

Percepción de la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus, trastorno bipolar I y sujetos sanos

María Eugenia Agudelo Arango¹
María Victoria Builes Correa²
Jenny García Valencia³
Ricardo Gutiérrez⁴
Catalina Ortiz Laguado⁵
Lina María López Serna⁶
Margarita María García Jaramillo⁷
Elías Rafael Geney Castro⁸

Resumen

Objetivos: Determinar las diferencias en la percepción de la crítica familiar entre pacientes de consulta externa con diabetes mellitus y trastorno bipolar I y sujetos sanos. *Métodos:* Se tomó una muestra de 114 sujetos con diabetes, 122 con trastorno bipolar y 116 sanos. La crítica familiar fue medida con la subescala de crítica de la Escala de Envolvimiento Emocional y Crítica (FEICS) y se compararon los puntajes entre los tres grupos empleando la prueba Kruskal-Wallis. *Resultados:* Los pacientes con trastorno bipolar son los que se perciben más criticados en su familia (mediana 17,5) y los pacientes sanos se perciben menos criticados (mediana 12). Los pacientes con trastorno bipolar se perciben más censurados y con mayor intrusión ($p < 0,0001$). *Conclusión:* La percepción de la crítica familiar es mayor en pacientes con trastorno bipolar comparado con los pacientes diabéticos y participantes sanos. Esto podría ser explicado por las características de los trastornos mentales y sus implicaciones sociales y familiares.

Palabras claves: Percepción, diabetes mellitus, trastorno afectivo bipolar.

.....
¹ Trabajadora social, terapeuta familiar. Docente del Departamento de Psiquiatría Universidad de Antioquia, Colombia.

² Médica, terapeuta familiar. Docente del Departamento de Psiquiatría Universidad de Antioquia, Colombia.

³ Médica psiquiatra, MSc. en Epidemiología. Docente del Departamento de Psiquiatría Universidad de Antioquia, Colombia.

⁴ Psicólogo, terapeuta familiar.

⁵ Médica, terapeuta familiar. Docente de la Fundación Universitaria San Martín, Colombia.

⁶ Profesional en desarrollo familiar, terapeuta familiar.

⁷ Médica, terapeuta familiar. Docente de la Universidad CES, Colombia.

⁸ Psicólogo, terapeuta familiar. Docente de la Universidad San Buenaventura, Cartagena, Colombia.

Title: Perceived Familial Criticism in Outpatients with Diabetes Mellitus, Bipolar Disorder and Healthy Individuals.

Abstract

Objective: To determine differences in the perception of familial criticism among outpatients with diabetes mellitus, bipolar disorder and healthy individuals. *Methods:* A sample of 114 outpatients with a diagnosis of diabetes mellitus, 122 with bipolar disorder and 116 healthy individuals was taken. Familial criticism was measured with the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS). The scores were compared by means of the Kruskal-Wallis test. *Results:* Patients with a diagnosis of Bipolar Disorder have the highest scores in perceived criticism (Median=17.5) and healthy individuals have the lowest scores (Median=12). Bipolar disorder patients have high scores in censorship and intrusion domains ($p<0.0001$). *Conclusion:* Bipolar disorder patients have the highest familial criticism compared to diabetes patients and healthy individuals. The high criticism can be explained by mental disorder characteristics and its social and familial implications.

Keywords: Perception, diabetes mellitus, bipolar disorder.

Introducción

La enfermedad crónica se caracteriza por síntomas que suceden a lo largo del tiempo y que se presentan de manera aguda o gradual, constante o recurrente. El desenlace puede llevar a la muerte o a tener una expectativa de vida reducida o incapacitante (1). Cuando un miembro de una familia tiene una enfermedad crónica, ésta puede

producir algunas características emocionales y relacionales por el impacto que genera en el paciente y en su grupo familiar. A partir de la observación de estas características surgió el concepto de emociones expresadas (EE) (2).

Las EE se definen como las actitudes o predisposiciones individuales que facilitan o interfieren en las relaciones interpersonales y que constituyen un proceso relacional en el que participan pacientes y familiares (3). Entre las EE están la crítica y el sobreenvolvimiento emocional de los parientes sobre el paciente (4). La crítica se define como un filtro negativo que distorsiona las percepciones de una persona sobre sí misma y los demás (1). El sobreenvolvimiento es la ausencia de límites emocionales apropiados entre los miembros de una familia (5).

Estudios realizados en distintos países han demostrado que la crítica es una variable más universal que se evidencia fácilmente. En cambio, el sobreenvolvimiento ha tenido mayores dificultades para ser conceptualizado y evidenciarlo (4,6). Por lo tanto, se decidió investigar la crítica familiar en el presente estudio.

Se ha encontrado que la crítica es un factor de riesgo para las recaídas de los pacientes que presentan algunas enfermedades crónicas psiquiátricas, como el trastorno afectivo bipolar (TAB), la depresión y la esquizofrenia (7). Así mismo,

tiene influencia en enfermedades no psiquiátricas, como la diabetes mellitus. Los pacientes con un alto grado de crítica en su entorno familiar tienen un menor control de la glucemia e incumplen más el tratamiento (8-9).

Enfermedades crónicas como el TAC y la diabetes mellitus tienen una prevalencia en la población colombiana del 1,8% (10) y del 8%, respectivamente (11). La relativa alta frecuencia de este tipo de enfermedades ha hecho que se considere prioritaria la realización de investigaciones que permitan comprender los aspectos psicosociales que pueden afectar el curso clínico y que deben tenerse en cuenta en la atención de los pacientes.

No tenemos conocimiento de que en Colombia se hayan realizado investigaciones sobre crítica familiar y su influencia en las enfermedades crónicas. Además, ya que este es un *constructo* altamente influenciado por la cultura, estudios llevados a cabo en otros países no pueden extrapolarse al contexto colombiano (4). Por estas razones, se decidió investigar la crítica familiar en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Medellín. Se escogió el TAB I como enfermedad crónica mental, y la diabetes mellitus como enfermedad crónica no mental.

Adicionalmente, la investigación incluyó un grupo de sujetos sanos, porque es difícil saber si una familia con un enfermo crónico presenta un alto grado de crítica familiar como

consecuencia de los cambios generados por el trastorno o si existía antes del diagnóstico. Aunque es una medida indirecta y está sujeta a muchos sesgos, podría pensarse que un menor nivel de crítica en familias de sujetos sanos puede sugerir que la enfermedad incrementa esta emoción expresada.

En el presente estudio se evaluará la crítica desde la perspectiva del paciente, porque si bien las EE son un *constructo* relacional y bidireccional, la percepción del individuo podría tener una mayor influencia en el curso de su enfermedad. Algunos autores consideran que es más importante saber cómo se siente la persona, para así tener un nivel más comprensivo de su enfermedad (5).

Métodos

Este es un estudio analítico de corte transversal. Se tomaron tres grupos de la siguiente manera:

1. Pacientes con TAB I, manejados ambulatoriamente en los siguientes centros de atención hospitalaria de la ciudad de Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Clínica Samein, Clínica Insam, Centro de Salud Mental de Envigado y Hospital Mental de Antioquia.
2. Pacientes con diabetes mellitus que asisten a la consulta externa de las siguientes instituciones: Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Hospital Pablo Tobón Uribe y Hospital General de Medellín.

3. Personas adultas sanas residentes en la ciudad de Medellín, visitantes no familiares de los pacientes que están siendo atendidos en las instituciones donde se ejecutó la investigación.

El protocolo de investigación fue previamente aprobado por los comités de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de cada una de las instituciones participantes.

Los criterios de inclusión de los grupos de pacientes con TAB I y diabetes mellitus fueron: tener diagnóstico de TAB I o de diabetes mellitus (corroborado por historia clínica), saber leer y escribir, ser mayor de 18 años de edad y residir en Medellín o el área metropolitana.

Los criterios de exclusión fueron: estar hospitalizado, estar psicótico, tener algún tipo de alteración cognoscitiva que impidiera comprender y responder la encuesta, ser analfabeta y no convivir con familiares.

En el grupo de sujetos sanos los criterios de inclusión fueron: no tener diagnóstico médico de trastorno mental, ni una enfermedad crónica, ser visitante de pacientes de las instituciones mencionadas, saber leer y escribir, ser mayor de 18 años de edad y residir en Medellín o el área metropolitana.

Los criterios de exclusión fueron: ser familiar de pacientes hospitalizados en las instituciones mencionadas, estar psicótico, tener algún tipo alteración cognoscitiva

que impidiera comprender y responder la encuesta, ser analfabeta y no convivir con familiares.

Se realizó un muestreo por conveniencia. El tamaño de la muestra se calculó con el programa de computador *El tamaño de la muestra*, con los parámetros para un estudio de diferencia de medias entre tres grupos con un error tipo I de 0,05, un error tipo II de 0,2, una media estimada en el grupo sano de 20, una media estimada en otro grupo de 25 y una desviación estándar de 6 —estas medias y desviaciones estándar se tomaron del estudio de Shields y cols. 1 (12)—. El tamaño calculado fue de 110 sujetos por grupo y se adicionó un 10% por posibles eventualidades.

Instrumentos para la recolección de información

La subescala de crítica de la escala de involucramiento emocional y crítica familiar (FEICS, por su sigla en inglés) es un instrumento desarrollado y validado por un grupo de investigadores pertenecientes a Medicina Familiar y Psiquiatría de la Universidad de Rochester: Cleveland G. Shields, Peter Franks, Jeffrey J. Harp, Susan H. McDaniel y Thomas Campbell, en 1992, y reproducido por ellos mismos en 1994 con una población de 801 personas.

La FEICS es un cuestionario de autorreporte de 14 ítems: siete evalúan la crítica percibida, y siete, el involucramiento emocional. Cada

ítem se evalúa según una escala tipo Likert (desde casi nunca a casi siempre 1 a 5), de modo que el total de cada subescala puede ir de 7 a 35 puntos. Los puntajes elevados representan niveles altos de crítica percibida y involucramiento emocional.

La FEICS fue validada en Colombia en el 2003 y se encontró una alta consistencia interna en la subescala de crítica y en los dominios relacionados con ésta que se configuraron en el análisis factorial: censura e intrusión. El dominio “censura” está relacionado con reprobar y mostrar descontento frente a las actividades de una persona y sus relaciones sociales. Los ítems que lo conforman son: “2. Mi familia aprueba casi todo lo que yo hago”, “4. Mi familia encuentra fallas en mis amigos”, “6. Mi familia se queja de la manera como manejo el dinero”, “8. Mi familia aprueba a mis amigos” y “10. Mi familia se queja de lo que yo hago para divertirme”.

El dominio “intrusión” se caracteriza por invasión del espacio físico y emocional de una persona y está conformado por los siguientes ítems: “1. Me disgusta si alguien más de mi familia está disgustado”, “11. Si me disgusta, mi familia se disgusta también”, “12. Mi familia siempre trata de hacerme cambiar” y “14. Tengo que tener cuidado con lo que hago o mi familia me critica”. La subescala de crítica mostró una alta correlación con el número de comentarios críticos del *Monólogo de cinco minutos*, que es otro ins-

trumento para medir EE, y también tiene una alta reproducibilidad prueba re prueba (6).

Procedimientos

Una vez obtenida la autorización por parte de las instituciones, los investigadores hicieron contacto con los sujetos del estudio, quienes firmaron el consentimiento informado, previa lectura de éste. Luego los participantes llenaron el formato de información sociodemográfica y la subescala de crítica de la FEICS.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en el SPSS 10.1 y el análisis estadístico se hizo en el mismo programa. Se describieron las características sociodemográficas de cada grupo con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Para el establecimiento de las diferencias en la percepción de la crítica familiar entre los sujetos que presentan TAB I, diabetes y sanos, se compararon los puntajes de la subescala de crítica de la FEICS entre los tres grupos por medio de la prueba de Kruskal-Wallis, ya que los datos no tenían una distribución normal. Se empleó un nivel de significación de 0,05.

Resultados

Participaron 352 personas en el estudio, 267 (76%) fueron mujeres,

y 85 (24%), hombres, distribuidos en los tres grupos estudiados así: diabetes 114, TAB I 122 y sanos 116. El 50% de los participantes sanos eran empleados, mientras que el 40,5% de los pacientes con TAB I y el 51,8% de los que tenían diabetes eran amas de casa (véase Tabla 1).

La mediana de edad fue de 37 años (rango intercuartílico: 27-45) en los sanos, 43 (rango intercuartílico: 35-50) en el grupo con TAB I y 60 (rango intercuartílico: 52-66) en el de diabetes. La diferencia de edades entre los grupos era significativa ($p < 0,00001$). La mediana del tiempo de escolaridad fue 11 años

Tabla 1. Características sociodemográficas

Características sociodemográficas		Sanos		TAB		Diabetes		χ^2	p
		No.	%	No.	%	No.	%		
Sexo	Masculino	26	21,3	32	27,6	27	23,7	1,298	0,523
	Femenino	96	78,7	84	72,4	87	76,3		
Ocupación	Empleado	61	50,0	31	26,7	15	13,2	83,645	<0,0001
	Subempleado	1	0,8	5	4,3	4	3,5		
	Desempleado	11	9,0	23	19,8	10	8,8		
	Ama de casa	31	25,4	47	40,5	59	51,8		
	Estudiante	15	12,3	6	5,2	3	2,6		
	Jubilado	3	2,5	4	3,4	23	20,2		
Lugar que ocupa en la familia	Hijo mayor	21	17,2	13	11,2	14	12,3	41,566	<0,0001
	Hijo menor	18	14,8	11	9,5	5	4,4		
	Hijo intermedio	16	13,1	33	28,4	5	4,4		
	Madre	44	36,1	46	39,7	64	56,1		
	Padre	13	10,7	7	6,0	16	14,0		
	Otro	10	8,2	6	5,2	10	8,8		
Estrato socioeconómico	1	3	2,5	13	11,2	10	8,8	27,612	<0,002
	2	46	37,7	52	44,8	42	36,8		
	3	38	31,1	43	37,2	42	36,8		
	4	19	15,6	5	4,3	15	13,2		
	5	9	7,4	1	0,9	3	2,6		
	6	6	4,9	1	0,9	2	1,8		
Estado civil	Soltero	46	37,7	59	50,9	27	23,7	50,056	<0,0001
	Casado	46	37,7	25	21,6	48	42,1		
	Unión libre	14	11,5	6	5,2	7	6,1		
	Separado	13	10,7	17	14,7	9	7,9		
	Viudo	2	1,6	8	6,9	23	20,2		
Religión	Católico practicante	94	77,0	92	79,3	98	86	11,881	0,065
	Católico no practica	19	15,6	8	6,9	11	9,6		
	Cristiano	5	4,1	9	7,8	3	2,6		
	Otro	3	2,5	7	6,0	2	1,8		

Tabla 2. Percepción de la crítica, censura e intrusión según el diagnóstico

Percepción	Sanos		TAB		Diabetes		p
	Mediana	RI	Mediana	RI	Mediana	RI	
Crítica	12	9-17	17,5	12-24	15	11,0-19,0	<0,0001
Censura	9	7-12	12,0	8-17	9	7,0-12,5	
Intrusión	8	5-10,25	11,0	8-15	10	7,5-13,0	

RI: rango intercuartílico.

(rango intercuartílico: 8,75-16) en el grupo de sanos, 9 (rango intercuartílico: 5-11) en el de TAB I y 5 (rango intercuartílico: 4-11) en el de diabetes; las diferencias fueron significativas ($p < 0,00001$).

Los sujetos con TAB I se percibieron más criticados. Además, al analizar los dos dominios de la crítica familiar, censura e intrusión, se observó un mayor puntaje en los pacientes con TAB que en los pacientes con diabetes y los participantes sanos (Tabla 2).

Cuando se analizaron cada uno de los grupos, entre los participantes sanos y los que tenían diabetes, los hombres se percibieron más criticados y censurados. Sin embargo, en el grupo de TAB I no se encontró diferencia por sexo (Tabla 3).

En los participantes sanos hay una correlación negativa entre edad e intrusión ($r = 0,27$, $p = 0,003$), lo que permite decir que a mayor edad, mayor intrusión. También en los sanos hay una correlación negativa entre escolaridad y crítica ($r = -0,335$, $p = 0,0001$), lo cual permite afirmar que a mayor escolaridad, menor percepción de crítica. En el mismo grupo se presenta una correlación negativa entre escolaridad y censura ($r = -0,198$, $p = 0,033$) con lo que se puede decir que a mayor escolaridad, menor percepción de censura. También se observó que a mayor escolaridad, menor percepción de intrusión ($r = -0,301$, $p = 0,001$). Estas correlaciones fueron significativas solamente en el grupo de los sanos.

Tabla 3. Percepción de la crítica, censura e intrusión por género según diagnóstico

Percepción		Sanos		TAB		Diabetes		p
		Mediana	RI	Mediana	RI	Mediana	RI	
Crítica	Hombres	15	12-19,25	18	11-24	18,5	15,75-22	<0,0001
	Mujeres	11	9-16	17	13-24,5	13	11-17	
Censura	Hombres	11	9-13	11	8-16	11	9-14,25	
	Mujeres	8	6-12	12	8-17	9	7-12	
Intrusión	Hombres	9	6-12	11	7-15	11	8-14	
	Mujeres	8	5-10	11	8-15	9	7-12,25	

RI: rango intercuartílico.

Se encontró que los padres perciben mayor crítica, censura e intrusión, en el grupo de sanos. En el grupo de pacientes con diabetes, las madres se perciben menos criticadas y los padres se perciben más criticados ($p=0,004$). Para el grupo de TAB I no había asociación entre crítica y el lugar que ocupa el paciente en la familia. Se halló una asociación entre crítica y estrato socioeconómico en el grupo de los sanos; se perciben más criticados en el estrato 2 ($p=0,022$).

Discusión

En el presente estudio se logró evidenciar que se perciben más criticados, censurados y con mayor intrusión los grupos de pacientes con trastorno bipolar I y diabetes en comparación con los individuos sanos. La mayor crítica percibida se encontró en el grupo de trastorno bipolar I. Lo anterior podría deberse a múltiples explicaciones desde las dimensiones personal, familiar, cultural y psicopatológica que componen un modelo multivariado e interrelacionado.

La crítica y la hostilidad pueden ser más elevadas cuando se piensa que el enfermo es responsable de no controlar los síntomas, y esta explicación aparece con mayor frecuencia cuando se habla de la enfermedad mental. Si los familiares culpan al enfermo crónico por la falta de control de los síntomas, necesariamente éstos van a percibir mayor crítica. Algunas investigaciones han

planteado la relación existente entre las EE y las atribuciones acerca de la responsabilidad del paciente sobre su enfermedad (13).

En dos estudios de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y depresión se observó que las EE altas se asocian con una atribución de que el paciente es responsable de los síntomas de su enfermedad (14-15). Sin embargo, en otra investigación en sujetos con TAB no había diferencias significativas en las atribuciones de responsabilidad entre los que tenían las EE altas y bajas (16).

Los niveles altos de crítica en pacientes con trastornos mentales también pueden ser explicados por la pérdida de la autonomía en el desempeño social del enfermo y la tendencia de los familiares a corregir las situaciones problemáticas a través de la crítica y la coerción (13). Greenley y Hooley afirman que las EE altas se asocian con el deseo de los familiares de controlar o cambiar los comportamientos del enfermo, lo cual está en relación con el nivel de ansiedad y temor que tengan los familiares: mientras más ansiosos, mayor crítica y hostilidad (17-18).

En el caso específico de los pacientes con TAB I, se ha reportado que las EE altas se asocian con los síntomas de la enfermedad. Las pacientes provenientes de familias con EE altas presentaban más síntomas maníacos, y esto puede crear mayor riesgo de respuestas negativas por parte de los familiares (16). Por otra parte, los pacientes con este trastor-

no pueden tener mayor sensibilidad a la crítica, que los puede llevar a tener una frecuencia más alta de secuencias de comportamientos negativos (19).

El encontrar que los pacientes con diabetes mellitus también tienen altos índices de crítica puede estar asociado con las características generales de la enfermedad crónica. Los que la padecen son vulnerables, porque su condición implica esfuerzos emocionales y físicos grandes. Para algunos, la enfermedad crónica representa un sentimiento de alteración y, con frecuencia, poca aceptación de su autoimagen, identidad e imagen social, lo cual puede vivirse como una amenaza hacia su ser.

Adicionalmente, los mitos y creencias sobre la enfermedad suministran imágenes poderosas que afectan de manera positiva o negativa la forma como las personas interpretan y aprenden a vivir con la enfermedad (20). Los nuevos roles y las funciones que demanda la presencia de un enfermo crónico en el ambiente familiar pueden generar desorden, tensiones en la cotidianidad, conflictos y cambios en la dinámica familiar; además, ciertas problemáticas familiares previas podrían hacerse más evidentes (21).

Llama la atención que en el grupo de TAB I los resultados de la percepción de la crítica fueron homogéneos en hombres y mujeres, mientras que en el grupo de sanos y de diabetes los hombres se perciben más criticados. Este hallazgo puede

tener explicaciones relacionadas con los roles de género asignados culturalmente, pero también podría deberse al azar, por lo que se deben realizar otros estudios que incluyan diferencias de la percepción por género.

Los altos niveles de percepción de crítica en pacientes con TAB I y diabetes podrían sugerir intervenciones que ayuden a disminuirlos, como la psicoeducación, los grupos de apoyo para pacientes y familiares y la terapia individual y familiar. La psicoeducación ha demostrado ser útil en el fortalecimiento de la familia y facilita el mantenimiento de unas EE bajas, lo cual ayuda a evitar recaídas (22). Consiste en un respaldo emocional y educativo dado al paciente y a los familiares, que ayuda a comprender los significados atribuidos a la enfermedad, sus manifestaciones y consecuencias, así como la capacidad para enfrentar los diferentes obstáculos que se presentan en el transcurso de una enfermedad crónica (23).

Es importante resaltar que en este estudio se evaluó la percepción del sujeto de la crítica que le hacen sus familiares, lo cual puede ser diferente a la observación de un evaluador externo frente a los comentarios críticos de los familiares hacia el sujeto.

La percepción del paciente puede ser importante si se tiene en cuenta que puede ser el factor que está relacionado de forma más inmediata con el desarrollo de las recaídas y, por ende, con el curso

que tome la enfermedad. Sin embargo, dicha percepción no está solamente relacionada con la verdadera presencia de crítica por parte de los familiares, sino también de aspectos psicológicos y psicopatológicos del individuo.

Por ejemplo, el estado de ánimo y los esquemas cognitivos del paciente podrían explicar la presencia de una percepción de crítica alta, sin que exista un patrón de comunicación familiar en el que un evaluador externo observe altos niveles de comentarios y actitudes críticas.

A pesar de que los participantes estaban aparentemente libres de síntomas psiquiátricos, una limitación del estudio fue no haber tenido en cuenta la presencia de dichos síntomas en el momento de la aplicación de la FEICS, ya que éstos podrían haber influido en los resultados de la investigación.

Conclusión

La percepción de la crítica familiar es mayor en pacientes con TAB I y diabetes que en sujetos sanos; la mayor crítica percibida se encontró en el grupo de TAB I. Esto puede obedecer a múltiples explicaciones desde las dimensiones personal, familiar, cultural y psicopatológica, que componen un modelo multivariado e interrelacionado.

Por ser las EE un *constructo* relacional, sería importante realizar investigaciones que permitan evaluar la crítica desde la percep-

ción del paciente, sus familiares y observadores externos.

Referencias

1. Rolland J. Familias, enfermedad y discapacidad. Barcelona: Gedisa; 2000.
2. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol.* 1976;15(2):157-65.
3. Goldstein M. Commentary on expressed emotion in depressed patients and their partners. *Fam Process.* 1992;31(2):172-4.
4. Jenkins J, Karno M. The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatry.* 1992;149(1):9-21.
5. Shields C, Franks P, Harp J, McDaniel S, Campbell T. Development of the family emotional involvement and criticism scale (FEICS): a self-report scale to measure expressed emotion. *J Marital Fam Ther.* 1992;18:395-407.
6. Restrepo N, Hernández D, Cardona LJ, Arango AM, González D, Puerta A, et al. Validación de la escala de involucramiento emocional y criticismo familiar (FEICS) en población clínica psiquiátrica colombiana: Medellín 2003. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2004;33(2):143-62.
7. Fiscella K, Franks P, Shields CG. Perceived family criticism and primary care utilization: psychosocial and biomedical pathways. *Fam Process.* 1997;36(1):25-41.
8. Koenigsberg HW, Handley R. Expressed emotion: from predictive index to clinical construct. *Am J Psychiatr.* 1986; 143(11):1361-73.
9. Koenigsberg HW, Klausner E, Pelino D, Rosnick P, Campbell R. Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Psychiatry.* 1993;150(7):1114-5.
10. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola S, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2004;33(3):241-62.

11. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Programa de actualización médica. Bogotá: Ascofame; 2004. p. 7.
12. Shields C, Franks P, Harp J, McDaniel S, Campbell T. Family emotional involvement and criticism scale (FEICS) II: reliability and validity studies. *Fam Syst Med.* 1994;12(4):361-76.
13. Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotion: a review. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(6):849-80.
14. Barrowclough C, Johnston M, TARRIER N. Attributions, expressed emotion and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behav Ther.* 1994;25:67-88.
15. Hooley JM, Licht DM. Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *J Abnormal Psychol.* 1997;106:298-306.
16. Wendel JS, Miklowitz DJ, Richards JA, George EL. Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: an analysis of problem solving interactions. *J Abnormal Psychol.* 1997;106(2):298-306.
17. Greenley JR. Social control and expressed emotion. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(1):24-30.
18. Hooley JM. Expressed emotion: a review of the critical literature. *Clin Psychol Rev.* 1985;5:119-339.
19. Simoneau T, Miklowitz D, Saleem R. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *J Abnorm Psychol.* 1998;107(3):497-507.
20. Place B. Una agenda global de cuidado. New York: National League for Nursing Press; 1993.
21. Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU). Diabetes y familia. Montevideo: ADU; 2003.
22. Lagomarcino A. Psicoeducación para familias de esquizofrénicos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 1990;25(1-2):73-80.
23. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Buenos Aires: Amorrurtu; 1986.

Recibido para evaluación: 15 de diciembre de 2006

Aceptado para publicación: 27 de abril de 2007

Correspondencia

María Eugenia Agudelo Arango

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia

Carrera 51D N.º 62-29

Medellín, Colombia

maruagudelo@une.net.co