo de irritabilidad que Ud. ya ha mencionado, ¿Su esposo y Ud. han tenido alguna disputa en los tres últimos meses?; ¿Podría describirme qué sucedió la última vez?; ¿Se han separado alguna vez a consecuencia de alguna pelea?.

3. Quejas, protestas.

Obténgase información sobre el motivo de las quejas, modo de quejarse, frecuencia y contexto en el que aparecen, tanto del paciente como de otros miembros de la familia.

"Aparte de la irritabilidad que ya ha mencionado, ¿Refunfuña o se queja por alguna razón?; ¿De qué tipo de cosas se queja?; ¿Con qué frecuencia?; ¿A quién?.
¿Cuándo refunfuña Ud. con su esposo/a?"

SECCION B
SINTOMATOLOGIA Y CONDUCTA EN GENERAL

Esta sección será utilizada en primer lugar, para obtener información amplia sobre todos los síntomas y comportamientos relacionados, y en segundo lugar, como guía para asegurarse de que se han cubierto todas las formas de comportamiento sintomático.

Háganse las preguntas indicadas, a menos que en la sección anterior, ya se haya conseguido amplia información sobre tal comportamiento.

Utilice esta sección para obtener una idea de la gravedad de la enfermedad durante el período primario, en caso de que no se la haya hecho en la sección A.

Para cada síntoma se necesita cierto tipo de información. Anteriormente se indicaron algunos sondeos prácticos para recabarla.

"Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el modo en el cuál ha sido afectado por el problema y también sobre algunas formas de comportamiento que presenta la gente en general. Por supuesto, que muchas no se aplicarán en su caso. De todos modos, me gustaría preguntárselas rápidamente y Ud. me dirá si ha sido así o no, especialmente durante los tres últimos meses."

1. Funciones Corporales.

1.1. Sueño.

"Cómo ha estado durmiendo últimamente? ¿Ha tenido alguna dificultad? ¿Ha tenido pesadillas? ¿Se despertaba muy temprano?"

1.2. Apetito.

"¿Cómo ha sido su apetito? ¿No ha querido comer?"

1.3. Quejas corporales.

"¿Se ha quejado de dolores de cabeza? ¿Se ha mareado? ¿Ha tenido otros dolores?"

2. Falta de Actividad (Hipoactividad del D.A.S.).

Tras obtener un esquema de las ocupaciones diarias del paciente, debe evaluarse:

- Su significado en términos de su aceptabilidad social.
- Su espontaneidad.
- La implicación del paciente en términos de la gratificación emocional que de las mismas se obtiene.
- La capacidad del paciente para subordinar, posponer e inter-relacionar sus actividades.

"¿Ha estado (...) razonablemente ocupado durante el mes pasado?; ¿Podría decirme cuáles son las actividades que realiza?.

¿Se sienta en ocasiones sin hacer nada?; ¿Se aburre?; ¿Me puede Ud. describir que es eso de no hacer nada en absoluto?; ¿Cuántas horas al día pasa sin hacer nada?; ¿Qué ocurre cuando le sugiere que haga algo?.

¿Cómo se siente Ud. en relación al modo en que emplea su tiempo?; ¿Trata de animarle a que haga cosas?; ¿Qué ocurre si Ud. lo hace?; ¿Hay que insistirle mucho?; ¿Hasta qué punto esto le afecta a Ud. en su rutina diaria?."

3. Lentitud (Lentitud en el D.A.S)

Evalúese la lentitud de los movimientos del paciente para realizar las tareas diarias y la adecuación de su pensamiento y lenguaje, teniendo presentes las dificultades que para su funcionamiento autónomo y participación social pueda ocasionar.

"¿Puede Ud. describirme su velocidad de movimientos?; ¿Le lleva mucho tiempo realizar las actividades diarias como lavarse, vestirse, ...?; ¿Es esta velocidad predecible y consistente?.

¿Cómo es su velocidad de pensamiento?; ¿Puede pensar fácilmente?; ¿Responde rápido a preguntas sencillas?; ¿Cuánto tiempo le lleva tomar una decisión o expresar una opinión?; ¿Le cuesta mucho entender lo que la otra persona trata de decirle?.

¿Termina normalmente lo que empieza?; ¿Tiende a disminuir el ritmo una vez iniciada la tarea?; ¿Y cuando las hace con alguien?; ¿Encaja con el ritmo que los otros le imponen al trabajar en grupo?.

¿Cómo se siente Ud. ante esta lentitud?; ¿Le dice que se dé prisa?; ¿Hay que presionarle mucho para que responda?; ¿Tiene que acabar las cosas por él?; ¿Siempre ocurre lo mismo."

4. Exceso de Actividad.

"Ha habido momentos en que ha estado demasiado alegre?; ¿O en que ha estado demasiado excitado?; ¿O muy ruidoso y gritón?; ¿O muy inquieto, como dando vueltas por la casa sin sentarse ni para comer?; ¿Y durante la noche?."

5. Violencia.

"¿Ha pegado a alguien?; ¿O herido a alguien?; ¿Ha intentado...? ¿O amenazado?; ¿A quién amenaza con más frecuencia?; ¿Quién está normalmente presente?."

6. Comportamiento destructivo.

"¿Ha sido destructivo o ha tirado cosas de la casa?; ¿Ante quién lo hace más frecuentemente?."

7. Retiro (Aislamiento social del D.A.S.)

Ha de indagarse sobre:

-La cantidad de contactos verbales que el paciente mantiene con su familia, amigos u otros contactos casuales.

-Si el paciente evita la presencia física de las personas.

-Las habilidades sociales del paciente en su conversación.

-Las reacciones de la familia con respecto al aislamiento social del paciente.

Lo anterior ha de evaluarse en función de cómo afecta al funcionamiento autónomo del paciente en otros campos, a su participación social y a la familia.

"¿Cómo es (...) cuando está con la gente?.

¿Evita a las personas?; ¿Desde cuándo?; ¿Está en la misma habitación que otros miembros de la familia?; ¿Qué ocurre cuando vienen a casa amigos de la familia?; ¿Los visita él alguna vez?; ¿Abre la puerta, contesta el teléfono o va de compras?.

¿Mantiene bien una conversación?; ¿Es capaz de iniciarla él?; ¿Muestra interés por lo que se le dice?; ¿Hace comentarios?; ¿Pregunta?.

¿Cómo se siente Ud. con respecto a su modo de aislarse?; ¿Trata de animarle para que sea más sociable?; ¿Le insiste para que se relacione más?; ¿Cómo?; ¿Qué efecto tiene?."

8. Pérdida de memoria.

"¿Ha tenido algún problema con su memoria, como por ejemplo, no acordarse de cómo llegar a casa, olvidarse de su domicilio, o de cualquier otra cosa?; ¿Tiene dificultad para acordarse de los nombres de personas a quienes conoce bien?; ¿Parece tener la mente confundida?; ¿Significa esto que no puede salir a la calle sólo?."

9. Temores-Ansiedad.

"¿Ha tenido temores extraños?; ¿Períodos de nerviosismo o pánico?; ¿Temores particulares, como por ejemplo, salir a la calle?; ¿Ocurre esto a alguna hora en particular?; ¿En presencia de alguien en concreto?; ¿Le limita su funcionamiento autónomo?; ¿Puede salir solo?."

10. Preocupaciones.

"¿El o ella ha estado muy preocupado últimamente?; ¿Ha estado preocupado por Ud. o por su esposo o por cosas como su salud, su trabajo o sus amistades?; ¿Qué le hace pensar que está deprimido?; ¿Desde cuándo lo viene comentando?; ¿Con qué frecuencia lo hace?; ¿A quién se lo comenta?."

11. Tristeza manifiesta.

"¿Ha estado deprimido?; ¿Lloroso?; ¿Ha dicho que no merecía la pena vivir?; ¿Qué le hace pensar que estaba deprimido?; ¿Se quejaba de sentirse infeliz?; ¿A quién?; ¿Con qué frecuencia?."

12. Obsesiones.

"¿Ha estado maniático sobre algo, como demasiado preocupado por los microbios o por la limpieza?; ¿Se ha puesto a hacer las cosas de una determinada manera que puede parecer tonta?; ¿O se ha puesto a hacer la misma cosa, como por ejemplo, lavarse las manos, o comprobar a cada momento que la puerta está cerrada, una y otra vez, ?; ¿Lo esto limita de alguna manera?."

13. Hábitos y Cuidado Personal (Autocuidado D.A.S.)

Indague sobre:

- Las actividades relacionadas con el mantenimiento de su higiene personal y salud física.
- Hábitos alimenticios
- Mantenimiento de sus pertenencias personales y espacio físico.
- Sentimientos y reacciones de la familia ante su escaso autocuidado.

"¿Cómo ha sido su higiene personal durante el mes pasado?; ¿Cambia sus ropas con regularidad?; ¿Se lava y afeita regularmente?.

¿Come normalmente?; ¿Cuida su dieta?; ¿Está engordando?; ¿Sería capaz de prepararse una comida para sí mismo?.

¿Cómo se comporta en público?; ¿Cómo son sus modales?; ¿Y en la mesa?.

¿Se preocupa de su aperiencia?; ¿Se descuida?; ¿Se prepara para salir?; ¿Cuida que sus ropas estén limpias, planchadas y arregladas?.

¿Cómo está su cuarto en comparación con el resto de la casa?; ¿Cuida sus cosas?.

¿Cómo se siente Ud.?; ¿Trata Ud. de corregirle?; ¿Le cuesta mucho?."

14. Ilusiones/Alucinaciones/Delirios.

"¿Se ha puesto celoso del modo en que trata a su hermano, esposo...?; ¿Ha tenido ideas raras acerca de alguna cosa?; ¿Parece que piensa que la gente está en su contra?; ¿De qué modo?; ¿Piensa que la gente ha estado hablando de él/ella?; ¿O de que tramán cosas en su contra?; ¿Habla solo alguna vez?; ¿Con qué frecuencia?; ¿Ha hecho algo raro a consecuencia de estas ideas?; ¿Esto le limita de alguna manera, como es no poder salir solo a la calle?."

15. Alcohol y Juegos de Azar.

"¿Ha estado bebiendo o jugando mucho?."

16. Comportamiento Extraño.

"¿Ha hecho cosas raras, como irse a vagar por ahí?; ¿O se ha comportado de una manera que parezca rara en él/ella?; Desde su punto de vista, ¿cuál es el aspecto más perturbador de los problemas de su hijo?."

16. Trabajos de casa. Participación en las Tareas de Casa del D.A.S.)

Debe interrogarse acerca de:

- Las funciones y obligaciones del paciente en el mantenimiento de la familia (roles formales e informales).
- Modo en que el paciente satisface su rol y responde a las expectativas familiares.

"¿Es el paciente un buen padre, ama de casa,...?; ¿Qué tipo de cosas hace para la familia?; ¿Cómo toma parte en las actividades familiares?.

Cuando Ud. piensa en la familia como grupo, ¿Dónde encaja él?.

¿Cómo encaja en la vida familiar?; ¿Se alegra cuando alguien logra algo importante?; ¿Se preocupa si alguien tiene problemas?; ¿Puede Ud. confiar en él?; ¿Puede Ud. pedir su consejo para asuntos personales?.

¿Cómo se siente ante su falta de interés por la familia?; ¿Trata Ud. de animarle a que tome parte en la vida familiar?; ¿Qué ha cambiado en la familia desde que él está así?."

18. Asuntos económicos.

"¿Quién es el encargado de los asuntos económicos en el hogar, como por ejemplo, el pago de facturas, renta, organización del gasto?; ¿Cómo se siente Ud. con respecto a estos acuerdos?; ¿Conduce a enfados o desacuerdos?; ¿Ha habido algún cambio en el dinero que entra en casa desde que el problema comenzó?; ¿Ha sido necesario reducir gastos?; ¿Cómo se siente respecto a estos cambios?."

19. Relaciones entre el familiar y el paciente.

"¿Puede decirme algo más del modo en que Ud. y ... se llevan?; ¿Le encuentra una persona amistosa?; ¿Es fácil tratar con ...?; ¿De qué manera le gustaría que fuera distinto?; ¿De qué manera afecta a sus nervios?; ¿Se queja Ud. de ello?; ¿Ha intentado mantenerse alejado de ... durante los tres últimos meses?; ¿Se ha sentido Ud. distinto desde que comenzó el problema?; ¿Ha cambiado el afecto que siente Ud. por el paciente?; ¿Se ha comportado Ud. de manera distinta hacia él?; ¿Se ha comportado el paciente de modo distinto desde que el problema comenzó?; ¿Ha cambiado la cantidad de afecto o interés mostrado por él hacia Ud.?; ¿Cómo se siente con respecto a este cambio?."

20 Relaciones de pareja. (Rol Marital -relaciones afectivas- en el D.A.S.).

Indíquese sobre:

- La comunicación del paciente con su esposo, como por ejemplo, las áreas que comparte con su partner.
- Habilidad del paciente para mostrar afecto y preocupación.
- Grado en que el paciente es percibido por su partner como una fuente de apoyo.

"¿Cómo describiría Ud. su matrimonio?; ¿Es ... un buen compañero?; ¿Con qué frecuencia charlan Uds.?; ¿Sobre qué tipo de cosas hablan Uds.?; ¿Confía ... en Ud.?; ¿Se hace cargo de los problemas de Ud.?; ¿Por qué no?.

¿Es afectuoso?; ¿De qué manera expresa lo que siente?; ¿Se queja del modo en que Ud. cocina, viste...?; ¿Es respetuoso con Ud.?; ¿Comparte sus problemas?.

¿Puede Ud. confiar en él?; ¿Se siente apoyado por él?; ¿O es un problema para Ud.?

¿Sobre qué tipo de cosas discuten?; ¿Cómo son sus discusiones?; ¿Cuánto duran?; ¿Es violento?; ¿Tiene alguna vez miedo de él?; ¿Ha considerado alguna vez el divorcio?."

21. Relaciones de pareja. (Rol Marital -relaciones sexuales- en el D.A.S.).

Debe interrogarse acerca de las relaciones sexuales, su frecuencia y la satisfacción obtenida en las mismas por ambos partners.

"¿Tiene algún problema en su vida sexual?; ¿Mantienen Uds. relaciones sexuales?; ¿Son éstas satisfactorias para ambos?.

En caso de que hubiera alguna dificultad, ¿de qué modo las maneja?; ¿Hace lo que él desea?; ¿Le molesta a Ud.?

¿Ha pensado alguna vez en dejarle?.

¿Le tiene miedo?.

¿Sucede siempre lo mismo?."

22. Rol Parental del D.A.S.

Debe obtener información sobre:

-Actividades realizadas por el paciente para asegurar la salud y seguridad de los niños.

-Interés y preocupación mostrado hacia el bienestar y futuro de los hijos.

-Existencia de abusos de su rol parental y consecuencias adversas en los niños.

-Sentimientos y reacciones del partner en relación al modo en que el paciente satisface su rol de padre.

"¿Qué tipo de padre es?; ¿Qué hace por sus hijos?; ¿Quién les levanta por la mañana?; ¿Quién les cuida cuando están enfermos?.

¿Es afectuoso con ellos?; ¿Les compra regalos en sus cumpleaños?; ¿Juega con ellos?; ¿Se interesa por el trabajo escolar?; ¿Habla con ellos?; ¿Les disciplina si es necesario?; ¿Se interesa por su futuro?.

¿Aprueba Ud. su actitud hacia los niños?; ¿Qué es lo que no le gusta respecto al modo en que lo hace?.

¿Cree que podría haber algún peligro para los niños?; ¿Tiene Ud. miedo de él?.

¿Cómo se maneja Ud. con esta falta de interés?; ¿Discuten por ello?; ¿Piensa Ud. que le temdría que ayudar más?."

23. Rol Sexual del D.A.S.

Obténgase información sobre:

-Interés mostrado por el paciente hacia el sexo opuesto.

-Actividades heterosexuales.

-Planes para un futuro matrimonio.

"¿Tiene novio/a?; ¿Sale a conocer chicas/os?; ¿Cuánto tiempo y energía dedica a esto?.

¿Parece gustar a las chicas/os?; ¿Cómo se comporta ante ellos/as?; ¿Cuánto tiempo duró la última relación?.

¿Piensa Ud. que se casará alguna vez?; ¿Le prepara Ud. alguna vez encuentros con gente?.

¿Comparte con Ud. su vida privada?; ¿En qué medida?; ¿Le preocupa que no tenga novio/a?."

24. Contactos Sociales (fricciones) del D.A.S.

Debe indagarse sobre:

- El modo en que el paciente responde a las preguntas y demandas de personas ajenas a la familia.
- Su modo de co-existencia en un nivel interpersonal (compañeros, gente del autobús, en la tienda ...).
- Sus modales con personas que no le agradan.

"¿Cómo se comporta ante extraños?; ¿Es educado con ellos?; ¿Y con personas que le piden la hora u orientaciones para encontrar una dirección?; ¿Es educado en público?; ¿Espera su turno en las tiendas?.

¿Cómo se relaciona con sus compañeros de trabajo?; ¿Le aprecian?; ¿Le cuenta a Ud. discusiones o peleas en las que ha estado implicado?.

¿Cómo se comporta con la gente que no le gusta?; ¿Se puede controlar en público?.

¿Qué efecto tiene su comportamiento en el resto de la familia?; ¿Alguna vez les ha metido a Uds. en un apuro?; ¿Alguna vez han tenido que solucionar algún problema creado por él?."

25. Rol Ocupacional del D.A.S. (Rendimiento laboral).

Debe indagarse sobre:

- El modo en que el paciente se conforma a la disciplina laboral.
- La calidad del trabajo realizado.
- Su motivación por mantener tal ocupación.

"¿Va a trabajar con regularidad?; ¿Tiene Ud. problemas para hacer que vaya a trabajar?; ¿Cuántos días no fué a trabajar el mes pasado?; ¿Por qué?.

¿Le gusta su trabajo?; ¿Cómo lo sabe Ud.?; ¿Le habla él de su trabajo?; ¿Está satisfecho de lo que hace?.

¿Realiza bien su trabajo?; ¿Se queja en ocasiones de que es demasiado para él?; ¿Parece cansado cuando viene a casa?; ¿Siempre ocurre lo mismo?.

¿Puede Ud. apoyarse en él para los asuntos económicos?; ¿Le causa su actitud problemas económicos?; ¿Tiene Ud. problemas económicos?.

¿Cómo se siente Ud. sobre su situación laboral?; ¿Le preocupa a Ud. su futuro?; ¿Cómo afecta esto al resto de la familia?."

26. Rol ocupacional del D.A.S. (Interés por lograr o reanudar su trabajo).

Debe indagarse acerca de:

-Los planes y estrategias realizados por el paciente para lograr o reanudar su trabajo.

-Pasos prácticos que ha dado.

-Su capacidad para evaluar su competencia para un trabajo específico.

"¿Desea volver a trabajar?; ¿Cómo lo sabe?; ¿Busca trabajo?; ¿Cuándo?; ¿Cómo?; ¿Ha solicitado algún trabajo?.

¿Le han ofrecido algún trabajo?; ¿Qué ocurrió?.

¿Comenta acerca de volver a trabajar?; ¿Piensa Ud. que desea trabajar?; ¿Se lo ha comentado a su médico?; ¿Qué le dijo éste?.

¿Cómo se siente Ud. acerca del hecho de que no esté trabajando?; ¿Qué tipo de preocupaciones le ocasiona a Ud. esto?; ¿Le preocupa a Ud. su futuro?.

¿Su falta de trabajo ha ocasionado problemas económicos en el hogar?; ¿Qué ha hecho Ud. al respecto?".

27. Intereses e información del D.A.S..

Debe indagarse acerca de:

-Actividades en las que el paciente participa para mantenerse en contacto con su medio social.

-Su implicación en estas actividades y la información que proporciona a su familia.

"¿Muestra algún interés por lo que le rodea?; ¿Qué tipo de cosas le interesan?; ¿Cómo demuestra su interés?; ¿Compra periódicos, revistas, discos?; ¿Le gusta el fútbol?.

¿Le interesa la gente que le rodea?; ¿Habla acerca de la vida de otras personas?.

¿Se implica mucho en las cosas que le interesan?; ¿Le cuenta cosas que ha aprendido y Ud. desconocía?.

¿Puede confiar en él a la hora de pagar el alquiler o el teléfono?.

¿Le preocupa a Ud. su falta de interés?; ¿Trata Ud. de animarle para que se interese por las cosas?".

28. Conducta ante emergencias del D.A.S.

Considérese la capacidad del paciente para desenvolverse en emergencias o situaciones imprevistas, en las que se requiere una actuación inmediata e iniciativa.

"¿Tiene iniciativa y decisión?.

¿Se le podría confiar por ejemplo un niño?.

¿Se puede confiar en él para que transmita un mensaje importante?.

¿Qué tipo de problemas le crea a Ud. esta falta de confianza en él?; ¿Tiene que supervisarle?; ¿Le puede Ud. dejar solo en casa y marcharse?".

29. Medicación.

"¿Se le ha recetado medicación para su problema en los tres últimos meses?; ¿Cuándo?; ¿Por quién?; ¿La ha tomado regularmente?; ¿Es él mismo quien lleva el control de la medicación?; ¿O Ud. le hace recordar que las tome?; ¿Qué le dice él cuando trata Ud. de ayudarle a que las tome?; ¿Con qué frecuencia ocurre esto durante los tres últimos meses?; ¿Cómo se siente Ud al tener que recordarle que tome su medicación?; ¿Está Ud. satisfecho del modo en que ha seguido el tratamiento?; ¿Qué piensa Ud. del tratamiento?; ¿Cree que le ayudan en algo?; ¿Cree que podría funcionar sin tomar la medicación?.

4.4. APENDICE 4: Ejemplos de Evaluación de la
Respuesta Emocional Familiar

APENDICE 4. EJEMPLOS DE EVALUACION DE LA RESPUESTA EMOCIONAL FAMILIAR

10M Madre de Mikel.

Comentarios Críticos: 23

Hostilidad: 3

Sobreimplicación: 1

Calidez: 0

Comentarios Positivos: 2

Comentarios Críticos:

1. "Ese año de Magisterio que hizo los 19 años dijo que ya no estudiaba más y que no hacía nada y desde entonces andamos mal ¡eh!, desde entonces ¡eh!, que ya son años ¡eh!".
2. "Nada, sin hacer nada. No quiere hacer nada. Le hemos matriculado en Filología Vasca, le hemos matriculado dos o tres veces en Magisterio, se le han dado todos los medios, le hemos matriculado en HABE no sé cuántas veces, quiso hacer náutica, pues también. Le pagamos la pensión, dejó a deberla y no asistió a ninguna clase, ó sea, nada de nada".
3. "El se cree que por hablar Euskera ya es más que nadie".
4. "No me deja ni hablar por teléfono".
5. "Es una falta de respeto que... te da hasta miedo."
6. "Una cosa curiosa que me ha llamado la atención, haber si no es que finge las cosas, porque ...".
7. "No hay forma de hablar con él, porque la culpa la tenemos nosotros, porque no le hemos dado como a sus hermanos. Pero se le han dado las mismas oportunidades que a todo el mundo. El que quiere las ha aprovechado. El no lo ha aprovechado. Peor para él."
8. "Uhl Si le dices que le vas a ingresar aquí, coge y se larga y se escapa".
9. "Pero es que coge dinero con qué facilidad, y claro tengo miedo. O sea, ya no le puedo dejar en casa, porque cualquier cosa que pueda tener en casa, puede cogerla. No se puede tener nada, nada. No respeta nada, entra en todas las habitaciones. No respeta nada". (Hostilidad por generalización).

10. "Te forma una bronca por nada. No sabes dónde empezar ni por donde acabar".

11. "Se levanta cuando quiere, toma café con leche y me pide dinero. Me dice: ¿Tú qué crees, que yo no puedo tomar nada?. Si no le das dinero hay bronca. Viene, come, se pone a tocar la guitarra... o sea, no hace nada, nada, nada".

12. Parece que discute mucho con Uds. "Continuamente, continuamente, continuamente".

13. "No quiere hacer nada de nada. No quiere hacer nada".

14. "Anda tres o cuatro días por ahí y te puedes figurar cómo viene, sucio, sin comer, vete a saber dónde anda".

15. "Es incapaz de coger un disco, sacarlo de su funda y ponerlo en el tocadiscos. Incapaz, incapaz".

16. "No sé si se aburre. Lee, pone música, coge un diccionario, vuelve a dejarlo, vuelve a cogerlo., vuelve a dejarlo, te vuelve loca.

17. "No dice nada más que tonterías".

18. "La conversación es para pedir. No hay diálogo. Yo no puedo dialogar con Mikel. Con Mikel es hablar contra un muro, no hay lógica".

19. "Tiene algo de enfermo, pero esta facilidad que tiene para buscar en sitios raros..., porque no puedes entrar a ducharte... ya no sabes si te ha quitado o no te ha quitado. Después te miente con una facilidad terrible. Creo que tiene mucho de sinvergüenza. No tienes ni idea de qué va a hacer".

20. "¡Si no está apuntando en el subsidio de paro! Me he cansado de decirle que hay cursillos, de acompañarle... ¿Cómo va a encontrar trabajo si no está apuntado en el paro?".

21. "Todo lo que te dice es cuento. No hace nada, nada de nada, de nada en ningún sentido".

22. "Siempre ha sido alérgico a tomar medicaciones".

23. "Es un poco sinvergüenza. Se ha acostumbrado a no trabajar, a vivir bien, quiere estar en casa y el primer día bien, el segundo también y el tercero ya empieza..."

Notas sobre sobreimplicación

Unicamente presente en forma de ansiedad y malestar (Respuesta emocional en el pasado y en la actualidad) ante los trastornos del paciente. "Algunas veces te encuentras sin ganas de muchas cosas y te vas y estás pensando: ¿qué hará?, ¿Dónde andará?, Siempre le tienes en mente."

Notas sobre hostilidad

Presente en forma de rechazo y generalización a lo largo de toda la entrevista en comentarios como: "No tengo libertad para nada", "Cuesta mucho echarle de casa", "Cuando se va de casa es cuando cogemos vacaciones ", "Nosotros que podríamos tener un poco de libertad, no la tenemos por él, siempre preocupados por él", "Todo el mundo se ha aburrido ya. Son muchos años".

Notas sobre calidad

No la expresa.

Comentarios positivos

1. "Para los niños es único. No hay otro como él"
2. "Es muy cariñoso".

12M Madre de Maribel

Comentarios críticos: 16

Sobreimplicación: 5

Hostilidad: 1

Calidez: 0

Comentarios positivos: 3

Comentarios críticos:

1. "Siempre con jaleos con ella. Se pone horrible".
2. "horrible, horrible. Hace cosas horribles. Le da por tirar la ropa, andar desnuda, andar con todos los hombres, romper cosas en casa".
3. "Empezó como siempre, a tirar, a romper, a marcharse por ahí. Decía que se iba a vivir su vida, que se marchaba. Empezó a beber whisky, a andar con unos y con otros y ya se desbarata toda".
4. "¿Hasta dónde llega?. Nada, a tirar todo y a romper todo. Desastre, desastre."
5. "Esta ha sido siempre horrible. Desde los 15 años. No le gustaba trabajar y le gustaba andar por ahí con los unos y los otros."
6. "Cuando se pone así, no hay quien le aguante."
7. "Discute mucho con todos. ¡Buf! Horrible, horrible. Se pone como una fiera. No hay quien la aguante. Cuando está así, mal, horrible."
8. "Siempre que le dejemos en paz y que no quiere saber nada de nosotros. Y que no quiere saber de nosotros, pero después, como aquel día, dándome golpes a mí en el coche. ¿Ya me entiende?. Ella se quiere alejar de nosotros pero no puede pasar sin nosotros."
9. "No toma medicación ni nada."
10. "Ya últimamente es una cosa disparatada, ya nada, nada. No me come ni nada. Nada más que beber, fumar y si no tiene dinero, pide a deber. Pide dinero por todos los sitios."
11. "Si no para, no para nada. Nos pide la llave... Es un desastre, es un desastre, es un desastre. Lo tira todo, lo regala... es lo que hace. Es un desastre, es un desastre, es un desastre."

12. "Solitaria y cogiendo lo que nadie quiere. No es de amigos ni amigas. Es de vivir su vida sola y mal".
13. "Cuando está mal hace las cosas a lo tonto".
14. "Tiene cosas terribles. Tiene ideas de niña pequeña, como de 8 ó 10 años".
15. "Ella no se preocupa de nada. Se despreocupa de todo".
16. "Ella coge el coche y se va con quien le da la gana, como si es un gitano viejo".

Notas sobre sobreimplicación

Marcada sobreimplicación, evidente por la conducta informada y la observada durante la entrevista:

Respuesta emocional ("Yo lo estoy pasando horrible", "Tengo mucha depresión. Solo quiero estar en la cama y sola. No tengo ganas de hacer nada".

Se encuentra de baja laboral a consecuencia de sus propias dificultades emocionales y en los últimos 3 meses ha engordado 15 Kg3).

Conducta sacrificada y devota ("Le estuve llevando todo un año a Vitoria a un psicólogo con nieve, con no nieve, yo luchando con ella").

Sobreprotección excesiva ("Yo le he buscado cantidad de empleos, en Galerías Preciados... Estuve luchando porque cogía dinero. Después la metí en Jata por amistades y ella se marchaba con unos y con otros y yo siempre buscándola."

La sigue en todos sus movimientos para ver que es lo que hace, paga todas las facturas que Maribel va dejando por muy disparatadas que sean en cantidad y contenido).

Actitud ("Yo no puedo pasar sin ella", "Cuando se pone así, se pone que no me puede ver. Su padre se ha desentendido de ellos y ahora dice que le quiere más a él que a mí y que se quiere ir a vivir con él").

Descarga emocional (durante prácticamente toda la entrevista llora).

Dramatización de muchas secuencias de interacción.

Notas sobre hostilidad

Clara muestras de Hostilidad por Generalización evidente en muchos de los comentarios Críticos ("Maribel es Horrible", "Es un desastre").

Comentarios positivos

1. "Tiene un estilo increíble".
2. "Es muy buena".
3. "Es atractiva, con un trapo cualquiera se pone muy guapa".

21P Padre de Jose Mari

Comentarios Críticos: 0

Sobreimplicación: 1

Hostilidad: 0

Calidez: 4/5

Comentarios positivos : 6

Notas sobre sobreimplicación

Evidencia de algunas conductas sobreprotectoras ("Hacemos como que no nos damos cuenta", "Procuramos no discutir ni levantar la voz, especialmente cuando esta J.M.") estrechamente relacionados con su modo de enfrentar el problema de su hijo (Trastorno irrecuperable).

Calidez

Evidencia de elevada calidez, expresando tanto en el contenido como en el tono del discurso, simpatía, preocupación y empatía ("Le gusta tomar algo y sin que él me pida yo le doy cada dos o tres días para que se tome un KAS", "Todos tenemos alguna rareza, pues él con más motivos", "Le notamos muy tranquilo, muy pacífico y muy cariñoso").

Comentarios Positivos

1. "Era muy buen estudiante".
2. "El hijo tan caprichoso y tan curioso".
3. "Es muy cariñoso".
4. "...y muy educado. Estando como está, demuestra para mi entender más cultura, más educación que cualquiera de los hermanos. Habla con mucha delicadeza, le quiere muchísimo a su sobrino..."
5. "Es muy tranquilo y muy cariñoso con todos".
6. "Es un chico muy sufrido, o sea, que si algo tiene, también cuenta menos de lo que tiene".