

ARTICULOS

Importancia de los componentes de la emoción expresada

Relevance of components of expressed emotion

JOSÉ A. MUELA* y JUAN F. GODOY**

RESUMEN

Desde la aparición y posterior desarrollo del constructo de la Emoción Expresada (EE) y de la constatación de su relevancia en la predicción de la recaída en la esquizofrenia, se ha venido informando de la mayor importancia de uno de sus componentes, los Comentarios Críticos (CC), sobre los demás, de manera que algunos trabajos podrían haber realizado los cálculos obviando los otros componentes y los resultados habrían sido los mismos. Sin embargo, hay una serie de estudios en los que los CC pierden su preponderancia en favor de la Sobreimplicación Emocional (SE). En el presente trabajo se enuncia una hipótesis que podría explicar este hecho y se comprueba que dicha hipótesis se cumple utilizando la muestra de familias que integraron el estudio de Andalucía.

ABSTRACT

Since the very introduction and subsequent development of the Expressed Emotion construct, and its proven relevance for prediction of relapse in schizophrenia, one of its components have become salient, namely the Critical

* Dpto. de Psicología. Universidad de Jaén.

** Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada.

Correspondencia: Dpto. de Psicología. Facultad de Humanidades y CC. de la Educación (Edif. D-2). Campus «Las Lagunillas». Universidad de Jaén. 23071 Jaén (España). Tlf.: 953 01 21 26, Fax: 953 01 21 97 y Correo electrónico: jmuela@ujaen.es

Este trabajo ha sido financiado en parte por la ayuda prestada por la DGICYT al proyecto de investigación «Marcadores de vulnerabilidad/factores de protección en la prevención de recaídas en la esquizofrenia desde una perspectiva psicológica de actuación». (PE94-0820).

Comments. Therefore, some of the studies could have drawn the calculations on the basis of this component alone without altering the final result. Nevertheless, a number of studies show that the Critical Comments component loses relevance in favour of another component, Emotional Overinvolvement. The paper issues a hypothesis to explain this fact.

PALABRAS CLAVE

Emoción Expresada, esquizofrenia, Comentarios Críticos, Sobreimplicación Emocional.

KEY WORDS

Expressed Emotion, Schizophrenia, Critical Comments, Emotional Overinvolvement.

INTRODUCCIÓN

La Emoción Expresada (EE) es actualmente el mejor predictor conocido de recaídas en esquizofrenia (Lemos, 1985). Al dividir a las familias de esquizofrénicos en alta y baja EE, se comprueba que los pacientes que, tras el alta hospitalaria, retornan a un hogar de elevada EE tienen hasta cuatro veces mayor riesgo de recaída que aquellos que regresan un hogar de baja EE (Leff y Vaughn, 1985). La EE es una forma de comunicación del familiar con el enfermo esquizofrénico en la que el primero vierte Críticas (evaluaciones negativas sobre la conducta de los pacientes), comentarios Hostiles (evaluaciones negativas sobre el enfermo como persona y de rechazo) o muestra actitudes Sobreimplicadas Emocionalmente (autosacrificio, desesperanza, sobreprotección al enfermo o manifestaciones emocionales intensas como el llanto). La forma de medir estos componentes ha sido, tradicionalmente, a través la grabación magnetofónica de una entrevista semiestructurada al familiar del esquizofrénico, de 60 a 90 minutos de duración, (la "Camberwell Family Interview" o CFI, de Vaughn y Leff, 1976a) en la que se le pregunta al familiar por aspectos relacionados con la enfermedad, el tratamiento y los problemas de convivencia existentes con el enfermo. Posteriormente, se buscan

entre las declaraciones del entrevistado aquellas expresiones que pudiesen ser consideradas como críticas, hostiles o sobreimplicadas emocionalmente. Tradicionalmente se ha venido considerando al primer componente (los Comentarios Críticos) como el más importante de los tres.

El primer trabajo en el que se mencionó con ese nombre a la EE es el de Brown, Birley y Wing (1972). Estos autores realizaron un estudio prospectivo en el que no se interesaron por el origen de la esquizofrenia sino por los factores que influían en su curso. Según Lemos (1985), utilizaron una metodología estricta y criterios específicos de calificación, citando y definiendo por primera vez todas las medidas que componen la EE. Éstas, en un principio, eran las tres ya mencionadas (Comentarios Críticos, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional) y la Calidez (comentarios del familiar que, bien por su entonación, bien por su contenido, denotaban sentimientos positivos de afecto hacia el enfermo) y la Insatisfacción (expresiones del familiar que denotaban descontento con la actitud del enfermo en áreas como la economía familiar, el cuidado de los hijos, o la ayuda en las tareas domésticas). Finalmente, estas dos últimas dimensiones fueron excluidas de la formación del índice de EE por no ser indepen-

dientes de las otras tres dimensiones. Así, la Insatisfacción sólo se daba cuando previamente el familiar había mostrado Hostilidad o Criticismo. Por su parte, cuando el familiar mostraba una elevada Calidez, también aparecía una gran Sobreimplicación Emocional, mientras que la ausencia de Calidez, correlacionaba con la aparición de Criticismo. De esta forma, se declaró a una familia con alta EE cuando cualquiera de sus familiares entrevistados (la entrevista, clara precursora de la CFI, era más larga que ésta y se realizaba en dos sesiones) mostrase todas o alguna de las siguientes características:

- Siete o más Comentarios Críticos (CC): el familiar debía mostrar de forma clara y sin ambigüedad disgusto, resentimiento o desaprobación en relación con la conducta del paciente, sobre todo en la entonación de lo dicho. Era una variable continua pues hacía referencia al número de Comentarios Críticos emitidos por el familiar.

- Hostilidad (H): si el familiar mostraba rechazo del enfermo como persona, tales como insultos o descalificaciones globales. Era una variable dicotómica pues hacía referencia a la presencia o ausencia de la Hostilidad, independientemente del número de veces que apareciese.

- Cuatro o cinco puntos en una escala de 0 a 5 en Sobreimplica-

ción Emocional (Se): hacía referencia tanto a los sentimientos expresados como a la conducta informada del entrevistado con respecto al paciente. Implicaba tendencia a sobreproteger al enfermo, a dramatizar en exceso los incidentes sin importancia, a entrar en detalles excesivos, a mostrar especial aflicción emocional durante la entrevista... Era una variable ordinal pues las puntuaciones se distribuían en seis categorías en función de la intensidad de la Sobreimplicación Emocional mostrada por el entrevistado.

Los autores, partían de la hipótesis de que la alta EE familiar podía causar recaídas en los enfermos esquizofrénicos independientemente de otros factores, como la duración de la enfermedad, la sintomatología que presentasen o la severidad del deterioro conductual que mostrasen los enfermos. Participaron en ese estudio 101 pacientes esquizofrénicos (dos tercios de los cuales llevaban menos de 5 años enfermos) cuyas familias fueron clasificadas con alta o baja EE en función de la entrevista y criterios ya mencionados.

Tras nueve meses de seguimiento, los resultados indicaron que recayeron el 58% de los pacientes cuya familia fue clasificada con alta EE frente al 16% de aquellos cuya familia fue clasificada con baja EE. Estas diferencias eran estadística-

mente significativas. Al mismo tiempo, se comprobó que la escala más efectiva en la predicción de recaídas era la de los CC del familiar hacia el paciente, del tal forma que todos los análisis se podrían haber hecho utilizando solamente esta medida y los resultados serían idénticos.

Vaughn y Leff (1976b), tras nueve meses de seguimiento, confirmaron los resultados del trabajo de Brown et al. (1972), aunque hay que mencionar que introdujeron una serie de modificaciones, algunas de las cuales serían asumidas a partir de aquí por la mayoría de los trabajos futuros en este campo: el uso de la CFI como medida de la EE; el número de CC necesarios para clasificar a una familia de alta EE, que pasó de 7 a 6 y la puntuación en Se, que estableció su criterio de corte en 3 o más puntos en lugar de los 4 o más del estudio de Brown et al. (1972). Los resultados confirmaron que la alta EE se relacionaba con una mayor tasa de recaídas (48% en familias con alta EE frente a 6% en familias con baja EE). Los autores de este estudio, al igual que en el de Brown et al. (1972), también encontraron un mayor valor predictivo de los CC frente a la Se (en este trabajo no se tuvo en cuenta la Hostilidad por considerarla de poco valor predictivo por sí sola respecto a las recaídas, ya que no

aparecía si no iba ligada a alto número de CC).

Más recientemente, en el estudio de Sydney (Vaughan et al. 1992), se corroboró que los Comentarios Críticos y la Hostilidad eran predictores de recaídas más importantes que la Sobreimplicación Emocional.

Otros estudios de Intervención Familiar han informado de la gran importancia del Criticismo frente a la menor relevancia de la Sobreimplicación Emocional en la formación del índice de EE. Así, en el estudio de Camberwell (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982), el 82'6% de las familias con alta EE mostraban Criticismo, mientras que sólo el 47'8% de las mismas mostraban Sobreimplicación Emocional. Por otra parte, en el estudio de Pittsburgh (Hogarty et al. 1986), eran el 83'5% de las familias con alta EE las que mostraban Criticismo u Hostilidad, frente al 20'3% de las mismas que mostraban Sobreimplicación Emocional.

Estos datos parecen indicar que el Criticismo es la principal dimensión para formar el índice de EE, mientras que la Sobreimplicación Emocional no es tan relevante. Sin embargo, hay otros trabajos en los que la Sobreimplicación Emocional no parece tan poco importante.

Así, entre los trabajos en los que la Sobreimplicación Emocional se

ha mostrado con mayor relevancia estarían el estudio de Birmingham (citado en Barrowclough y Tarrier, 1995), o los trabajos de Stirling et al. (1991) y Barrelet, Ferrero, Szigethy, Giddey y Pellizer (1990). En todos ellos, los enfermos estaban sufriendo el primer episodio esquizofrénico.

Otros trabajos en los que la Se es tan importante o más que los CC no utilizan una muestra de sujetos esquizofrénicos tan recientes como en estos últimos trabajos mencionados. Así, en dos de los estudios en los que se comparan los efectos de la Intervención Familiar con el tratamiento de rutina, el de Salford (Tarrier et al. 1988) y el de Andalucía (Muela, 1999; Muela y Godoy, en prensa) y que emplean las muestras de sujetos que más tiempo han estado enfermos (6'3 y 7'27 años de duración de la enfermedad respectivamente) se comprobó que el criticismo no era tan determinante a la hora de clasificar a las familias entre alta y baja EE como en los trabajos antes mencionados. Así, en el estudio de Salford, el Criticismo se observó en el 79% de la población declarada con alta EE en el grupo que recibió la Intervención Familiar (grupo experimental) y en el 82% de las familias con alta EE en el grupo que siguió un tratamiento de rutina (grupo control); por su parte la Sobreimplicación Emocional se dio en el 66%

de las familias con alta EE en el grupo experimental y en el 53% de las del grupo control declaradas con alta EE. En el estudio de Andalucía, los Comentarios Críticos se dan en el 30'77% de las familias declaradas con alta EE (el 9'09% del grupo control y el 46'67% del experimental); la Hostilidad en el 53'85% de las familias declaradas con alta EE (el 54'54% del grupo control y el 53'33% del experimental) mientras que la Sobreimplicación Emocional se da en el 84'62% de las familias declaradas con alta EE (el 72'72% del grupo control y el 93'33% del experimental).

La hipótesis que sugieren los datos comentados es que la importancia de los distintos componentes de la EE depende de la duración de la enfermedad, es decir, que los componentes de la EE no son estables en el tiempo sino que se suceden en una especie de ciclo, de tal forma que tras una etapa de sobreprotección y emotividad intensa (estudios con una muestra de sujetos esquizofrénicos recientes) se pasa a otra de Crítica y Hostilidad para con el paciente y tras ésta, de nuevo a la primera (estudios con muestras de sujetos con unos siete años de duración media de la enfermedad). Este planteamiento sería coherente con el modelo de las etapas de adaptación a la discapacidad física (por ejemplo, Krueger, 1984) que descri-

be de forma similar los estados por los que pasa un individuo que se enfrenta a una situación irreversible.

El objetivo del presente estudio sería comprobar si esos ciclos que sugieren los datos comentados aparecen en la muestra concreta de sujetos que participaron en el estudio de Andalucía.

METODOLOGÍA

Puesto que los sujetos, las medidas y el procedimiento están basados en el estudio de Andalucía, es conveniente que se describa brevemente este estudio. El estudio de Andalucía presentaba las siguientes fases:

- Fase 0 (De evaluación): tras una asamblea general en las asociaciones de familiares de enfermos mentales participantes en la investigación (de Granada, Jaén y Málaga) en la que se explicaron los objetivos del programa (reducir la alta EE y el estrés familiar y aumentar el nivel de conocimientos familiares sobre la esquizofrenia, con el fin de disminuir la tasa de recaídas), se solicitaron participantes voluntarios a los que se les evaluó en las variables de control. Los seleccionados del grupo experimental (15 familias) pasaron a la siguiente

fase, los del grupo control (11 familias) a la Fase III (De seguimiento).

- Fase I (Psicoeducativa). En grupos de unas cinco familias, los familiares del grupo experimental (sin el enfermo) recibieron información durante 15 sesiones semanales de 2'5 horas de duración sobre la enfermedad (síntomas, etiología, tratamiento...), sobre lo que la familia puede hacer ante ella (papel del estrés en el curso de la esquizofrenia, cómo hacer frente a la enfermedad...) y sobre procedimientos prácticos hacia la enfermedad (relajación, conducta asertiva, modificación de pensamientos irracionales y resolución de problemas). La metodología partía de lo más simple para llegar a lo más complejo, usando ejemplos de los propios asistentes y empleando esquemas y dibujos en una pizarra. En cada sesión se les suministraba a cada familia el material que sería tratado en la siguiente sesión. Tras esta fase se entregó a cada familia un cuaderno con toda la información suministrada desde el principio.
- Fase II (De intervención individualizada). Fueron 15 sesiones semanales de hora y

media de duración con cada familia (incluido el enfermo) individualmente. Se trataba de aplicar lo aprendido en la fase anterior a los casos concretos y cotidianos. En esta fase se hizo un listado consensuado de aspectos y conductas que deberían modificarse para mejorar el clima familiar y disminuir el estrés familiar, diseñándose la forma de conseguirlo con ayuda de técnicas para tal fin.

- Fase III (De seguimiento). Comenzó al finalizar la anterior en el grupo experimental y tras la evaluación en el control. Se realizó por medio de llamadas telefónicas cada 15 días en las que las familias informaron sobre el estado del enfermo, la toma de medicación, así como sobre los ingresos y los cambios en la medicación. Además, las familias del grupo experimental daban información sobre el uso de técnicas aprendidas, o si solían consultar el cuaderno informativo de la Fase I.

Tras el programa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la tasa de recaídas (20% en el grupo experimental frente al 63'3% del control), en el nivel Conocimientos sobre la enfermedad (sobre un

100% posible, el nivel de conocimientos fue del 26'14% en el grupo control frente al 61'91% del grupo experimental), en la Emoción Expresada (en el grupo control, el 87'5% de los familiares seguía mostrando alta EE frente al 23'5% del grupo experimental) y en el nivel de Estrés Familiar (el grupo control puntuó con 36'63 puntos en una Escala de Estrés Familiar frente a los 28'55 puntos del grupo experimental). Antes de la intervención, no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de estas variables.

Sujetos

Participaron en este trabajo las 26 familias que colaboraron en el estudio de Andalucía (15 integrantes del grupo experimental y 11 del control) y cuyas variables descriptoras aparecen en la tabla 1. Todos los familiares eran padres de los enfermos excepto en dos casos (ambos del grupo control) que eran cónyuges de los pacientes. Todos los familiares entrevistados convivían con el enfermo desde, al menos, los últimos dos años y todos los enfermos eran crónicos y habían tenido al menos una recaída (ingreso o aumento de medicación por exacerbación de síntomas) en los últimos dos años.

En el presente estudio, se han agrupado a las familias en fun-

ción del tiempo transcurrido desde el primer diagnóstico de

esquizofrenia, como puede verse en la tabla 2.

TABLA 1
Descripción de los sujetos del estudio de Andalucía

NUMERO DE FAMILIAS	26
MEDIA DE EDAD (años)	31'12
NIVEL EDUCATIVO ⁽¹⁾	2'73
SEXO	18 hombres; 8 mujeres
EE	Todas las familias de alta EE
HOSTILIDAD	14 familias sí; 12 no
SOBREIMPLICACIÓN	22 familias sí; 4 no
COMENTARIOS CRÍTICOS	8 familias sí; 18 no
AÑOS DESDE 1º DIAGNÓSTICO	7'27
MESES DESDE EL ÚLTIMO INGRESO	20'2
INGRESOS ANTERIORES	2'27
CURSO ÚLTIMOS 2 AÑOS	18 Reingresos; 8 aumentos medicación
TIPO DE ESQUIZOFRENIA	18 Paranoides; 8 no paranoides
EDAD DE INICIO (años)	24'361
TAMAÑO DEL HOGAR	3'154
DOSIS (mg clorpromacina)	Todos medicados (378'38mg)

⁽¹⁾: 1=sin estudios, 2=E.G.B., 3=bachillerato, 4=universitario.

TABLA 2
Distribución de las familias en función de la duración de la enfermedad

AÑOS	3	4	5	6	7	8	9	10	12	16
Nº FAMILIAS	5	3	2	6	1	3	1	2	2	1

Medidas

- Entrevista Familiar de Camberwell (CFI). Vaughn y Leff (1976a, 1976b) en la versión española de Gutiérrez (1986). Esta entrevista semiestructurada es administrada a los familiares del enfermo y tiene una duración de hora a hora y media, aproximadamente. Contempla aspectos familiares, la historia de la enfermedad, la sintomatología o el tratamiento, así como las reacciones del familiar y sus sentimientos ante la esquizofrenia. Mide el grado de EE de ese familiar en concreto teniendo en cuenta el número de Comentarios Críticos, la Hostilidad mostrada (presencia o ausencia) y el nivel de Sobreimplicación Emocional para con el paciente (puntuada de 0 a 5). Tradicionalmente, se ha exigido una fiabilidad interjueces de 0'8 a los evaluadores (normalmente dos). En este estudio, se entrenó a cinco alumnos de segundo curso de Psicología de la Universidad de Jaén (en diez sesiones de una hora de duración) para que evaluaran las grabaciones de las entrevistas (a las que se les sustituyeron los datos personales de las familias por una clave numérica para su posterior identificación). La fiabilidad interjueces quedaba asegurada al tener en cuenta solamente aquellas decisiones que eran respaldadas por, al menos, cuatro de los cinco jueces. Otro cambio respecto a la evaluación tradicional

de la CFI se produjo en la Sobreimplicación Emocional que pasó a ser dicotómica: el sujeto puntuaría en Se si muestra bien sobreprotección, bien emotividad intensa, bien autosacrificio y desesperanza (las dos juntas) o bien una combinación de las tres alternativas (para mayor detalle, ver Muela, 1999).

- Informes clínicos y familiares de los pacientes. En ellos se refleja la duración de la enfermedad, la medicación seguida, el número de recaídas o si el enfermo se medica con regularidad (estos y otros factores eran relevantes en el estudio de Andalucía).

Procedimiento

Fue el seguido durante el estudio de Andalucía. Concretamente, tras citar a las familias voluntarias y pedirles que aportasen los informes clínicos necesarios para el control de variables del mencionado estudio, se realizaron las medidas en las asociaciones respectivas de Málaga, Granada y Jaén o en las dependencias del Grupo de Investigación "Medicina Conductual/Psicología de la Salud" del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Se realizaron las entrevistas en lugares tranquilos (solos el entrevistador con el entrevistado) grabándose en una cinta

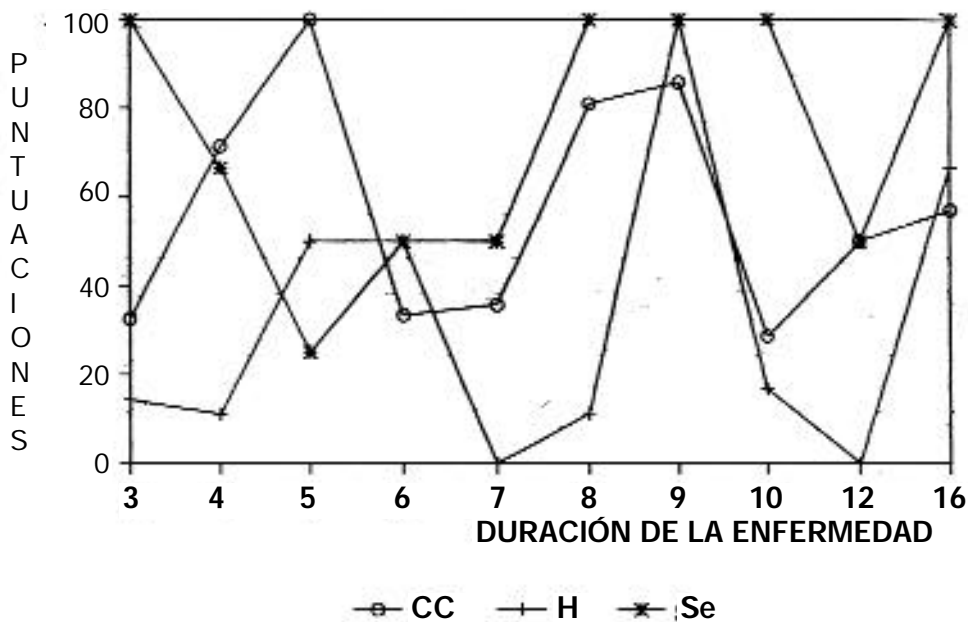
magnetofónica tras pedir el consentimiento del sujeto y asegurando la total confidencialidad de lo que se contase, aunque se les advirtió que las grabaciones deberían ser oídas por los miembros del equipo de investigación.

RESULTADOS

Como primera aproximación al problema, se calculó la importancia relativa que, en cada año de la duración de la enfermedad, tenían los diferentes componentes de la EE. Para ello, se hallaron los porcentajes de familiares que mostraban H o Se en cada año. En cuanto

a los CC, se desestimó el dicotomizar esta variable (situando el punto de corte en 6 o más CC y así hallar los porcentajes de familiares críticos en cada año de forma similar al calculado en H o Se) por la escasa relevancia que el criticismo tiene en el estudio de Andalucía (el 30'77% de las familias declaradas con alta EE) y se optó por que la variable CC permaneciese como continua y así no se perdería la información de las diferencias en el número de CC de los familiares. Para poder cotejar entre las tres variables (los porcentajes de familiares que muestran H o Se, variables dicotómicas y el número de CC, variable conti-

FIGURA 1
Evolución componentes EE



nua) se decidió transformar el número de CC en tantos por ciento, de tal forma, que al familiar que mayor número de CC mostrase en la entrevista se le asignaría una puntuación de 100 en CC, puntuando los demás familiares de forma proporcional al primero.

En la figura 1 se representa la proporción de familias con H y Se y la media de las puntuaciones transformadas de CC en cada año desde el primer diagnóstico.

Como se puede apreciar en dicha figura, las dimensiones no son constantes durante la duración de la enfermedad, sino que presentan unos ciclos que hasta el año 7º (el 70% de la muestra, aproximadamente) son relativamente paralelos en Criticismo y Hostilidad y completamente opuestos a la Sobreimplicación Emocional: los picos en Criticismo y Hostilidad se observan en el 5º año de la enfermedad, hacia el 8º ó 9º año y en el 16º, mientras que las puntuaciones más bajas (o "valles") se alcanzan en los años 3º, 6º ó 7º y 10º; casi exactamente al contrario que en la Sobreimplicación Emocional, con un pico en el año 3º, un descenso en el 5º para volver a subir desde el año 8º al 10º.

Para comprobar si estas tendencias tienen una significación estadística, se agruparon las familias tratando de respetar, en lo posible, las tendencias mostradas en la

figura 1 con el objetivo de aumentar el número de sujetos por grupo, ya que en algunos años sólo aparece una familia y entre los años 3º a 7º se concentra casi el 70% de la muestra mientras que del año 8º al 16º se reparte el resto. Así, surgen cinco grupos:

-Grupo 1: Familias con una duración de la enfermedad de tres años, formado por 5 sujetos

-Grupo 2: Familias con una duración de 4 y 5 años, formado por 5 sujetos

-Grupo 3: Familias con una duración de 6 años, formado por 6 sujetos

-Grupo 4: Familias con una duración de 7 a 9 años, formado por 5 sujetos

-Grupo 5: Familias con una duración superior a los 10 años formado por 5 sujetos

Un mayor número de sujetos por grupo, desvirtuaría las tendencias que se intentan estudiar al disminuir, necesariamente, el número de grupos.

Se realizó un análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis para un diseño entregrupos (Grupos 1 a 5) de un solo factor (CC), obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre ellos: $K-W=11'031$ para una $p<0'05$. Para explorar estas diferencias, se realizaron análisis no paramétricos (U

de Mann-Whitney) entre pares relevantes de grupos. Los resultados aparecen en la tabla 3.

Finalmente, se calculó la razón de verosimilitud para la variable dicotómica H en los cinco grupos

TABLA 3
Comparaciones entre pares de grupos en CC

COMPARACIÓN	U Mann-Whitney	P	MEDIAS
G1xG2	2'5	0'033	G1= 2'4 G2= 5'6
G2xG3	28	0'017	G3= 1'8
G3xG4	4	0'042	G4=4'4
G4xG5	19	0'167	G5=2'8

Del mismo modo, se calculó la razón de verosimilitud para la variable dicotómica Se en los cinco grupos en los que se distribuyó la duración de la enfermedad, encontrándose una relación significativa: R.V.=10'238 para una $p < 0'05$ con una distribución de 4 grados de libertad. Las distribuciones de las familias con Se a lo largo de los cinco grupos puede observarse en la tabla 4.

no encontrándose relación significativa entre ambas variables: R.V.= 1'331 para una $p > 0'05$ con una distribución de 4 grados de libertad.

DISCUSIÓN

En cuanto a la muestra, no se tuvo en cuenta el tiempo de contacto en la misma habitación entre los familiares y los pacientes, pese

TABLA 4
Distribución de las familias con Se entre los grupos

		GRUPOS				
		1	2	3	4	5
Se	Sin	0	3	3	1	0
	Con	5	2	3	4	5
	% con Se	100	40	50	80	100

a que en la literatura, esta variable se ha relacionado insistentemente con la recaída cuando la familia es clasificada como con alta EE. Brown et al. (1972) y Vaughn y Leff (1976b) probaron que se podía proteger al enfermo de la recaída si el esquizofrénico y su familiar de alta EE mantenían un contacto "cara a cara" en la misma habitación, inferior a 35 horas semanales. A esto se le llamó "contacto social reducido", y ha sido utilizado en gran parte de los estudios anglosajones sobre la materia. En el estudio de Andalucía no se tuvo en cuenta el "contacto social reducido" pues hay una serie de trabajos con sujetos hispanos que no encuentran ese efecto protector ante las recaídas. Estos estudios son el de Jenkins et al. (1986) y el de Karno et al. (1987), ambos con mejicanos en el sur de California, y los de Gutiérrez et al. (1988), y Lemos y Muñiz (1989) ambos con sujetos españoles. Para Lemos y Muñiz (1989), las familias mejicanas son más numerosas que las anglosajonas, por lo que la actitud de alta EE de uno de los familiares hacia el paciente puede verse amortiguada y compensada por la que tomen el resto de los familiares. Esto quizá sea válido para las familias mejicanas, pero no lo es para las españolas, muy semejantes en el número de sus componentes a las anglosajonas. Otra explicación apuntada, quizás más aproximada al contexto

español, es que las familias mejicanas tienen un mayor nivel de intercambio emocional entre sus miembros, por lo que la disminución del contacto entre ellos sería tomado como una retirada de atención o incluso como indiferencia de la familia hacia el paciente, algo culturalmente atípico y posiblemente percibido por el enfermo como un elemento perturbador emocional (lo que potencialmente, podría disminuir el umbral de tolerancia del paciente hacia el estrés).

Ante estos datos, los autores del estudio de Andalucía decidieron no recomendar a los padres de los enfermos que evitasen estar con ellos más de cinco horas diarias, y por consiguiente no tener en cuenta esta variable por su posible influencia negativa sobre el paciente.

En referencia a los datos del presente estudio, el análisis estadístico de los datos excluye a la H del estudio y señala que, del 3^{er} al 5^o año de la duración de la enfermedad, se produce un decremento de la Se mientras que, en ese mismo periodo, el Criticismo aumenta. Del 5^o al 6^o año, la tendencia vuleve a invertirse (pues crece la Se y disminuye el Criticismo), y a partir del 7^o año, la Se sigue creciendo mientras que el Criticismo fluctúa. Estos resultados apoyan la sucesión de ciclos entre la Se y el Criticismo. Sin embargo, estos resultados hay que tomarlos con precaución pues

se cuenta con unos cinco sujetos por grupo y además, la metodología del estudio no es un prospectiva (ni siquiera es retrospectiva pues la muestra es diferente para cada año). No obstante, sus resultados son coherentes con la hipótesis que se está formulando sobre cambios cíclicos entre la Sobreimplicación Emocional y la Crítica-Hostilidad.

Por los datos obtenidos, parece que la duración de la enfermedad influye en los componentes de la EE. Esto no significa que la EE sea consecuencia de la esquizofrenia, Goldstein (1985) ya probó que esta variable es anterior a la esquizofrenia, sino que su expresión puede verse influida por el curso de la enfermedad. Si una alta EE no es más que la forma determinada de interacción que muestra una persona con su familiar esquizofrénico, en el sentido de comunicarle su falta de confianza en él (tanto si lo sobreprotege como si lo critica o insulta, el mensaje que el enfermo recibe es siempre el mismo: "no te veo capaz de hacer nada"), y esta forma de interacción puede ser evocada y modulada (aunque no producida) por el curso de la enfermedad, el primer episodio podría coincidir con una etapa de Sobreimplicación Emocional en la que el familiar presentase una excesiva compasión hacia el enfermo y hacia él mismo. Tras un perio-

do de tiempo (según los datos hasta el 3^{er} año) en el que el enfermo "no se cura" o incluso, lo que es peor, parece que mejora para seguidamente, y frustrando las expectativas de su familia, volver a recaer, podría darse, en personas con tendencia a reaccionar con alta EE, una etapa de Crítica y Hostilidad hacia el enfermo que duraría hasta el 6^o ó 7^o año; lo que podría ser explicado desde la hipótesis de la frustración-agresión, expuesta, por ejemplo en Lamberth (1985).

Todas estas reacciones en los familiares con alta EE serían coherentes con las aportaciones de estudios recientes que muestran la influencia que la conducta del enfermo puede tener sobre los diferentes componentes de la EE. Así, King (2000) encuentra que cuanto mayor es la actitud de falta de cooperación por parte de los pacientes mayor es el número de Comentarios Críticos de las madres que los cuidan. Mientras que una mayor colaboración y conformidad por parte del enfermo aumenta la Sobreimplicación Emocional mostrada por las madres de los pacientes. Por su parte, Peris y Baker (2000) encuentran relación entre el número de Comentarios Críticos de los familiares y la conducta disruptiva en niños no esquizofrénicos. Relación que no aparece entre esas conductas y la Sobreimplicación Emocional.

También hay paralelismos entre este tipo de conducta de los familiares y la de personas que deben adaptarse a discapacidades físicas: Siller (1983) distinguía entre reacciones inmediatas y a largo plazo en los lesionados medulares; entre las primeras destacan depresión, aflicción y lamentación (que podrían corresponder con la Se), entre las segundas, agresión (que equivaldría a los CC y la H). Por su parte, Shontz (1983) describe el proceso de adaptación psicológica a una discapacidad como una sucesión de ciclos que se repiten hasta que se produzca el ajuste.

Lemos (1985) ya había apuntado la posibilidad de que existiera una relación circular de influencia mutua entre la EE y el curso de la enfermedad, sugiriendo la posibilidad de cambios en la EE en función de la reactivación psicótica. MacMillan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone (1986) encuentran que la EE depende de la duración de la enfermedad y Straube y Oades (1992) comentan que la duración de la enfermedad podría modular el impacto de la alta EE.

Otro indicio que podría ser explicado desde esta perspectiva es que, en el estudio de Andalucía, la Hostilidad correlaciona directamente con la Crítica pero de forma inversa (aunque no llega a ser significativa) con la Sobreimplicación Emocional.

No se tiene información sobre lo ocurrido en los tres primeros años de la enfermedad ya que en la muestra de este estudio, al ser todos los sujetos crónicos, la primera evaluación de la EE se realizó cuando los enfermos llevaban al menos tres años diagnosticados de esquizofrenia. Sin embargo, por los datos de otros trabajos en los que los sujetos están en su primer episodio esquizofrénico (los ya mencionados de Barrelet et al. 1990, Stirling et al. 1991, o el estudio de Birmingham), se sabe que predomina la Sobreimplicación Emocional sobre los Comentarios Críticos en los periodos tempranos la enfermedad. Por otra parte, aunque la muestra se reduce a partir del séptimo año de la duración de la enfermedad, en la figura 1 se observa cómo la Sobreimplicación Emocional parece destacar, desde ese año, por encima de las fluctuaciones en Criticismo y Hostilidad que se siguen produciendo. Esto es coherente con lo informado en el estudio de Salford, que encontró un incremento en la Sobreimplicación Emocional en una muestra de sujetos con una media de 6'3 años de duración de la enfermedad respecto a los últimos estudios mencionados. Estos datos apuntan a que la Sobreimplicación Emocional y el Criticismo se van sucediendo temporalmente, aproximadamente cada tres años en los familiares de esquizofrénicos, y que, aunque el

Criticismo sigue fluctuando durante toda la duración de la enfermedad, la Sobreimplicación Emocional parece dejar de hacerlo a partir del 6º ó 7º año para hacerse presente ya de forma continua.

Los datos de este estudio, aunque dan una respuesta plausible a cuestiones sobre la importancia que los componentes de la EE tienen en diferentes estudios con distinta duración de la enfermedad en sus muestras de sujetos, no pueden probar la hipótesis que aquí se ha presentado. Sería necesario para ello, realizar un estudio prospectivo con una amplia muestra de sujetos.

Lo más parecido a ese estudio prospectivo serían las medidas pre y post (con un año de diferencia entre ellas) de la CFI en el grupo control del estudio de Andalucía (sin embargo, sólo son ocho sujetos, ya que tres de los once que originalmente componían el grupo control, rehusaron volver a realizar

la CFI). En esa comprobación, se obtiene que en las medidas post se repiten los puntos de inflexión descritos más arriba en Criticismo y Sobreimplicación Emocional, aunque no en Hostilidad. En Criticismo se observan picos en los años 5, 9 y 17 que son los valores mínimos en Sobreimplicación Emocional (coincidiendo con las inflexiones encontradas en la muestra total antes de realizar el programa). No obstante, estos datos deben tomarse con precaución dado el pequeño número de sujetos (uno o dos por cada año).

En conclusión, y a falta de un estudio prospectivo más completo que pruebe esta hipótesis, se puede afirmar que existen indicios que hacen pensar en la inestabilidad temporal de los componentes de la EE, de tal forma que vayan sucediéndose en importancia la Se y los CC cada dos o tres años hasta el séptimo u octavo año en el que la Se deja de fluctuar.

REFERENCIAS

- Barrelet, L., Ferrero, F., Szigethy, L., Giddey, C. y Pellizer, G. (1990). Expressed emotion and first-admission schizophrenia: Nine month follow-up in a French cultural environment. *British Journal of Psychiatry*, 156, 357-362.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1995). Intervenciones con las familias. En M. Birchwood y N. Tarrier (Coord.). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Goldstein, M. (1985). Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: the results of a fifteen year prospective longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 319, 7-18.
- Gutiérrez, E. (1986). Versión española de la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) de Vaughn y Leff (1976a y 1976b). Material no publicado.
- Gutiérrez, E., Escudero, V., Valero, J., Vázquez, M., Castro, J., Álvarez, L., Baltar, M., Blanco, J., González, I. y Gómez, I. (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, 275-316.
- Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith, S., Greenwald, D., Javna, C. y Madonia, M. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Jenkins, J., Karno, M., de la Selva, A., Santana, F., Telles, C., López, S. y Mintz, J. (1986). Expressed emotion, maintenance pharmacotherapy, and schizophrenic relapse among Mexican-Americans. *Psychopharmacological Bulletin*, 22, 621-627.
- Karno, M., Jenkins, J., de la Selva, A., Santana, F., Telles, C., López, S. y Mintz, J. (1987). Expressed emotion and schizophrenic outcome among Mexican-American families. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143-155.
- King, S. (2000). Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research*, 45 (1-2), 65-78.
- Krueger, D. (1984). *Psicología de la rehabilitación*. Barcelona: Herder.
- Lamberth, J. (1985). *Psicología social*. Madrid: Pirámide.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- Lemos, S. (1985). Factores familiares (expresión emocional) y evolución de la esquizofrenia. Ponencia presentada a la jornada sobre la adaptación a la comunidad del enfermo mental crónico, organizada por el Colegio Oficial de Psicólogos y el Instituto de Salud Mental de Valencia.
- Lemos, S. y Muñoz, J. (1989). Expresión emocional familiar en la esquizofrenia. *Investigaciones Psicológicas*, 6, 269-294.
- MacMillan, J., Gold, A., Crow, T., Johnson, A. y Johnstone, E. (1986). Expressed emotion and relapse. *British Journal of Psychiatry*, 148, 133-143.
- Muela, J. (1999). *Programa de Intervención Familiar en esquizofrenia*. Jaén: Servi-

cio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Jaén.

Muela, J. y Godoy, J. (en prensa). Program of familiar intervention in schizophrenia. Andalucía study.

Peris, T. y Baker, B. (2000). Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: Stability and prediction over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines*, 41(4), 457-462.

Shontz, F. (1983). Physical disability and personality: Theory and recent research. En J. Stubbins (comp.) *Social and psychological aspects of disability*. Baltimore: University Park Press.

Siller, J. (1983). Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries. En J. Stubbins (comp.) *Social and psychological aspects of disability*. Baltimore: University Park Press.

Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. y Rowe, S. (1991). Expressed emotion and early onset schizophrenia: A one year follow-up. *Psychological Medicine*, 21, 675-685.

Straube, E. y Oades, R. (1992). *Schizophrenia. Empirical research and findings*. Nueva York: Academic Press.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J., Porceddu, K., Watts, S. y Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.

Vaughn, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszcynski, A., Fox, A. y Tarrier, N. (1992). The Sydney intervention trial: A controlled trial of relative's counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 16-21.

Vaughn, C. y Leff, J. (1976a). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

Vaughn, C. y Leff, J. (1976b). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.