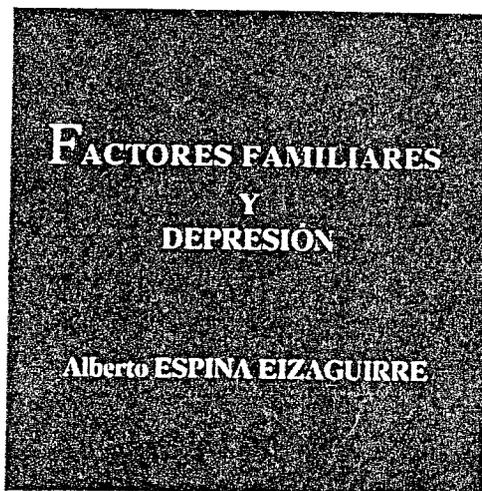


I. Introducción

A finales de la década de los cincuenta los estudios de familias con un miembro esquizofrénico atraían la atención de los clínicos en USA y se ponían grandes esperanzas en que las investigaciones de los diferentes grupos; Bateson, Jackson, Haley y Weakland en Palo Alto, Lidz, Cornelison Fleck y Terry en New Haven, y Winne, Ryckoff, Day, Hirsch y Singer descubrieran la etiología "familiar" de la esquizofrenia pero, como señala Doane (1978), los errores metodológicos (multiplicidad de muestras, inadecuación de los instrumentos a las áreas de estudio, el uso de criterios diagnósticos no uniformes, el pretender extraer conclusiones etiológicas de estudios transversales etc.) determinaron que estos estudios no dieran fruto y el interés por la investigación con familias de esquizofrénicos decayera volcándose en la terapia familiar la mayoría de los investigadores pioneros en este campo.

Una excepción importante que debemos señalar es la del grupo de Winne que con sus estudios sobre la Comunicación Desviada (C.D.) ha realizado aportaciones interesantes al estudio de familias con un miembro esquizofrénico y otras patologías.



En Inglaterra las investigaciones parten, no de la búsqueda de una etiología de la esquizofrenia, sino de una observación empírica realizada por Brown y Col. (1962).

Este autor observó que los esquizofrénicos que al alta iban a vivir a casa de sus padres recaían en mayor proporción que los que iban a hogares protegidos y, dentro de los primeros, la tasa de recaídas era mayor en los hogares en los que la madre no trabajaba. Este dato llevó a Brown y Col. a investigar las características de las familias de esquizofrénicos que pudieran estar relacionadas con la recaída del paciente.

Brown y Rutter (1966), Rutter y Brown (1966), desarrollaron una entrevista semiestructurada, la Camberwell Family Interview (CFI) que se aplica a los parientes cercanos del paciente (padres, cónyuge) y recoge información objetiva (distribución del tiempo en la familia e interacción cara a cara, conducta del paciente en casa etc.) y subjetiva (sentimientos presentes y pasados dirigidos al paciente expresados digital y analógicamente).

Esta entrevista duraba inicialmente tres o cuatro horas, siendo abreviada por Vaughn y Leff (1976) hasta una hora y media, y a través de ella se evalúan determina-

dos aspectos de la conducta emocional que los familiares manifiestan hacia el paciente. Esta evaluación es realizada por jueces entrenados, a partir de las grabaciones de las entrevistas hechas a los padres por separado.

2. El constructo emoción expresada (EE)

A partir de la CFI se valoran cinco escalas seleccionadas de las diferentes variables de la conducta emocional de los familiares estudiados y constituyen la "emoción expresada".

Las tres primeras tienen un valor pronóstico de la recaída y las puntuaciones que en ellas se obtengan van a determinar que unos familiares sean calificados como altos o bajos en emoción expresada.

Las escalas son las siguientes:

Comentarios Críticos (CC): En esta escala se suman los comentarios en los que un familiar expresa durante la CFI, desaprobación, resentimiento o disgusto hacia el paciente, teniéndose en cuenta el contenido del mensaje, el tono de voz etc. (por ejemplo: "últimamente se comporta como un gandul, está todo el día tirado en la cama". Los comentarios críticos se corresponden con el "rechazo del self" descrito por Watzlawick et al. (1967).

Hostilidad (H): Implica, no un rechazo de una conducta del paciente, sino un rechazo global de su personalidad o una impresión negativa generalizada del mismo, por ejemplo: "Es un inútil", "Es un gandul sin remedio". La hostilidad se puntúa globalmente como actitud hacia el paciente, más que como la suma de comentarios. La escala consta de cuatro puntos: 0 = ausente, 1 =

presente como generalización, 2 = presente como rechazo y 3 = presente como generalización y rechazo simultáneamente. La hostilidad se correspondería con la desconfirmación del self. Watzlawick et al. (1967).

Implicación emocional excesiva (IEE): Esta escala hace referencia a tres actitudes hacia el paciente: una conducta de sobreprotección o sacrificio excesivo (por ejemplo: "Le tengo que pagar todo lo que rompe, pero qué le voy a hacer, soy su madre"). Hipercontrol de la conducta del paciente (por ejemplo: "sus horarios, comidas, amigos etc...") y finalmente, una respuesta emocional excesiva ante la conducta del paciente (por ej. "Desde que este hijo está enfermo no vivo") acompañado generalmente de llanto durante la entrevista. La valoración se hace globalmente con una puntuación que va de 0 = ausente a 5 = acusada.

Calor (CC): valora las manifestaciones de afecto, cariño, comprensión e interés hacia el paciente (por ejemplo: "El pobre hijo es el que más sufre". Se puntúa según una escala global que va de 0 a 5 puntos.

Comentarios positivos (CP): Hace referencia a los comentarios que expresan aprobación y valoración del paciente (por ejemplo: "Es un buen chico"). Al igual que los comentarios críticos se cuentan los que tienen lugar durante la entrevista.

Una familia será calificada como alta en EE cuando alguno de los familiares entrevistados tenga seis o más comentarios críticos, una puntuación de tres o más en implicación emocional excesiva o presencia de hostilidad. Vaughn y Leff (1985).

3. La emoción expresada y su valor pronóstico

Brown, Birley y Wing (1972) aplicaron la CFI a un grupo de familiares de esquizofrénicos al poco tiempo del ingreso del paciente e hicieron subgrupos: uno de familias altas en EE y otro de bajas en EE.

A los 9 meses del alta habían recaído el 58% del grupo alto en EE frente al 16% del grupo bajo, y ello independientemente del trastorno previo del paciente y de su deterioro laboral.

Vaughn y Leff (1976) utilizando los mismos criterios diagnósticos (Present tate Examination, PSE) estudian una muestra de 37 esquizofrénicos y 30 depresivos neuróticos para comprobar la hipótesis que una emoción expresada alta en las familias del paciente es un factor que por sí mismo, independientemente de la historia de la enfermedad y severidad de los trastornos de conducta previos, provocará la recaída en un gran porcentaje de casos.

Voy a referirme ahora al grupo de esqui-

zofrénicos dejando el de depresivos para el siguiente apartado.

En el grupo de esquizofrénicos, al igual que hizo Brown et al (1972). Vaughn y Leff clasifican la recaída en 2 tipos: tipo I se refiere al cambio de un estado "normal" a otro de "esquizofrenia". Tipo II cuando aparece una marcada exacerbación de síntomas que eran persistentes.

Bajando el punto de corte de seis a siete comentarios críticos por ser mejor predictor, obtuvieron los siguientes resultados expuestos en la Tabla 1.

El porcentaje de recaída es claramente superior en el grupo de EE, pero como no todos los pacientes de ese grupo recayeron estudiaron otras variables que pudieran estar relacionadas con la recaída. Los factores clínicos, demográficos, deterioro laboral y trastornos de conducta previos no aportan datos concluyentes, pero la medicación de mantenimiento con fenotiacinas y las horas de contacto directo que tiene el paciente con las familias durante la semana sí fueron significativos.

Tabla 1
Relación de la EE y recaída a los 9 meses del alta en un grupo de esquizofrénicos
(Vaughn y Leff 1976)

	<u>NO RECAEN</u>	<u>RECAEN</u>	<u>PORCENTAJE RECAÍDA.</u>
Familia alta en EE	11	10	48
Familia baja en EE	15	1	6

Se puede observar en la Tabla 2 claramente que los pacientes con familiares altos en EE, que pasan más de 35 horas a la semana teniendo contacto directo con ellos y que no toman medicación tienen el peor pronóstico. La medicación no tiene gran significado en el grupo de baja EE mientras que tiene un efecto protector de la recaída en el grupo de alta EE y poco contacto cara a cara.

A los dos años de seguimiento Leff y Vaughn (1981) ningún paciente de hogar bajo en EE y que tomaba regularmente la medicación, tuvo recaída.

Una crítica realizada hacia estos estudios era que la patología del paciente al ingreso podía determinar la actitud emocional

de los padres, es decir que la conducta del paciente provocaría la alta EE y que, a mayor desarreglo en el paciente, más alta sería la EE de los padres. De ello se deduciría que el productor de la recaída no sería la EE, sino la patología del paciente.

Vaughn et al. (1984) realizan en California una réplica de los estudios ingleses y correlacionan la patología del paciente, estudiada al ingreso mediante el PSE y el Psychiatric Assessment Scale (PAS) y un cuestionario sobre la historia psiquiátrica y social, con la EE de los familiares. No encontraron correlaciones significativas entre el nivel de EE y la patología del paciente al ingreso, con lo cual se demostró que la EE no era un artefacto de la patología del pa-

Tabla 2
Porcentaje de recaídas de 128 esquizofrénicos a los meses del alta
(tomado de Vaughn y Leff 1976)

		EE baja = 71 pacientes EE alta = 57 pacientes	
EE baja 13%			
EE baja		1. Medicación 12% 2. Sin medicación 15%	
Grupo total	Contacto directo		
	< 35 hrs. 28%	3. Medicación 45% 4. Sin Medicación 42%	
	EE alta 51%		
	> 35 hrs. 69%	5. Medicación 53% 6. Sin medicación 92%	

ciente y que el trastorno no determinaba la recaída, la cual se asociaba etiológicamente con la EE.

En este estudio la medicación y la reducción del contacto cara a cara ofrecen protección frente a la recaída si van unidas, pero no por separado; es decir que para evitar las recaídas en pacientes que viven en hogares altos en EE son necesarios ambos factores.

En el estudio de California, al igual que en el inglés, la ausencia de medicación regu-

lar, el sexo masculino y el conflicto parental estaban asociados a la recaída, añadiéndose en el estudio americano el abuso de drogas. En ambos estudios la baja EE tenía una influencia protectora frente a la recaída, en ambos estudios se observó que las mujeres tomaban más regularmente la medicación y tenían menos contactos cara a cara y en los hombres había más conflicto parental, por lo que tenían más estrés y menos protección en hogares altos en EE.

Posteriormente se han realizado nume-

Tabla 3
Tasa de recaídas de 53 esquizofrénicos a los 9 meses
Relaciones entre EE, medicación, contacto cara a cara por semana y recaída
(Vaughn et al. 1984)

		SUBGRUPOS	
Grupo total 43% (3/53)	Baja EE 17% (3/18)	< 35 h. 46%	1. Toma de medicación regular 0% (0/6)
	Alta EE 56% (20/35)		> 35h. 77% 77 10/13
3. Toma de medicación regular 11% (1/9)			
4. No toma medicación regular 69% (9/13)			
5. Toma de medicación regular 100% (4/4)			
			6. No toma medicación regular 67% (6/9)

rosos estudios transculturales (Hamburgo, Kottgen et al., 1984; Chicago, Moline et al. 1985; Los Ángeles, Jenkins et al., 1986; India, Leff et al. 1987; Norwick, McMillan et al. 1986; Los Ángeles, Nuechlerlein, 1986; Galicia, Gutiérrez et al. 1988; Madrid, Arévalo y Vizcarro, 1989) que, a excepción del estudio de Hamburgo en el que los resultados se invierten y los estudios de McMillan et al. y Arévalo y Vizcarro que no son estadísticamente significativos, confirman a EE como el mejor predictor de las recaídas.

Una última prueba para confirmar el valor pronóstico de EE ha venido dada por los programas terapéuticos conducentes a reducir el nivel de EE (Leff et al. 1982; Falloon et al. 1984; Anderson et al. 1986). Estos estudios han mostrado que reduciendo el nivel de EE de los familiares mediante intervenciones psicosociales se consigue reducir la tasa de recaídas

4. Emoción expresada y depresión

Al replicar los estudios de Brown y Col.

Vaughn y Leff (1976) quisieron estudiar simultáneamente si la EE era productor de la recaída en otras patologías e incluyeron en la muestra un grupo de pacientes con depresión neurótica (evitaron las depresiones psicóticas para no incurrir en errores diagnósticos con el grupo de esquizofrénicos). En este estudio la muestra de depresivos estaba formada por 30 sujetos, 20 mujeres y 10 hombres, de los cuales 28 estaban casados y por lo tanto se midió la EE del cónyuge.

Un dato interesante de este estudio es que el criticismo era un predictor muy potente de la recaída en pacientes depresivos, tanto es así que el punto de corte bajaba de 6 a solo 2 comentarios críticos y el familiar se llamaba alto en criticismo.

La vulnerabilidad de los pacientes al criticismo era mayor si tenían 45 años o más al ser ingresados y si tenían menos de veintiún años o más de 45 en el primer episodio; en estos casos un bajo criticismo de los familiares protegía de la recaída. La implicación emocional excesiva y la hosti-

Tabla 4
Relación del criticismo de los familiares y recaída en los 9 meses después del alta.
GRUPO DEPRESIVO (Vaughn y Leff 1976)

	<u>NO RECAEN</u>	<u>RECAEN</u>	<u>PORCENTAJES RECAÍDAS</u>
2 ó más comentarios críticos.	7	14	67
Menos de 2 comentarios críticos	7	2	22

lidad se mostraron innecesarios para predecir la recaída, dada la alta significancia del criticismo. De la misma manera ni la medicación, ni el contacto cara a cara, ni los trastornos de conducta antes del ingreso tenían una relación significativa con la recaída.

En 1980 Leff y Vaughn estudian la interacción entre EE y los acontecimientos vitales en una muestra de 35 esquizofrénicos y 30 depresivos neuróticos. Utilizando un diseño longitudinal como los antes señalados, intentan determinar la relación de los acontecimientos vitales y la EE de la pareja con la recaída.

Es interesante observar que de los 2 estresores ambientales estudiados, Acontecimientos vitales y EE del cónyuge, basta que

aparezca uno de ellos para que se produzca la recaída en los esquizofrénicos; mientras que en los depresivos la conjunción de ambos estresores (y mejor AV con criticismo) provoca la recaída.

En 1986 Hooley y Col. publican varios trabajos sobre EE y depresión. Hooley, Orley y Teasdale (1986) replican el trabajo de Vaughn y Leff de 1976 con una muestra de 39 depresivos diagnosticados según el PSE y el RDC y obtienen los siguientes resultados a los 9 meses del alta.

Los factores clínicos, o demográficos y tiempo de contacto cara a cara no son predictores, al igual que en el trabajo de Vaughn y Leff (1976). La diferencia en la tasa de recaídas es significativa poniendo el punto de corte tanto en 2 como en 3 comen-

Tabla 5
Proporción de pacientes con por lo menos un acontecimiento vital en los 3 meses anteriores a la crisis
(Leff y Vaughn 1980)

	<u>Alta EE</u>	<u>Baja EE</u>	<u>Total</u>
Esquizofrenia	6/21 (28,6%)	11/16 (68,8%)	17/37 (46%)
	<u>Alta EE</u>	<u>Baja EE</u>	<u>Total</u>
Depresión neurótica	7/11 (63,6%)	12/19 (63,2%)	19/30 (63,3%)
	<u>Alto criticismo</u>	<u>Bajo criticismo</u>	<u>Total</u>
Depresión neurótica	16/21 (76,2%)	3/9 (33,3%)	19/30 (63,3%)

Tabla 6 (Hooley et al. 1986)

DEPRESIVOS

	<u>Sin recaída</u>	<u>Con recaída</u>	<u>% de recaídas</u>
2 + comentarios críticos	14	20	59
<2 comentarios críticos/comentarios	5	0	0
3 + comentarios críticos	11	20	65
<3 comentarios críticos	8	0	0

tarios críticos; con el mismo punto de corte que Vaughn y Leff (2 comentarios críticos) la tasa de recaídas es de 59% frente a 53% del estudio original. Pero con el punto de corte en 3 comentarios críticos la diferencia es más significativa.

En otro trabajo Hooley (1986) estudia los correlatos interaccionales de la alta y baja EE. Para ello utiliza el Slrodbeck Revealed differences inventory (Slrodbeck 1951) adaptado para parejas con depresión por Hinchliffe, Hooper y Roberts (1978), esta prueba consiste en dar a los cónyuges unas viñetas de situaciones neutras para que las comenten, la interacción dura 15 minutos y se filma; posteriormente se evalúa siguiendo el Kalegorcensystem for partnerschaftliche interaktion (KPI) desarrollado en el Instituto Max Plank de psiquiatría de Munich y sirve para evaluar la interacción marital. Este código clasifica las conductas en positiva (acuerdos, autorevelación y frases de aprobación) negativa (críticas, desacuerdos y justificaciones) y neutras.

Al analizar los datos encuentran que la actitud crítica aparece no solo al discutir temas cargados emocionalmente, sino también al hablar de cualquier tema trivial y que la conducta no verbal es más negativa. La relación es más cerrada y menos expresiva en las parejas hipercríticas.

Hooley y Hahlwer (1986) utilizando esta metodología encuentran que 9 de cada 12 parejas hipocríticas estudiadas mostraban patrones de interacción positivos, mientras que en las parejas hipercríticas solo aparecían en 5 de 18; la satisfacción marital era menor en las parejas hipercríticas. Estos estudios confirman que la EE evaluada a través de la CFI se corresponde con la actitud mostrada por el familiar en una relación cara a cara.

Leff (1987) señala la necesidad de "diseñar estudios de formas de intervención que tengan como meta el mejorar las relaciones matrimoniales. Existen claras posibilidades de que esta estrategia podría

beneficiar a los pacientes que sufren depresión". Leff (1987). Quedaría pues por realizar investigaciones que evalúen intervenciones para modificar el alto criticismo y ver si, al pasar un familiar de alto a bajo en criticismo, disminuye la tasa de recaídas. Es decir, seguir la línea marcada con las intervenciones con familias de esquizofrénicos que están dando resultados esperanzadores.

5. Conclusiones

La emoción expresada de los familiares es un predictor de la recaída de gran importancia tanto en esquizofrénicos como en neurótico depresivos.

No se ha investigado suficientemente su valor etiológico, aunque algunos estudios (Valone et al. 1983; Goldstein 1985) demuestran que la actitud emocional de los padres hacia el paciente (alta EE) está presente antes de la aparición de la patología en el hijo y, junto con Comunicación Desviada (CD) Wynne y Singer (1966), es un buen predictor de la aparición de la enfermedad.

El valor fundamental de la EE es ser el mejor predictor aislado de la recaída de manera que, aunque hablemos a partir de que la enfermedad se ha desarrollado, la actitud de los familiares va a determinar la aparición o no de recaídas.

A nivel terapéutico, el haber detectado actitudes que provocan la recaída es el primer paso para diseñar intervenciones que modifiquen esas actitudes y así reducir la tasa de recaídas.

En la esquizofrenia se han dado grandes pasos en este sentido, quedando por de-

sarrollar intervenciones para la depresión neurótica.

Referencias

- Anderson, C.; Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia family. A psactitloner es guide to psychoeducation ant msnagement*. New Yors. The Guilford raes.
- Arévalo, J. y Vizcarro, C. (1989). Emoción expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Análisis y modificación de Conducta*. 15, 43, 3-24.
- Brown, G. W., Monck, E.M.; Carstairs, G. N., y Wing, J.K. (1962). The influence of family life on the course of Schizophrenia illness. *British Jornal of preventative Social Medicine*. 16, 55-68.
- Brown. G. W., y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities ant relathionships: a methodological study. *Human Relations*. 19, 241-283.
- Brown. G. W.; Birley, J. L. y Wing, J. K. (1972). Influence of family life in the course of Schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*. 121, 241-258.
- Doane, J.A. (1978). Family interaction ant communication deviance in disturbad ant normal families: A review of Research. *Family Process*, 17, 357-376.
- Falloont I.; Boyd, J. L. y McGill, C. W. (1984). *Family care of Schizophre-*

- nias. New York. The Guilford Press.
- Goldstein, M. J. (1985). Family factors that Antedate the onset of Schizophrenia ant Relatad Disorders; The results of a Fifteen Llar Prospective longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 71, 319, 7-19.
- Gutiérrez, E.; Escudero, V. et al. (1988). 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*. 15, 40, 275-316.
- Hinchliffe, M. K.; Hooper, D. y Roberts, F. J. (1978). *The melanchol y marriage Chichester*, England: Wiley.
- Hooley, J. M. (1986). Expressed emotion ant depression: interactions between patiens and High-Versus low-EE spouses. *Jornal of abnormal psychology*. 95.3. 237-246.
- Hooley, J. M.; y Hahlweg, K. (1986). The marriages ant interaction patterns of depressed patlents ad Their Spouses: Comparing high ant lev EE Dyads. En M. J. Goldstein, I. Hand, y K. Hahlweg (Eds.). *Treatmen of Schizophrenia: Family assestment an intervention*. Heidelberg. Vart Germany: Springer.
- Hooley, J. H.; Orley, J. M. y Teasdale, J. D. (1986). Levels of Expressed emotion ant relapse in Depressed patients. *British Jornal of Psychiatry*, 148. 642-647.
- Jenkins, J. H.; Como, M.; Selva, A. y Santa-na, F. (1986). Expressed emotion in cross-cultural context: familial responses to Schizophrenia illness among mexican-american. En M. J. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg (Eds.). *Treatment of Schizophrenia, family assesment and intervention*. New York: Springer Verlag.
- Koutsen, M. et al. (1984). Families high expresad emotion ant relapses in young Schizophrenia patients: Results of Hamburg-Camberwell family intervention study. *International Journal of family psyshiatry*. 5. 71-82.
- Leff, J. y Vaughn, C. E. (1980). The interaction of life events ant relatives expressed emotion in Schizophrenia ant depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*. 136, 146-153.
- Leff, J. y Vaughn, C. E. (1981). The role of maintenance therapy ant relatives expresad emotion in relapse of Schizophrenia: A Two-year follow-up. *British Journal of psychiatry* 139, 102 104.
- Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R.; Vaughn, C. E. Eberlein-Uries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of Social intervention in the families of Schizophrenia Patients. *British Journal of Psychiatry*. 141, 121-134.
- Leff, J. y Vaughn, C. E. (1985). *Expressed emotion in families. Its significance for mental illness*. New Yors: The Guilford Press.
- Leff, J. (1987). Medición de la actitud de los familiares ante el paciente deprimi-

- do y su significado. *Psicopatología* 7, 2: 243-252.
- Leff, J. et al. (1987). Influence of relatives expressed emotion on the course of Schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*. 151, 166-173.
- Mc Millan, J. F. et al. (1986). The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: IV Expressed emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 148, 133-143.
- Moline, R. A.; Singh, S.; Morris, A. y Meltzer, H. (1985). Family expressed emotion and relapse in Schizophrenia in 24 urban American patients. *American Journal of Psychiatry*. 142, 1078-1081.
- Rutter, M. y Brown, A. W. (1966). The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. *Social Psychiatry*. 1, 38-53.
- Slodtbeck, F. L. (1951). Husband-wife interaction over revealed differences. *American Sociological Review*, 56, 468-473.
- Valone, K.; Norton, J. P.; Goldstein, M. J. y Doane, J. A. (1983). Parental Expressed emotion and affective style in an Adolescent Simple at risk for Schizophrenia Spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 92, 399-407.
- Vaughn, C. E. y Leff, J. (1976). The Influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of Schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*. 129, 125-137.
- Vaughn, C. E.; Snyder, K.S.; Jones, S.; Freeman, W. B. y Falloon, I.R.H. (1984). Family factors in Schizophrenia relapse. Replication in California of British research of expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*. 41, 1169-1177.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Bs. As. Tiempo contemporáneo.
- Wynne, L. C. y Singer, M.T. (1966). Communication Styles in parents of normals, neurotics and schizophrenics. *Psychiatry Research Reports*. 20, 25-38.