

# La entrevista familiar Camberwell: (CFI)

## Camberwell family interview schedule

I. MONTERO\*, I. RUIZ\*\*

### RESUMEN

Se describe la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) entrevista psiquiátrica semi-estructurada que evalúa el clima emocional de la familia de pacientes mentales crónicos. Tras revisar la historia de su desarrollo, técnica, procedimiento, descripción del contenido y sistema de valoración, se pone énfasis en la necesidad de un entrenamiento específico para determinar la EE familiar. Los resultados de los trabajos observacionales y de intervención familiar, donde se ha medido la EE, sugieren la necesidad de revisar los puntos de corte de algunas de las escalas en función del contexto socio-cultural.

**PALABRAS CLAVE:** Entrevista Familiar de Camberwell-Expresividad Emocional.

### SUMMARY

The Camberwell Family Interview (CFI), a psychiatric semi-structured interview schedule for assessing family's emotional atmosphere, is described. The nature and development of the interview, his procedure and structure and the assessment of the EE is revised. It is emphasised that the ratings of measures of EE are quite complicated and require specific training of raters. The results of observational and family intervention's studies suggest that changes in the cut-off points of some of the EE scales must be taken into account.

**KEY WORDS:** Camberwell Family Interview-Expressed Emotion.

A pesar del interés que ha despertado la teoría de la Expresividad Emocional Familiar (EE) en la evolución de la esquizofrenia, sobretudo los estudios de Intervención Psicosocial basados en este modelo, poco se ha hecho para su desarrollo en la clínica a pesar de que autores como Leff lo vienen reclamando desde hace tiempo.

Quizá uno de los problemas más importantes para su puesta en práctica en nuestro medio sea el sofisticado método

para medir la propia EE familiar así como el "secretismo" en torno a su instrumento de medida, el Camberwell Family Interview (CFI).

Con este trabajo pretendemos describir la naturaleza de la CFI y la forma en que se evalúa la calidad de las relaciones interpersonales a través de la medición de la expresión de actitudes y de sentimientos pudiendo facilitar así el desarrollo práctico de programas de intervención psicosocial.

### HISTORIA DE SU DESARROLLO

El CFI fue desarrollado por Brown y Rutter en 1966 (1) en un estudio familiar donde un miembro de la familia era un enfermo mental. El trabajo original partió de un hallazgo inesperado donde los pacientes esquizofrénicos de larga estancia, al ser dados de alta tenían una mejor evolución si iban a vivir solos, con hermanos o con otro tipo de recursos más impersonales, que si retornaban a vivir con sus padres o con su cónyuge. Un trabajo posterior indicaba que las respuestas emocionales y las actitudes mostradas por el familiar hacia el paciente predecían su evolución. En aquellas familias donde los niveles de tensión y de emociones eran muy altas el paciente recidivaba con una frecuencia mayor que cuando el paciente procedía de familias con una aparente menor respuesta emocional. El objetivo de los autores era desarrollar una entrevista familiar relativamente libre de errores metodológicos como lo que venía siendo usual en la mayoría de instrumentos empleados hasta entonces en la "investigación familiar" (2,3).

La entrevista recoge básicamente dos tipos de información: una relacionada con acontecimientos y actividades, y la otra con sentimientos y actitudes. Pretende obtener una relación de las circunstancias presentes en el hogar en los tres meses previos a la admisión del paciente en el hospital, en particular detalles sobre el inicio y desarrollo del último episodio y su impacto en varios aspectos de la vida familiar, como por ejemplo: la participación de los diferentes miembros de la familia en las tareas domésticas, la presencia de irritabilidad y la frecuencia de discusiones y peleas familiares, así como el tiempo de contacto entre el paciente y el resto de la familia.

Al mismo tiempo se observa la conducta del familiar durante la entrevista, tomando nota de los sentimientos expresados hacia los miembros de la familia, especialmente hacia el paciente.

Comparada con la observación directa, la entrevista tiene la ventaja de una mayor flexibilidad, puesto que el entrevis-

\*Profesora Titular Psiquiatría. Universidad de Valencia. \*\*Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Castellón.

Correspondencia: I. Montero. Unidad de Psiquiatría. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.

Fecha de recepción: 14-1-92  
Fecha de aceptación: 23-9-92

tador, en el curso de la misma puede definir, clarificar y ampliar los comentarios del informante.

Brown y Rutter (1) pudieron demostrar que se pueden alcanzar niveles altos de fiabilidad inter-examinadores (media  $r = 85$ ) en la medida de las emociones aunque para ello se precise de ciertas precauciones: escalas simples y claramente definidas y la necesidad de un entrenamiento intensivo de los entrevistadores para garantizar la fiabilidad. De hecho los autores siguen considerando imprescindible un entrenamiento en centros autorizados de 15 días de duración, tras los cuales se exigen unos niveles de fiabilidad inter-examinadores iguales o superiores a  $r = 0,85$ , tanto para las puntuaciones globales de la escala como para las parciales.

A pesar de mostrarse como un instrumento válido y fiable su versión original era excesivamente larga, entre 4 a 5 horas (4). En 1976 Vaughn y Leff (5) publican una versión abreviada del CFI original con resultados consistentes. Esta versión más breve, de 1,5 h., es la que se utiliza actualmente para medir la EE familiar. Aunque algunos autores mantienen que en su forma actual, sigue siendo un instrumento excesivamente sofisticado que requiere una versión no sólo más corta sino una estructura de formato más simple (6).

## PROCEDIMIENTO

La CFI se administra a un familiar clave a las pocas semanas de la admisión hospitalaria del paciente sin que este último esté presente. La definición del familiar clave varía en función del tipo de composición familiar y de las relaciones con el paciente: cuando el paciente vive con los padres se entrevista a ambos por separado y el que alcance los niveles más altos de EE es el que determina el status de la EE familiar. En otros tipos de composición familiar aquel que mantenga un mayor contacto con el paciente será el familiar clave.

En la mayoría de los estudios las entrevistas suelen desarrollarse en el domicilio familiar aunque no se han encontrado evidencias en contra de que la calidad de la entrevista varíe en función del contexto (7). De hecho hay estudios donde parte o toda la muestra se ha entrevistado en el hospital. De todas formas los propios autores recomiendan que siempre que sea posible deben prevalecer las preferencias de la familia.

## TECNICA DE ENTREVISTA

Aunque la entrevista es semiestructurada y se recoge información detallada de una amplia gama de áreas, la forma en que ésta se obtiene es muy flexible. Precisamente por esa flexibilidad de formato la entrevista se asemeja más a una conversación que a un cuidadoso interrogatorio.

El entrevistador se interesa en obtener dos tipos de información; en primer lugar recoge información *Objetiva* sobre la historia psiquiátrica del paciente: síntomas, conducta y funcionamiento social en los tres meses previos al ingreso del paciente en el hospital; en segundo lugar busca información más *Subjetiva* sobre actitudes y sentimientos del familiar hacia el paciente y hacia su enfermedad. Por lo tanto las reglas

de la entrevista varían en función del tipo de información que se busca. Por ejemplo, el familiar puede volver a ser interrogado sobre puntos concretos pero no sobre la inconsistencia de sus actitudes, ya que se asume que los sentimientos de afecto y preocupación pueden coexistir con sentimientos de rabia o de ambivalencia.

Muchos familiares están abiertos a expresar sus sentimientos y requieren poca ayuda por parte del entrevistador. Pero en otros, las respuestas sobre sentimientos y emociones son poco claras por lo que en estas personas se precisa de un acercamiento más directo. De todas formas existe una "guía" con criterios estrictos para cuando se precisa preguntar cuestiones relacionadas con sentimientos.

Este estilo de entrevista natural y poco forzado permite obtener respuestas emocionales más espontáneas de las familias a estudio, de lo que se deriva una información más válida que si se emplease un estilo de entrevista tipo cuestionario.

Dadas las características de la entrevista es frecuente el que el familiar formule preguntas en torno a la enfermedad, pronóstico y tratamiento del paciente, o simplemente busque respuestas tranquilizadoras respecto a sus propios sentimientos o conductas, siendo del todo imprescindible que el entrevistador se resista a contestar para evitar introducir sesgos.

Dadas las características de la entrevista se requiere que todos los entrevistadores realicen un entrenamiento previo que les permita familiarizarse con la misma y adquirir la destreza adecuada. Todas las entrevistas serán grabadas en magnetofón para su posterior puntuación.

## DESCRIPCION DEL CONTENIDO

La CFI consta de varios apartados iniciándose con la recogida de datos de identificación y la información referente a la composición familiar, seguida del apartado de *Historia Psiquiátrica* (Sección A). Aquí se obtiene una breve descripción cronológica de la historia psiquiátrica del paciente con especial énfasis en el comienzo y desarrollo del episodio actual. Se trata de un apartado de gran utilidad para conocer el estilo de respuesta del familiar entrevistado.

Posteriormente se pasa a determinar el *Tiempo de Contacto cara-cara* del paciente con otros miembros de la familia. Para ello se pregunta sobre actividades diarias del paciente teniendo en cuenta los contactos entre éste y el familiar. Esta relación de actividades-contactos se toma de la última semana repitiéndose para el fin de semana. Con todo ello se obtiene el conjunto de horas semanales que el paciente mantiene contacto directo con el familiar entrevistado.

A continuación se pasa a explorar el impacto de la enfermedad en varios aspectos de la vida familiar, tales como la participación de los miembros de la familia en las *Tareas domésticas*, *Contribución económica* y manejo del dinero y la *Irritabilidad* y frecuencia de peleas entre ellos.

La *Historia Psiquiátrica* (Sección B) es sin duda el apartado más extenso de la entrevista. Con él se pretende obtener una información completa sobre los aspectos más relevantes de la conducta del paciente en los tres últimos meses. Para cada síntoma presente se preguntará el inicio, la gravedad y la frecuencia de presentación, el contexto social don-

de se producía, las reacciones que provocaba en cada uno de los presentes, la tensión que despertaba, la forma de encararlo así como por la posibilidad de autocontrol de los síntomas o de la conducta por parte del paciente.

A continuación se entra en el apartado de *Relaciones* con dos secciones independientes según se trate de un paciente que viva con sus padres o de un paciente casado/a que viva con su pareja.

También se recoge información en torno a la actitud de la familia respecto a la toma de medicación a largo plazo y finalmente se pasa al apartado de *Preguntas Adicionales* donde se exploran diferentes áreas como la actitud del familiar hacia la enfermedad, la percepción de la misma, opinión sobre el pronóstico y las actitudes sobre la duración de la estancia en el hospital. Si bien, no es un apartado que provoque un número importante de "comentarios críticos", en nuestra opinión resulta de gran utilidad para evaluar el status EE de aquellos casos donde existen dudas a la hora de su clasificación (casos borderline).

## VALORACION

Las escalas que componen la EE suponen más de 10 años de trabajo experimental tras valorar literalmente cientos de escalas (8). A la hora de la valoración de las emociones que expresa un familiar cuando habla sobre una determinada persona se tendrá en cuenta no sólo el contenido sino también los gestos y el tono de voz que emplea.

Las medidas utilizadas son de dos tipos:

1. *Frecuencia*: Se trata de un cómputo simple de los *comentarios críticos* ("comentario desfavorable sobre la conducta o sobre la personalidad del paciente emitido con un tono de voz crítico") y de los *comentarios positivos* ("comentarios que expresan aprobación o aprecio de una determinada conducta o personalidad del paciente").

2. *Globales*: Consiste en hacer un juicio en torno a una determinada emoción teniendo en cuenta la globalidad de la entrevista. Es la forma de medida para las tres escalas restantes: Hostilidad, Sobreimplicación Emocional y Afecto.

La *Hostilidad*, supone la existencia de "comentarios críticos peyorativos generalizados a la persona como un todo". Se puntúa según una escala global de 4 puntos, donde 0 = ausencia de hostilidad; 1 = representa generalización; 2 = rechazo y 3 = cuando la hostilidad está presente en sus dos formas.

La *Sobreimplicación Emocional* requiere una escala de 6 puntos y se valora sobre la base de todo el material de la entrevista que procede de dos fuentes: conducta que relata el familiar, como por ejemplo respuestas emocionales exageradas, identificación, conducta de auto-sacrificio y de entrega, o una conducta extremadamente sobreprotectora que supone un control psicológico o físico sobre otra persona adulta. La segunda fuente se deriva de la conducta que mantiene el familiar durante la entrevista: expresiones emocionales, dramatización, repercusión emocional.

Durante la misma el entrevistador/a toma nota de todas las evidencias no verbales.

Un cierto grado de preocupación por el paciente se consi-

dera apropiado y dentro del rango normal de respuesta en esta escala.

También el *Afecto* se puntúa en una escala global de 6 puntos teniéndose en cuenta el tono de voz, la espontaneidad, empatía, el grado de preocupación y de interés que demuestra hacia el paciente. Esta escala se refiere al afecto que expresa el familiar hacia el paciente durante la entrevista.

Los *Comentarios Críticos* y la *Sobreimplicación Emocional* son las dos subescalas que hasta el presente se han mostrado con un mayor peso para predecir las recidivas. La *Hostilidad* junto con las dos anteriores son las básicas que determinan la EE. Existe un manual de instrucciones ilustrado con ejemplos para cada una de las escalas.

Siguiendo los criterios clásicos de puntuación (5) se considera de Alta EE si obtiene 6 o más *Comentario Crítico*, puntúa 3 o más en la escala de *Sobreimplicación Emocional* o la *Hostilidad* está presente en cualquiera de sus dos formas; y de Baja EE si obtiene menos de 6 *Comentarios Críticos*, no hay *Hostilidad* y la puntuación en la escala de *Sobreimplicación Emocional* se sitúa por debajo de 3.

## APLICACIONES PUBLICADAS

La mayoría de los trabajos publicados que utilizan el CFI se centran fundamentalmente en la relación entre la EE familiar y la evolución de la esquizofrenia tanto en estudios observacionales como de intervención terapéutica. Los resultados de los estudios iniciales son consistentes encontrando una asociación significativa entre alta EE y mayor riesgo de recidivas psicóticas (4,7,9).

Por su parte los estudios de intervención psicosocial corroboran la hipótesis al conseguir una reducción significativa de recidivas psicóticas cuando se manipula la EE familiar y/o se reduce el contacto directo paciente-familia (10,11,12,13,14,15,16,17).

En los últimos años han aparecido muchas publicaciones en diferentes países en torno al tema no pudiéndose, en todos los casos, replicar los resultados iniciales (18,19,20) siendo éstos más patentes cuando se alarga el periodo de observación a dos años (21,22).

En nuestro país existen hasta la fecha tres trabajos observacionales publicados con resultados discrepantes. El primero de ellos llevado a cabo en muestra de pacientes esquizofrénicos gallegos encuentra una asociación entre EE-recidivas a los 9 meses (23) en cambio, un segundo trabajo publicado en 1989 no encuentra tal asociación (24).

Nosotros en un estudio de seguimiento de 2 años llevado a cabo en Valencia encontramos que las diferencias en la tasa de recidivas se mostraban en la tendencia esperada pero sin alcanzar significación estadística, utilizando los criterios clásicos de puntuación. En cambio al modificar el punto de corte para los *Comentarios Críticos* (de  $> 6$  a  $> 4$ ) se producía una diferencia significativa ( $p < 0,01$ ) entre los que recaían de alta EE (40%; 12/30) y los de baja EE (12%; 3/30) de todas formas estas diferencias no se mantenían a los 2 años de seguimiento (22)\*.

\*Para este trabajo se utilizó la versión española del CFI (Centro Salud Mental, Camarillo, California) introduciéndose modificaciones y ajustándose expresiones no utilizadas en España por otras más comunes.

Aunque el grueso de las publicaciones se centra en la Esquizofrenia también se ha utilizado el CFI en otros campos, como por ejemplo en la Depresión (9) o en la Demencia (25) por citar sólo algunos.

El estado de controversia actual requiere una revisión en profundidad de todos los trabajos publicados y de la metodología seguida de manera que puedan disiparse los puntos

más confusos y llegar a unas conclusiones definitivas.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Profesor Gómez Beneyto sus comentarios y sugerencias y a M.<sup>a</sup> Luisa Lorente su paciente mecanografiado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brown G, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations* 1966; 19: 241-263.
2. Hirsch SR, Leff J. Abnormalities in the parents of schizophrenics. London. Oxford University Press 1975.
3. Riskin J, France E. Family interactions scales. Theoretical framework and method. *Archives of General Psychiatry* 1970; 22: 504-512.
4. Brown G, Birley J, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenia disorders. *British Journal of Psychiatry* 1972; 121: 241-258.
5. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1976; 15: 157-165.
6. Orhagen T, D'Elia G. Expressed Emotion: a Swedish version of the Camberwell Family Interview. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1991; 84: 466-474.
7. Vaughn C, Snyder K, Jones S, Freeman W, Falloon I. Family factors in schizophrenia relapse: A California replication of the British research on Expressed Emotion. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41: 1169-1177.
8. Leff J, Vaughn C. Expressed Emotion in families. Guildprol Press. New York 1985.
9. Vaughn C, Leff J. 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* 1976; 129: 125-137.
10. Goldstein M, Kopeikin H. Short and long effects of combining drug and family therapy. In: *New Developments in Interventions with families of Schizophrenics*. Ed MJ Goldstein. San Francisco. Jossey-Bass 1981.
11. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vrie R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1982; 141: 121-134.
12. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two years follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1985; 146: 594-600.
13. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family Therapy versus a relatives' Group for schizophrenia. Two years follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 571-577.
14. Falloon I, Boyd J, McGill C et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 887-896.
15. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss AJ et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 633-642.
16. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. A controlled trial of behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 532-542.
17. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. Community management of schizophrenia. A two year follow-up of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 625-628.
18. MacMillan JF, Gold T, Crown J, Johnson AL, Johnstone EC. Expressed Emotion and Relapse. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 133-143.
19. Mc Creadie R, Phillips K. The Nithsdale Schizophrenia Survey VII. Does relatives' high Expressed Emotion predict relapse? *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 472-487.
20. Parker G, Johnston P, Hayward L. Parental Expressed Emotion as a predictor of schizophrenia relapse. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 806-813.
21. Leff J, Wig NN, Bedi H et al. Relatives' Expressed Emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two year follow-up of a first-contact sample. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 351-356.
22. Montero I, Gómez-Beneyto M, Ruiz I, Puche E, Adam A. The influence of family Expressed Emotion on the course of schizophrenia in a sample of spanish patients: a two year follow-up study. (En prensa).
23. Gutiérrez E et al. Expresión de Emociones y el curso de la esquizofrenia. II. Componentes en revisión. *Análisis y Modificación de Conducta* 1988; 15: 275-316.
24. Arevalo J, Vizcarro C. Emoción Expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Análisis y Modificación de Conducta* 1989; 15: 3-24.
25. Bledin KA, MacCarthy B, Kuipers L, Woods RT. Daughters of people with Dementia. Expressed Emotion, Strain and Coping. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 221-227.

(\*) Para este trabajo se utilizó la versión española del CFI (Centro Salud Mental, Camarillo, California) introduciéndose modificaciones y ajustándose expresiones no utilizadas en España por otras más comunes.